

GUÍA DE PROMOCIÓN DE SALUD



**ÁREA 1 de ATENCIÓN
PRIMARIA de MADRID.**

Para trabajar con Agentes de Salud Comunitarios

GUÍA DE PROMOCIÓN DE SALUD PARA AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS



Instituto Madrileño de la Salud
Área 1 Atención Primaria



Agradecimientos:

Al Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) por haber otorgado el primer premio del año 2000 a este proyecto.

A la Gerencia de Atención Primaria del Área 1 del Instituto Madrileño de la Salud.

A las/los profesionales de los Centros de Salud de: Adelfas, Alcalá de Guadaira, Ángela Uriarte, Arganda del Rey, Arroyo Media Legua (E.A.P. Aldebarán), Artilleros, Buenos Aires, Campo de la Paloma, Campo Real, Cerro Almodóvar, Entrevías, José María Llanos, La Paz, Moratalaz, Pacífico, Rafael Alberti, Valdebernardo, Vandel, Vicente Soldevilla, Villa de Vallecas, Villablanca, y Villarejo de Salvanés.

A los movimientos sociales de la Plataforma de defensa y mejora de la Sanidad Pública del Área 1 de Madrid por su estímulo, apoyo y participación.

A M^a José Pérez Jarauta, experta en salud pública y EpS del Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra por sus enseñanzas y al Instituto de Salud Pública del Gobierno de Navarra por su colaboración.

Al apoyo administrativo de la Gerencia del Área 1: M^a Ángeles Manso Rodríguez, Maribel Jiménez Velasco, Inmaculada Martín Grande, Rosario Moldón Bermejo, Amparo Estelles Ruiz y Clara Ladrón de Guevara Martínez.

Autoras y autores:

Por Centros de Interés:

Salud-enfermedad: Raquel Baños Morras (Médica), Andrés Félix Fernández García (Médico), M^a José García Berral (Enfermera), M^a José Iglesias Piñeiro (Médica), Victoria Martín Moya (Auxiliar Enfermería), Lilia Ravine de Sigvas (Enfermera).

Autocuidados: Ana Arnaiz Kompanietz (Médica), Begoña Ayuso de la Torre (Enfermera), M^a Teresa Blas Hernández (Enfermera), Concepción Delgado Sanz (Médica), M^a Jesús Hernando Salamanca (Enfermera), Matilde Jordán Martín (Enfermera), Ana Isabel Monzón Bueno (Pediatra), Encarnación Ruipérez Rodríguez (Enfermera).

Educación para la salud: M^a del Mar Alba Sánchez (Médica), Ana Arreche Artajo (Médica), Clara Eugenia Balboa Esperanza (Médica), Mercedes Bermejo Sanchís (Enfermera), Rafael Joaquín García Delgado (Médico), Adriana Sarriés Ulzurún ((Enfermera) y M^a Dolores Pérez Quirós (Médica).

Salud medioambiental: Antonio Baena Mauro (Médico), Pilar Bermejo Ortega (Médica), M^a Ángeles Buendía Segovia (Enfermera), Belén de Llamas Arauz (Médica), Osvaldo de Negri Raffo (Enfermero), Isabel Díaz Martínez (Médica), Pilar Ferrera Ahijado (Enfermera), M^a Teresa Jubete Vázquez (Médica), Margarita López Rojas (Médica), M^a Elena Martín Ramos (Médica), Francisca Martínez Marín (Auxiliar Administrativa), Tubal Remacha Hurtado (Enfermero), Julia Sánchez Sanz (Auxiliar de Enfermería), Rosana Triviño Caballero (Fisioterapeuta) e Inmaculada Villalaín González (Médica).

Modelos de atención a la salud: Cristina Abad Sanz (Enfermera), Rosa Bajo Viña (Médica), Yolanda Bonilla Palomares (Trabajadora Social), Faustina Buenestado Gañán (Médica), M^a Carmen Folguera Álvarez (Enfermera), Ana M^a Gómez Mesa (Médica), Tomás Hernández de las Heras (Médico), Rocío Mateo Ciria (Enfermera), Francisca Menchero Pinos (Pediatra), Margarita Miguel Bermejo (Médica), Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar (Médico).

Planificación y programación en salud: Raquel Arrazola Garay (Enfermera), Silvia García Vila (Fisioterapeuta), Ana Isabel González Cebrecos (Enfermera), Luis Gimeno Feliu (Médico), Rocío López Recio (Médica), M^a Teresa Martínez Ruiz (Médica), M^a Antonia Mata González (Enfermera), M^a Jesús Pascual Santamaría (Enfermera), Nieves Inés Sánchez-Camacho Gómez-Cambronero (Auxiliar Administrativa).

Uso racional de recursos: Antonio Atienza García (Trabajador Social), Luisa Fernanda Benito Herranz (Enfermera), Josefa Calderón Ayuso (Matrona), M^a Isabel Castillo Leganés (Médica), Mateo González Martín (Auxiliar Administrativo), Alicia Pérez García (Médica), José M^a Ramos Román (Médico).

Participación comunitaria: M^a José Álvarez González (Médica), Iciar Fernández-Alarcón Medina (M.I.R), Julia Natividad García Pascual (Médica), Natividad Montalvo Serrano (Pediatra), Carmen Mola Estébanez (Enfermera), Cecilia Muñoz Castro (Coordinadora de Sanidad de Vallecas), Edith Pérez Alonso (M.I.R), Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar (Médico) y Diego José Villalvilla Soria (Enfermero).

Equipo de coordinación: Rosa Bajo Viña, Luisa Fernanda Benito Herranz, Mercedes Bermejo Sanchís, M^a José García Berral, Matilde Jordán Martín, M^a Elena Martín Ramos, M^a Teresa Martínez Ruiz, José María Ramos Román y Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar.

Grupo revisor: Equipo de coordinación y M^a Isabel Castillo Leganés, Rafael Joaquín García Delgado, Concepción Delgado Sanz, Luis Gimeno Feliú, Carmen Mola Estébanez, Osvaldo de Negri Raffo, Edith Pérez Alonso y Alicia Pérez García.

Coordinación técnica y reelaboración: Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar y Luisa Fernanda Benito Herranz.

Revisión y aportaciones:

M^a José Pérez Jarauta. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra.

Begoña Román Crespo. Unidad de Docencia y Formación Continuada del Área 1

Presentación

Es un placer para mí, presentar este documento, que culmina un proyecto que nació de las inquietudes del grupo de promoción de la salud de nuestra Área Sanitaria, y en cuya capacidad creativa confió el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria otorgándole el primer premio en el año 2000.

El Área 1 de Atención Primaria siempre ha tenido, entre sus principales líneas de actuación, el desarrollo y consolidación de las estrategias tendentes a convertir la promoción de la salud en uno de los principales pilares en los que se asienta la Atención Primaria de Salud. Dentro de estas estrategias, cobra especial relevancia la implicación de la Comunidad, que es el principal objetivo de esta guía a través de la capacitación de Agentes de Salud Comunitarios. Por otro lado, contribuye al cumplimiento de las líneas de promoción de Salud que viene estableciendo la OMS en las distintas conferencias internacionales desde la de Ottawa en 1986.

Los profesionales socio-sanitarios son cada vez más conscientes de que el trabajo educativo con la comunidad es fundamental en la promoción de la salud. Estas intervenciones educativas contribuyen a capacitar a las personas para que participen activamente en definir sus necesidades de salud y negociar sus propuestas para el logro de metas de salud.

Por último, mi más sincera felicitación y apoyo al equipo elaborador de esta guía, más de 80 profesionales de nuestra área, por su esfuerzo e ilusión, sin los cuales no hubiera sido posible este proyecto.

Alfonso Jiménez Palacios
El Director Gerente de Atención Primaria
Área 1

ÍNDICE GENERAL

0. Antes de empezar	8
0.1. Esta guía	10
0.2. Orientaciones para el trabajo educativo	19
0.2.1. La programación	19
0.2.2. El rol del educador/ educadora	24
Algunas lecturas	25
1. Centro de Interés 1. Salud – enfermedad	27
1.1. Centrándonos en el tema	30
1.2. Diseñando el programa	57
1.2.1. Objetivos y Contenidos	57
1.2.2. Menú de actividades	57
2. Centro de Interés 2. Autocuidados	83
2.1. Centrándonos en el tema	86
2.2. Diseñando el programa	132
2.2.1. Objetivos y Contenidos	132
2.2.2. Menú de actividades	134
3. Centro de Interés 3. Educación para la Salud	189
3.1. Centrándonos en el tema	191
3.2. Diseñando el programa	208
3.2.1. Objetivos y Contenidos	208
3.2.2. Menú de actividades	209
4. Centro de Interés 4. Salud medioambiental	236
4.1. Centrándonos en el tema	239
4.2. Diseñando el programa	273
4.2.1. Objetivos y Contenidos	273
4.2.2. Menú de actividades	274
5. Centro de Interés 5. Modelos de atención a la salud	321
5.1. Centrándonos en el tema	324
5.2. Diseñando el programa	359
5.2.1. Objetivos y Contenidos	359
5.2.2. Menú de actividades	360
6. Centro de Interés 6. Planificación y programación en salud	436
6.1. Centrándonos en el tema	438
6.2. Diseñando el programa	449
6.2.1. Objetivos y Contenidos	449
6.2.2. Menú de actividades	450

7. Centro de Interés 7. Uso racional de bienes y servicios	.479
7.1. Centrándonos en el tema	.482
7.2. Diseñando el programa	.507
7.2.1. Objetivos y Contenidos	.507
7.2.2. Menú de actividades	.508
8. Centro de Interés 8. Participación comunitaria en salud	.561
8.1. Centrándonos en el tema	.564
8.2. Diseñando el programa	.588
8.2.1. Objetivos y Contenidos	.588
8.2.2. Menú de actividades	.589

0. ANTES DE EMPEZAR

ÍNDICE

0.1. Esta guía	10
Introducción	10
Promoción de la salud	10
Contexto comunitario	12
Problemas	13
El por qué de esta guía	15
¿Qué contiene y cómo se puede utilizar?	17
0.2 Orientaciones para el trabajo educativo	19
0.2.1. La programación	19
Análisis de situación	20
Objetivos y contenidos	21
Actividades. Métodos y técnicas	22
Evaluación	23
0.2.2. El rol del educador / educadora	24
Funciones	
Actitudes	
Habilidades y recursos	
Algunas lecturas	25

0.1 Esta Guía

Introducción y justificación.

Se parte de la consideración de la salud como derecho humano básico, definida desde una concepción amplia como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y social así como de afrontar de forma activa los retos del ambiente. Constituye un recurso para la vida y el bienestar de las personas, necesario para el disfrute y el desarrollo social.

Las bases sobre las que se fundamenta esta Guía son:

1. La estrategia de promoción de salud como modelo necesario y útil en el abordaje de los problemas de salud y de los servicios sanitarios.
2. La necesidad de consolidar el contexto comunitario en salud a través de una línea activa de capacitación para la acción sanitaria y de apoyo social a la participación comunitaria.
3. Las características de los problemas de salud de la población, con predominio de patologías derivadas del modelo de desarrollo, de los comportamientos, del envejecimiento y discapacidades, con altos niveles de dependencia y de utilización de los servicios sanitarios públicos en un tiempo de crisis de los valores previamente imperantes.

1. Estrategia de promoción de la salud (en adelante PS).

En las dos últimas décadas del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) propició cinco conferencias internacionales, desde la de Ottawa 1986 hasta la de México 2000, así como grupos múltiples de trabajo sobre la PS en el intento de identificar las estrategias y acciones que favorecieran el progreso hacia la salud para todos.

En la Carta de Ottawa (Canadá 1986) ya se establecía que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medioambiente”.

Se propusieron cinco grandes líneas de acción en su implementación:

- Elaboración y desarrollo de políticas intersectoriales públicas saludables.
- Creación de entornos que contribuyan a la salud.
- Reforzamiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades y actitudes personales.
- Reorientación de los servicios de la salud.

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que tal estrategia contribuye al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo. La promoción de la salud actúa sobre los determinantes de la salud en cuanto que aumenta la salud de la gente, contribuye significativamente a la reducción de las desigualdades, asegura los derechos humanos a la vez que constituye un capital social.

Debe por ello la salud figurar en la agenda política de muchos sectores y niveles de gobierno. Su finalidad principal es crear un entorno saludable que facilite a las personas llevar una vida sana: “Que las opciones saludables sean para los ciudadanos las más fáciles de elegir”.

La finalidad de las actividades de promoción es la creación de una demanda pública, situar las cuestiones relativas a la salud en lugar preferente y convencer a los que poseen influencia (instancias normativas, representantes electos, profesionales, líderes políticos y grupos de interés) en su acción a favor de la salud.

El desarrollo de políticas públicas saludables presenta una vertiente “macro” que compete a los gobiernos y otra “micro” insertada en la comunidad local a través de grupos, agentes y personas de la comunidad que se impliquen en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud. La acción comunitaria tiene como principales objetivos:

- Promocionar y consolidar la red social de sostén, las organizaciones e instituciones comunitarias que estimulen los modos de vida sanos como norma social y que fomenten las iniciativas comunitarias en pro de la salud.

- El establecimiento de sistemas que proporcionen la infraestructura para los servicios de asistencia sanitaria y las actividades de desarrollo afines con repercusión en la salud.

Las estrategias de capacitación, llamadas por ciertas escuelas de “empoderamiento”, dotan a los individuos, familias y comunidades de los conocimientos y aptitudes que les permitirán adoptar medidas concretas en pro de la salud y de decisiones en la esfera sanitaria. Deben ser dirigidas al público y a las instancias normativas. Han de hacer uso de los cauces disponibles y acreditados para insistir en el valor social y personal de la salud. Deben ser aplicados en los planos local y nacional, y en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y otros contextos de la vida comunitaria. Las opciones individuales y colectivas saludables dependen de que exista un entorno físico, social y económico propicio, así como servicios e instalaciones accesibles.

La ciudadanía necesita recibir información sobre la forma de mantener, proteger y promover la salud. Así, el suministro de información, que capacita para adoptar decisiones, debe considerarse componente indispensable de la estrategia de salud. La información, la comunicación y la educación sanitaria se colocan por tanto en el centro mismo del proceso.

La OMS ya define la educación para la salud (en adelante EpS) como “Una estrategia fundamental para lograr las metas de salud. El propósito es contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente en definir sus necesidades y negociar e implantar sus propuestas para el logro de metas de salud. Como fin, el objetivo consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destreza necesarias para la promoción y protección, de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad”.

Asimismo se señala a la Atención Primaria de Salud (en adelante APS) como un espacio privilegiado de la educación sanitaria y, por ello, se asignan a los profesionales sociosanitarios roles, funciones y tareas que incluyen la EpS como instrumento, tanto de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, como de su cura y rehabilitación.

La EpS es especialmente importante al ser las personas y las familias y no los profesionales sanitarios ni otros agentes sanitarios, quienes toman la mayor parte de las decisiones que afectan a su salud. Las personas, en especial mujeres, deciden qué alimento dar a su familia, cuándo ir al médico, o al hospital al que acudir, así como el seguir o no las instrucciones que reciben del personal sanitario. Para que las millones de decisiones de este tipo se tomen con sensatez, la población debe disponer de conocimientos y formación necesarios para ejercer correctamente la responsabilidad individual y comunitaria.

La UNESCO, proclama también la participación y responsabilidad del niño y del adulto en su propia educación: “.. deben beneficiarse de una educación que contribuya a su cultura general y les permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus facultades, su juicio personal y su sentido de las responsabilidades morales y sociales y de llegar a ser un miembro útil a la sociedad”.

En la conferencia de ALMA ATA (1978) se definió la estrategia de PS, y dentro de ella, se consideró que la APS es “la clave para alcanzar en todo el mundo un nivel aceptable de salud que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia”.

La APS debe estar orientada hacia las personas y su éxito dependerá, en parte, de que se alcancen los siguientes objetivos:

- Esforzarse por mejorar la salud en el hogar, en la escuela, en el medio de trabajo.
- En prevenir las enfermedades y traumatismos, y comprender la forma en que la elección de determinados tipos de comportamiento influyen en su propia salud y en la de sus familias y comunidades.
- En ejercer sus derechos y asumir sus responsabilidades en lo que atañe a la conformación del medio ambiente, y a la creación de condiciones que permitan y faciliten una vida sana. Deben ayudar a desarrollar aptitudes sociales y políticas que les permita negociar, ejercer presión sobre los órganos decisorios, resolver los problemas que se plantean y establecer redes de colaboración. Deberán contribuir a suscitar el entusiasmo, la convicción y la dedicación a la causa del bienestar de la comunidad.
- En participar plenamente en las actividades sanitarias a nivel nacional y comunitario, y en la gestión de los sistemas sanitarios y otros sistemas afines, a través del control sobre ellos y

así asegurar su adecuación a las necesidades de la población.

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada en mayo de 1998, se acordó la “Política de Salud para Todos para el siglo XXI” en la que se establece como permanente objetivo principal el conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.

Plantea para ello dos metas principales:

- Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
- Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, y del sufrimiento que originan.

Tres valores básicos constituyen los cimientos éticos de Salud 21:

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- La equidad en materia de salud, y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
- La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Para su consecución se han formulado cuatro estrategias principales:

- Estrategias multisectoriales frente a los determinantes de salud.
- Programas e inversiones dirigidos a los resultados sanitarios, y encaminados al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria.
- Atención primaria orientada a la comunidad y a la familia, con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.
- Proceso de desarrollo comunitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional, que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.

La participación comunitaria como componente esencial de la estrategia viene definido como el proceso en virtud del cual los individuos y familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad. Proceso por el que mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario; llegan a conocer mejor su situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Todo ello para ser agentes de su propio desarrollo en vez de beneficiarios pasivos. Se insiste en la idea de que sin la participación de las personas es imposible enfrentarse a los nuevos retos de salud colectiva.

A partir de la constatación de que actualmente los servicios sanitarios y, por ende sus recursos, están prácticamente centrados en la atención médica en detrimento de la atención de salud, para poder desarrollar actividades de PS que tengan amplia repercusión en la comunidad, en el sentido de conseguir adoptar comportamientos y estilos de vida individuales y familiares que sean beneficiosos para la salud colectiva, va a ser absolutamente necesaria la formación de Agentes de Salud Comunitarios (en adelante ASC).

2. Consolidación del contexto comunitario en salud creado en el Área 1 de Madrid.

Durante la década de los 90 en el Área 1 de Madrid se ha ido desarrollando una estrategia de PS en la que han participado con grado diferente de compromiso, políticos, gestores del sistema sanitario, profesionales y ciudadanos y que ha dado lugar a un contexto comunitario bastante consistente, diverso y creativo que demanda seguir creciendo.

Tras la priorización de las líneas más viables como:

Reforzar la acción comunitaria y contribuir a la creación de un contexto comunitario en salud.

El reforzar la acción comunitaria significa la creación de un contexto comunitario que facilite una mayor responsabilidad y participación de los individuos, familia y comunidad en el cuidado de su salud y en la utilización y gestión de los servicios sanitarios públicos.

El contexto fue planteado como una red amplia y diversa de instrumentos de acción social a propiciar tanto desde la dirección del área como de cada centro de salud en la medida de sus posibilidades.

Se plantearon criterios de calidad en la orientación del trabajo comunitario:

- Información sobre problemas de salud y servicios sanitarios.

- Evaluación de necesidades, problemas de salud y de los servicios sanitarios.
- Movilización de recursos y realización de tareas.
- Intervención en la toma de decisiones.
- Colaboración en la organización de la comunidad.

De esta forma se ha desarrollado una red de 12 consejos de salud como instrumento facilitador de la participación ciudadana y contactos sistemáticos con la red de movimientos sociales para información a grupos organizados, formación sobre temas de salud y de los servicios sanitarios, y análisis de problemas y propuesta de intervención conjuntas sobre temas concretos.

Desarrollo de habilidades personales: EPS grupal y comunitaria.

Las tipologías de educación para la salud grupal que han sido llevadas a cabo prioritariamente son las que abordan temas de estilos de vida, patologías crónicas y etapas vulnerables.

Por otro lado se iniciaron también talleres de dinamización social y desarrollo comunitario con el objetivo de contribuir a fortalecer la conciencia social, y favorecer la capacitación sobre el proceso de salud/ enfermedad, los sistemas de atención a la salud, y los mecanismos de participación comunitaria en salud.

Para promoverlo fue necesario llevar a cabo un programa de formación de los profesionales sanitarios con apoyo técnico y metodológico a la EpS.

Reorientar los servicios sanitarios.

Se planteó la implantación de un nuevo modelo de atención primaria con equipo multiprofesional con un enfoque promotor de salud y de atención más integral. Esto se concretó con algunas peculiaridades tales como:

- Establecer una red profesional motivada, formada en EpS y trabajo comunitario a través de:
 - Grupo de Promoción de Salud con carácter dinamizador, formado por profesionales motivados.
 - Constitución de un grupo docente interdisciplinar, de 8 profesionales del área capacitado para dar formación en EpS.
 - Desarrollo del programa docente en metodología de EpS grupal y de intervención comunitaria para todos los EAP.
 - Elaboración y dotación de materiales en EpS.
- Adecuar la estructura de gestión del Área a través de:
 - Líneas directivas desde la gerencia.
 - Creación de una unidad de EpS en el equipo directivo con responsable, sistema de información y registro, fondos documentales y apoyo al Grupo de Promoción de Salud.
 - Constitución de una red de responsables de EpS en todos los EAP.
 - Líneas de incentivación en la cartera de servicios.
 - Constitución y participación en la red de consejos de salud.
- Extensión y consolidación de una red de centros de salud con:
 - Servicios y actividades de PS tales como programas de atención integral de salud y grupos de educación para la salud.
 - Unidades de apoyo en fisioterapia, matronas, trabajo social y atención odontoestomatológica.
 - Salas de uso múltiple y comunitario.
- Favorecer la creación de instrumentos de coordinación sociosanitaria dentro de los programas de intervención:
 - Comisiones de coordinación socio-sanitarias (CSS) dentro del programa de atención al mayor de riesgo social.
 - Mesas de salud escolar dentro del programa de salud escolar y atención al niño.
 - Comisión general de coordinación del proyecto de infancia del distrito.

Problemas y comportamientos.

Existen en el momento actual una serie de valores, normas, características y dificultades que hemos de tener en cuenta, como son:

Responsabilidad sobre la salud/enfermedad. Confrontación de los componentes individual y

colectivo. Dejadedez y externalización de responsabilidades tanto a nivel individual, de las familias y de los grupos sociales como de los poderes públicos. La excesiva culpabilización de las personas unida al incremento de la dependencia al experto profesional y a los servicios sociosanitarios. La individualización social como valor hegemónico.

Habilidades y capacitación limitada sobre la salud, sus problemas, factores determinantes y forma de abordarlos. Existen diferencias marcadas entre sectores sociales, unos con déficits importantes en formación y capacitación, y otros con recursos suficientes para contrastar con los propios profesionales.

Deberes y derechos de los ciudadanos. Información, conocimiento y habilidades para abordar los problemas y ejercer adecuadamente tales derechos. Falta de formación y capacitación para el ejercicio real de los mismos, ya que no son sólo necesarios las leyes y las reglamentaciones sino también políticas concretas que las desarrollen. El escepticismo y la desconfianza progresiva en la participación delegada demanda la profundización democrática de nuestro país.

Participación comunitaria en salud (en adelante PCS). A pesar del tiempo transcurrido desde la consagración de estas definiciones por parte de los organismos internacionales el tema de la PCS permanece aún opaco, cargado de confusión y polémica. Se constata poca congruencia entre los discursos participativos y las prácticas a que ha dado lugar, y parece hasta ahora más fácil hablar de PCS, e incluso estar de acuerdo en lo teórico que incorporarla a la práctica cotidiana del sistema sanitario.

Los instrumentos de participación comunitaria adolecen de desarrollo escaso y los problemas estructurales y organizativos los convierten en escasamente operativos y poco eficientes para el objetivo de propiciar la PCS. Existen problemas de representatividad delegada y de capacidad de decisión, de la información mediatizada y de la comunicación conflictiva con recelos y desconfianza mutua.

Desmovilización social y apatía ante la complejidad de los problemas y la concentración del poder político y económico. Cambios en la forma de organización social y las dinámicas sociales. Escasez de líderes sociales con capacitación en temas de salud, servicios sanitarios y participación comunitaria. Conciencia colectiva limitada y mediatizada. Cambios en la hegemonía de los valores sociales reconocidos históricamente en nuestro país.

En la actualidad existe un incremento progresivo de personas con necesidades de ayuda debido al envejecimiento poblacional. El aumento de población de enfermos e incapacitados que son atendidos en el ámbito doméstico al recibir asistencia muy limitada por parte del sistema formal. Todo ello producto de una política social y económica restrictiva así como de los cambios de roles en la familia tradicional.

Las tendencias sociales muestran disminución de la eficacia de los sistemas de apoyo informales tradicionales en la prestación de asistencia sanitaria entre otros factores por la incorporación de la mujer al mercado laboral, la precariedad y flexibilidad del empleo, el aumento de las familias monoparentales, la mayor movilidad geográfica y los movimientos migratorios.

Todo ello genera un aumento progresivo de necesidades que amenazan con desequilibrar los sistemas de prestación de cuidados formales, por el importante incremento de la demanda socio-sanitaria.

El sistema de cuidado no formal también viene sujeto a presiones cada vez mayores por: la necesidad de adaptarse a enfoques culturales dispares; los cambios sociales y de valores afectan a los contextos familiares, sociales y laborales; no contar con los conocimientos necesarios para sustentar sus actuaciones; tener recursos limitados y no siempre adecuados; sobrecarga personal y económica con dificultad para compatibilizar con el desarrollo de su propio proyecto vital y personal y la falta de reconocimiento real y objetivo por parte de las personas a quienes se ayuda, del resto de la familia y del sistema de atención formal.

Necesidad de reformas en el sistema sanitario por los nuevos retos que tiene que ver con problemas existentes de salud y del sector sanitario. Uno de los factores para la reforma es el patrón cambiante de patologías con aumento del nº de personas afectadas por trastornos múltiples por enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoartropatías, trastornos de adaptación y demencia. Los cambios alimenticios y los estilos de vida, siguen constituyendo otro desafío, al igual que el

aumento de enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes.

El patrón de enfermedades en España tiene implicaciones en la reforma del sector sanitario y entre otros está la necesidad de reconocer que los servicios sanitarios tienen un impacto limitado sobre las principales causas de algunas patologías. Por ello es necesario la existencia de servicios de Salud Pública potentes con capacidad para efectuar seguimiento de las tendencias de las enfermedades y de apoyo al desarrollo de programas integrados para hacerlos frente.

Los sistemas de salud modernos han contribuido a mejorar la salud y ejercen una influencia mayor y más decisiva que nunca en la vida de la gente, pero subsisten diferencias enormes entre el potencial de los sistemas de salud y su desempeño real y, a pesar de los logros obtenidos, no se ha conseguido reducir las desigualdades existentes entre ricos y pobres. También se debe considerar los errores, yatrogenias y dependencias que dichos servicios han generado.

Políticas neoliberales, restrictivas para el sector de los servicios públicos con supremacía del sistema de mercado y sus leyes. Procesos privatizadores y de desregulación en los servicios sanitarios. Lo público y lo privado en constante lucha dialéctica. Deslegitimación social.

Crisis de los sistemas sanitarios. La confrontación de valores sobre salud y enfermedad y la forma de abordarlos: justicia social, equidad, autonomía, solidaridad. Hegemonía de la eficiencia y preocupación por los costes. La defensa y mejora de la calidad de los sistemas sanitarios, que deben orientarse hacia los ciudadanos y reforzar su legitimación social.

Expectativas de la ciudadanía y pacientes. La ciudadanía exige hoy día un enfoque de prestaciones de servicios sanitarios orientado al paciente. Aumentan las presiones ciudadanas para disminuir tiempos de demora a la vez que se exige calidad en los servicios.

Elección y transparencia. La ciudadanía ya no se conforma con ser sujeto pasivo del sistema sanitario. Reclama cada vez más ser tenidos en cuenta, como sujeto activo del mismo. La concesión de más poder al ciudadano favorece el juego en varias dimensiones: sus derechos frente a los servicios, su capacidad de elección de médicos y centro, su participación en la toma de decisiones clínicas y su participación en la toma de decisiones en política sanitaria.

En esta guía se tienen en cuenta algunos aspectos considerados clave en el abordaje del tema de los Agentes de Salud Comunitarios (ASC):

La salud es un derecho humano básico que debe ser promovido, protegido y garantizado por los poderes públicos.

Consideramos la salud como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y social para afrontar de forma activa los retos del ambiente y constituir un recurso para la vida y el bienestar de las personas.

El estado de salud global viene determinado por cuatro factores interrelacionados entre sí: susceptibilidad genética, la conducta y los estilos de vida, el sistema sociosanitario y la situación medioambiental.

La información, la comunicación y la educación para la salud, capacitadora de la toma de decisiones, debe considerarse componente indispensable de la estrategia de salud.

El proceso de desarrollo comunitario debe ser de carácter participativo. Debe implicar a los agentes relevantes en materia de salud, en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional, y debe promover la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta.

La idea de las relaciones educativas como marco de crecimiento personal y de desarrollo del propio proyecto de vida de todas las personas que en ellas intervienen (individuo, familia, grupos de la comunidad y técnicos).

La idea de dar lugar a cambios personales y sociales para el crecimiento de las personas y de la humanidad en su conjunto.

El por qué de esta guía.

Es una necesidad sentida y demandada por los profesionales y movimientos sociales.

Es importante lo realizado, pero todavía queda mucho por hacer en lo referente a la promoción de la salud y la participación comunitaria, y muy en concreto, en la línea de la dinamización social y fortalecimiento del contexto comunitario en salud, necesaria para consolidar los servicios

sanitarios públicos.

Dentro del desarrollo del proceso se genera la iniciativa del proyecto de Escuelas Comunitarias de PS con el objetivo de potenciar la capacitación y habilitación de la población como Agentes de Salud Comunitarios a través de la elaboración de una guía pedagógica que sirva de apoyo para el desarrollo de talleres educativos para la salud con la población diana seleccionada.

Este proyecto, dinamizado por el grupo de PS del área y por la red de contexto comunitario, fue presentado por la comisión de participación del centro de salud Vicente Soldevilla del Insalud del área 1 de Madrid a los premios anuales del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) obteniendo el primer premio del año 2000. A partir de ese momento el proyecto es asumido por un grupo amplio de profesionales sanitarios (alrededor de 70 personas) que se ponen a la tarea de elaborar esta guía a través de grupos de trabajo coordinados por el grupo de formadores de EpS del Área.

Esta guía está siendo ya utilizada como material de apoyo para los talleres que se llevan a cabo en organizaciones sociales que lo demandan.

Grupo diana de la guía:

La población a la que va dirigida son los ASC:

El ASC es un hombre o una mujer, con estudios primarios como mínimo, escogido por la comunidad, y adiestrado para hacer frente a los problemas de salud de sus miembros y para trabajar en estrecha relación con los servicios de salud (EAP de la zona), contribuyendo a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud.

Captación del colectivo:

En el Área existe una amplia y heterogénea red de movimientos sociales con un interés amplio en los temas de salud y de los servicios sanitarios y con experiencia en esta temática.

Existen formas diversas para captar a la población motivada y sensibilizada para participar:

En la población general, aunque en estos momentos no participe en una organización social determinada.

En los movimientos sociales organizados y estructurados. La red de colectivos sociales existentes en cualquier territorio es muy diversa en cantidad y calidad, pero siempre existente. La motivación y receptividad a trabajar en esta temática es en general aceptable. Los movimientos sociales que en nuestra experiencia son más receptivos son: las asociaciones de vecinos, las asociaciones de padres y madres de los colegios e institutos, las asociaciones de mujeres, los grupos parroquiales de voluntariado y los grupos de ayuda mutua.

Los líderes sociales miembros de los instrumentos de participación como es el caso de los consejos, foros o mesas de salud, comisiones de participación o grupos de trabajo.

Los profesionales de los servicios públicos, sociales, educativos y sanitarios con actividades comunitarias.

Los centros de formación de adultos, tanto de la red institucional como de la red no gubernamental. En este caso se plantea, por un lado capacitar a los propios monitores en la utilización de la guía, y por otro formar directamente al alumnado.

Organizaciones no gubernamentales como Cáritas, Aesco, Asociación Barró, Ecoe.

A través de la Coordinadora de Sanidad de Vallecas. Movimiento social que aglutina asociaciones vecinales y colectivos sociales, motivados por los problemas de la salud y de los servicios sanitarios, con una historia amplia de acciones en relación con la salud como un derecho social básico, la promoción y educación para la salud como prioridad, la defensa de la salud pública como responsabilidad colectiva y de los gobiernos, la consolidación de una red de servicios sanitarios públicos integrados y de calidad, la reforma de la APS y la participación comunitaria como un derecho y necesidad técnica.

Coordinadora de Infancia de los distritos.

Plataforma contra la droga. Madres contra la droga y otros ONG específicas.

Medios de comunicación locales. Prensa, radio y televisión.

¿Qué queremos conseguir? Se pretende operativamente:

- Poner en marcha Escuelas Comunitarias de PS en los distintos distritos que constituyen el

Área.

- Entendemos las Escuelas Comunitarias de PS como unidades de capacitación y desarrollo personal y comunitario de la población en temas de PS.
- Características:
- Integradas en las actividades de los movimientos sociales.
- Carácter funcional.
- Dinámicas y flexibles.
- Participativas.
- Enfoque promotor en salud para facilitar el cambio personal y social.
- Programadas.
- Adaptadas a las necesidades comunitarias.
- Intersectoriales (comunidad, sector social y sanitario).

Ubicación:

Se priorizará la utilización de los locales comunitarios de los movimientos sociales organizados, pero también se facilitarán los locales de los centros de salud.

Constitución:

Se plantean vías complementarias:

La red de los consejos de salud existentes en el Área. En cada consejo que así lo acuerde se formará una comisión para la coordinación de la escuela y la programación de las actividades.

La red de escuelas de adultos existentes en los distritos a las que se les ofertará la incorporación de talleres de EpS en su programación anual. Se deberán constituir una comisión de coordinación entre representantes de la escuela y de los profesionales sanitarios.

Cualquier movimiento social organizado que plantee la necesidad de la creación de la escuela.

Promover la formación de ASC mediante la realización de talleres de EpS con grupos según demanda y necesidad de los movimientos sociales y de la población de los distintos barrios.

Tipos de talleres:

La propuesta es la EpS grupal. Los tipos de grupos dependerán de lo que se establezca de acuerdo a necesidades y demanda de la escuela. Los prioritarios son los de dinamización social y desarrollo comunitario en salud para la formación de agentes comunitarios, pero también los de grupos de población en etapas vulnerables y estilo de vida pertinentes.

Contenidos a tratar: los establecidos en la guía con las modificaciones que se precisen de acuerdo a las necesidades de los educandos. (Ver ejemplos de talleres realizados en diversos centros de educación de adultos en los materiales del Centro de Interés 3 Educación para la salud)

Captación de la población:

- Según se establezca en cada escuela comunitaria por el grupo de trabajo.
- Prioridad de las personas incorporadas y seleccionadas por los movimientos sociales.

Organización de la actividad:

- Duración variable según contenidos.
- Proponemos unas 10 sesiones de 90 a 120 minutos. Entre 15 y 20 horas.
- Coordinación y diseño por el grupo de trabajo de la escuela con participación de los educandos.
- Tendrán lugar en los locales comunitarios y/o en los centros de salud.

¿Qué contiene y cómo se puede utilizar?

Características de la guía:

Es un documento dirigido a profesionales de los EAP, servicios sociales de base y organismos o instituciones y movimientos sociales que quieran llevar a cabo intervenciones educativas para la formación de ASC.

Pretende ayudar a programar un conjunto de sesiones de duración variable mediante grupos de 10 a 30 personas adultas. El proyecto educativo puede llevarse a cabo en un espacio de tiempo corto (uno o dos meses) o de manera continuada a lo largo de uno o varios años, formando parte de alguna forma de la escuela comunitaria.

No es un instrumento cerrado. El objetivo es dar ideas y hacer fácil y corta la programación de las sesiones educativas.

La guía contiene dos partes fundamentales:

Una parte más teórica que comprende el contenido de la guía y las orientaciones para el educador:

- Introducción sobre contexto comunitario, trabajo y participación y problemática actual.
- Qué son los agentes de salud comunitarios.
- Por qué la guía, contenido y como utilizarla.
- Orientaciones para el/la educador/a sobre dinámica grupal, rol del educador y programación de un proyecto educativo.

Otra parte más práctica, que incluye los Centros de Interés. Contiene un abanico amplio de opciones que nos permiten combinar, cortar, mezclar... para diseñar nuestro propio proyecto, teniendo en cuenta las necesidades y realidades del grupo de población diana y de nosotros/as mismos/as.

Objetivos generales y específicos planteados:

General.

Contribuir a la promoción de salud en la población de un territorio a través del fortalecimiento del contexto comunitario en temas de salud.

Específicos.

- Contribuir al enriquecimiento de los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad y sus factores contribuyentes; la respuesta individual y colectiva sobre el proceso, los diferentes modelos de atención y de los servicios sanitarios, y sobre la participación e intervención comunitaria en la salud.
- Adquirir habilidades para la autoresponsabilidad y el autocuidado, la utilización racional de los servicios, la dinamización, sensibilización y organización comunitaria en salud, la mejora en la calidad de los servicios sanitarios públicos y la participación en los consejos de salud.
- Promover actitudes participativas, responsables, reflexivas y solidarias.
- Que la población diana sea capaz de:
 1. Identificar los factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, valoren la importancia de cada uno de ellos, analicen las desigualdades en salud entre sectores sociales, regiones y países así como los principales rasgos del nivel de salud en el Estado español.
 2. Valorar positivamente la necesidad de autocuidados y los factores que los condicionan, desarrollen actitudes favorables hacia ellos y adquieran habilidades para su aplicación.
 3. Reflexionar sobre las posibilidades de la EpS, acercarlos a un conocimiento básico y dotarles de algunas habilidades imprescindibles para desarrollar proyectos educativos encaminados a promover cambios en sentido positivo para la salud.
 4. Comprender la importancia para nuestra salud del entorno físico en el que nos movemos y aprender a intervenir en él para conservarlo y mejorarlo.
 5. Identificar los componentes, no formales y formales, del proceso de atención a la salud, analizar y valorar el peso de su contribución para la resolución de los problemas y mejora de la salud, y adquirir habilidades para utilizar adecuadamente los sistemas de atención y mejorarlos.
 6. Comprender la importancia de una planificación en salud, conocer sus técnicas más importantes y aprender a intervenir según esta lógica, en el marco institucional actual.
 7. Conocer los principios generales de utilización de los bienes del sistema sanitario, ser capaces de utilizarlos racionalmente y analizar el papel de los medios de comunicación como moduladores de los comportamientos.
 8. Comprender lo que es y lo que debe ser la participación comunitaria (PC), su utilidad para el desarrollo de la salud, desarrollar habilidades para promocionarla y propiciar actitudes participativas y solidarias.

Centros de Interés:

Inicialmente se proponen los siguientes, aunque queda abierto a introducir algunos más según los grupos de población con los que se vaya a trabajar y la propia experiencia.

1. Proceso de salud/ enfermedad. Trata el concepto de salud, analiza las distintas formas culturales y personales de entender la salud y la enfermedad, los factores individuales, sociales, culturales, económicos que influyen en la salud de las personas y los pueblos. Analiza el nivel de salud del Estado español y los determinantes de las desigualdades en salud.
2. Autocuidado. Trata de reforzar la autoresponsabilidad en el cuidado de la salud. Nociones básicas sobre las esferas biológica, psicológica y social. Aprender a conocerse para relacionarnos adecuadamente con nuestro entorno próximo y social y cómo cuidar nuestro cuerpo en las distintas situaciones.
3. Modelos de educación para la salud. Trata sobre el concepto de educar, los diversos modelos existentes, el priorizado para trabajar con la población y las nociones metodológicas y didácticas básicas para poner en marcha proyectos educativos en las escuelas comunitarias.
4. Salud medioambiental. Trata sobre la responsabilidad en la salud medioambiental y atención al medio en temas de urbanismo, saneamiento ambiental, alimentación y trabajo.
5. Modelos de atención a la salud. Se refiere a la atención no formal y la de servicios sanitarios. Objetivos, modelos de los sistemas sanitarios y las reformas sanitarias. Características esenciales del sistema sanitario español.
6. Planificación y programación de salud. Trata sobre el concepto, justificación y el proceso de programación con sus fases de análisis de situación, determinación de prioridades, elaboración, desarrollo y evaluación del programa. Expone los planes y programas de salud en el estado español.
7. El uso racional de los bienes: tecnologías, medicamentos y servicios sanitarios. Realiza un análisis ético y describe los principios generales de la distribución de los recursos del sistema sanitario. Enumera algunas de las nuevas tecnologías, sus ventajas y dificultades así como los retos futuros del Sistema Nacional de Salud y la influencia de los medios de comunicación.
8. Participación comunitaria en la salud (PCS). Contiene definiciones, consideraciones generales y encuadre histórico. Las bases de la PCS, la metodología de la intervención comunitaria y ejemplos de instrumentos de participación del ciudadano en el sistema sanitario.

Cada Centro de Interés incluye dos apartados:

- Centrando el tema: contiene informaciones básicas sobre el tema que pretenden servir como punto de partida para trabajar. Se facilitan lecturas seleccionadas.
- Diseñando el programa. Contiene:

Objetivo general.

Contenidos de los tres tipos: conceptos e informaciones, actitudes y valores, procedimientos y habilidades.

Modelo de secuenciación de las actividades, que propone una ordenación de las mismas útil para el aprendizaje de las personas adultas.

Menú de actividades: abordan esos objetivos y contenidos. Cada actividad será descrita con el material para el educador o educadora (cómo desarrollarla y algunas claves para trabajar la actividad) y con material para las/los educandos (fichas, ejercicios individuales o de grupo pequeño).

Evaluación.

0.2 Orientaciones para el trabajo educativo

0.2.1. La programación.

El trabajo a realizar con los ASC puede constituir un proyecto educativo o puede configurar un proyecto más amplio de promoción de salud que incluya, además del trabajo educativo, algún trabajo sobre el ambiente físico y/o social para posibilitar cambios en el entorno (por ejemplo: facilitar locales y actividades de reflexión y encuentro, colaborar en la organización de la comunidad), pro-

mover la creación de un contexto comunitario en salud, propiciar instrumentos de participación comunitaria y orientar los servicios hacia la ciudadanía. En este apartado se hace mención sólo al trabajo educativo.

Entendemos por educación el proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, y desarrollan conocimientos, valores y capacidades que les permiten adecuar sus comportamientos a la realidad.

La OPS/OMS propone métodos educativos diversos con enfoques distintos, que no son excluyentes: el informativo, el educativo y de desarrollo personal, y el de concienciación.

Para esta guía, y con la población diana a trabajar, el modelo de educación priorizado es el que propicia el desarrollo de habilidades personales y sociales que den lugar a cambios en las condiciones en que vive la persona que le permitan alcanzar mejores niveles de salud y de autonomía.

El trabajo educativo que proponemos no es improvisado sino intencional, es decir, está preparado, programado. Ello permitirá obtener resultados mejores y utilizar los recursos de forma más adecuada. A partir de las necesidades detectadas en el análisis de la situación, se trata de plantear objetivos que aborden dichas necesidades y definir la actuación para alcanzar los objetivos propuestos.

El cambio de comportamiento y la práctica de salud no se logra por el simple contacto con el conocimiento científico, pues la gente no reemplaza mecánicamente unos conocimientos por otros, ni altera necesariamente un comportamiento por efecto de un nuevo saber.

La metodología participativa constituye una estrategia útil para la promoción de comportamientos saludables. Sus principios son los siguientes:

1.- Aborda contenidos de conocimiento, actitudes y habilidades. Enfatiza el desarrollo de capacidades, competencias y criterios.

2.-Propone el aprendizaje significativo. Consiste en recuperar las experiencias concretas de la gente, de sus saberes, aptitudes y conductas, de sus percepciones e interpretaciones sobre los fenómenos, como punto de partida del proceso educativo y como elemento para la reflexión.

3.-Facilita la creación de ambientes adecuados para la realización de los eventos educativos de manera tal que se faciliten las manifestaciones espontáneas y la expresividad natural, culturalmente determinados.

4.- Propone una comunicación bidireccional y multidireccional. Horizontalidad en la relación educativa, que implica redefinir el papel del promotor de salud o del maestro para entenderlo como un facilitador del aprendizaje. Importancia del aprendizaje entre iguales.

5.- Reconocimiento y uso de caminos diferentes para acceder al conocimiento. En la realidad cotidiana el aprendizaje sensorial tiene importancia innegable, como también el aprendizaje desde lo concreto.

6.-Predilección por el aprendizaje centrado en problemas, como referentes obligados para propiciar su análisis y búsqueda participativa de soluciones. Es en ese proceso reflexivo donde se desarrolla la creatividad, el sentido de trabajo en equipo y la capacidad para analizar y solucionar problemas. Enseñar a pensar y a aprender. Que el sujeto piense y su pensamiento le lleve a transformar su realidad.

7.- Uso de técnicas pedagógicas diversas. Preferencia por técnica dialógicas, grupales y activas. Dialógicas por cuanto se trata de una educación de la pregunta y porque el diálogo permite desatar la palabra y la acción individual, paso inicial y obligado en un proceso creativo de participación; grupales, por cuanto se trata de establecer la solidaridad y la capacidad de trabajar en grupo.

8.- Validación del aprendizaje adquirido, no tanto en términos de memorización, sino de cambios de comportamiento y estilos de vida. Evaluación cuantitativa y cualitativa.

Se propone por tanto, contemplar en nuestra programación educativa las clásicas etapas de la programación: análisis de la situación, objetivos y contenidos, actividades y evaluación.

Análisis de la situación:

Antes de plantearnos cualquier tipo de intervención, es necesario conocer la situación de partida. Esto nos permitirá plantearnos objetivos y actividades lo más adecuadas posible a las nece-

sidades y a la realidad del colectivo con el que vamos a trabajar.

Al plantearnos una intervención educativa con ASC, es útil conocer algunos datos en las siguientes áreas:

- El grupo.

Podemos partir de algunos datos sobre la población de nuestra comunidad (agentes comunitarios, líderes de movimientos sociales, alumnos de centros de adultos, miembros de las asociaciones vecinales) o sobre el grupo que va a acudir a las sesiones en particular: interés y motivación por la salud y la participación comunitaria en la salud, participación en asociaciones o colectivos, lugares de encuentro, nivel de instrucción, características culturales y nivel socioeconómico, edad, sexo, etc.

Tales informaciones pueden ser obtenidas mediante el contacto con los movimientos sociales, grupos de ayuda mutua, escuelas y centros de formación de adultos interesados en poner en marcha las escuelas comunitarias y de realizar la actividad educativa. Todo ello nos va a ayudar a definir la necesidad o no de actividades previas de sensibilización, la forma de captación, los métodos y técnicas más adecuadas al grupo, los recursos y materiales más convenientes (material impreso, imágenes...) selección de contenidos, ejemplos cercanos, recomendaciones, lenguaje, etc.

- Comportamiento del grupo respecto a la promoción de la salud, habilitación personal y social para el fomento de la salud y los factores relacionados con dichos comportamientos.

Se tendrá en cuenta algunos aspectos de los reseñados en la introducción sobre problemas y comportamientos. Partiremos de información previa sobre conocimientos, creencias, valores, capacidades, comportamientos u otros factores relacionados. Averiguaremos las expectativas y necesidades del grupo con respecto a los temas a tratar. Se seleccionará conjuntamente las prioridades.

En educación los contenidos son los factores relacionados con los comportamientos humanos que influyen en salud y entre los que destacan:

Factores del entorno social (condiciones de vida, recursos y servicios disponibles, modelos y valores socioculturales dominantes..).

Factores del entorno próximo (apoyo del grupo familiar y doméstico, redes sociales...).

Factores personales; del área cognitiva (conocimientos, habilidad de análisis y valoración de situaciones..); del área emocional (creencias, valores, actitudes, autoestima, locus de control,..) y del área de las habilidades (psicomotoras, como el ejercicio o la relajación, personales, como el afrontamiento de problemas o el manejo del tiempo, y sociales como la escucha y comunicación, el manejo de conflictos y la negociación).

Esta información nos permitirá priorizar los objetivos y contenidos a tratar con el grupo y para la preparación de actividades adecuadas a su realidad (lecciones, casos, ejercicios, simulaciones...).

No se trata de realizar una investigación costosa que nos proporcione información exhaustiva, sino de un diagnóstico inicial que sirva de base para la programación educativa. En la recogida de datos son útiles los métodos y técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas: encuesta, entrevista, grupo de debate, grupo nominal, técnica de elaboración de la escucha, técnica delphi, etc.

Como sugerencia, en los centros en los que se han efectuado talleres ha sido de gran utilidad la reunión previa con los responsables y monitores del centro para la captación de la población y sus posibles expectativas, así como la convocatoria de una reunión de trabajo previa, reunión "0", para el análisis de expectativas, preocupaciones y demandas específicas de los asistentes.

Hay que tener en cuenta que la utilización de metodologías educativas activas y participativas a lo largo del proceso educativo proporciona información continua sobre los comportamientos del grupo y los factores relacionados. El análisis de la situación debe, por tanto, reelaborarse día a día, y la programación debe ser lo suficientemente flexible para su adaptación a las necesidades del grupo en cada momento.

Objetivos y contenidos.

Existen diferentes propuestas de formulación de objetivos según el nivel de planificación desde el que son fijados, según el grado de concreción de los mismos (generales, intermedios, específicos, didácticos) y según se centren en resultados, en contenidos o en el propio proceso de apren-

dizaje.

En cualquier caso, a la hora de plantearnos la programación educativa deben ser consideradas las siguientes cuestiones:

- Se trata de responder a las necesidades detectadas en el análisis de la situación, y lo que se pretende conseguir con la intervención educativa.
- Es necesario atender a los diversos ámbitos del aprendizaje, formulados en forma de objetivos o de contenidos:
 - Área cognitiva (conceptos, hechos, principios).
 - Área emocional (valores, actitudes, normas).
 - Área procedimental o de las habilidades(psicomotoras, personales y sociales).
- Es útil concretar los procesos de aprendizaje programados, en forma de objetivos o de proceso de enseñanza- aprendizaje.

En esta Guía se opta, al igual que en las Guías educativas del Instituto de Salud Pública de Navarra, por formular en cada Centro de Interés:

- **Un objetivo general** que exprese los recursos y capacidades personales que se pretenden desarrollar.
- **Contenidos a trabajar con el grupo:** 1) conceptos, hechos y principios; 2) actitudes, valores y normas y 3) procedimientos o habilidades.
- **Modelo de secuenciación de actividades.** Para posibilitar el aprendizaje significativo se utiliza un proceso de enseñanza-aprendizaje en varias fases:
 - Expresión y/o investigación de su realidad. Se trata de que cada persona se autoexplora, investigue sobre sí, sea más consciente de su propia realidad, parta de su situación actual, de su experiencia personal. Para ello se procederá tras la expresión y reflexión, a una cierta elaboración de su realidad, etc.
 - Profundización del tema. Se trata de que cada persona amplíe la visión de su realidad, conozca posibles factores causales, cambie el sentido que atribuye a los acontecimientos o su marco conceptual, emocional, y reelabore su situación. Para ello se posibilitará la reorganización y/o incremento de los conocimientos, el análisis general de su situación (factores que influyen en ella, comparación con otras realidades...) y/o el específico de algunos temas, el desarrollo y/o cambio actitudinal o el trabajo de algunos aspectos del área afectiva, etc.
 - Afrontamiento de la situación. Se trata de que las personas desarrollen recursos y habilidades y tomen sus decisiones para introducir cambios factibles. Para ello se posibilitará la identificación y análisis de los posibles cambios, la toma de decisiones respecto a ellos, el análisis de problemas y dificultades y la búsqueda de soluciones, el desarrollo de los recursos y habilidades necesarias para el cambio, la experimentación en su realidad y posterior valoración de la misma, etc.

Actividades. Métodos y técnicas.

Para programar y lograr aprendizajes significativos en los contenidos biopsicosociales y los objetivos citados no basta con una charla, sino que se requiere un proceso educativo en varias sesiones. Aprender y cambiar es costoso; cada persona hace procesos diferentes; a veces se trata de procesos cortos y otras de procesos a medio y largo plazo.

Para lograr aprendizajes significativos, se requiere además el uso de técnicas grupales activas, seleccionando las más adecuadas a los objetivos propuestos, variadas, es decir, combinando distintos tipos de técnicas más útiles a diferentes objetivos y procesos y estilo de aprendizaje de los educandos.

Existen clasificaciones múltiples de métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de contenidos. Resultan especialmente operativas las que relacionan distintos tipos de técnicas con los diferentes objetivos de aprendizaje como se puede observar en el Centro de Interés 3 de educación para la salud.

- Técnicas de investigación en aula: son útiles fundamentalmente para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como

punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar otras informaciones, etc. Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área emocional de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias..) y de habilidades.

Entre las técnicas incluidas en este grupo se encuentran: tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra, rejilla, cuestionarios, frases incompletas, cuchicheo, Phillips 6/6.

- Técnicas expositivas: son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas.

En este grupo se incluyen distintos tipos de exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, lección participada, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o con discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, vídeo con discusión...

- Técnicas de análisis: se utilizan sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a modificar actitudes, valores y sentimientos.

En este grupo se incluyen el estudio de distintos tipos de casos, así como análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones, publicidad), análisis de problemas y de alternativas de solución, discusión de distintos tipos (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas), ejercicios diversos, etc.

- Técnicas de desarrollo de habilidades: son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, sobre todo psicomotoras, personales y sociales.

En este grupo se incluyen tipos distintos de ejercicios, simulaciones, tales como rol-playing o simulación operativa, demostración con entrenamiento y ejercitaciones de distintos tipos, análisis de situaciones y toma de decisiones, juegos, etc.

- Otras técnicas de aula y fuera de aula: investigaciones realizadas fuera del aula, distintos tipos de trabajos en grupo pequeño o grande, ejercicios, tareas para casa, etc.

Como apoyo a los diversos tipos de técnicas es útil el uso de otros recursos educativos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros, como objetos reales.

Evaluación

La finalidad principal de la evaluación educativa es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso del aprendizaje, adecuando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros manifestados.

Quién evalúa:

Los/las educadores/as y educandos, y los/las observadores/as.

Qué se evalúa:

- Los resultados: el grado de consecución de los objetivos en las tres áreas de aprendizaje.
- El proceso: idoneidad de la metodología y de las actividades (asistencia, participación, grado de consecución de las actividades previstas, adecuación al grupo de los objetivos y contenidos, actividades y tareas, etc.) así como la programación.
- La estructura: la adecuación de los recursos (local, duración de las sesiones y del curso, horario, recursos didácticos y personales).

Cómo se evalúa: se usan procedimientos muy variados e instrumentos.

- Técnicas cuantitativas: cuestionarios.
- Técnicas cualitativas: observación sistemática con guión, análisis de tareas, análisis de materiales.

Cuándo se evalúa: de forma continuada, a lo largo de todo el proceso.

- Evaluación de algunas actividades educativas durante cada sesión educativa.
- Al finalizar el proyecto, el conjunto de sesiones.

En el Centro de Interés 3 educación para la salud se propone un modelo de cuestionario vali-

dado de evaluación final de los talleres.

0.2.2 El rol del educador o educadora.

Globalmente se trata de desempeñar un rol de facilitación, de ayuda y apoyo. Es el educando quien aprende y el educador ayuda, facilita, orienta. Para ello, son útiles algunas actitudes básicas o generales (congruencia, empatía, aceptación y valoración positiva o estima por otras personas) y otras más concretas, que se relacionan con el clima conseguido en el aula.

Existen climas defensivos y tolerantes, éstos últimos útiles al aprendizaje y los otros no, relacionado con el tipo de comunicación entre educadores o educadoras y educandos. Se identifican algunos tipos de actitudes del educador o educadora relacionados frecuentemente con climas y tipos de comunicación defensivos y tolerantes. Entre las defensivas están el juicio, control, rigidez, distancia, superioridad, certeza. Entre las tolerantes la descripción, orientación, flexibilidad, relación, paridad y problematicidad.

Para finalizar, las habilidades necesarias para desempeñar el rol del educador o educadora incluyen también algunas más generales y otras más concretas. Entre las primeras: la comprensión, la empatía, la escucha activa, la asertividad, la comunicación interpersonal, el autocontrol emocional, el manejo de conflictos y la negociación. Entre las segundas se podrían reseñar: resumir y devolver cuestiones, ayudar a pensar, conducción de reuniones, reforzar positivamente, manejo de grupos, manejo de discusiones y de distintos tipos de técnicas y recursos educativos.

Las actitudes y habilidades de quien educa, así como las técnicas utilizadas deben adaptarse a la dinámica y a las distintas etapas de evolución del grupo (inseguridad, exposición, confrontación, pertenencia)

El educador/a debe establecer un punto de partida para la reflexión crítica. Al aplicar valores humanos en las relaciones con los demás, es importante unirlos a los aspectos afectivos y cognitivos que “regulan la interacción” del sujeto con la realidad. Integra los conocimientos adquiridos con su estructuración interna de la realidad, estructuración que hay que conocer.

Se distinguen hasta cinco funciones que debe realizar el promotor:

1. Estimulación: es decir, provocar el deseo colaborador del educando.
2. Ejercitación: al entender la práctica como condición indispensable de todo aprendizaje.
3. Instrucción: entendida no sólo como transmisión de conocimientos, sino también como el cultivo de las fuerzas de la inteligencia para la resolución de problemas.
4. Orientación: en función de un proyecto de ser humano y sociedad.
5. Terapéutica: corrección de errores.

La participación del mayor número de personas en el máximo de responsabilidades, no es sólo factor de eficacia colectiva, sino que, además, constituye condición de la felicidad individual y una toma de poder cotidiano sobre la sociedad. La participación hace que el hombre “haga historia” y no sea llevado por ella. La participación educativa nos hace libres, la no participación domestica. La participación educativa, debe ser un intercambio de experiencias y no simplemente una inyección de conocimiento.

“Hay que dar libertad para aprender, que cada sujeto se haga cargo de un problema y aprenda lo necesario para solucionarlo” -Carl Rogers -.

Algunas lecturas

- Asthor, J y Seymour, H: La nueva salud pública. Ed. Masson. Barcelona, 1990.
- Costa M y Lopez, E : Manual para el educador social. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.
- Dhillon, H.S.y Lois Philip: Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo. OMS. 1995.
- Fernández, J y Santos, MG: Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Ed. Aljibe, 1992.
- Freire, P.: La educación como práctica de la libertad. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires, 1973.
- García, M y otros: Planificación educativa en ciencias de la salud. Ed. Masson. Barcelona, 1995.
- Gordon, T. : MET. Maestros eficaces y técnicamente preparados. Ed. Diana. México, 1994.
- Green, L. Y Simons-Morton, B.G.: Educación para la salud. Ed. Iberoamericana. México, 1988.
- Hawe, P, Degeling, D y Hall, J : Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Ed. Masson. Barcelona, 1993.
- Iglesias Rodal, M : Organización de la prevención en atención primaria. Atención Primaria vol 20, suplemento 2, 1997: 11-15.
- IUHPE: La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Dos libros. Edita Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2000.
- Insalud: Estrategia de promoción de salud en el área 1 del Insalud de Madrid. Edita Insalud. Área 1 Atención Primaria. 2000
- Loayssa y otros: propuesta para el desarrollo de un sistema de formación continuada en Atención Primaria. Revista de Atención Primaria, vol 9, nº1, 1992: 48-76.
- Lopez LA y March JC, : Promoción de salud. Una forma de pensar. EAPs. Red de Actividades de PS nº 3, mayo 1993. Ministerio Sanidad y Consumo y EAPs
- López de Ceballos, P.: Un método para la investigación- acción participativa. Ed. Popular, S.A. Madrid , 1990.
- Luft, J : Introducción a la dinámica de grupos. Ed Herder. Barcelona, 1996.
- Martín Zurro, A y Cano J.S: Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Mosby/Doyma, 1994.
- Nuthbeam, D : Glosario de promoción de la salud. OMS. Copenhague, 1986.
- Nuthbeam, D: La promoción de la salud en acción: ideas prácticas para llevar a cabo los programas. Salud entre todos. Suplemento 32. febrero , 1988.
- OMS: Promoción de la salud: documento informativo sobre conceptos y principios. Copenhague; OMS, 1984
- OMS: Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.
- OMS: Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. 1991.
- OMS: Conferencia de México sobre promoción de la salud. 2000.
- OMS: Promoción de la salud, conceptos y principios. En Papeles de Gestión Sanitaria nº 11, 1988: 34-81.
- OMS: Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1989.
- OMS: Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999
- PACAP: Revista Comunidad. Nº 4 Nov 2001. Granada
- Perez, MJ y Echauri, M : En la madurez... Guía para promover la salud de las mujeres. Edita Gobierno de Navarra, 1996.
- Perez, MJ y Echauri, M: Instrumentos de Promoción de Salud. Dimensión Humana 1998; 5 (vol.2):35-44.
- Perez, MJ y Echauri, M : Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones Colectivas y Comunitarias. Edita Gobierno de Navarra, 2001.
- Rogers, C.: El proceso de convertirse en persona, 17 Edición. Paidós. Barcelona, 2000.

Serrano, M^{al}, : Educación para la salud y participación comunitaria. Ed Díaz de Santos, Madrid, 1989.

Tones, BK : Educación sanitaria e ideología de promoción de salud: Revisión de enfoques alternativos. 2º Seminario de Educación para la salud, 1986.

Tones, K. Y Tilford, S : Health Education: Effectiveness, efficiency and equity. Londres, Chapman and Hall, 1994.

Vaccani, R : Strumenti didattici e finalità formativa. Università L. Bocconi. Milan, 1996.

Vargas, L, Bustillos, G y Marfán, M Técnicas participativas para la educación popular. Ed Popular S.A Madrid 1993.

Villanueva, P : La educación de adultos hoy. Necesidad y perspectiva de cambio. Ed. Promolibro. Valencia, 1984.

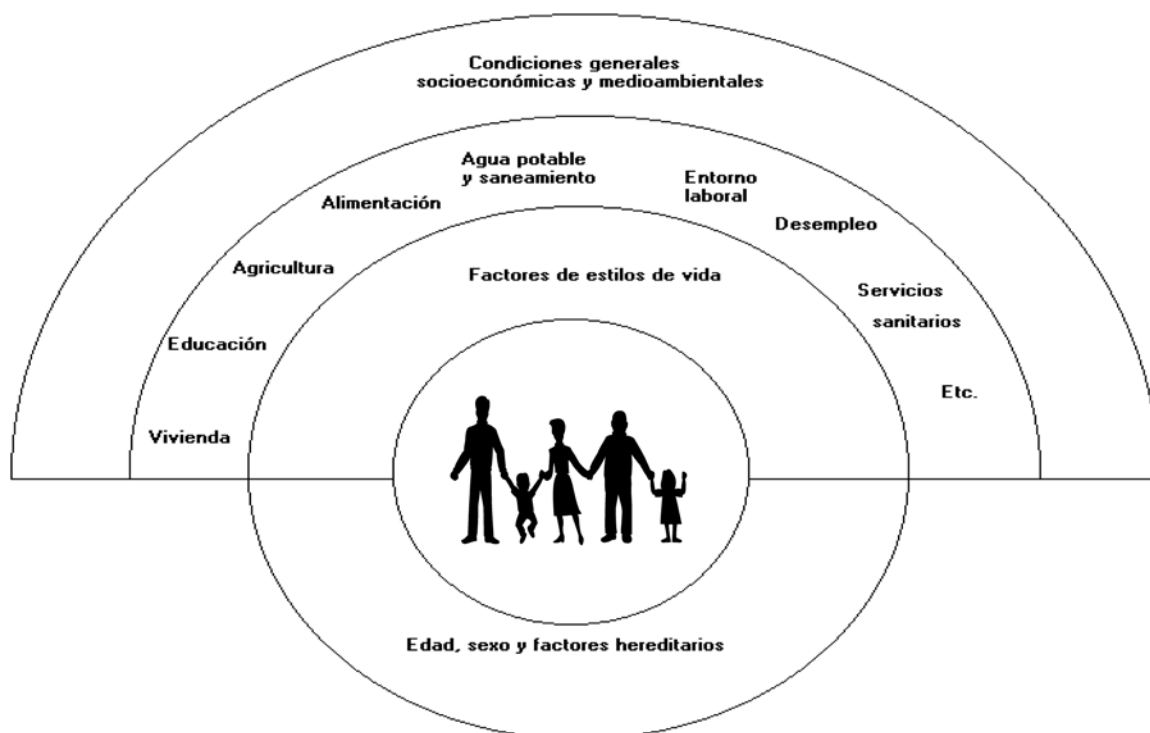
CENTRO DE INTERÉS 1: SALUD-ENFERMEDAD

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 1: SALUD-ENFERMEDAD

1.1. Centrándonos en el tema	30
Introducción	31
Concepto de Salud. Visión integral y ecológica	31
Modelos socioculturales de salud-enfermedad	31
Determinantes del proceso salud-enfermedad	36
Geografía de la salud	38
Factores medioambientales físicos	39
Factores humanos	40
Sistemas de Información Sanitaria:	43
Clasificación de los Sistemas de Información Sanitaria en España	45
Indicadores de los Sistemas Sanitarios	47
Sistemas de información en Atención Primaria	49
Desigualdades en salud	50
Determinantes mayores en las diferencias de salud	50
Desigualdades de salud en España	52
Algunas lecturas	55
1.2. Diseñando el programa	57
1.2.1. Objetivos y contenidos	57
Objetivo general	57
Contenidos	57
Hechos, conceptos y principios	57
Actitudes, valores y normas	57
Procedimientos	57
1.2.2. Menú de actividades	57
Proceso de secuenciación de actividades	58
Actividad 1. Proceso de salud-enfermedad	59
Material 1A: Concepto individual de salud	60
Material 1B: Vivencias de mi estado de salud-enfermedad	61
Material 1C: Cambios experimentados durante una enfermedad	62
Material 1D: Demandas y exigencias sociales con respecto a la persona enferma	63
Material 1E: Tres formas de vivir la salud-enfermedad	64
Material 1F: La salud en la publicidad	65
Material 1G: La Belleza	66
Material 1H: La maternidad en los últimos siglos	68
Material 1I: Análisis de los determinantes en un problema de salud	69
Material 1J: Distribución económica en los determinantes de salud	70
Actividad 2. Desigualdades en salud	71
Material 2 A: Influencia en mi salud de las desigualdades	72
Material 2B: Diferentes desigualdades en salud	73
Material 2C: Influencia de los estilos de vida	74
Material 2D: Desigualdades de salud en España	75
Material 2E: Utilidades de la información sanitaria	76
Material 2F: Indicadores de salud en España	77

Material 2G: Cartera de servicios de tu centro de salud	79
Material 2H: ¿Qué podemos hacer para disminuir las desigualdades?	80
Material 2I: Influencia de las catástrofes naturales en la salud	81
Material 2J: Indicadores sanitarios. Su utilidad	82

1.1 Centrándonos en el tema



Principales determinantes de salud

Fuente : Dahlgren G y Whitehead, M : "Policies and strategies to promote social equity in health" Stockholm; Institute for Future Studies, 1991.

Introducción

El concepto de salud es un término difícil de definir, la ciencia médica pocas veces se ha atrevido a hacerlo, ya que su definición condiciona las políticas sanitarias. Su concepción ha ido evolucionando desde la relación con factores mágico-místico-religiosos, pasando por la asociación exclusiva con agentes patógenos, hasta el reconocimiento de su multicausalidad (concepto bio-psico-social) y búsqueda de orientación promotora de salud y de prevención de la enfermedad.

A lo largo de la historia se ha dado más importancia al concepto de enfermedad que al de salud, predominando el carácter objetivo, biologicista (disease/patología); había que combatir la enfermedad. La salud se definía desde lo negativo, desde la enfermedad. La parte de la enfermedad individual o psicológica o la vivencia personal (illness/dolencia) y la repercusión social (sickness/ mal) no se tenían en cuenta, salvo en la época grecorromana y a partir de mediados del siglo XX donde prevalece el concepto de salud sobre el de enfermedad.

En cualquier caso, la salud es considerada como uno de los grandes valores individuales y colectivos, junto con otros como la justicia, la libertad o la educación, a la cual los ciudadanos tienen derecho, y por tanto las instituciones y los individuos dedican una parte importante de sus recursos materiales e intelectuales para su consecución y mantenimiento.

Concepto de Salud. Visión integral y ecológica

En el año 1946 la OMS en su declaración fundacional, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud, que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Esta definición supuso un gran avance al incorporar por primera vez el concepto psico-social, definiendo la salud desde un término positivo, es decir equiparando bienestar a salud, además de unificar el criterio de salud entre los países.

Sin embargo, también ha sido criticada desde dos posiciones distintas, por una, los que la consideran atrevida para su época al incorporar el componente social y equiparar bienestar a salud, y por otra los que dicen de ella que es utópica, estática y subjetiva al considerar que el “completo bienestar” de manera continuada es inalcanzable.

Posteriormente diversos autores han elaborado definiciones basadas en la de la OMS en las que han ido introduciendo elementos más dinámicos, incorporando el término de capacidad para relacionarse con el ambiente. Una de las más completas que podemos encontrar es la de Blum, para el cual salud es la capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que éste está razonablemente indemne de importantes incomodidades, incapacidad, insatisfacciones o enfermedad, así como la capacidad de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tanto como su propia realización personal.

Modelos socioculturales de salud – enfermedad

Desde la perspectiva social, el concepto de salud es una construcción dinámica, que ha ido evolucionando a lo largo de la historia condicionada a los cambios económicos, científicos y culturales.

No podemos olvidar que la salud-enfermedad, el estilo de vida, las pautas de consumo, las formas de pensar, de sentir y de actuar están influenciadas, además de por la biología, la propia experiencia, y los recursos y capacidades personales, por factores socioculturales. Estos son distintos según las sociedades, culturas y grupos sociales.

Se han formulado varios modelos para describir la salud, según las diferentes culturas y épocas (Tabla-1).

Tabla 1 **MODELOS SOCIOCULTURALES DE SALUD - ENFERMEDAD**
La salud en los Pueblos Primitivos

Períodos Históricos	Vivencia de la enfermedad- salud
Pueblos Primitivos	Místico, mágico, tabú, alma, espíritus.
La Grecia Antigua	La salud es la ausencia de la enfermedad.
La Roma Clásica	Política sanitaria pública
La Edad Media	Enfermedad como expresión de la cólera divina, oscurantismo religioso.
Siglo XVIII - XIX	Aparición de la Higiene Social. Inicio de la prevención y de la epidemiología. Se valoran otros determinantes de salud como pobreza, condiciones de trabajo, hábitat.
Siglo XX: extensión de las enfermedades sociales	Desarrollo del conocimiento científico y crecimiento de la ciencia médica. Ecología. Enfermedades crónicas. Sanidad Internacional.

Las sociedades primitivas, pequeños grupos de población nómada, recolectores y cazadores, tenían como principales problemas de salud las adversidades del ambiente y el equilibrio ecológico del medio, las enfermedades son atribuidas a fuerzas extranaturales, la persona enferma es una víctima, a veces culpable de haber traído la enfermedad como consecuencia de su conducta. El tratamiento está orientado a la expulsión de los espíritus o demonios causantes de su mal.

Posteriormente el asentamiento estable, la agricultura, la propiedad privada, permite el crecimiento de la población, la sociedad se organiza en clases, las diferencias sociales establecen diferencias en la dieta y en las condiciones de vida en general, se establecen las guerras como medio de conquista, todo esto hace que aparezcan y se difundan las enfermedades infecciosas. El pensamiento mágico-religioso de estas sociedades ve el castigo divino en la aparición y propagación de estas enfermedades.

Así por ejemplo en la cultura asiriobabilónica, la pérdida de salud se le atribuía a un shêrtu o castigo de los dioses. En Egipto se hacía una interpretación causal; empírica, para la medicina externa, y religiosa para la interna. En la antigua China los factores que influían en la salud eran el Yin y el Yang, que se contraponen entre sí y están regidos por el Tao.

La salud en la Cultura Clásica

La civilización griega es el origen del pensamiento racional. Se caracterizó por establecer la conexión entre el ambiente social (alimentación, trabajo, costumbres) y ecológico (geografía, agua...) con la salud, y en desarrollar las normas de salud pública hasta grados no alcanzados con anterioridad: higiene personal, deporte, dieta alimentaria correcta y saneamiento del medio ambiente.

En el Imperio Romano, se mantuvieron las normas griegas y la ingeniería sanitaria avanzó mucho con obras como los baños públicos, termas, acueductos. En el Corpus Hippocraticum la enfermedad es atribuida a causas o determinantes internos (raza, temperatura, sexo y edad) y externos (mala alimentación, aire corrompido, traumatismos, etc.).

El concepto positivo grecorromano de mejora de la salud, basado en la mejora del bienestar individual y en la estética, coexiste con uno negativo de eliminación deliberada de débiles e inválidos.

Galeno en el siglo II, dividía las causas productoras de enfermedad en externas o mediatas (trastornos sexuales o emocionales, etc.), internas o dispositivas (edad, sexo, constitución, etc.) y conjuntas o inmediatas, que serían resultado de la acción de las primeras sobre las segundas.

La salud en la Edad Media

En la Edad Media (conocida como la época de las grandes epidemias), con la llegada del cristianismo surgen dos cuestiones interesantes de analizar: por una parte se produce un retroceso en las normas de higiene y salud pública, puesto que se considera el cuerpo como pecaminoso; y por otra, se avanza notablemente en la obligación de prestar asistencia a enfermos, pobres, ancianos y huérfanos pues así lo contempla el modelo de caridad de la iglesia, creándose los asilos que evolucionarán hasta convertirse en hospitales. La única excepción es la cultura árabe, que mantiene las normas higiénicas, y al mismo tiempo se produce un gran desarrollo de las ciencias médicas (Averroes, Avicena).

En el Renacimiento a pesar del resurgimiento de la ciencia no se realizan grandes avances en temas sanitarios.

La salud en la Revolución Industrial

A finales del siglo XVIII las transformaciones políticas, económicas y científicas conducen a la obra de Johan Peter Frank que hace un análisis científico en el que destaca la pobreza como la principal causa de enfermar. Este es el punto de inicio de la Salud Pública (Higienistas).

A partir del siglo XIX el auge de la revolución industrial y su modelo de producción, sobre todo en Inglaterra, propicia el hacinamiento de la población en suburbios, que junto con la marginación y las pésimas condiciones de trabajo favorece la aparición de enfermedades como el cólera, tifus, tuberculosis, alcoholismo, desnutrición, neurosis..., con diferencia de prevalencia según las clases sociales. En este contexto, los higienistas se centran más en el concepto de salud, y no tanto en el de enfermedad. Virchow en Alemania resalta las causas económico-socio-políticas de la enfermedad que desemboca en una acción política, abriendo paso a la medicina preventiva. Paralelamente Pasteur demuestra que algunas enfermedades son consecuencia de agentes patógenos sobre el cuerpo impulsando un pensamiento científico-médico-biologicista; el objetivo de la ciencia no es tanto conocer la naturaleza sino controlarla, predecirla y dominarla, restando importancia a los factores socioeconómicos. Este modelo biomédico (*) predomina hasta los años 60, en los que se comienza a cuestionar el modelo en su totalidad.

La salud en el Estado de Bienestar

A partir de la segunda guerra mundial en los países occidentales, se extiende la idea de que los estados deben facilitar los medios indispensables a los grupos más desfavorecidos: ancianos, parados, enfermos... Es en este contexto cuando la OMS en 1946 equipara salud a bienestar, sin embargo la planificación de los servicios sanitarios está centrada en lo curativo, es decir en la enfermedad, y no es hasta después de los años sesenta cuando se empieza a introducir políticas sanitarias orientadas hacia la salud, asociando salud a bienestar.

La salud se entiende como un derecho, es un asunto de responsabilidad social, por lo tanto no es solo responsabilidad de la medicina sino que afecta a otros ámbitos. La salud entra en el campo de lo económico, más aún cuando el Estado tiene que ver con la financiación. Es en Canadá, en los setenta, cuando se propone un concepto de salud global, holístico, lo sanitario no se limita a la acción curativa, sino que tiene en cuenta tanto el medio, como factores psico-sociales.

La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que el individuo y la sociedad también son parte importante. En los últimos años se ha asistido a un fenómeno radicalmente nuevo, el discurso sobre la salud ha ido imponiéndose al sustituir al discurso sobre la enfermedad, tanto entre los usuarios de la medicina, como en los representantes oficiales de la política médica.

La salud en la actualidad

En nuestra sociedad consideramos diversos factores sociales relacionados con la salud:

1. Modelo socioeconómico y condiciones de vida.

La OMS afirma que sin unas condiciones previas no puede haber salud para la población, ni tampoco crecimiento real, ni desarrollo social. Cita como condiciones fundamentales: paz, justicia social, alimento, agua potable, educación, vivienda conveniente, papel útil en la sociedad e ingre-

sos adecuados.

Actualmente vivimos un cambio en el modelo socioeconómico dominante, de una sociedad de producción que produce bienes y servicios hemos pasado a una sociedad de consumo que produce necesidades.

La articulación de la estructura social se hace sobre la base de una desigual distribución de la riqueza y de una división social de trabajo por clase, sexo, y etnia, prevaleciendo las desigualdades sociales y las diferencias que genera.

Estamos en un momento de crisis del estado de bienestar, con fenómenos como: la transnacionalización y la movilidad del capital; cambios en las relaciones laborales con la flexibilidad y precariedad en el empleo; la incorporación de la mujer al mercado laboral, a la universidad, y al mundo empresarial, elevación del nivel de instrucción; cambios sociodemográficos; avances científicos y tecnológicos, etc.

En los últimos veinte años, la agudización del capitalismo y sus políticas neoliberales, están restando recursos al estado de bienestar incluido los servicios sanitarios, dando lugar a una privatización de los mismos. El significado de derecho a la salud cambia de concepto, ya no se trata de tener derecho a estar enfermo y tener unas prestaciones y atención adecuada, ahora, de repente la salud es una responsabilidad individual, el ciudadano tiene el deber de tener buena salud.

Así la salud, actualmente en las sociedades desarrolladas se ha convertido en una preocupación de primer orden para los individuos, dando lugar a una cultura del cuerpo. La salud pasa de ser un medio a ser un fin, de ser un bien de producción, a ser un bien de consumo como lo demuestra la proliferación de espacios en los medios de comunicación dedicados a la salud, la publicidad, donde asociado a la venta de multitud de productos están incluidos los términos de salud y bienestar.

Ya no se trata sólo de curar la enfermedad y de promover políticas saludables, sino de promover la salud individual, la salud está pasando de ser una responsabilidad social a ser una responsabilidad individual. Aparece la culpabilización del individuo (victim blaming) como responsable de su enfermedad por no adoptar los estilos de vida promotores de salud, sin tener en cuenta que estos estilos de vida están condicionados por los factores económicos y sociales.

2. Sistema normativo de la sociedad en que vivimos (valores sociales, modelos culturales, pautas de conducta...).

Los procesos de cambio de los que hemos hablado afectan asimismo al sistema normativo, a los valores y modelos culturales: se desarrolla el individualismo como valor, el culto a la juventud y la belleza, despuntan nuevos valores orientados hacia la ecología, la libertad, la realización personal y la igualdad de derechos, se presentan modelos alternativos de familias, nuevos roles emergentes de padre y madre, familias monoparentales, etc.

Todo lo expuesto hace que las cohortes de edad adulta se caractericen por la presencia yuxtapuesta de viejos y nuevos valores, de diferentes formas de ver y vivir la vida y de asumir los roles, de distintas vivencias en relación consigo mismos, con la sexualidad, en relación con la familia, con los amigos en el barrio, en la sociedad, asociacionismo, ONGs. En el cambio algunas personas necesitan nuevas referencias ya que las viejas, las que se obtuvieron en la infancia, no les sirven y esto a veces supone disociaciones o conflictos de intereses.

Respecto a los roles sociales existe división social de roles entre hombres y mujeres que clásicamente se ha expresado en las dicotomías público/privado, trabajo/ hogar, producción/reproducción y que ha asignado a los hombres rasgos más instrumentales orientados al hacer, a la consecución de metas y a la preocupación por uno mismo, y a las mujeres rasgos más relacionales o comunales orientados a la consecución del bienestar de las otras personas y de la armonía del grupo y a la preocupación por la relación entre una misma y otras personas. Hoy se detecta, tanto en la teoría como en la práctica, una tendencia a superar de forma positiva esta asignación de roles y mundos, lo que permitiría a hombres y mujeres construir una identidad personal más completa.

3. El proceso de socialización por el que se aprende este sistema normativo.

A través del proceso de socialización las personas interiorizamos el sistema normativo que incluye las normas y valores sociales y las pautas de conducta, aprendemos a comportarnos como se espera de nosotros/as, hombres o mujeres en la infancia, juventud, madurez o senectud, apren-

demos a esperar determinados comportamientos de otras, del director/a, del marido o compañero/a, de la mujer, del personal sanitario, conformamos actitudes ante una o uno mismo y ante las demás personas (actitudes cooperativas o agresivas, pro sociales, de subordinación, de igualdad, de protagonismo, etc.), construimos marcos de referencia y principios valorativos, etc.

Este proceso de socialización se inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de toda la vida. Hoy en nuestra sociedad occidental los principales agentes de socialización son: la familia, la escuela, los grupos de pares, los colectivos de trabajo y otros grupos a los que pertenecemos (organizaciones políticas, voluntariado, asociaciones, ONGs, etc.), y los medios de comunicación social.

Los medios de comunicación social y la publicidad constituyen en nuestra sociedad poderosos agentes de socialización y contribuyen de forma decisiva a la creación y mantenimiento de la imagen y valoración social.

4.- El entorno próximo en el que viven las personas.

Estructura, funcionamiento y clima del grupo familiar, características de la vida familiar (vínculos afectivos, organización, distribución de tareas), estilos educativos, relaciones interpersonales.

Tipo y condiciones de trabajo, medioambiente laboral, físico y psicosocial, riesgos laborales, satisfacción etc.

Barrio en el que se vive, infraestructuras, recursos, servicios, redes sociales, situación urbanística y arquitectónica, transporte, contaminación atmosférica, etc.

Amistades y relaciones interpersonales, grupos a los que se pertenece, redes sociales, relaciones intergeneracionales, etc.

En la actualidad vivimos en un mundo complejo y cambiante donde el modelo socioeconómico dominante, los valores sociales y modelos culturales (transmitidos fundamentalmente a través de los medios de comunicación), junto con los cambios en las estructuras sociales primarias (familias) y secundarias (conflictos generacionales, disminución del apoyo social, etc.) están cambiando las pautas de consumo, los estilos de vida, la forma de sentir y pensar, lo que está dando lugar a nuevos modelos sociales de paternidad/maternidad, de hombre y de mujer, de adolescente, de anciano y de anciana, etc.

Todo esto está dando lugar a cambios epidemiológicos, como:

- Aumento de las enfermedades de transmisión sexual, debido a cambios sociales como: ocio, viajes, migraciones, cambios en las relaciones de pareja, cambios de conductas en los adolescentes.
- Se producen nuevas enfermedades relacionadas con el desarrollo económico: explosión demográfica, emisiones industriales, daños medioambientales.
- Aumentan las patologías laborales y las derivadas del desempleo.
- La aparición de nuevos estilos de vida con vinculación directa sobre la pérdida de salud: enfermedades crónicas, problemas de salud mental, toxicomanías, anorexias, etc.

En las sociedades occidentales, en la actualidad, conviven diferentes modelos culturales de entender la Salud y la Enfermedad, para muchos individuos, la enfermedad sigue siendo sinónimo de anomalía orgánica exclusivamente y no se contempla la parte psico-social. Pero no debemos olvidar que, en la práctica, no importa tanto determinar qué es la salud, como saber qué siente cada ser humano ante la enfermedad. En nuestra cultura conviven personas que para sanar acuden a los curanderos, otras que creen que todo se cura con tecnología o medicinas, otras que piensan que la salud y la enfermedad dependen sólo de nuestros hábitos de vida y otras que consideran que está condicionada por factores sociales.

Los conceptos de salud y enfermedad varían en el espacio y el tiempo. En todos los grupos humanos y en todas las personas ha estado y está presente la sensación de malestar, dolor, enfermedad y también su contrario, la sensación de capacidad para poder desarrollar las tareas habituales, sin embargo desde nuestras ideas actuales se puede carecer de salud sin sensación de malestar, por ejemplo cuando nos diagnostican hipertensión arterial o hipercolesterolemia.

La salud, considerada desde el componente psicológico y el biológico, también tiene un componente social importante y, por tanto, los conceptos de salud y enfermedad, las prácticas individuales y sociales que derivan de ellos, tan sólo pueden comprenderse en el contexto social, cul-

tural, económico e histórico donde se producen (por ejemplo en nuestra sociedad la homosexualidad pasó de ser un delito, a ser considerada una enfermedad mental y ahora es una opción sexual más. Sin embargo hay culturas donde sigue siendo un delito y otras en que siempre fue algo natural).

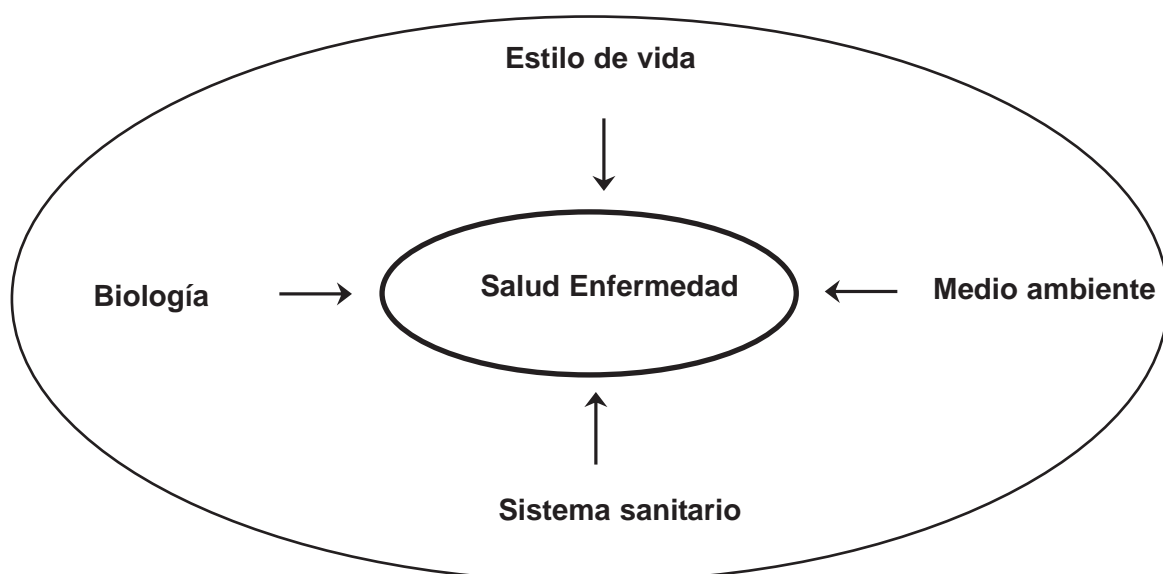
Otro fenómeno importante a tener en cuenta es el de la inmigración, ya que introduce nuevas formas de entender la salud, y se produce una mezcla de culturas entre el país de origen y el país receptor.

Determinantes del proceso salud/enfermedad.

La OMS define los determinantes de salud como: conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos. El conocimiento de los mismos nos ayuda a valorar el peso de cada uno de ellos en la consecución de un estado de salud deseable y nos permite introducir modificaciones en los mismos para mejorar la salud, tanto en el ámbito colectivo, como individual (evitación de conductas, hábitos y actitudes insanas, adopción de conductas y políticas saludables, etc.).

El Ministerio de Sanidad de Canadá en 1974 realizó un estudio sobre la salud y sus condicionantes (conocido como informe Lalonde), en el que se establece que la salud debe considerarse como una variable dependiente, condicionada por los determinantes de salud: biología humana, estilo de vida, medio ambiente y sistema sanitario (Figura 1).

Figura 1 **FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD**



Los determinantes de la salud pertenecen tanto al ámbito individual como al poblacional, el estado de salud de una población depende de los mismos determinantes que la salud personal, pero actúan en el ámbito ecológico (población). Por ello, el nivel de salud de una población depende de las características ambientales de dicha comunidad, de la conducta de sus habitantes y del sentido de coherencia y grado de cohesión social existentes en la comunidad. Siendo tan importantes los aspectos sociales como los niveles de ingresos y riqueza de la población, como el nivel general de la educación de la comunidad y las características de oportunidades laborales que tienen sus miembros.

Biología: constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento.

Las bases materiales de la herencia son los genes que tienen la potencialidad de desarrollar caracteres específicos, así nosotros reconocemos en nuestros progenitores rasgos en común. Hay enfermedades hereditarias, y también se hereda la predisposición a tener algunas, pero las causas genéticas son cuantitativamente poco importantes. Se puede heredar la predisposición y llegar a desarrollar la enfermedad o no desarrollarla, dependiendo del medio.

Actualmente la biología es un factor muy importante, ya que debido a la longevidad que va

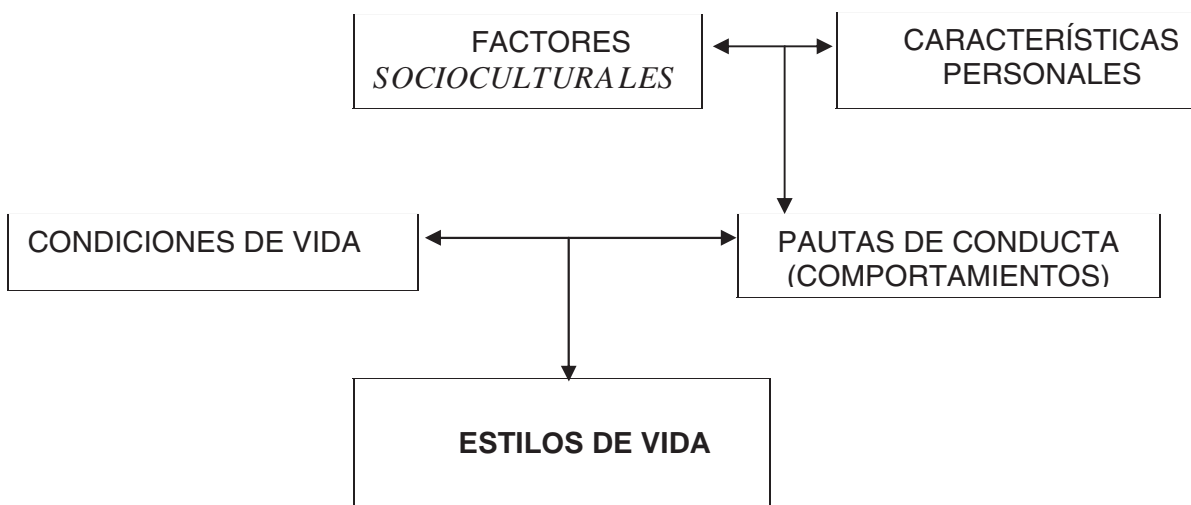
adquiriendo la población, surgen enfermedades genéticas que antes, por la menor expectativa de vida, no daban lugar a desarrollarse (ejemplos: diabetes, enfermedad de Alzheimer, cáncer, etc.).

Este determinante que hasta 1.974 se consideraba poco influenciable, gracias a la biotecnología con la manipulación genética y el conocimiento del genoma humano, está siendo susceptible de intervención, lo que augura que en un futuro podrían esperarse cambios importantes en la biología humana que hoy en día no son factibles. Lo importante, es que ya no se considera un factor donde no se puede intervenir.

Estilo de vida (Figura 2): hábitos dietéticos, ejercicio físico, consumo de drogas, afrontamiento de situaciones psíquicas (conductas sexuales, violencia, duelos, situación de estrés...). utilización de los servicios médicos, sociales, educativos...

Figura 2.

ESTILOS DE VIDA



El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha aprendido durante su proceso de socialización, estas pautas se aprenden en la relación con los padres, grupo de iguales, escuela y medios de comunicación.

El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. Así, puede haber comportamientos de riesgo, toda persona por el hecho de vivir en un medio en continuo cambio se expone a diferentes riesgos. "Riesgo" es la probabilidad de aparición de un acontecimiento desfavorable para la salud (accidente). "Factor de riesgo" es toda variable con la que el riesgo está vinculada (conducción arriesgada). No siempre que un factor de riesgo está presente se produce daño, es necesario que interactúen un conjunto de elementos.

Las conductas de riesgo se consideran un mecanismo aceptable de afrontar los problemas desde el punto de vista social (por ejemplo, necesitas un trago). Una vez que las respuestas dejan de ser reacciones para hacer frente a los problemas a corto plazo y se transforman en pautas de estilo de vida, se pueden convertir en graves problemas de salud.

La estrategia básica en promoción de salud consiste en ampliar las posibles alternativas para afrontar los problemas, facilitando el autofortalecimiento y produciendo al mismo tiempo cambios en el entorno que favorezcan los estilos más saludables.

Los siete estilos de vida considerados por los CDC Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Control de Enfermedades en USA) más perjudiciales para la salud son: el tabaco, la dieta inadecuada, el consumo de alcohol, la vida sedentaria, la violencia, el uso ilícito de drogas, los agentes biológicos en relación con hábitos humanos higiénicos y sexuales, tales como el cólera, las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), el SIDA...

Sin embargo, no podemos olvidar que no hay estilos de vida "óptimos" para todo el mundo. La cultura, la edad, la capacidad física, la educación, el trabajo, el ambiente familiar, etc., hacen que

unos estilos de vida sean más atractivos y factibles que otros. Por lo tanto, si la salud ha de mejorarse permitiendo a las personas cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Los factores que constituyen el medio ambiente y el estilo de vida pueden llegar a interrelacionarse siendo difícil el encasillamiento en uno u otro determinante (ejemplo de las drogas).

Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.

Incluye aquellos factores externos (factores ambientales o naturales) a los que está expuesto el individuo, que podrán afectar positiva o negativamente a su estado de salud. Podemos clasificarlos en factores:

- Biológicos : virus, bacterias, etc.
- Físicos : radiaciones, energía, etc.
- Químicos : plaguicidas, metales pesados, etc.
- Sociales: económicos, psicológicos y culturales.

- No está en igualdad de condiciones un individuo que se enfrenta a un problema de salud, si está aislado, que si tiene apoyos sociales o familiares. No tiene las mismas condiciones higiénicas un individuo que vive en un piso con luz eléctrica, agua corriente, alcantarillado, etc., que uno que vive en una zona marginal careciendo de todos esos servicios, padeciendo enfermedades de transmisión por vectores como ratas, pulgas, etc. (Ver Centro de Interés 4: Salud Medioambiental).

Sistemas de asistencia sanitaria: utilización de recursos, sucesos producidos por la asistencia sanitaria, accesibilidad, desarrollo tecnológico, sistema de financiación.

En la actualidad “en teoría”, casi todos los países contemplan en su legislación la protección de la salud; así los Sistemas de Salud serían la articulación de estas leyes. Hay multitud de modelos sanitarios según los proveedores. Este suele ser el determinante al que más gasto se dedica y el que en proporción consigue menos mejoras en salud. Los sistemas sanitarios basados en la Atención Primaria consiguen mejores indicadores de salud a menor coste (ver Centro de Interés 5: Modelos de Atención a la Salud).

Denver, en 1976, aplicó el concepto de determinantes de la salud de Lalonde a las estadísticas de mortalidad (tabla 2). Se da la paradoja de que el estilo de vida es el factor con más influencia en la mortalidad, pero es el que recibe menor porcentaje de los gastos, y el factor que menos influye, el sistema sanitario, es el que más gasto tiene.

Tabla 2. INFLUENCIAS EN LA MORTALIDAD DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

FACTOR	Influencia en la mortalidad	Gastos en el sector salud
Estilo de vida	43%	1,2 %
Biología Humana	27%	6,9%
Medio ambiente	19%	1,5%
Sistema sanitario	11%	> 90%

Estas cifras son, con variaciones, las que siguen imperando actualmente en la mayor parte de los países desarrollados y, sin duda, constituyen un motivo de reflexión sobre la efectividad de los sistemas de salud y el modo en que la civilización occidental plantea sus prioridades en políticas de salud.

Se han desarrollado posteriormente otras clasificaciones sobre los determinantes de salud, entre las que destacan la de Barbara Starfield en 1973. Tarlov en 1.999 define 5 determinantes de la salud excluyendo el sistema sanitario, y el último de la OMS (figura de Dahlgren y Whitehead en centrándonos en el tema).

Geografía de la salud

El análisis epidemiológico de las desigualdades sociales ante la salud ha tenido como uno de

sus pilares fundamentales el estudio de las diferencias geográficas.

Ya en el siglo XIX proliferan los estudios de Geografía Médica, sus contenidos eran una auténtica geografía regional, con fuerte preocupación medioambiental, donde la suma de hechos físicos y económicos resumían las características de salud de un territorio. Hauser a principios del siglo XX refleja las condiciones de salud de las poblaciones urbanas, fábricas, vivienda y enfermedades profesionales, sin embargo al entrar en crisis el modelo higienista, la geografía de la salud se limita a estudiar la distribución en el espacio de las enfermedades infecciosas.

En la actualidad el estudio de las desigualdades entre países desarrollados y tercer mundo y de los desequilibrios internos que cada vez son mayores en los países occidentales, han demostrado:

- Que existe una distribución geográfica de la enfermedad.
- Que la distribución de los niveles de salud-enfermedad son indicadores sociales.
- Que existen patrones espaciales de morbilidad y mortalidad.

Por otro lado son muchos los términos epidemiológicos que relacionan la enfermedad con el lugar donde se vive, como:

- Morbilidad: es la frecuencia de enfermedades en una población determinada.
- Epidemias: acumulación de un número de casos de una enfermedad por encima de la frecuencia habitual en un lugar dado y en un cierto periodo de tiempo (gripe).
- Endemias: cuando existe una enfermedad de forma habitual en una población. Son ilimitadas en el tiempo y limitadas en el espacio, (malnutrición en algunos países de África).
- Enfermedades del Desarrollo y Enfermedades del Subdesarrollo: es una clasificación que desde hace 2 décadas se viene usando para diferenciar las enfermedades crónicas (HTA, diabetes, depresiones, etc.) del mundo “rico” y las enfermedades carenciales (desnutrición) e infecciosas del mundo “pobre”.

Entre las variables que están demostradas que inciden en la morbilidad podemos destacar el lugar donde se vive. Pero la patología geográfica que está causada por variables de lugar **no sólo depende de factores medioambientales físicos y ecológicos, sino también humanos, socioeconómicos y culturales, ya que el medio es un antroposistema físico y social.**

Factores medioambientales físicos

Sin duda las condiciones del medio ambiente físico exterior como: clima, aguas, fauna, catástrofes naturales etc., tienen transcendencia en salud.

Quizá la época de más auge en esta búsqueda de espacios saludables fue el siglo XIX y están resurgiendo recientemente con las medicinas alternativas y todo lo que hoy se puede considerar como turismo de salud.

El carácter de espacio saludable siempre ha revalorizado los espacios y lo vemos hoy en las propagandas de venta de las urbanizaciones, y en el rechazo de algunas zonas por parte de la población por su insalubridad. Pero el valor más o menos nocivo de los espacios, no solo tiene que ver con sus características sino también con su posición relativa respecto a otros territorios.

- Factores climáticos.

La variación en la morbilidad y mortalidad en las distintas estaciones del año, evidencia una relación entre temperatura y salud, el efecto del calor y el frío excesivos asociados con otros hechos climáticos como la mayor o menor humedad produce estrés bioclimático (Besancenot 1974) que se traduce en disconfort, y enfermedad. Cuando se producen olas de calor o de frío intensas y mantenidas en el tiempo, se origina un aumento de la mortalidad especialmente en personas mayores.

Los vientos también pueden ser causantes de cambios fisiológicos y mentales, además el viento es conductor de contaminantes (industrias, centrales nucleares, incineradoras, etc.), también es el medio de transporte de alérgenos como el polen, pero por otra parte la falta de viento también puede ser el factor que agrave la concentración de contaminantes en zonas urbanas.

Las lluvias, pueden provocar inundaciones catastróficas, o su carencia sequías que provocan hambre, enfermedades carenciales o infecciones. Otro factor climático importante es la luz del sol, su carencia está relacionada con depresiones y con raquitismo y el exceso de sol con el aumento

de problemas en la piel (quemaduras, tumores, etc.). Los accidentes también están influenciados por el clima. Las caídas en la calle o los accidentes de tráfico son mayores en días de lluvia o nieve.

- Factores hidrográficos y geológicos.

Los ríos pueden ser vías de contaminación y de impacto a gran distancia por escapes de industrias. Y también pueden ser fuentes de salud por la riqueza que generan.

Las catástrofes naturales.

Los seísmos, las erupciones volcánicas, los huracanes, las avalanchas, inundaciones, junto con las condiciones económicas son en muchas ocasiones causa de morbilidad y mortalidad masiva.

En la mayoría de los factores medioambientales ha intervenido el hombre, desviando ríos, cambiando la flora y la fauna, por la construcción de urbanizaciones o fábricas o pantanos, o el clima por la desertización por la tala de árboles (ver Centro de Interés 4: Salud Medioambiental).

Factores humanos.

El sexo, la edad, la personalidad, las condiciones de vida, la experiencia vital de cada uno hacen que las relaciones entre el hombre y el entorno físico y social afecten de forma distinta a la salud y la enfermedad.

- Factores demográficos.

Género: el género, históricamente, siempre ha marcado diferencias en salud, por el componente biológico y, sobre todo, por la diferencia de roles que marca cada cultura. Las diferentes culturas valoran a las mujeres como reproductoras, amas de casa y consumidoras, pero rara vez como trabajadoras y productoras. El sexismo está presente en las prácticas de salud, así se acepta que las mujeres tengan más patología psicológica, dando una explicación biológica-psicológica sin tener en cuenta factores de orden social, político, etc.

En España:

- El sueldo de una mujer es un 26% más bajo que el sueldo medio masculino, y la pensión media anual representa un 70,7% de la de los hombres.
- La tasa de paro femenino en 1998 era un 22,88%, lo que duplica a la masculina.
- Las mujeres en 1996 dedican un promedio de cuatro horas y media diarias al trabajo de la casa, y una hora y cuarenta minutos al cuidado de la familia, mientras que los hombres dedicaban treinta y siete minutos al trabajo de casa y cincuenta y tres a la familia.
- Sólo un 12 % de altos cargos en la administración son mujeres. En el Tribunal Supremo las magistradas son minoritarias y, sin embargo, el 55,09% de jueces son mujeres.

Una de las situaciones donde se manifiesta más claramente las diferencias sociales de género y, sobre todo, la actuación sesgada del estado de bienestar es el fenómeno de la “feminización de la pobreza”, con dos vertientes: por un lado hay un aumento del número o proporción de mujeres entre la población pobre, y por otro lado hay un empeoramiento del estándar de vida de las mujeres, es decir: las mujeres en general y las pobres en particular se estarían haciendo cada vez más pobres.

Así, según las Naciones Unidas de los 1.300 millones de personas que viven en pobreza el 70 % son mujeres, a pesar de que sobre las mujeres de todo el mundo recae un trabajo invisible, que contabilizado, es la mitad del PIB mundial.

Las diferencias económicas y de oportunidades hacen que en general, a pesar de que las mujeres tienen más esperanza de vida tengan más años de vida con discapacidad, en peores condiciones que los hombres.

Edad: es el factor biológico más importante en la morbilidad y mortalidad. Las personas mayores mueren más y de causas diferentes a los jóvenes. Sin embargo la edad también está influyendo en la forma de enfermar y en el aumento de la morbilidad por causas sociales relacionadas con los comportamientos (accidentes de tráfico, alcohol, SIDA etc.).

Estado civil: unido al factor sexo, presenta a los varones viudos y solteros de la tercera edad como la población más frágil y con más riesgos de enfermedades.

Densidad demográfica: el hacinamiento en determinadas áreas o en las viviendas, no solo aumenta el riesgo de contagio sino puede ser causa de enfermedad mental, estrés, ansiedad,

depresión. Los recursos pueden llegar a ser insuficientes y dar paso a oleadas de violencia. Ejemplo Ruanda.

Composición familiar: hay algunos estudios que demuestran que en las familias monoparentales presentan más riesgos de enfermedad infantil y que las personas que viven solas tienen más riesgos de enfermedad.

Las migraciones: tienen unas implicaciones claras en la difusión de las enfermedades. La falta de unión con el espacio, con la cultura, con la lengua que pueden tener los inmigrantes puede ocasionar desarraigo y este genera malestar psicológico e inseguridad que son factores de riesgo de morbilidad. Tienen acceso a trabajos más precarios y por consiguiente a un nivel de vida más bajo.

- Factores socioeconómicos y culturales.

El nivel educativo: es un factor determinante que suele estar relacionado con los niveles económicos. Hay muchos estudios que demuestran que el nivel educativo influye en el estado de salud. Ej.: la clase social influye en el tipo de enfermedad y en la esperanza de vida.

La actividad laboral: el medio ambiente laboral es capaz de generar riesgos físicos, químicos y mentales, que dan lugar a enfermedades o empeoran otras que pudieran padecer los trabajadores. Áreas geográficas con especialización laboral (minería, pesca, metalurgia etc.) tienen patologías distintas a las de otras zonas geográficas próximas.

Por otra parte hay una relación clara entre paro–precariedad laboral y enfermedad, debido al deterioro económico, a la inseguridad, y al estrés (ver Centro de Interés 4: Salud Medioambiental).

Transportes: estos están permitiendo la mayor movilidad de las poblaciones, lo que incrementa el riesgo de contagios, de accidentes y de estrés.

La religión: los alimentos prohibidos, alcohol, carne de cerdo o de vaca, ayunos, rechazo a transfusiones, mutilaciones genitales, etc. pueden ser factores que incidan en el aumento o disminución de la salud de las personas que la practican.

La tensión social: guerra, mortalidad, hambre y pobreza siempre han ido juntas.

Nivel económico: tiene una importancia clave en las diferencias de nivel de salud y riesgo de enfermedad, en las causas de morbilidad, mortalidad y en la utilización de los servicios sanitarios (Duran 1983).

Organización social y política: la organización social, el tipo de gobierno (autoritario, democrático) define las políticas sanitarias de cada país, estas son decisivas en los resultados en salud.

Así se ha comprobado que aquellos países que gastan más en salud no son los que mejores resultados obtienen. (Ej. Estados Unidos gasta un 14% del PIB y entre los países desarrollados es de los que peores resultados tiene en salud), por lo tanto la forma de gestionar los recursos es decisiva en la obtención de resultados.

Hay estudios (Barbara Starfield) que demuestran que las políticas sanitarias orientadas a la Atención Primaria obtienen mejores resultados en salud y a un menor coste, que las orientadas a una asistencia especializada.

La distribución geográfica de la Salud/Enfermedad se corresponde con la distribución económica, las principales desigualdades proceden de las condiciones de vida de las poblaciones.

La O.M.S. señala que el principal factor de mortalidad y causa de enfermedad y sufrimiento en el mundo es la pobreza, como se evidencia cuando comparamos los indicadores de salud de los llamados países en vías de desarrollo con los de los países desarrollados y comparamos también su Producto Interior Bruto (PIB) (Tabla 3).

Tabla 3. **INFORME SOBRE EL DESARROLLO HUMANO 1.999-2000 DEL BANCO MUNDIAL.**

* H: hombre; M: mujer; PU: población urbana.

PAÍS	PIB per cápita en dólares 1.998	Tasa Mortalid. de niños < 5 años por cada 1000	Prevalencia Malnutric. Infantil % niños < 5 años	Tasa de mortalid. derivada de la maternidad por 100.000	Tasa de vida al nacer		Tasa de analfabet. % personas mayores de 15 años		Acceso a Servicios de saneamiento en zonas Urbanas % P.U*
					H*	M*	H*	M*	
Alemania	25.850	6	0	22	74	- 80	0		0
Angola	340	209	35	1.500	45	- 48	?		27
Burundi	140	200	38	1.300	41	- 44	46	- 64	49
Brasil	4.570	44	6	160	63	- 71	28	- 23	15
Camboya	280	147	38	900	53	- 75	?		24
Congo	110	148	34	870	49	- 52	?		29
España	14.080	7	0	7	75	- 82	2	- 4	0
EE:UU	29.340	15	1	12	73	- 79	?		0
Ecuador	1.530	39	17	150	68	- 73	7	- 11	5
Israel	15.940	8	0	7	76	- 79	2	- 7	0
Jordania	1.520	35	10	150	69	- 73	8	- 18	0
Mali	250	235	40	580	52	- 57	57	- 72	55
Marruecos	1.250	67	10	370	65	- 69	41	- 67	4
Mozambique	210	201	26	1.100	44	- 47	43	- 75	33
Perú	2.460	52	8	280	66	- 71	6	- 16	2
Reino Unido	21.400	7	-	9	75	- 80	-		-
Rumania	1.390	26	6	41	65	- 73	1	- 3	0
Ruanda	230	209	29	1.300	39	- 42	29	- 44	42
Tanzania	210	136	31	530	47	- 49	18	- 38	¿?
Suecia	25.620	5	0	7	77	- 82	0	0	0
Uganda	320	162	26	550	43	- 42	5	- 47	45
Yemen	300	137	29	1.400	54	- 55	36	- 79	20

A finales de los años 90, según informe de 1999 de la OMS:

- 1/5 de la población mundial, que vive en los países ricos, tiene el 86% del producto interior bruto mundial.
- Las 450 personas más ricas del mundo tienen ingresos anuales mayores que la mitad más pobre de la humanidad.
- La mortalidad infantil en Europa es menor de 10 por mil.
- La mortalidad infantil en 10 países de África es de 200 por mil.

Actualmente siguen muriendo de hambre 14 millones de niños al año, alrededor de 1.300 millones de personas viven con unos ingresos inferiores a 1 dólar diario (Informe sobre Desarrollo Humano 1.997), y esto no significa sólo la pobreza de ingresos sino la pobreza desde la perspectiva del desarrollo humano, la pobreza como negación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable.

Tabla 4. **RASGOS CARACTERÍSTICOS DE LA SALUD ENFERMEDAD EN LOS DIFERENTES PAÍSES.**

PAÍSES DESARROLLADOS	PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO
-Esperanza de vida: > de 75 años.	-Esperanza de vida: < 60 años
-Mortalidad Infantil: <10 por 1000 r.n.	-Mortalidad Infantil: 100-200 por 1000 r.n.
-Principales causas de muerte relacionadas con el proceso de envejecimiento y modelo de desarrollo.	-Principales causas de muerte enfermedades infecciosas y desnutrición
-Principales causas de enfermedad son: problemas cardiovasculares, cáncer, osteoartropatías, accidentes de carreteras, salud mental y dependencias.	-Principales causas de enfermedad son: desnutrición, violencia...
-Patología de la abundancia (exceso de alimentación, bebidas alcohólicas, velocidad, dependencias...).	-Patología de la carencia: más de ¼ de la población no ingiere los suficiente alimentos.
-Tendencia al aumento de enfermedades derivadas de las nuevas tecnologías y yatrogenias.	-Tendencia al aumento de las enfermedades infecciosas (en el África Subsahariana 1 adulto de cada 40 está infectado de SIDA), discapacitados y crónicas.
-2/3 de la población tienen derecho a servicios sanitarios públicos.	-1.500 millones de personas no tienen derecho a sistema sanitario público..

Sistemas de Información Sanitaria

Un sistema de información sanitaria (en adelante SIS) es un mecanismo de recogida, proceso, análisis, interpretación y transmisión de la información necesaria para la planificación sanitaria, que permite establecer prioridades, tomar decisiones para satisfacer las necesidades de la población, y evaluar posteriormente (OMS 1973).

Uno de los objetivos de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS, es que para el año 1990, todos los países miembros debían tener implantado un SIS capaz de respaldar sus estrategias nacionales de salud. Para ello estableció una serie de indicadores de evaluación internacional (Tabla 5 Indicadores mundiales) que son los que han servido para realizar las evaluaciones. Desgraciadamente no todos los países pudieron garantizar el sistema de información.

Tabla 5 **INDICADORES MUNDIALES DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA**

NÚMERO	INDICADOR
1	La salud para todos sigue adoptándose como política.
2	Participación comunitaria. Existencia de mecanismos que la faciliten.
3	Porcentaje del PNB que se destina a salud.
4	Porcentaje del gasto nacional de salud.
5	Recursos para la Atención Primaria de Salud (APS). Distribución equitativa.
6	Ayuda internacional recibida para actividades de salud.
7	Porcentaje de población cubierta por APS Servicios siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Saneamiento accesible: agua potable. - Evacuación de excretas. - Inmunización contra difteria, tétanos, tosferina, sarampión, polio y tuberculosis. - Servicios de salud locales con medicamentos esenciales accesibles. - Inmunización a embarazadas. - Asistencia prenatal por personal adiestrado. - Asistencia en el parto. - Asistencia a lactantes. - Uso de anticonceptivos.
8	Porcentaje de RN con peso al nacer de 2500 gr. Porcentaje de niños con peso aceptable para su edad.
9	Tasas de mortalidad infantil materna. Probabilidad de morir antes de los 5 años.
10	Esperanza de vida al nacer por sexo.
11	Tasa de alfabetismo en adultos por sexos.
12	Producto Nacional Bruto por habitante.

De todas maneras, se siguen buscando indicadores más sintéticos y de mayor fiabilidad para comparaciones internacionales.

Un SIS aporta tres aspectos fundamentales:

- Adecuada estructura interna.
- Debe generar información útil y orientada a un fin.
- Debe retroalimentarse continuamente.
- Objetivos de un SIS:
 - Conocer las actividades desarrolladas y los servicios prestados por el sistema sanitario.
 - Conocer la eficacia y eficiencia.
 - Conocer la naturaleza y el alcance de los problemas de salud y los factores que los condicionan.
 - Conocer las necesidades de recursos y servicios sanitarios y las características de la demanda asistencial.
 - Identificar pacientes o grupos, que sean susceptibles de intervención.
 - Conocer los recursos humanos y materiales disponibles, su naturaleza y distribución.
 - Servir de apoyo para la atención a individuos y familias.

Clasificación de los Sistemas de Información Sanitaria en España.

Según quien procese los datos:

- Sistemas oficiales: los registros de la administración aportan la mayoría de los datos, pero puede haber otras entidades que los faciliten.
- Sistemas extraoficiales: de organizaciones sociales (ONG, agrupaciones...), bancos, empresas, etc.

Por la procedencia de la información:

- Los de base poblacional en sentido estricto son los S.I.S. en los que la información se obtiene del conjunto de la población, bien directamente, (Registro de Mortalidad) o por una muestra representativa (Encuesta Nacional de Salud).
- Los que se obtienen de la población usuaria de los servicios sanitarios (enfermos dados de alta en los hospitales).

Según la forma de recoger la información:

- Registros: la información se recoge continuamente, según se va produciendo y de toda la población de referencia.
- Encuestas: la información se recoge de una muestra representativa de la población de referencia y de una manera ocasional o periódica.
- Sistema de notificación: la información se recoge cuando se produce un caso.

Según la forma de recoger los datos:

- Cualitativamente: encuestas, informes, grupos de discusión y de consenso, cuestionarios, observaciones, etc.
- Cuantitativamente: datos de actividad, registros, encuestas, etc.

Los S.I.S. de base poblacional en España son los que utilizan un mismo instrumento de recogida de datos en todo el Estado. La información se encuentra disponible y se puede desagregar por Comunidades Autónomas, y hacer estimaciones referidas a ámbitos geográficos más pequeños: municipios, áreas de salud, distritos, barrios, etc.

En la tabla 6 podemos apreciar los SIS en salud pública que se utilizan en España.

Tabla 6 **SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA EN SALUD PÚBLICA**

De base poblacional:

Registros:

- De mortalidad.
- De nacimientos.
- Muertes fetales tardías.
- Enfermedades.

Encuestas de salud por entrevista:

- De carácter general: encuestas nacionales de salud.
- Sobre problemas de salud específicos: discapacidades, deficiencias, minusvalías; uso de drogas, conductas relacionadas con la salud; sobre accidentes en el hogar y en tiempo libre.
- Por examen médico.
- Generales de población: de presupuestos familiares, de población activa y panel de hogares.

Sistemas de notificación:

- Víctimas de accidentes de tráfico.
- Víctimas de accidentes de trabajo con baja médica.
- Enfermedades laborales.

Procedentes de los servicios sanitarios:

Registros.

- Conjunto mínimo básico de datos hospitalarios.
- Cartera de servicios de atención primaria.

Encuestas:

- De morbilidad hospitalaria.
- De satisfacción.

Sistemas de notificación.

- Enfermedades de declaración obligatoria.
- Sistema de notificación sobre toxicomanías.
- Interrupción voluntaria del embarazo.

Nos vamos a centrar en las fuentes de mortalidad y morbilidad en España:

Mortalidad. Es la fuente de datos de más larga tradición. Aporta información exhaustiva y objetiva, permite obtener indicadores como esperanza de vida, mortalidad global, mortalidad por causas. Según la OMS solo los indicadores de mortalidad presentan el suficiente grado de confianza para comparar el nivel de salud entre los distintos países.

Los registros más usados de mortalidad son: muertes según la causa básica de defunción (clasificación: CIE-OMS), mortalidad infantil, muertes por accidente de tráfico, muertes por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Tabla 7 **FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MORTALIDAD EN ESPAÑA.**

INSTITUCIÓN	INFORMACIÓN SANITARIA MÁS RELEVANTE QUE OFRECE	NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	Muertes por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales según sector y rama de actividad.	Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
	Muertes por accidente de trabajo según causa, localización y naturaleza de las lesiones por sector y rama de actividad	Boletín de estadísticas laborales.
Instituto Nacional de Estadística	Muerte según la causa básica de la defunción por edad y sexo.	Movimiento natural de la población.
	Mortalidad infantil neonatal, postneonatal y perinatal.	

Morbilidad. La frecuencia de enfermedades en una población determinada. La más importante es la Encuesta Nacional de Salud, tiene como objetivos globales medir y analizar la morbilidad percibida, la utilización de los servicios sanitarios y los estilos de vida relacionados con la salud, además incluye variables socioeconómicas como estado civil, nivel de estudios, ocupación, situación laboral, y nivel de ingresos.

Se han hecho 4 encuestas en los años 1986, 1993, 1995 y 1997, de esta última se ha publicado un avance de resultados. La información obtenida se ha utilizado fundamentalmente para: planificación sanitaria, valoración de los efectos de las intervenciones sanitarias e investigación epidemiológica.

Tabla 8. **FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MORBILIDAD EN ESPAÑA.**

INSTITUCIÓN	INFORMACIÓN SANITARIA MÁS RELEVANTE QUE OFRECE	NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN
Ministerio de Sanidad y Consumo.	Enfermedades de declaración obligatoria. Morbilidad percibida aguda y crónica. Personas que refieren problemas de visión y audición. Accidentes. Días de restricción de actividad principal y días de cama.	Boletín epidemiológico semanal. Encuesta Nacional de Salud.
Instituto Nacional de Estadística.	Enfermos dados de alta. Personas con alguna discapacidad.	Encuesta de morbilidad hospitalaria. Encuesta de discapacidades, deficiencias y minusvalías.
Ministerio del Interior.	Accidentes y víctimas de los accidentes de tráfico según fecha de accidente, características de la vía y edad y sexo de las víctimas.	Boletín informativo.
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales según gravedad. Nº total de accidentes de trabajo según gravedad y enfermedades profesionales.	Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Boletín de estadísticas laborales.

Indicadores de los sistemas Sanitarios

Para los estudios, diagnósticos de salud y análisis del nivel de salud de las comunidades de distinto ámbito territorial se utilizan una serie de indicadores que han ido variando y concretándose mejor según la evolución de los sistemas de información y las necesidades de los planes y estrategias de los diferentes organismos nacionales e internacionales. Se sigue buscando aquellos indicadores ideales y sintéticos para las comparaciones internacionales como el del último Informe de la OMS del año 2000.

Los indicadores que se suelen usar en nuestro país por el Ministerio de Sanidad son los siguientes:

1. Demográficos y del entorno:

- Población y estructura de la población por grupos de edades.
- Distribución: densidad (habitantes de derecho/km²).
- Dinámica:
 - Nacimientos/1000 habitantes.
 - Defunciones/1000 habitantes.
 - Crecimiento vegetativo/1000 habitantes.
 - Tasa de fecundidad: nacidos vivos por 100 mujeres (de 15 a 49 años).
- Actividad laboral:
 - Tasa de actividad en varones y mujeres.
 - Tasa de paro en varones y mujeres.
- Nivel de alfabetización:
 - Tasa de analfabetos: varones y mujeres.
 - Niveles de estudio.
- Nivel de ingresos: PIB global y PIB por habitante.

2. Indicadores Sanitarios:

- Indicadores positivos:
 - Esperanza de vida al nacer (años): varones y mujeres.
 - Recién nacidos con peso > de 2.500 gr (%).
- Mortalidad:
 - Defunciones.
 - Principales causas de muerte (% o tasa por 100.000 habitantes).
 - Años potenciales de vida perdidos: tasa estandarizada/1000 habitantes.
- Tasas específicas:
 - Mortalidad infantil, perinatal y postnatal.
 - Morbilidad percibida.
 - Autovaloración del estado de salud.
 - Padecimiento de enfermedades crónicas (% de las más frecuentes).
 - Restricción de la actividad en las dos últimas semanas.
- Morbilidad registrada:
 - Enfermedades de declaración obligatoria:
 - Número de casos.
 - Tasas por 100.000 habitantes.
 - Accidentes:
 - Tráfico.
 - Trabajo.
 - Domésticos.
 - Morbilidad hospitalaria.
 - Principales causas de alta (%).
- Factores condicionantes:
 - Estilos de vida:
 - Fumadores (% por grupos de edades y sexo).
 - Bebedores de alcohol.
 - Dependencia de opiáceos.
- Servicios Sanitarios:
 - Cobertura asistencia sanitaria.
 - Accesibilidad geográfica.
 - Satisfacción del sistema sanitario.
 - Hospitales y camas.
 - Alta tecnología.
 - Centros de Atención Primaria.
- Profesionales Sanitarios: medicina, enfermería, odontología y farmacéuticos por 1000 habitantes.
- Gasto sanitario.
 - Utilización de servicios sanitarios:
 - Hospitales.
 - Atención Primaria. Consultas/año.
 - Urgencias
- Consumo de fármacos.

En una de las actividades se pueden apreciar datos de nuestro país.

Sistemas de Información en Atención Primaria.

Se utilizan varios registros el más importante son la historia clínica, además están fichas de edad y sexo, libro de morbilidad, registro de actividad, receta médica, baja laboral, registro de medicamentos, documentos de interconsulta y derivación, etc.

Historia clínica. En España no existe un modelo unificado, aunque en la mayoría de los casos las H.C. recogen la siguiente información:

- Datos básicos: antecedentes personales y familiares y exploración física.
- Listado de problemas: entendiendo problema todo aquello que requiere o puede requerir una intervención por parte de los profesionales sanitarios.
- Notas de evolución: anotaciones en cada una de las visitas sobre: el motivo de consulta, anamnesis y pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento.

Cartera de Servicios. Es un listado de servicios que ofrece cada centro de salud. Para cada uno de los servicios se han establecido unas Normas Técnicas (NT), que incluyen una serie de actividades mínimas para garantizar la calidad de la asistencia prestada. Se evalúa anualmente la cobertura (nº de personas que están incluidas en cada servicio). Esta evaluación se realiza fundamentalmente a través de las historias clínicas, las fichas de edad y sexo y los registros específicos.

Informatización. En los últimos años en todo el Estado español se está introduciendo la historia clínica informatizada por medio de diversos programas específicos (OMI, SICAP...) que va a permitir obtener diversos tipos de datos para la elaboración de indicadores, tanto de resultados como del proceso asistencial.

Desigualdades en salud

“Concibo dos especies de desigualdades en el género humano; una que llamo natural o física, porque está establecida por la naturaleza y consiste en la diferencia de edades, de fuerzas corporales y cualidades del espíritu o del alma; la otra que puede llamarse desigualdad moral o política, pues nace de una especie de convención, está establecida o al menos autorizada por el consentimiento de los hombres. Esta última consiste en los privilegios que algunos hombres disfrutan en perjuicio de los demás, tal como el de ser más ricos, más honrados, más poderosos que los otros o también el de hacerse obedecer por ellos “(Rousseau 1754-1787).

En los últimos 50 años la esperanza de vida, (el número de años que vive como promedio una persona), ha aumentado de forma espectacular. En los países occidentales se ha pasado de 63 años en 1950 a 78 en 1993. Este cambio se debe al descenso en la mortalidad en general y sobre todo en la mortalidad infantil, debido fundamentalmente a la mejora de las condiciones de vida de las personas, al desarrollo social y económico, la puesta en marcha de medidas de prevención de gran impacto social (vacunas...), y en menor medida a los avances en servicios médicos y de atención sanitaria.

Es indiscutible que a lo largo de la historia de la humanidad nunca se ha tenido tanta esperanza de vida al nacer, sin embargo esto no es así para el conjunto de la humanidad. La existencia de desigualdades en salud es un hecho constatado, son muchas las investigaciones que desde diferentes disciplinas como la epidemiología, la sociología, la geografía, la economía o la psicología vienen demostrando que la enfermedad y la salud no se distribuyen de forma aleatoria entre la población, sino que las diferencias sociales y económicas son el origen de las desigualdades en salud de las personas, grupos sociales o comunidades.

Según la O.M.S.: “La pobreza es la causa principal de mala salud, sufrimiento y muerte prematura en el mundo”.

Esto lo demuestra el hecho, de que haya países del primer mundo donde los indicadores de

salud son mejores que en los países del llamado tercer mundo como en Uganda donde la esperanza de vida al nacer es de 42 años y en España de 79 (37 años de diferencia). Además hay países en que lejos de mejorar la salud en los últimos años, están empeorando los indicadores de salud como por ejemplo:

- Varios países de África (Mozambique, etc.) han aumentado sus tasas de mortalidad infantil.
- En los países del Este de Europa la esperanza de vida ha descendido en las dos últimas décadas.
- En países desarrollados como el Reino Unido o Estados Unidos, se están deteriorando las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, lo que está afectando no sólo a la mortalidad, sino a la calidad de vida y a la salud de esta población.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que no sólo existen desigualdades entre países, sino que éstas se están incrementando dentro de ellos mismos, tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, como lo demuestra:

- En Inglaterra la esperanza de vida de la clase social más alta es 7 años mayor que la de la clase trabajadora.
- La mortalidad general durante el periodo de 1993-97 de los varones entre 30 y 65 años fue en el distrito de Vallecas un 30,8% mayor, que la media de la Comunidad Autónoma de Madrid (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Agosto del 2000).

Concepto de desigualdad en salud

Que existen las desigualdades en salud es evidente, sin embargo definir el concepto es complejo por las diferentes interpretaciones subjetivas a las que puede dar lugar. Se puede utilizar “desigualdad” para designar un sentido de injusticia, mientras que otras personas lo usan para designar diferencias en un puro sentido matemático.

Ante la evidencia de las desigualdades sociales en Salud, la OMS dice: “Salud para todos significa equidad; eso quiere decir que las desigualdades en salud que se dan actualmente entre países y dentro de los países deben reducirse en la medida de lo posible”.

Determinantes mayores en las diferencias de salud.

Pueden identificarse 7 determinantes mayores en las diferencias de salud.

1. Variación natural biológica.

- Las diferencias de salud entre distintos grupos de edad:
 - Las personas de 70 años tienen más incidencia de enfermedades coronarias que las de 20, esto puede atribuirse al proceso natural de envejecimiento de los seres humanos.
- Las diferencias de salud entre sexos:
 - Las mujeres de edad tienen más problemas de osteoporosis que los hombres, es debido claramente a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

2. Comportamientos perjudiciales para la salud, siempre que sean elegidos libremente.

- Las diferencias de traumatismos, entre los que practican alpinismo, o cualquier otro deporte de riesgo, y entre los que no lo practican, no pueden considerarse situaciones injustas, ya que la causa, “los deportes de riesgo” son actividades que se eligen libremente.

3. La ventaja sanitaria de un grupo respecto a otro, en el momento en que dicho grupo adopta inicialmente un comportamiento que mejora la salud, siempre que otros grupos tengan la oportunidad de adoptar dicho comportamiento.

- Algunas personas o grupos pueden optar por no utilizar determinados servicios sanitarios por sus creencias, (religiosas, personales, etc.) siempre que hayan tenido el acceso a utilizarlas y no lo hagan, una mayor incidencia de enfermedades en estos grupos no puede considerarse una situación injusta.

4. Comportamientos que atenten contra la salud allí donde la capacidad de elección del estilo de vida esté restringida.

- Las opciones de comportamientos relacionados con la salud pueden estar restringidas debido a problemas sociales o económicos, algunos ejemplos pueden ser:
 - La promoción de productos nocivos para la salud puede estar dirigida a grupos más vul-

nerables, como alcohol o tabaco a jóvenes, bollería industrial o comida “basura” a niños.

- Una dieta pobre puede ser la única opción en caso de ingresos bajos.
- La escasez de ejercicio puede ser por falta de instalaciones o por falta de dinero para acceder a ellas.

5. Exposición a condiciones de vida y trabajo poco saludables y estresantes.

- Viviendas inadecuadas y/o hacinamiento.
- Trabajos peligrosos.
- Desempleo.
- Falta de recursos económicos.

6. Acceso inadecuado a la sanidad básica y otros servicios públicos.

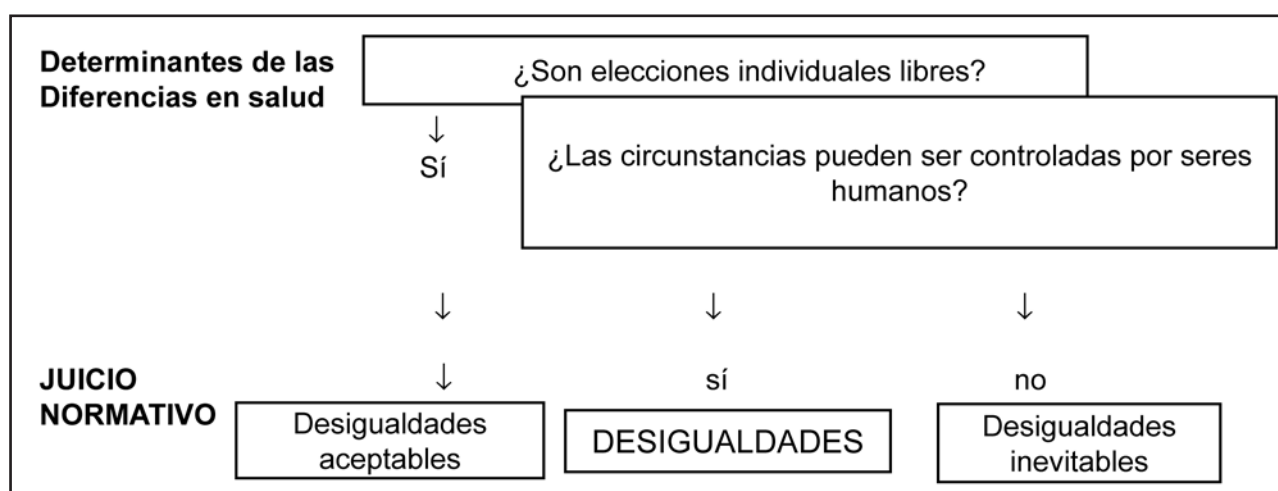
- Accesibilidad económica.
- Accesibilidad geográfica.
- Accesibilidad cultural.
- Características científico – técnicas de los servicios.

7. Selección natural o morbilidad social relacionada con la salud, que afecte a la tendencia de las personas enfermas a bajar el nivel en la escala social.

- Las personas con enfermedades tienden a empobrecerse principalmente debido a que la enfermedad significa una disminución de sus ingresos.

Para algunos autores la prueba primordial para saber si las diferencias de salud son justas o injustas, y por lo tanto evitables, parece depender fundamentalmente de que las personas escojan libremente la situación que produce una mala salud o, por el contrario, no tengan posibilidad de escoger porque escapa de su control (Figura 4).

Figura 4. **DIFERENCIAS EN SALUD: CRITERIO NORMATIVO**



Fuente: Stronks y Gunning-Shepers. 1993.

Los juicios sobre las situaciones que son injustas varían con el tiempo y con los lugares, el criterio más utilizado para medir estas diferencias es la pérdida de libertad. Así en aquellos sitios donde la gente apenas tiene posibilidades de elegir sus condiciones de vida y de trabajo, las diferencias de salud resultantes pueden ser consideradas más injustas que las que resultan de riesgos asumidos voluntariamente.

El sentido de injusticia crece para aquellos grupos en los que se juntan las desventajas, reforzándose unas a otras y haciéndoles más vulnerables a las enfermedades (Margaret Whitehead).

Entre estos 7 determinantes nos encontramos que los 3 primeros no se pueden considerar como situaciones injustas y, por tanto, no pueden ser clasificados normalmente como desigualdades evitables en salud, y en otros como el 4, 5, 6, 7 sí se observa algún tipo de injusticia o falta de libertad individual; por lo tanto, sí podemos decir que son desigualdades evitables en salud.

Desigualdades de salud en España.

España, según el Índice de desarrollo humano, ocupaba en 1995 el puesto 11 entre 174 países. Este índice, calculado anualmente por el PNUD (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo), mide no solo parámetros económicos como el PIB sino también la esperanza de vida en el nacimiento, la alfabetización de adultos o el índice de escolarización. Este puesto demuestra que en el ámbito mundial España tiene un aceptable nivel de desarrollo y calidad de vida. Sin embargo en cuanto a la distribución de la riqueza y de la renta, los estudios realizados sobre desigualdades sociales por uno de los grupos de investigación más respetado hoy en el mundo, el Luxemburg Income Study Group, muestra que España es uno de los países que tiene mayores desigualdades en renta y riqueza en la Unión Europea y en la OCDE (Organización del Comercio para el Desarrollo de Europa). En España no se han hecho muchos estudios para medir el estado y las desigualdades de salud, el más completo y actual es el informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), en el cual se demuestra la existencia de desigualdades en salud entre las distintas comunidades del territorio español. En 1.977 la OMS propuso conseguir el objetivo de "Salud para todos en el año 2.000", basándose en 12 indicadores, promovió una política sanitaria que permitiera a todos los habitantes del mundo tener una vida social y económicamente productiva. OMS - EURO propuso a los países miembros 38 objetivos, que España aprobó en 1.984, debían ser evaluados cada 3 años, pero las dificultades técnicas no han hecho posible estas evaluaciones, solo se han hecho evaluaciones parciales, así en el informe SESPAS 2.000 se intenta analizar estos 38 indicadores. Aunque no se han alcanzado las metas propuestas, sí se ha visto un avance positivo para la consecución de dichas metas.

En 1.996 el Ministerio de Sanidad y Consumo encargó a una comisión de expertos un estudio dirigido por Vicente Navarro, sobre **Desigualdades Sociales en Salud en España.**

En este informe además de revisar algunos de los estudios que hasta ese momento existían sobre desigualdades en España, se analizan cuatro dimensiones de las desigualdades sociales en salud:

1. La mortalidad: Se comparan las desigualdades en la mortalidad en España en el período 1990-1992, entre zonas geográficas.

Para la realización de este estudio han dividido el Estado Español en 2.221 zonas de un mínimo de 3.500 habitantes y las han clasificado en 5 niveles teniendo en cuenta dos factores socioeconómicos: % de desempleo y % de analfabetismo.

Posteriormente estudian la mortalidad en los años 1990, 1991 y 1992, comparándola entre zonas por grupos de edad y por causas de muerte, llegando a las conclusiones siguientes:

- Que existe una distribución geográfica por niveles:
 - Nivel alto (1 y 2): Rioja, Cantabria, Aragón y Navarra.
 - Nivel Medio (3): Valencia y Galicia.
 - Nivel Bajo (4 y 5): Andalucía y Extremadura.
 - Que los resultados obtenidos, coincidiendo con trabajos anteriores, muestran con claridad que existen desigualdades sociales en la mortalidad en España en los años 90-92 en el ámbito de áreas pequeñas, comunidades autónomas y regiones.
 - Que la España de Norte - Noreste tiene menor mortalidad y mayor capacidad adquisitiva y que la España del Sur-Sureste tiene mayor mortalidad y menor capacidad adquisitiva.
 - En las regiones de nivel alto son pocas las personas que viven en zonas consideradas como deprimidas y es escasa la población que vive en zonas con alta mortalidad.
 - Por el contrario en el nivel bajo, más de la mitad de la población vive en zonas calificadas como deprimidas, y existe un elevado porcentaje de población en zonas de alta mortalidad.
- 2 Desigualdades sociales en la salud percibida. Las conductas relacionadas con la salud. La utilización de los servicios sanitarios.

Para la realización de este estudio utilizan la Encuesta Nacional de Salud de los años 1987 y 1993, para lo cual las variables sociales que utilizan son: la clase social ocupacional, la renta per capita por Comunidad Autónoma, el nivel de estudios de la persona que contesta la encuesta y el hábitat geográfico (rural o urbano).

La clase social ocupacional la definen:

- Clase I: empresarios, profesionales, directivos...
 - Clase II: autónomos, capataces, empleados de oficina...
 - Clase III: vendedores, empleados subalternos, trabajos cualificados...
 - Clase IV: trabajadores no cualificados, trabajadores agrícolas.
- La salud percibida. Los indicadores de salud percibida que estudia este informe son:
- Estado de salud subjetivo.
 - La limitación de las principales actividades cotidianas (incapacidades).
 - Algunas enfermedades crónicas.

Conclusiones:

- El porcentaje de hombres y mujeres con salud deficiente (estado de salud regular, malo o muy malo) aumenta a medida que disminuye la clase social de los individuos, aumentando la desigualdad a medida que aumenta la edad.
 - Comparando la encuesta del 87 y la del 93 se observa que en las Comunidades Autónomas con rentas inferiores a la media nacional (Andalucía, Extremadura) las desigualdades entre las clases sociales han aumentado.
 - Existen evidencias de que algunas enfermedades crónicas como, asma y/o bronquitis asmática, hipertensión arterial y diabetes son padecidas con mayor frecuencia por las clases sociales más bajas y que dentro de ellas no se distribuyen homogéneamente por sexos, siendo más elevadas la H.T.A y las diabetes en las mujeres y los problemas respiratorios en los hombres. Tan solo las alergias son más frecuentes en las clases sociales más altas.
3. Las desigualdades en las conductas asociadas a la salud. Las conductas que estudia este informe son:
- Consumo de tabaco.
 - Consumo de alcohol.
 - Ejercicio físico.
 - Sobrepeso.

Las conclusiones más destacables son:

- El consumo de tabaco ha disminuido entre 1987 y 1993 ligeramente entre los hombres, aumentando entre las mujeres.
 - Entre los hombres la prevalencia de tabaquismo es mayor a medida que disminuye la clase social.
 - Entre las mujeres la prevalencia de fumadoras ha aumentado a medida que aumenta la clase social.
 - En los hombres la prevalencia de consumo de alcohol en exceso aumenta a medida que disminuye la clase social, y es superior en las regiones de menor renta, mientras que en mujeres lo es en Comunidades Autónomas de mayor renta.
 - En cuanto al ejercicio físico durante el tiempo libre existe una clara relación entre clase social y sedentarismo. Tanto en hombres como en mujeres a medida que disminuye la clase social, aumenta el porcentaje de personas que no practican ejercicio físico, este porcentaje además es mayor en las CC.AA. con renta más baja. Además estas desigualdades han aumentado entre el 87 y el 93.
 - En cuanto al sobrepeso en los hombres de clase social más alta, estos presentan un menor porcentaje de sobrepeso.
 - En mujeres aparece con mayor claridad la relación entre sobrepeso y clase social así un 25 % de sobrepeso en la clase I y hay un 45% en la clase IV.
- Utilización de los servicios sanitarios.
- Entre 1987 y 1993 han aumentado las consultas al médico en hombres y mujeres, sin embargo si comparamos las consultas entre la población con salud deficiente, han disminuido en las mujeres y han aumentado en los hombres.
 - El análisis sugiere cierta desigualdad entre las mujeres (la clase I consulta más al médico que las clases II, III y IV).
 - Más del 80% de las personas que consultan lo hacen en un centro público, habiendo

diferencia por clases (60 % de la clase I, 70% de la clase II y más del 90% de la clase III y IV, el resto lo hacen en consultas privadas o sociedades).

- Donde si hay claras diferencias es en la utilización de servicios dentales, la proporción de personas que acuden al dentista disminuyen a medida que descienden en la clase social, habiendo aumentado esta desigualdad entre el 87 y el 93.

Estrategias de intervención.

El estudio de las desigualdades en salud debe servir para adoptar las medidas sociales y sanitarias que den respuesta a las necesidades detectadas.

Tabla 9

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

COMPONENTES DE LA DESIGUALDAD	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
Factores estructurales: educación, renta, trabajo, empleo, riqueza, gasto, vivienda, medio ambiente.	Reformas estructurales: potenciar la educación, sistema tributario diferencial, pleno empleo, redistribución, discriminación positiva, prestación de servicios sociales públicos, cambios medioambientales y vivienda pública.
Conductas relacionadas con la salud: Consumo: hábitos dietéticos, bebidas, tabaquismo, drogas, medicinas. Actividades: conductas preventivas, actividades de riesgo, actividades sexuales y reproductoras, ejercicio.	Políticas relativas a comportamientos: Tasas, control y multas a sustancias dañinas. Subsidios, promoción de alimentos y bebidas saludables y protección. Promoción de salud, educación para la salud. Información transparente.
Sistema de salud: problemas de disponibilidad en la accesibilidad, o coste. Discriminación explícita o implícita. Falta de salud pública y medidas preventivas. Objetivos y monitorización inefectivos.	Medidas de salud: acceso equitativo hacia los servicios de salud preventivos y curativos, promoción y educación para la salud, control de salud de los/as niños/as, control de los grupos vulnerables.

Fuente: Modificado de Illsley. 1989

Los servicios de salud por sí mismos no pueden solucionar las desigualdades, pero tienen la responsabilidad de contribuir a ello, con un planteamiento racional de asignación y distribución de recursos en función de las personas y las comunidades donde los niveles de salud son más bajos.

La Ley General de Sanidad establece que nuestro sistema de salud debe asumir la equidad como guía de su actividad para superar los desequilibrios territoriales, sociales y económicos, mediante políticas de salud que tengan en cuenta las características de las desigualdades existentes.

Algunas lecturas:

Asamblea de Salud de los Pueblos. Sitio Web www.pha2000.org.

Auge,M; Herlizlich, C. Medicina moderna y la búsqueda de sentido: la enfermedad como signifiante social. En: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie. 1984; 1-12.

Auge, M; Herlizlich, C. “Los significados sociales de la salud: París, Essonne, Herault” En Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie. 1984.Pp; 1-16.

Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades en salud en España. En: Desigualdades Sociales en Salud en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.

Ciurana Misol, R. Martín- Zurro, A. Introducción a la medicina preventiva clínica. En: Curso de Prevención en Atención Primaria. PAPPS. semFYC Módulo 1: 3-4.

Crónica de la Organización Mundial de la Salud, vol. I; 31.

Declaración de Alma - Ata, en Actividades de la OMS.1978-1979. Informe Bienal del Director general. Ginebra, 1980, p.VIII.

ECIUHPYE: The evidence of health promotion effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part one. and two. Core document.

Gómez López, LI. Rabanaque Hernández, MJ. Concepto de Salud. En Promoción de Salud y Cambio Social. Colomer,C. Alvarez-Dardet. Masson, Barcelona.2000. 3-12.

Mazarraza Sánchez, G; Sánchez, M; Merelles Aparicio,G. En: Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Cap. 11 Fco.Javier Martín Santos. Desigualdades Sociales en Salud y Cap.2 Enrique Perdiguero. Salud y Enfermedad. Una visión antropológica. E. Mcgraw-Hill Interamericana. 1996

Marset, P y Ramos, Elvira. En: La salud en el mundo.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de salud página Web

Montiel, L. “Beneficios y riesgos de un nuevo valor: El valor salud en la sociedad post-industrial”. En la salud en el Estado de Bienestar. Madrid. Complutense.1993. 37-52.

Olivera, A .“Geografía de la Salud” En “Introducción a la Geografía de las Enfermedades”. Ed. Síntesis.1993, Pp 21-40

Organización Mundial de la Salud: Página web: www.who.org.

Perdiguero, E y. Comelles, J.M. En Medicina y cultura ed. Bellaterra.

Pérez Jarauta, MJ; Echauri, M et al. “Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres”. En La Salud de Nuestros Hijos e Hijas, Gobierno de Navarra.1995

Perez Jarauta. M.J En: Guia educativa para promover la salud de las mujeres. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. .

Piédrola Gil. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid 2001

Regidor, E, Gutierrez-Fisac, J.L. y. .Rodríguez, C. En: Diferencias y Desigualdades en Salud en Espana, Diaz de Santos. 1994

Regidor, E: El Médico: Informe y Gestión.htm.

Rodríguez Artalejo, F. Abecia Inchaurregui, LC. “Determinantes de la salud”. En Promoción de Salud y Cambio Social. Colomer, C..Álvarez-Dardet.Masson, Barcelona.2000. 13-25.

Ser mujer: una conciencia internacional. En: Nuestros cuerpos, nuestras vidas. The Boston Women´s Health book Collection. Ed: 2000. Plaza & Janes. 17-49.

SESPAS 2000. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública, series monográficas, nº 30. WWW.easp.es

Serge Cordellier y Beatriz Didiot. "El estado de Salud del Mundo", anuario económico, geopolítico mundial. E.aka.

Soler Torroja, M. Los sistemas de información. Características generales. En Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. SemFYC, 1997: 1373-80.

Serrano González, M.^{al}. En: La Educación para la Salud en el siglo XXI, Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI. Diaz de Santos, 1997. Pp 3-17

Starfield, B : Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed Masson. Barcelona 2001.

Whitehead, M. En: Concepto y principios de desigualdad en salud Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991, Pp 7-11.

1.2 Diseñando el programa

1.2.1. Objetivos y Contenidos

Objetivo General

Que los y las participantes sean capaces de identificar los factores que intervienen en el proceso de Salud-Enfermedad, valoren la importancia y peso de cada uno de ellos, analicen las desigualdades en salud entre los países Norte-Sur y entre los sectores sociales de cada país y los principales rasgos del estado de salud en España, así como el sistema de información en el que se basa.

Contenidos

Hechos, conceptos y principios

- Concepto de salud, visión integral y ecológica.
- Factores condicionantes en el proceso de Salud-Enfermedad.
- Modelos socioculturales de Salud - Enfermedad.
- Geografía de la Salud.
- Desigualdades en Salud.
- Estado de Salud en España y sistemas de información sanitaria.

Actitudes, Valores y normas

- Valoración de los factores que influyen en el proceso de Salud/ Enfermedad.
- Reconocimiento y respeto a los distintos modelos socioculturales de entender la salud y la enfermedad.
- Actitud crítica ante las desigualdades evitables en salud.

Procedimientos

- Analizar los diferentes conceptos de Salud-Enfermedad.
- Reconocer los factores que están influyendo en el estado de salud individual y colectivo.
- Identificar y analizar lo justo e injusto en las desigualdades de salud.
- Reflexionar sobre las diferencias en el estado de salud de los países desarrollados y los países en vías de desarrollo Norte/Sur y entre los sectores sociales de cada país.
- Analizar los principales indicadores de salud en España y los sistemas de información en que se basan.

1.2.2. Menú de actividades

PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD

Objetivo: Expresar la realidad sobre el concepto de la salud - enfermedad, aumentando los conocimientos y analizando sus factores determinantes valorando de forma positiva los distintos modelos socioculturales de entender la salud-enfermedad.

Actividades 1: La salud y la enfermedad.

DESIGUALDADES EN SALUD

Objetivo: Identificar las principales desigualdades sociales en salud, que existen en España y las desigualdades que se dan entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo analizando los determinantes de desigualdad y desarrollando habilidades para su valoración crítica.

Actividades 2: Desigualdades en Salud.

Proceso de secuenciación de actividades

Para facilitar el aprendizaje más eficaz de cualquiera de los objetivos y contenidos a trabajar parece más útil posibilitar un proceso de secuenciación de las actividades con las siguientes fases:

Investigando su realidad. Actividades dirigidas a que el grupo aumente la conciencia de su realidad.

Profundizando en el tema. Actividades dirigidas a que el grupo reelabore la realidad.

Abordando la situación. Actividades dirigidas a que el grupo valore y decida la acción sobre la realidad y el cambio si lo considera necesario.

	Investigando su realidad	Profundizando en el tema	Abordando la situación
Actividad 1	Material 1A, 1B, 1C	1D, 1E, 1F, 1G, 1H, 1I	1E, 1I, 1J
Actividad 2	2 A	2B, 2C, 2Cbis, 2D, 2E, 2G	2B, 2C, 2Cbis, 2E, 2F, 2G, 2H, 2I

Actividad 1. La salud y la enfermedad.

Se trata de que las personas expresen su realidad, partan de sus vivencias y experiencias, analicen y comprendan los distintos factores que influyen en la salud-enfermedad y valoren de forma positiva las distintas maneras de entender la salud y la enfermedad que tienen.

Este tema puede enfocarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas, todas ellas pueden completarse con una exposición teórica del concepto de salud y sus condicionantes.

Concepto de salud en pequeños grupos y con los Materiales 1A, 1B, 1C cada cual expresa sus vivencias y experiencias de su estado de salud. Se propone respetar las opiniones individuales sin discutir ni buscar un consenso. Son individuales y todas son importantes. Un representante del grupo recoge fielmente todas las opiniones, se ponen en común y se resume y ordena devolviéndolas al grupo. Posteriormente, se puede completar con una exposición breve por parte del educador o educadora sobre el concepto integral y ecológico de salud y los factores que lo determinan.

Claves: La salud es una construcción bio-psico-social. Cada sociedad y cada época establece un concepto diferente de salud-enfermedad.

Durante un episodio o proceso de enfermedad coexisten acontecimientos vitales positivos y negativos. La valoración final de este proceso depende de la vivencia personal, de las condiciones de vida de cada persona y de los recursos socio-sanitarios.

¿Qué exigencias nos plantea la sociedad durante los periodos de enfermedad?. No es lo mismo lo que la sociedad espera de un hombre o de una mujer cuando se encuentra enfermo. Hacer grupos pequeños de 5 ó 6 personas para hablar de este tema y elaborar sus conclusiones. Utilizar el Material 1D.

¿Qué me dicen estos textos?. Lectura individual o colectiva de los textos del Material 1E. En grupos pequeños se comenta resaltando las diferencias entre los tres casos. Resumen y conclusiones.

La salud en la publicidad. Se visualiza 2 ó 3 veces un anuncio publicitario, que refleje una manera de entender la salud en nuestra sociedad. En pequeños grupos se analiza con el Material 1F. Se pone en común el trabajo de cada grupo. Resumen y conclusiones.

Modelos socioculturales dominantes en nuestra sociedad. Lectura individual de los Materiales 1G y 1I. Posteriormente, en grupos pequeños, se analiza el texto, comentando los distintos modelos socioculturales de belleza y/o de paternidad/maternidad, el modelo dominante en nuestra sociedad y su influencia en la salud. En grupo grande se hace una puesta en común y se sacan conclusiones.

Análisis de un problema de salud. Se les pide que, de manera individual, escriban en un papel los tres problemas de salud que más les preocupan. En pequeños grupos comentar las listas individuales y ordenar por consenso. En el problema que resulte el primero con el Material 1G analizar cuáles son los determinantes, biológicos, de estilos de vida, de medio ambiente y del sistema sanitario que están influyendo en ese problema de salud. Puesta en común de lo trabajado en grupo, resumen y conclusiones.

Distribución económica de los gastos en los determinantes de salud. Después de trabajar los determinantes de Salud, en grupos pequeños se analiza el Material 1H; en el grupo grande se pone en común lo trabajado. La educadora o el educador devuelve al grupo un resumen y las conclusiones, favoreciendo la discusión y profundizando en el análisis

Material 1A

Concepto individual de salud

Cada época, cada civilización y cada persona tiene su propia idea de salud.

¿Qué entiendes por Salud?

¿Qué factores te parece que están influyendo en tu salud?

De los factores que influyen en tu salud ¿Cuáles dependen de ti y cuáles no?

Material 1B

Vivencias de mi estado de salud-enfermedad

Comenta según tus vivencias y experiencias, qué aporta el estado de salud:

	Aspectos positivos	Dificultades
Yo mismo/a		
Mi familia		
Mi trabajo		
Mis amigos, mi barrio		
El Sistema Sanitario		

Material 1C

Cambios experimentados durante una enfermedad

Comenta algunos cambios que hayas experimentado durante algún episodio de enfermedad:

Positivos:

Negativos:

¿Cómo te has sentido en este periodo?

¿Qué es lo que más te ha preocupado en ese momento?

Material 1D

Demandas y exigencias sociales con respecto a la persona enferma.

Analiza lo que la sociedad espera de la persona enferma (acciones, comportamientos, valores, actitudes) en los siguientes campos:

CAMPOS	MUJER	HOMBRE
UNA/UNO MISMO (autoestima, fuerza, roles)		
GRUPO AFECTIVO-FAMILIAR (pareja, hijos, padres, amigos, cuidado de la familia, etc.)		
TRABAJO (doméstico y/o remunerado, demandas de compañeros, jefes...)		
OCIO (tipo de ocio que se disfruta, tiempo que se le dedica...)		

Material 1E

Tres formas de vivir la salud-enfermedad

Andrea es una mujer gallega de 56 años, su marido era pescador y murió en el mar hace casi 20 años, ella ha criado a sus cuatro hijos con una pequeña pensión y trabajando en el campo, ahora los 3 mayores viven fuera y el pequeño, que es pescador como su padre, está en el mar.

Hace tiempo que tiene dolores en todo el cuerpo, pero últimamente le cuesta mucho trabajar en la huerta y el dolor de las rodillas ya no la deja ni dormir. La semana pasada ha ido al médico y le mandó unas pastillas, pero ya no las va a tomar más porque ahora además de la rodilla, le duele el estómago. Su hija la ha llamado ayer por teléfono y le ha dicho que vuelva a ir al médico, pero ella ya lo tiene claro, no va a tomar más las pastillas, mañana va a coger el autobús para ir a ver al curandero de La Guardia, que es el único que le va a quitar el dolor.

Marta tiene 37 años, es economista y tiene 2 hijos pequeños, trabaja en un banco y muchos días no puede salir a su hora, tiene una asistenta que le limpia la casa, pero ella se ocupa de sus hijos toda la tarde, con su marido apenas puede contar. Desde hace unos días está cansada y de mal humor, le cuesta mucho levantarse por las mañanas y todos los días le duele la cabeza. Hoy ha pedido cita con el médico, pero ella ya sabe lo que le pasa, está cansada y su alimentación últimamente a pesar de que ha engordado 3 kilos, no es muy saludable. Ha decidido que esto va a cambiar, se comprará unas hierbas en el herbolario y productos naturales e hipocalóricos, además va a volver a sacarse un bono para el gimnasio que incluya sauna y masaje, ya verá de dónde saca el tiempo para ir.

Antonia tiene 46 años, es ama de casa y vive con su marido y 2 hijos de 19 y 22 años. Pasa mucho tiempo sola los hijos se van por la mañana, vienen a comer y luego se van, o se meten en la habitación a oír música o a estudiar, los fines de semana se pasan toda la noche por ahí y por el día durmiendo, su marido hace muchas horas extras y cuando está en casa está en el sofá con el AS o viendo la tele.

Lleva un año que no levanta cabeza, está enferma y los médicos no saben lo que tiene, rara es la semana que no tiene que ir a urgencias, ya le han hecho muchas pruebas y le dicen que todo es de los nervios, la mandaron al psiquiatra, pero no ha vuelto porque le recetaron unas pastillas y se puso peor, todo el día en la cama y con mareos. Diga lo que diga su médico ella sabe que tiene algo y tendrán que hacerle más pruebas hasta que sepan lo que es y seguro que hay alguna medicina que la cura.

Preguntas:

¿Te parecen reales estas historias?.

¿Qué diferencias tienen Andrea, Marta y Antonia a la hora de afrontar sus problemas de salud?.

¿A qué crees que son debidas esas diferencias?.

¿Si estuvieses en la situación de ellas que harías? ¿Por qué?

Material 1F

La salud en la publicidad

Ficha de observación		
CONTEXTO		
GRUPO SOCIAL	Quién aparece en el anuncio	
	A quién se dirige el anuncio	
LENGUAJE	Oral	
	Escrito	
	Musical	
MENSAJE	Real	
	Encubierto	
FORMAS MODOS O ESTILOS DE VIDA		
OBSERVACIONES		

Fuente: CARLOS VILCHES, Taller de Sociología.

Material 1G

LA BELLEZA (artículo de Rosa Montero, "El País", 1995)

**No es bello vivir sin sentirse vivo, devorado
por el estrés, por la compulsión o por la sinsustancia.
Ni dedicar todas las energías al dinero, al éxito o al poder.**

Si hay algo verdaderamente indefinible es la belleza. Es un concepto tan relativo, un valor tan privado, que depende de los ojos de cada cual: de su educación estética, de su herencia cultural, incluso de su necesidad sentimental. De todos es sabido, en fin, que lo que para unos pueblos es considerado hermoso, para otros resulta abominable. Los pies vendados de las chinas, por ejemplo, eran un atroz amasijo de huesos rotos, muñones deformes recubiertos de una carne infectada y medio podrida (por eso las mujeres nunca se quitaban en público los botines de seda con los que ocultaban sus torturados miembros), pero erotizaban perversamente a los varones y constituyeron la norma oficial de la belleza en China hasta los años 20 de este siglo.

Lo mismo se puede decir de las mujeres africanas que alargan sus cuellos con aros de metal, o de los indios amazónicos, ellos y ellas que se incrustan en los labios enormes discos de madera. Y no caigamos en la zafia tentación etnocentrista de creer que estos extremos son cosas propias de los pueblos salvajes. Los morros hinchados de silicona y los pechos de plástico recauchutado que tantas mujeres lucen con garbo y pavoneo, ¿son acaso unas prótesis corporales muy distintas a los discos indígenas?. Por no mencionar las corrientes estéticas más radicales. La última moda estadounidense, por ejemplo, es el body-piercing o agujereamiento del cuerpo. Los jóvenes de ambos sexos andan como locos taladrándose las aletas de la nariz o el labio superior, ensartándose aretes en las cejas o imperdibles de oro en los ombligos o, lo que es ya el colmo de la modernidad, atravesándose con pendientes diversos bordes de la lengua. O sea, como en los comienzos del movimiento punki, pero más a lo bestia.

Ni siquiera hace falta cambiar de país para cambiar de estética. Una misma sociedad puede considerar hoy que algo es bello y mañana sin embargo, encontrarlo horroroso. En los años cincuenta, la mujer ideal del mundo occidental pesaba 10 ó 15 kilos más que ahora. No hay mas que ver a las estrellas de Hollywood de entonces: a la primera Marilyn, sin ir más lejos. Rotundas, redondas, barrigonas, con sus buenas loras y sus mantequillas, radicalmente distintas a las divas de ahora, atléticas, espirotadas, espejo de anoréxicas. Y en unos cuentos primerizos de Gustave Flaubert, unos textos muy adolescentes y muy malos, me divertí encontrar una descripción embelesada que el escritor hacía de su amada: era una dama bellísima, explicaba, y su hermosura se veía realzada por la sombra de bigote que poseía, por ese suave vello negro facial que tanto adorna, decía Flaubert, a las mujeres morenas. O sea: que en el siglo XIX les gustaban barbudas.

Pero todo esto no es más que un aspecto de la belleza, el más elemental, quizá el más superficial, el más cosmético y probablemente el más sujeto a los cambios en las modas y en los modos. La belleza, claro, es mucho más. Es por ejemplo, aquello que se agazapa en nuestra capacidad de disfrutar de un libro, de una música, de un cuadro. En esto influye, claro; cierta predisposición natural hacia la concepción estética y otra, y luego un desarrollo del gusto; lo que una ha leído, lo que ha oído y lo que ha visto en toda su vida. Por eso hay personas a las que les encanta la pintura de Bacon, por ejemplo, y otras que se embelesan con la contemplación de un tapiz industrial con escena de ciervo mordisqueado por perros aulladores. Y si ambas emociones son auténticas (si el amante de Bacon no es un simple esnob o un inversor, y si el comprador del tapiz no lo quiere tan solo para cubrir un muro de su casa), no creo que la experiencia íntima de la belleza, el destello vital, sea muy distinto en uno u otro caso, por más que Bacon sea un dios de la cultura oficial y los tapices con ciervos estén considerados una inmensa horterada.

Hay percepciones estéticas, en fin, como el sobrecogimiento ante un paisaje montañoso o el deleite del olor de la lluvia en primavera, tal vez posean un valor casi universal: la emoción de los humanos ante esos fenómenos ha debido de ser más o menos igual a través del tiempo y del espacio. Nos acercamos así al concepto más hondo de la belleza, al entendimiento profundo de lo que es. Pero la naturaleza de lo bello es fugitiva, y resulta difícil de atrapar, esto es de nombrar, de defi-

nir. Es más fácil decir lo que no es belleza: y no es bello vivir sin darse cuenta de que uno está vivo, devorado por el estrés, por la compulsión o por la sin sustancia. Ni dedicar todas las energías al dinero, al éxito o al poder, objetivos que están todos fuera de uno mismo y que por tanto te sacan de ti, te pierden y te alienan. Ni descuidar y por tanto empobrecer el mundo de los sentimientos y los afectos. Porque la belleza nace de la cabeza y del corazón, es un impulso de armonía, de intensidad y de sabiduría, es una conciencia de ser que nos hace humanos. Es sentir, en fin que la vida te late con suavidad en las venas.

Cuestiones:

- Analiza el texto.
- ¿Qué factores están influyendo en el modelo dominante de belleza en nuestra sociedad?
- Según tu opinión, el modelo social de belleza de nuestra sociedad ¿cómo está influyendo en la salud?

Material 1H

La maternidad en los últimos siglos

“ La mamá es una persona que se define por el servicio que da al niño; su existencia no tiene sentido más que en relación al niño que debe gestar, educar, acompañar, servir, tranquilizar.... Esta función así definida es ubicable históricamente y tiene como colóralo una cierta concepción del niño. Ello se traduce en el plano material por ocupaciones y tareas variadas que constituyen una gran parte de su trabajo doméstico. El acercamiento entre la mujer y su hijo, sobre el que esta función descansa, esta proximidad material con el niño, ha sido masivamente impuesta a las mujeres de los siglos XVIII y XIX; ella ha impulsado, en el nivel de las disciplinas psicológicas en vías de constitución, la creación del concepto de madre que nosotras conocemos hoy.” (MONIQUE PLAZA).

“ La mística propone la realización de la mujer a través de su dedicación exclusiva al hogar y a los hijos. Este ideal femenino pertenece a las madres del sistema patriarcal de los siglos XVIII y XIX, periodo histórico caracterizado por el surgimiento de la familia nuclear juntamente con la creciente industrialización. La mujer se define por su dedicación exclusiva a la procreación, crianza y educación de los hijos. El amor romántico que tiene sus orígenes en el amor cortés, se centraliza en la pareja. Aparece un nuevo concepto de infancia: el niño pasa a ser importante y reconocido como tal, y el amor de la madre es fundamental para su desarrollo y crecimiento. “ ALICIA LOMBARDI.

“En los siglos anteriores los vínculos entre las madres y los hijos eran diferentes. Transcribo esta cita a título de más información. La alta tasa de mortalidad infantil y la corta esperanza de vida adulta generaban débiles lazos afectivos entre madres e hijos. Los niños eran amamantados y aun criados por nodrizas en las familias que podían pagarlo o en aquellas que querían favorecer el trabajo de la madre. Por otro lado, una poca delimitación de la infancia como estadio específico en el ciclo de la vida humana, restaba centralidad al cuidado de los hijos y a las relaciones madre-hijos”. B.SCHMUKLER.

(Fuente: Guía de educación parental. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, Instituto de Salud Pública).

Cuestiones:

- Analiza la visión social que ofrecen estos textos de la maternidad en los últimos siglos.
- ¿Cuáles han sido los cambios más importantes? ¿A qué pueden deberse?

Material 1I

Análisis de los determinantes en un problema de salud

- Problema de salud a analizar: _____
- Según tu opinión ¿qué factores están interviniendo en este problema de salud?.

1. - Relacionados con factores individuales:

- Biológicos:

- Psicológicos:

2. - Relacionados con los estilos de vida:

- Comportamientos:

- Condiciones de vida:

3. - Relacionados con el medio ambiente:

4. - Relacionados con el Sistema Sanitario:

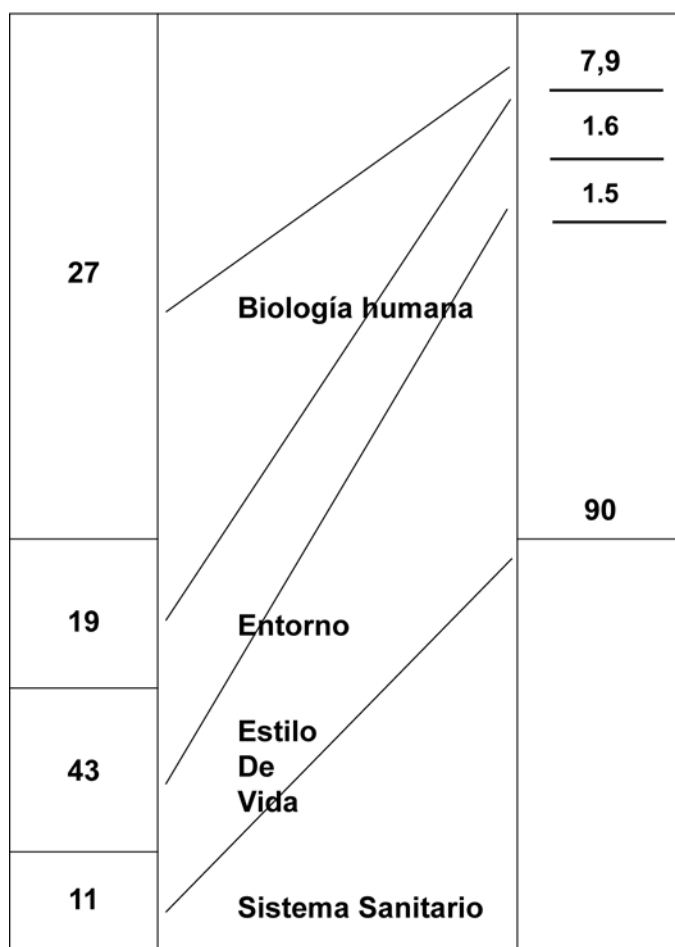
Material 1J

Distribución económica en los determinantes de salud

Analiza esta gráfica:

Contribución potencial a
la reducción de la mortalidad
(en porcentajes)

Afectación actual de los
gastos para la salud en EEUU
(en porcentajes)



Fuente: extraído de Dever.G.E.A.: "An Epidemiological Model For Health Policy Analysis".Soc.Ind.RES.1976.vol.2.465.

Preguntas:

- ¿Es equitativo el reparto de los presupuestos?.
- ¿Está orientado a mejorar los estilos de vida?.
- ¿Se puede mejorar? ¿En qué?.

Actividad 2. Desigualdades en salud.

Se trata de que las y los participantes reflexionen sobre la existencia de desigualdades en salud y desarrollen habilidades para analizar los SIS, reconozcan y valoren las desigualdades injustas en salud. Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Desigualdad en salud ¿es? Dejar unos minutos para que de forma individual se anote la respuesta en un papel, posteriormente ponerlo en común. Se completa con una exposición sobre qué son desigualdades en salud lo justo y lo injusto de las desigualdades.

Vivencias con relación a las desigualdades. Se pretende que los participantes en grupos pequeños expresen si han sentido alguna desigualdad en relación con su salud. Para ello puede utilizar el Material 2A, posteriormente se pone en común en el grupo grande. Se puede continuar con una lección participada sobre desigualdades en salud.

Determinantes mayores de las diferencias en salud, se lleva a cabo una explicación teórica sobre qué se entiende por desigualdad en salud, posteriormente se divide al grupo en grupos pequeños y con el Material 2B se les pide que analicen cuáles parecen evitables y cuáles no, poniendo ejemplos de otras desigualdades. Posteriormente se pone en común en grupos grandes. Resumen y conclusiones. También se puede trabajar la influencia de los estilos de vida en los patrones de conducta con el Material 2C. Se pide que lo analicen en grupos pequeños.

Desigualdades sociales en España. Después de haber hecho una exposición sobre las desigualdades en España en pequeños grupos con el Material 2D, se les pide que analicen a qué pueden ser debidas las diferencias de salud y aporten posibles soluciones, puesta en común de lo trabajado y conclusiones. Se puede continuar con una exposición sobre el S.I.S. Para ello se puede trabajar de forma individual el Material 2G analizando la información y devolviéndolo al grupo grande haciendo un resumen.

Indicadores de salud en España y sistemas de información en atención primaria. En grupo grande el educador o educadora explica los diferentes indicadores de salud de España, con el Material 2F y la Cartera de Servicios, con el Material 2G, en grupos pequeños se analizan y se pone en común lo trabajado en los grupos. La educadora o educador devuelve al grupo un resumen y las conclusiones, favoreciendo la discusión y profundizando en el análisis.

Análisis de texto: Con el Material 2H lectura individual, luego en grupos pequeños analizar, puesta en común y conclusiones.

Influencia de las catástrofes naturales en la salud. En pequeños grupos y con el Material 2I se les pide que analicen qué factores pueden estar influyendo en que una catástrofe natural afecte de manera diferente a un país desarrollado y a otro en vías de desarrollo. En grupo grande se pone en común, se puede completar con una breve explicación sobre la geografía de la salud.

Índice de desarrollo humano. Después de explicar los diferentes indicadores que se miden en el índice de desarrollo humano y con el Material 2J, en pequeños grupos se les pide que analicen y comparen los indicadores de 3 países distintos; se pone en común. Se puede completar con otros indicadores de salud y una exposición-discusión sobre los problemas de salud de los países del norte y los países del sur.

Material 2A

Influencia en mi salud de las desigualdades.

Comenta, según tu experiencia, cómo crees que tu salud está influida en relación con:

	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Tu edad		
Tu trabajo		
Tu barrio		
Tus servicios sanitarios		
La publicidad		

Material 2B

Diferentes desigualdades en salud

Andrés tiene 78 años, está jubilado y tiene algunos achaques: la próstata que funciona regular, la tensión que todos los días tiene que tomar una pastilla, la vista que va fallando y desde hace un tiempo tiene que usar bastón para salir a la calle. Todos los días sale a pasear por un parque próximo a su casa, desde hace unos días se encuentra con Pedro, un vecino que hace 3 meses se jubiló de la misma fábrica donde trabajó él hasta los 65 años, ayer le contó que se ha apuntado para ir de excursión con su mujer. Le da envidia ver cómo su vecino se encuentra de salud, lo deprisa que camina, las ganas que tiene de divertirse, si él pudiera...

Luis y Juan son muy deportistas siempre que pueden salen a hacer deporte al aire libre. El fin de semana pasado fueron a la sierra a escalar con un grupo de amigos. El tiempo se puso mal, discutieron si suspender la escalada, Juan decidió que a pesar del tiempo la hacían y junto con otros dos se fueron.

Luis trató de convencerlos, pero no lo consiguió y él y otro amigo decidieron no escalar y se fueron a hacer una marcha por los alrededores del pueblo.

Ahora Luis viene de ver a Juan que está en el hospital, tuvo un accidente y se fracturó varios huesos, no se sabe si podrá volver a caminar bien.

En la misma habitación del hospital se encuentran **Rosa y Harut**.

Rosa una mujer casada de 43 años, con dos hijas adolescentes de 18 y 16 años, estudiantes de bachillerato. Tiene un perro y una pecera con 6 peces de colores, una casa que se adapta a sus necesidades, y reparte las labores domésticas entre los miembros de su familia.

Rosa es secretaria en una pequeña empresa, ella desarrolla todas las labores de secretaria, toma pedidos por teléfono, contacta con los operarios para darle las órdenes de trabajo, realiza la facturación, etc. Ayer al salir del trabajo Rosa se resbaló en los escalones de la empresa, fracturándose el tobillo. Al ser una fractura la estimación de la baja es de aproximadamente un mes. Su jefe, la va a visitar al hospital, le dice que no se preocupe por el trabajo y que no piense en reincorporarse hasta que haga la rehabilitación. Vanesa y Rebeca, sus hijas le dicen que ellas le echaran una mano con las labores domésticas.

Harut, es una mujer armenia de 36 años, casada y madre de un niño y una niña de 9 y 10 años. Es inmigrante sin papeles y trabaja por un sueldo mínimo y sin contrato haciendo la limpieza y el cuidado de una señora mayor de 80 años. Su marido trabaja como albañil, sin contrato, haciendo chapuzas. Al fregar el baño en la casa donde trabaja, Harut se resbaló fracturándose el radio. Esto le obligará a estar escayolada durante 1 mes. Harut está preocupada, no sabe cómo se va a apañar el marido para que las niñas vayan al colegio mañana, además está intentando conseguir un teléfono para decirle a su jefa que saldrá del hospital mañana y podrá seguir trabajando, pues el brazo fracturado es el izquierdo.

Preguntas:

- ¿A qué son debidas las diferencias de salud entre Andrés y Pedro, entre Luis y Juan y entre Rosa y Harut?
- ¿En qué casos te parecen que esas diferencias son desigualdades sociales en salud y en qué casos no? ¿Por qué?
- ¿Cómo piensas que podrían solucionarse las desigualdades que has detectado?

Material 2C

Influencia de los estilos de vida

Tipo de Cáncer	INCIDENCIA ESTIMADA CASOS		MORTALIDAD CASOS	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cavidad oral y naso-faringe	5.551	820	1.840	341
Esófago	1.684	232	1.575	216
Estómago	5.409	3.389	3.915	2.642
Colon y recto	9.919	8.177	5.508	4.617
Hígado	2.312	1.039	2.720	1.538
Páncreas	1.692	1.480	1.799	1.573
Laringe	3.853	66	1.853	40
Pulmón	15.973	1.470	14.931	1.579
Melanoma	743	1.326	350	289
Próstata	8.348		5.278	
Testículo	817		59	
Vejiga urinaria	8.680	1.412	2.919	613
Mama		14.389		6.026
Cérvix Uterino		1.927		846
Cuerpo Uterino		3.373		994
Ovario		2.522		1.543
Riñón	2.057	940	999	526
Cerebro	1.630	1.459	1.126	857
Tiroides	128	784	72	164
Linfoma Hodgkin	2.169	2.100	1.078	929
Mieloma	814	806	681	694
Leucemia	2.093	1.441	1.504	1.128
Todos salvo piel	80.603	56.026	53.843	32.537

Incidencia y mortalidad de cáncer en España, 1996.

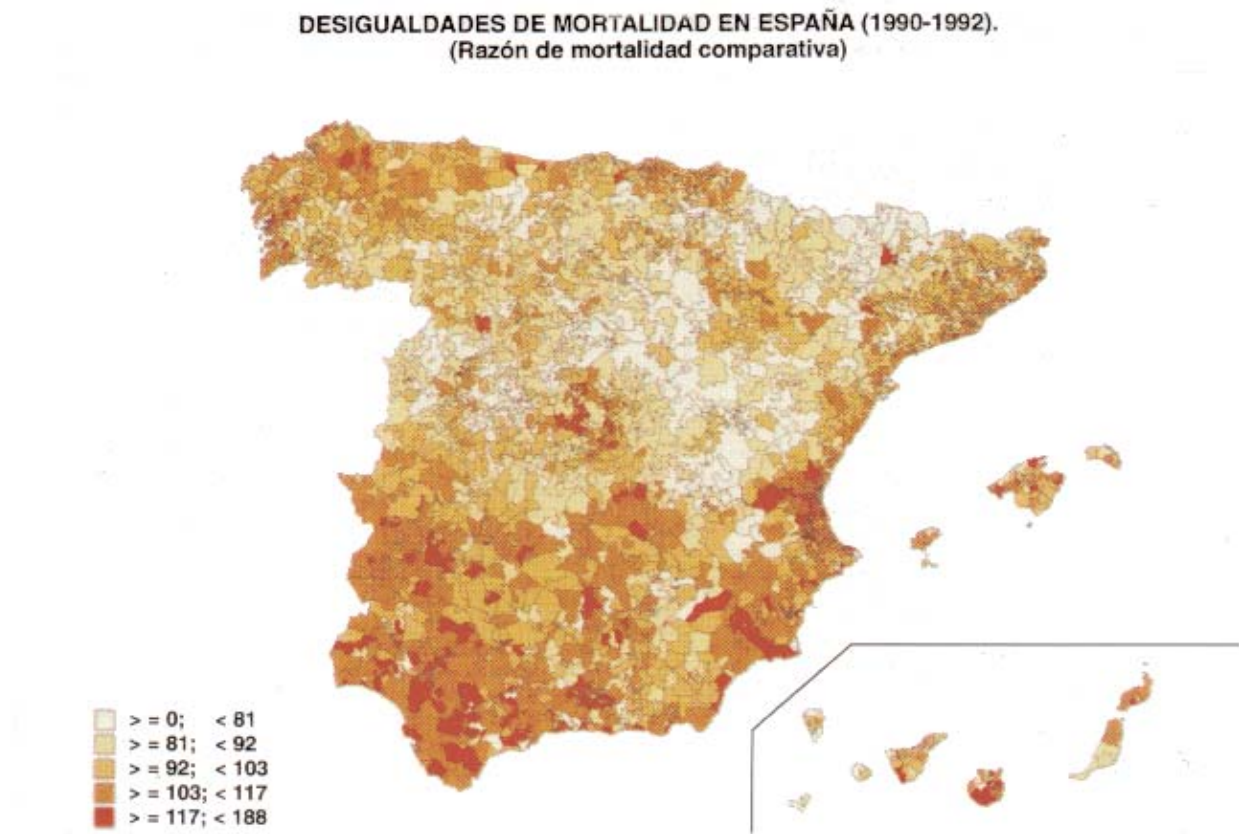
Tomada de EUCAN, 1996. Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union. <http://www-dep.1arc.fr/eucam.htm>

Preguntas:

- ¿Qué tipo de cáncer es más frecuente?
- ¿A qué crees que es debido esta diferencia entre hombres y mujeres?
- ¿Crees que el estilo de vida tiene relación con la diferencia de casos entre hombres y mujeres?

Material 2D

Desigualdades de salud en España



Preguntas:

- ¿En qué zonas de España es más elevada la mortalidad?
- ¿Qué factores te parecen que están influyendo para que la mortalidad en estas zonas sea más elevada que en otras?
- ¿Te parece que esto podría ser evitable?
- ¿Cómo?

Material 2E

Utilidades de la información sanitaria

AÑO	19 años y menos	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40 y más años
1.990	3,12	6,22	5,1	4,69	3,99	2,08
1.995	4,51	8,16	6,32	5,76	4,54	2,43
1.999	6,72	10,26	7,90	6,37	4,86	2,34

Indicadores: Interrupción voluntaria del embarazo

Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total nacional

Fuente Ministerio de Sanidad y Consumo

- Analiza la información que da.
- ¿A qué crees que se debe el aumento de casos?
- ¿Qué uso le darías a esta información?
- ¿Quién o quienes deben intervenir en el problema?

Material 2F

Indicadores de salud en España

Indicador	Valor	Fuente y año de referencia
Demografía y entorno		
Población: número	39.489.635	INE. Proyección 2000
Varones	49%	
Mujeres	51%	INE- 2000
Distribución: %		
0-15 años	16	
16-64 años	67	
65 y más	17	
Dinámica:		
Nacimientos/1000 hb	9.58	INE- 1999
Defunciones/1000 hb	9.4	INE- 1999
Tasa fecundidad	1.1	OMS-2000
Actividad laboral:		
Tasa actividad: %	48.8	E.P.A.- INE 1995
Varones	62.6	
Mujeres	36	
Tasa de paro: %	23.5	E.P.A.- INE 1995
Varones	18.7	
Mujeres	31.4	
Nivel alfabetización:		INE. Censo 1991
Tasa analfabeto %	3.3	
Varones	1.8	
Mujeres	4.6	
Indicadores salud		
<u>Positivos:</u>		
Esperanza de vida al nacer	75.3	OMS- 2000
Varones	82.1	
Mujeres	94.6	MSYC 1995
Recién nacido peso>2500 gr.(%)		
Mortalidad	38	INE. Defunciones 1997
Principales causas muerte %	26	
Aparato circulatorio	9	
Tumores malignos	6	
Aparato respiratorio	2.5	
Aparato digestivo	4.6	
Diabetes	1	
Causas externas		
Suicidio		
Años potenciales de vida perdidos.	48.1	INE. Defunciones 1997
Tasa/1000 hb		
Tasas específicas		INE. Defunciones 1997
Mortalidad materna/100.000	2.3	
Mortalidad infantil/1000 nacidos	5	MSYC. ENS 1997

Morbilidad percibida		
Autovaloración estado salud		
Mal y muy mal%>16 años	8	
Padecimiento enfermedades		
Lis4 más frecuentes: %	11	
Hipertensión arterial	8	
Colesterol	7	
Alergia	5	
Asma/bronquitis crónica		MSYC 1995
Morbilidad registrada:		Plan Nacional SIDA
Tasa por 100.000	24.1	Centro Nacional
Tuberculosis		
Enfermedades erradicables	17.6	Epidemiología
SIDA. Incidencia por millón	850.7	
Accidentes		DG Tráfico 1994
Tráfico: accidente con víctima	2/1000 hb	INE Anuario 1995
Laborales: accidente/1000 hb	34.9	
Mortales/100.000	9.8	MSYC. ENS 1997
Domésticos: %> 16 años	9	
Discapacidad % de población+	9	
Factores Condicionantes		MSYC. ENS 1997
Estilos vida: Población > 16 años		MSYC. ENS 1997
Tabaco %	35.7	
Alcohol: Beber algo	52	Plan Nacional Drogas
Drogas. Tasa/100.000	100.2	MSYC. ENS 1997
Obesidad %	12.9	

Material 2G

Cartera de Servicios de tu centro de salud

Fotocopia de la evaluación de la Cartera de Servicios del Centro de Salud de los dos últimos años.

Preguntas:

- ¿Qué se está evaluando en la Cartera de Servicios?.
- ¿Existen diferencias entre los dos años?.
- ¿Te parece que esta Cartera recoge los problemas de salud de tu barrio?.
- ¿Suprimirías o añadirías otros servicios? ¿Cuáles?.

Material 2H

¿Qué podemos hacer para disminuir las desigualdades?

La Asamblea de la Salud de los Pueblos (ASPS) es una iniciativa internacional, multisectorial, que agrupa a individuos, grupos, organizaciones, redes y movimientos involucrados en la lucha por la salud.

Texto. Declaración de salud de los pueblos (A.S.P.S. Bangladesh 8 de diciembre 2000).

“La enfermedad y la muerte cotidianas nos enojan. No porque haya tanta gente que enferma o tanta gente que muere, estamos molestos/as porque las enfermedades y muertes tienen sus raíces en las políticas económicas y sociales que se nos imponen”.

En décadas recientes, los cambios económicos a escala mundial han afectado profundamente la salud de la gente y su acceso a la atención sanitaria y a otros servicios sociales.

A pesar de unos niveles de riqueza sin precedente en el mundo, los pobres y el hambre se están incrementando. La brecha entre naciones ricas y pobres, entre clases sociales, entre hombres y mujeres, entre jóvenes y ancianos, también se ha ampliado.

Una gran parte de la población mundial aún no tiene acceso a alimentos, educación, agua potable, saneamiento, vivienda, a la tierra y a sus recursos, a empleo ni a servicios sanitarios.

Los recursos naturales del planeta están siendo agotados a una velocidad alarmante. La degradación ambiental amenaza la salud de todo el mundo, sobre todo la salud de los pobres.

Ha habido un aumento de nuevos conflictos mientras las armas de destrucción son aún una grave amenaza. Los recursos mundiales se concentran cada vez más en las manos de unos pocos/as que se esfuerzan en maximizar sus ganancias privadas. La política neoliberal y las políticas económicas son elaboradas por un pequeño grupo de gobiernos poderosos como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, y la Organización Internacional del Comercio.

Los servicios públicos no están satisfaciendo las necesidades de la población, se han deteriorado como resultado de reducciones en los presupuestos sociales de los gobiernos. Los servicios sanitarios se han hecho menos accesibles, menos eficientes y menos equitativos. La persistencia de enfermedades prevenibles, el resurgimiento de enfermedades como la tuberculosis y la malaria, y la aparición de nuevas enfermedades como el VIH/SIDA, son evidencias drásticas de la falta de compromiso de nuestro mundo con los principios de equidad y justicia.

Según este texto:

- ¿Qué factores son los causantes de la enfermedad y la muerte?.
- ¿Estás de acuerdo con lo que dice el texto? ¿Por qué?.
- ¿Plantea desigualdades sociales en salud? ¿Cuáles?.
- ¿Qué crees que se podría hacer para disminuir las desigualdades?

Material 2I

Influencia de las catástrofes naturales en la salud

Texto: Noticias de prensa sobre consecuencias de un huracán en Estados Unidos y otro en México.

EL PAÍS 14/9/79

El huracán "Federico" provocó daños materiales muy elevados en Estados Unidos.

Ocho muertos, centenares de heridos y daños materiales que se cifran en cientos de millones de dólares, son el balance provisional del paso del huracán "Federico" por cuatro estados norteamericanos en la costa del Golfo de México.

Lluvias torrenciales y vientos de hasta 200 Km. por hora devastaron durante la noche del miércoles al jueves los estados de Luisiana, Mississippi, Alabama y Florida.

Casi medio millón de personas habían sido evacuadas de la región antes de la llegada del "Federico" y los excelentes servicios de alarma y defensa civil contribuyeron al relativamente bajo número de víctimas. Sin embargo los daños materiales aparecían ayer como elevadísimos.

La ciudad de Mobile, en la costa de Alabama fue una de las más afectadas por el huracán, que arrancó la cúpula del edificio del Ayuntamiento. De la enorme fuerza del viento da idea el hecho de que arrastrara desde el aeropuerto un avión modelo DC-3 y lo llevó dando tumbos por las calles de la ciudad.

EL MUNDO 11/10/97

"Paulina" mata a más de 400 personas.

"Paulina" el huracán más devastador en los últimos 20 años en las costas del Pacífico, arrasó los Estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Se estima que los muertos superan los 400, según las últimas cifras de Cruz Roja de México, pero todavía hay un gran número de desaparecidos.

Acapulco, el centro turístico más importante del país quedó totalmente destruido, el huracán entró a primeras horas del jueves azotando el puerto con lluvias intensas y vientos entre 160 y 200 km. por hora.

Durante todo el día de ayer, los servicios de protección civil siguieron recogiendo cadáveres entre los escombros. En el depósito se amontonaban, a la espera de ser identificados, más de 120 cuerpos que habían sido arrastrados por la corriente o sepultados bajo los escombros, la mayor parte de las víctimas habitaban los barrios más pobres que circundan Acapulco.

Los visitantes extranjeros que habían sido alertados y permanecieron en refugios durante la tormenta, se paseaban ayer por las calles sin dar crédito a lo ocurrido.

Preguntas:

- Como fenómeno climatológico, ¿cuáles son las diferencias de estos dos huracanes?
- ¿Te parece que esta catástrofe ha tenido las mismas consecuencias en un país que en otro?
- ¿A qué crees que es debida esa diferencia?
- ¿Cómo podría evitarse?

Material 2J

Indicadores sanitarios

Indicadores de Desarrollo humano

Posición Según Índice de desarrollo humano	Indicador De Desarrollo Humano	Esperanza de vida al nacimien- to (años)	Índice de analfabetismo de adultos (%)	Índice bruto de escola- ridad (%)	P.I.B. Real por hab
Alto desarrollo humano	0897	73,5	97,7	79	16.241
1 CANADÁ	0960	79,1	99,0	100	21.916
2 FRANCIA	0946	78,7	99,0	89	21.176
3 NORUEGA	0943	77,6	99,0	92	22.427
4 ESTADOS UNIDOS	0943	76,4	99,0	96	26.977
5 ISLANDIA	0942	79,2	99,0	83	21.064
6 FINLANDIA	0942	76,4	99,0	97	18.547
7 PAISES BAJOS	0941	77,5	99,0	91	19.896
8 JAPÓN	0940	79,9	99,0	78	21.930
9 NUEVA ZELANDA	0930	76,6	99,0	94	17.267
10 SUECIA	0936	78,4	99,9	82	19.297
11 ESPAÑA	0935	77,7	97,1	90	14.780
Desarrollo humano medio	0670	67,5	83,3	66	3.390
65 SURINAN	0796	70,9	93,0	71	4.862
66 LÍBANO	0796	69,3	92,4	75	4.977
67 BULGARIA	0789	71,2	98,0	66	4.604
68 BIELORUSIA	0783	69,3	97,9	80	4.398
69 TURQUÍA	0782	68,5	82,3	60	5.516
125 MARRUECOS	0557	65,7	43,7	48	3.477
126 NICARAGUA	0547	67,5	65,7	64	1.837
127 IRAQ	0538	58,5	58,0	52	3.170
128 CONGO	0519	51,2	74,9	68	2.554
129 PAPÚA N.G.	0507	56,8	72,2	37	2.500
130 ZIMBABWE	0507	48,9	85,1	69	2.135
Débil desarrollo humano	0409	56,7	50,9	47	1.362
132 CAMERÚN	0481	55,3	62,4	45	2.355
133 GHANA	0473	57,0	64,5	44	2.032
166 MOZAMBIQUE	0281	46,3	40,1	25	950
167 GUINEA	0277	45,5	35,9	25	1.139
169 ETIOPIA	0252	48,7	35,5	20	455
170 BURUNDI	0241	44,5	35,3	23	637
171 MALI	0236	47,0	31,0	18	565
172 BURKINA FASO	0219	46,3	19,2	19	784
173 NÍGER	0207	47,5	13,6	15	765
174 SIERRA LEONA	0185	34,7	31,4	30	625

Fuente: Programa Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD)1.995

Preguntas:

- ¿Cuáles son indicadores sanitarios?.
- ¿Te parece que están relacionados con otros indicadores?.
- ¿Crees que las grandes diferencias en los indicadores de salud entre estos 3 países son evitables? ¿Cómo?

CENTRO DE INTERÉS 2: AUTOCUIDADOS

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 2: AUTOCUIDADOS

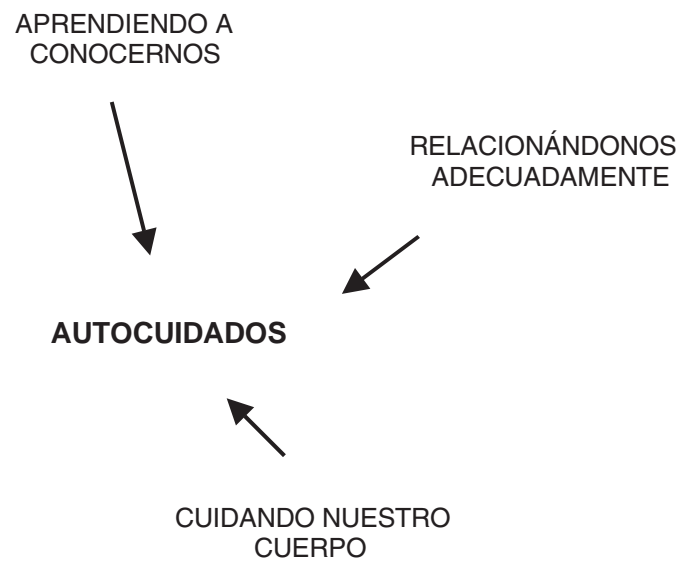
2.1 Centrándonos en el tema	86
Introducción	87
Aprendiendo a conocernos	89
Quién soy yo	89
Autoestima	91
El bienestar: sentirse bien consigo mismo/a	92
La etapa vital. El proyecto de vida	93
El autoconocimiento	95
Relacionándonos adecuadamente (entorno próximo)	97
Relaciones interpersonales de calidad	97
Habilidades para conseguir unas relaciones interpersonales de calidad	103
Cuidando nuestro cuerpo	110
Autocuidados básicos	116
Autocuidados preventivos	117
Autocuidados en situaciones especiales	125
Algunas lecturas	131
2.2 Diseñando el programa	132
2.2.1 Objetivos y contenidos	132
Objetivo general	132
Contenidos	132
Hechos, conceptos y principios	132
Actitudes, valores y normas	132
Procedimientos	132
2.2.2 Menú de actividades	134
Proceso de secuenciación de las actividades	135
Actividad 1. Aprendiendo a conocernos	136
Material 1A : Yo	138
Material 1B : ¿Cómo me veo?	139
Material 1C: Autoconcepto	140
Material 1D: Yo	141
Material 1E: Valorando mi retrato	142
Material 1F: Autoestima positiva o negativa	143
Material 1G: Claves para mejorar la autoestima	144
Material 1H: Cómo me va en esta etapa	145
Material 1I: Mi proyecto de vida	146
Material 1J: Lectura de texto	147
Material 1K: Mecanismos de defensa	148

Actividad 2. Relacionándonos adecuadamente en nuestro entorno próximo	149
Material 2A: ¿Qué nos aportan las relaciones?	150
Material 2B: Las relaciones de calidad con personas y grupos	151
Material 2C: El proceso de la comunicación	152
Material 2D: Análisis de frases	153
Material 2E: A veces no escuchamos	154
Material 2F: Practicando la escucha	155
Material 2G, 2H y 2I La comunicación asertiva	156
Material 2J: Mensajes yo	159
Actividad 3. Cuidando nuestro cuerpo	160
Material 3A: Tener una buena salud	161
Material 3B: El vivir implica riesgos	162
Material 3C: ¿Puedo cuidarme?	163
Actividad 4. Autocuidados básicos	164
Material 4A: Analizamos nuestros hábitos de higiene	165
Material 4B: Actividad física	166
Material 4C: Realizar actividad física	167
Material 4D: Orientaciones de ejercicios para personas sedentarias	168
Material 4E: Cambios para cuidarnos más	169
Actividad 5. Autocuidados preventivos	170
Material 5A: El cuento de la cueva	172
Material 5B: Exploración y liberación del cuerpo	174
Material 5C: Explorando la tensión acumulada en el cuerpo	175
Material 5D: Relajación rápida	176
Material 5E: Relajación profunda	177
Material 5F: Relajación mental	178
Material 5G: Cómo afrontar las situaciones de la vida	179
Material 5H: Disfrutar de la vida	180
(Material 5I: Nuestra sexualidad, algo que podemos cultivar	181
Material 5J: Quiniela sobre las enfermedades de transmisión sexual	182
Material 5K: Identificar riesgos de accidentes de tráfico	183
Material 5L: Andando sobre ruedas	184
Actividad 6. Autocuidados en situaciones especiales	185
Material 6A: Enfermedades Crónicas. El caso de Pedro	186
Material 6B: Automedicación	187
Material 6C: Botiquín familiar	188

2.1. Centrándonos en el tema

ENTORNO SOCIAL

ENTORNO PRÓXIMO



Introducción

Vamos a definir autocuidado como todas las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades, para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus defectos (Dorotea E. Oren).

La satisfacción de las necesidades de salud de los ciudadanos dependen en gran medida del autocuidado que estos tengan y también de la influencia de los factores sociales y de los acontecimientos vitales.

La salud de la familia o del grupo depende en gran parte de que el individuo asuma sus responsabilidades, de forma consciente o inconsciente y “se cuide” a sí mismo o cuide a su núcleo familiar.

Sólo cuando el autocuidado se deteriora o la agresión externa es demasiado fuerte, la salud se quiebra y el individuo se enferma.

El ser humano debe ser concebido como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales con potencial para aprender a desarrollarse y con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos del autocuidado, en interrelación estrecha con su entorno, entendiendo este como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos, y socioculturales, ya sean estos familiares o comunitarios.

Los autocuidados serían las acciones encaminadas a mantener la vida o la salud, no son innatos, por lo que deben aprenderse. Significarían el nivel básico o primario de atención presente en todas las sociedades. Dependen de las creencias, las costumbres y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo.

Entre los individuos que no pueden asegurar su autocuidado se encuentran los niños, las personas enfermas, los ancianos y aquellos cuyo desarrollo mental o psíquico es incompleto.

Los autocuidados, son necesarios para la integridad y el desarrollo personal.

Cada cual debe asumir la responsabilidad de su autocuidado y el de su grupo, pero no debemos creer que el autocuidado es solamente una “actitud”, “una asunción de responsabilidad”, ya que depende en gran manera de dos factores: saber y poder:

Saber. Equivale a la cultura de salud de ese ciudadano, de su familia, de su grupo. En la cultura de salud entran conceptos, habilidades, técnicas, actitudes, prejuicios, valoraciones, tabúes, etc.

Poder. Supone tener los medios necesarios para, basándose en su saber, actuar.

La responsabilidad del individuo en su propia salud debe ir siempre equilibrada con su derecho a exigir a las instituciones su cometido. De lo contrario se puede caer en el error de culpabilizar al individuo de lo que no se hace desde las instituciones.

Habría que promover el autocuidado desde la Autonomía personal, la autoayuda y el fomento de las redes sociales, entendiendo por Autonomía la posesión de la confianza en la propia conciencia, en la propia capacidad de conocer. Es el punto culminante de la individualización, cuando una persona asume la responsabilidad básica con respecto a su propia existencia.

Existen muchas maneras de cuidarse, no sólo depende de uno mismo sino también del entorno en el que se vive (clima, funcionamiento familiar, trabajo, recursos...) No se pretende decir a nadie lo que tiene que hacer, sino que cada uno desarrolle la forma personal de cuidarse.

La carta de Ottawa para la promoción de la Salud hace una llamada clara a la potenciación de los recursos humanos existentes en la comunidad, como la autoayuda, apoyo social y los grupos comunitarios que capacitan a las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud y para la toma de decisiones más adecuadas en las diferentes etapas de la vida.

Lo que se pretende, cuando una persona (hombre o mujer) se hace cargo de su autocuidado en cada momento de su vida, es que obtenga el mayor grado de bienestar en función de sus factores personales, y de los factores socioculturales de su entorno próximo y del más lejano.

A partir de la identidad personal vamos a abordar, cómo nos relacionamos con los otros, sobre esta base se constituye sólidamente el trabajo en habilidades personales y sociales. Posteriormente se aplicará todo ello a la prevención o cuidados de los problemas prioritarios de salud.

En este Centro de Interés vamos desarrollar el tema de los autocuidados en los siguientes apartados:

- Aprendiendo a conocernos.
- Relaciones interpersonales de calidad.
- Cuidando nuestro cuerpo.

Aprendiendo a conocernos

En este apartado, se pretende colaborar en el conocimiento y desarrollo de la identidad personal como parte del desarrollo personal y punto de partida esencial para trabajar el resto de las distintas áreas de la salud y desarrollo personal.

Fuente: Pérez Jarauta MJ, Echauri M : En la madurez “Guía para promover la salud de las mujeres” y “Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes” Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud y de Educación. Gobierno de Navarra 1996 y 1995. (Modificado)

Para trabajar este apartado, debemos primeramente abordar:

QUIÉN SOY YO

El yo

El yo y la personalidad

Para muchos autores, la **personalidad** alude al conjunto de rasgos y variables que caracterizan a una persona, incluyendo rasgos innatos (color de ojos) y rasgos adquiridos (autonomía).

Para distintos autores la personalidad se definiría como el “modo habitual por el cual la persona piensa, siente, habla y actúa para satisfacer sus necesidades en su medio físico y social”.

En sentido global el **yo** sería “la concepción que una persona tiene de su propia personalidad”.

El yo tiene para muchos autores dos componentes básicos:

- Una serie de conocimientos, relativamente estable, referidos a la propia persona (lo que yo pienso que soy) y lo llamamos el **AUTOCONCEPTO**.
- Las representaciones, valoraciones y actitudes que cada cual tiene de sí mismo (autoafirmación de su ser), y lo llamamos **AUTOESTIMA**. Esto implica el reconocimiento de la propia individualidad frente a los demás durante toda la existencia.

Algunos autores equiparan el autoconcepto al yo. Para ellos el **autoconcepto** sería “la noción global de la persona sobre sí misma” o “la opinión que tiene la persona sobre su propia personalidad y sobre su conducta”.

Constituye el núcleo básico de la personalidad, y se construye tanto a partir de la autoobservación como por la imagen que los demás tienen de uno.

El autoconcepto influye enormemente sobre el nivel de aspiraciones, el modo de comportarse y las relaciones sociales.

Para estos autores, el autoconcepto incluiría dos variables: una, más cognitiva, constituida por la autoimagen o autoaceptación y otra, más afectiva, que incluiría un juicio de valor que sería la **autoestima**.

La **autoaceptación** sería una actitud dirigida a reconocer y valorar objetivamente las propias habilidades, capacidades, fallos y éxitos.

Elementos que constituyen el yo

Muchos autores se refieren a tres áreas del yo o de la persona:

- Área cognitiva o del saber, o de la cabeza (**PENSAR**).
- Área afectiva o del saber ser, o del corazón (**SENTIR**).
- Área de la habilidad o saber hacer, o área de la mano (**ACTUAR**).

Las tres, junto con la parte más física o biológica del yo, estarían en la base de los comportamientos y conductas humanas.

Desde esta perspectiva, podríamos hablar de distintos elementos que constituyen el yo:

- Conocimientos acerca del yo y del mundo en distintos ámbitos, para leer e interpretar la vida, formados según el desarrollo psicoevolutivo o desarrollo cognitivo y las distintas experiencias de aprendizaje a lo largo de la vida.
- Las creencias, valores y sentimiento (autoestima, autoaceptación, etc.) sistema normativo (reacciones a la presión externa de la norma social o de grupo de personas).
- Recursos y habilidades psicomotoras (ejercicio físico, relajación, respiración) y personales (auto conocimiento, análisis de situación y toma de decisiones, manejo de emociones, manejo del tiempo) y sociales (asertividad, escucha, comunicación, afrontamiento de conflictos, etc.)
- Elementos físicos o corporales, la figura corporal, rasgo, voz, etc.

- Identidad masculina o femenina con la correspondiente orientación del deseo y yo eróticos.
- Comportamientos y conductas en distintos ámbitos o situaciones (tareas cotidianas, estudios, trabajo, amistades, relaciones afectivas, sexuales, etc.)

Cómo y cuándo se forma

El concepto del yo se forma en todas y cada una de las etapas de la vida. No existe por tanto ni un solo momento en que dicho concepto sea invariable o susceptible de modificación.

En realidad está siendo constantemente modificado como resultado de una constante interacción con el entorno, si bien tiende a consolidarse de forma estable y organizada.

Por ello los primeros cimientos de su estructura, aprendidos en los primeros años de vida y puestos en crisis durante la adolescencia, son más flexibles, dinámicos y fáciles de alterar que los que se producen posteriormente cuando se es adulto.

Los factores fundamentales en la formación del yo serían, la sociedad en la que se viva, los grupos de pares y la experiencia personal.

Durante la infancia es el círculo familiar el que mayor trascendencia tiene en la construcción de la identidad personal. Más tarde es el ámbito escolar que proporciona una nueva organización social más compleja, donde se producen nuevas vivencias, tanto con adultos como con grupos de iguales, llegando a presentar sobre todo en la adolescencia disonancias e incongruencias entre estos ámbitos.

Todo lo que la persona conoce de su yo, viene de la diferenciación progresiva que se establece entre su ser y el de los demás seres, siendo la experiencia quien informa y llena de contenidos ese yo personal.

En general se construye a base de:

- Las expectativas y percepciones que se obtienen de la “norma social” ante sus conductas, pensamientos, etc.
- Las expectativas y percepciones que se obtienen de las demás personas ante su conducta, existiendo personas más o menos significativas.
- Los testimonios y valoraciones que hacen los demás de uno mismo en distintos contextos (familiar, compañeros, amigos...).
- Las experiencias personales de éxito y fracaso.
- Los sentimientos de auto estima, auto eficacia y auto confianza.
- Los propios juicios de auto evaluación ante sus pensamientos, sentimientos y conductas.

La imagen corporal

La primera impresión que nos hacemos de una persona es la que obtenemos a través de la percepción de su apariencia física. Este aspecto externo general nos da una primera aproximación (no siempre acertada) sobre su forma de ser.

La imagen corporal puede definirse como la visión que cada persona tiene de su propia apariencia física. Es la “fotografía” a través de la cual nos vemos a nosotros mismos y las demás personas nos ven. Es de tal importancia que a veces mediatiza nuestras relaciones.

Esta imagen tiene una gran carga afectiva, llegando a influir en la propia AUTOESTIMA. También puede condicionar el AUTOCONCEPTO global de la persona, por lo que es muy importante aceptar bien la propia figura corporal para tener confianza en sí mismo y abrirse a las demás personas.

El yo sexuado

Dentro del yo global debemos hablar del yo sexuado. El ser humano es un ser sexuado, es decir, con un cuerpo biofisiológicamente sexuado en femenino o masculino, que junto a otros factores de tipo psicológico y social forman nuestra identidad masculina o femenina, con nuestra correspondiente orientación del deseo que nos permite vivenciar sentimientos o afectos sexuales. Los seres humanos somos personas eróticas, lo que significa ser capaces de experimentar sensaciones placenteras.

Un breve desarrollo de los conceptos arriba mencionados puede ayudar a comprender esta complejidad sexual.

- **Identidad femenina o masculina.** Hay que distinguir entre identidad sexual e identidad de

género, y en segundo lugar hay que prestar atención tanto al carácter evolutivo de su adquisición como a la variabilidad de sus contenidos.

- **Identidad sexual.** Es un juicio de auto clasificación que se construye sobre la propia figura corporal y las características biofisiológicas (yo soy hombre, yo soy mujer).
- **Identidad de género.** Es un juicio de auto clasificación como hombre o como mujer construido sobre la base de aquellos aspectos que a lo largo de la historia de la humanidad han ido conformando culturalmente el ser hombre o el ser mujer.
- **Orientación del deseo.** Hace referencia al tipo de objetos por los que una persona se siente atraída sexualmente y hacia los que dirigirá su deseo sexual (tres posibles alternativas del deseo sexual serían homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad).
- **Yo sensual o yo erótico.** Las personas somos eróticas porque tenemos capacidad de experimentar, por el hecho de ser biofisiológicamente sexuados, sensaciones físicas placenteras a través de la fantasía y los cinco sentidos. Estas sensaciones las podemos experimentar bien individualmente, o bien relacionándolas con otras personas.

Autoestima

La autoestima puede definirse como la actitud valorativa hacia uno mismo (sentimiento de valoración positiva con respecto a sí, o como el amor a sí mismo).

En todo caso la autoestima sería un juicio de valor acompañado de un sentimiento, una vivencia que se compondría de:

→ Conocerse (autoimagen) → aceptarse o rechazarse (autoaceptación) → quererse o no (autoestima).

Consecuencia de una alta autoestima

- Ayuda a superar dificultades personales y garantiza la proyección futura de la persona.
- Favorece el aprendizaje, fundamenta la responsabilidad y desarrolla la creatividad.
- Posibilita relaciones sociales de calidad.

En general cuanto más elevada sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo, encontraremos más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras, sentiremos mayor inclinación a tratar a los demás con respeto y benevolencia y más satisfacción encontraremos en el mero hecho de vivir.

Consecuencias de una baja autoestima

Favorece los siguientes procesos:

- Procesos defensivos: elaboración de distintas “cubiertas” para afrontar los sentimientos de ineptitud, indignidad o de “ser poca cosa”
- Procesos de sumisión: aceptación de la ineptitud y el poco valor como un hecho, favoreciendo sentimientos y actuaciones de auto anulación.
- Procesos de retracción: retiro a un mundo de fantasía para contrarrestar los rechazos y el sufrimiento.
- Procesos agresivos: como respuesta a los sentimientos de poco valor.

Características de una autoestima positiva y negativa

De una autoestima alta:

- Autoconciencia y autoconocimiento.
- Aceptación de cualidades y limitaciones.
- Aprecio genuino de sí mismo como persona.
- Atención y cuidados de sus necesidades reales (físicas, psicológicas, intelectuales, etc.).
- Afrontamiento de los problemas, enmarcando los errores con tolerancia y buscando soluciones positivas.

De una autoestima baja:

- Utilización de distorsiones cognitivas negativas. Serían creencias no racionales de interpretación de la realidad que se dirigen contra la autoestima, dañándola (pensamiento absolutista, hipergeneralización, filtro negativo, culpabilización, etc.).

- Actitudes y razonamientos de perfeccionismo, hipercrítica, culpabilidad neurológica y hostilidad flotante.
- Deseo excesivo de complacer.
- Comparación permanente con otras personas.

Claves para mejorar la autoestima

- Auto evaluación y aceptación, intentando cambiar, si es posible, parte de lo que no nos guste. Auto conocimiento.
- Control de pensamientos negativos y distorsiones cognitivas.
- No exigirse demasiado y darse permisos. No exigirse ser perfecto.
- No ser hipercrítico consigo. Mirarse con amor y con humor.
- No idealizar a las demás personas ni compararse con ellas.
- No buscar la aprobación de las demás personas.
- Aprender de los errores, aprendiendo y positivizando las situaciones o cosas que salen mal.
- Afrontar los problemas de cara, sin aplazamiento pero sin agobios, ensayando nuevas soluciones y comportamientos.
- Ser autónomo y controlar nuestra vida.
- Atención y cuidado a las propias necesidades reales, físicas, de tiempo, de ocio, intelectuales, psicológicas, etc.

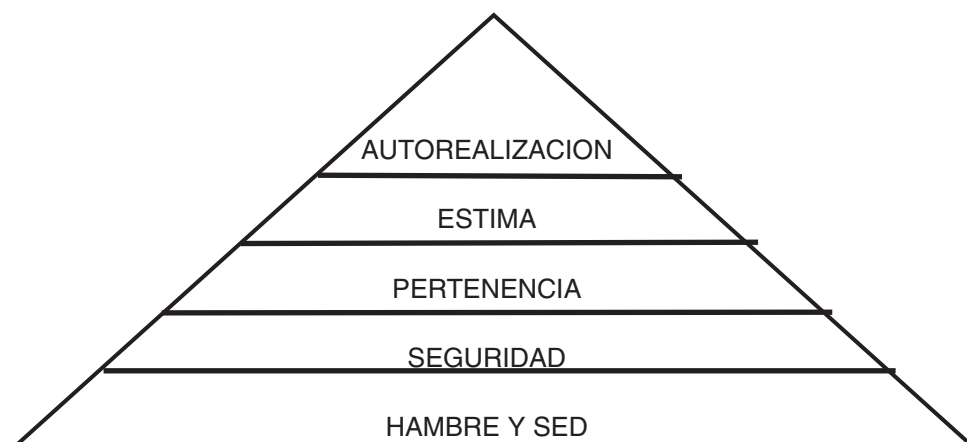
El bienestar: Sentirse bien consigo mismo/a

Una definición de bienestar sería: “valoración subjetiva del estado de una persona que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a un grupo que con el propio funcionamiento biológico”. El bienestar tiene mucho que ver con el desarrollo personal (nivel físico-psíquico-social).

Las investigaciones sobre los componentes de bienestar y la felicidad describen dos dimensiones fundamentales: una más emocional (sentimientos y emociones positivas, sentirse bien, estar de buen humor) y otra más cognitiva o reflexiva (satisfacción ante la vida); se describe también una dimensión relacionada con la tensión psicológica (con vínculos inversos con el bienestar) y con la salud.

Respecto a con qué factores se relaciona el bienestar se encuentran en la bibliografía dos planteamientos:

- El centrado en la satisfacción de las necesidades vitales, existiendo dos niveles de necesidades:
 - a) las ligadas al mantenimiento del organismo (comer, beber, dormir...)
 - b) las ligadas al desarrollo de la persona (amar y ser amado, afrontar retos, tomar decisiones...)



- El centrado en dos grandes grupos de factores:
 - a) Los acontecimientos de la vida, que pueden producir bienestar o tensión. Son los sucesos o situaciones que nos ocurren a lo largo de la vida y que en parte no dependen de nosotros, sobre los que no tenemos todo en control. Entre estos acontecimientos que ocurren a casi todas las personas en algún momento de la vida, algunos son claramente positivos y fuente de bienestar y otros pueden generar dificultades y tensión y requieren ser afrontados con una base cambio positivo, como todas las evoluciones personales (niñez, adolescencia, emparejamiento, maternidad, menopausia..)
 - Resaltar la idea de crisis como conflicto positivo y necesario que lleva al cambio y al crecimiento y viceversa. Para vivir es necesario crecer, evolucionar y desarrollarse a lo largo de la vida y para ello son imprescindibles las crisis positivas (entendidas como interrogación y replanteamiento) y los cambios.
 - b) La propia personalidad, cómo eres, cómo te vivencias a ti mismo/a y cómo afrontas la vida y los acontecimientos y situaciones que ocurren en ella.

En todo caso existirían tres esferas del sentirse bien:

- Consigo mismo/a.
- Con las personas que le rodean.
- Con el medio físico y social con el que interacciona.

Las posibles actuaciones encaminadas a sentirse mejor irían en tres direcciones:

- Conocerse mejor y conocer las personas o el medio que le rodea.
- Modificarse a sí mismo o a las personas o el medio físico en que se vive.
- Adaptarse cuando no es posible el cambio.

La etapa vital. El proyecto de vida.

Cada persona, a lo largo de su vida, va pasando por distintas etapas (niñez, adolescencia, juventud, madurez y senectud) que no se relacionan sólo con la edad cronológica, ni con los cambios biológicos, sino que es un elemento esencial de toda la estructura social.

Según el momento histórico, cada sociedad e incluso cada grupo social adjudica a cada etapa y a quienes pertenecen a ella un conjunto de derechos, obligaciones, demandas y expectativas. La sociedad está organizada “por edades” que tienen asignadas diferentes funciones.

Varios autores hacen hincapié en que la persona es y está permanentemente inacabada, está continuamente cambiando y “su construcción” y “su desarrollo” se realiza mientras dura su vida. Cualquier etapa puede por tanto ser útil para el crecimiento personal.

Los roles sociales varían con los procesos de industrialización, las fluctuaciones económicas, los acontecimientos históricos, las características culturales y socioculturales, etc.

Cada generación tiene sus propios modelos de participación en el trabajo, sus pautas de consumo, sus actividades específicas de ocio, sus conductas religiosas, su práctica de educación de los hijos e hijas etc.

Cada persona, a lo largo de su vida va incorporándose en distintos grados a los diversos roles de cada una de las etapas, va interiorizando normas, adquiere una determinada situación en la sociedad, va actuando más o menos de acuerdo con las demandas y exigencias asociadas a esos roles, aprende a comportarse como se espera de ella, aprende a esperar un determinado comportamiento de las otras personas, del marido o compañero, la mujer, del hijo y de la hija, etc.

Cada cual aprendemos estas formas de comportarnos mediante el proceso de socialización que se inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de toda la vida. En este proceso los principales agentes de socialización son: la familia, la escuela, los distintos grupos a los que pertenecemos y los medios de socialización.

Las distintas etapas vitales son difíciles de definir en este momento histórico, a grandes rasgos y cronológicamente se considera que:

La adolescencia

La adolescencia es una etapa vital, privilegiada y vulnerable, que resulta difícil de definir, comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad, no es fácil indicar cuando termina, en nuestro medio, estos cambios comienzan en las chicas hacia los diez años y medio, y en los chicos

hacia los once años y medio. La duración media de estos cambios es de tres o cuatro años. De forma paralela a los cambios fisiológicos y con posterioridad a estos, tienen lugar otros muchos cambios mentales y sociales.

Se caracteriza por:

- Cambios fisiológicos profundos, rápidos y muy significativos que afectan a la sexualidad y a la figura corporal.
- Cambios en las capacidades mentales, les permiten construir sus propias ideas, entienden la realidad como algo que puede cambiar, criticar el pensamiento de los adultos y adquirir valores morales.
- Se hacen más autónomos del sistema familiar y a la vez se vuelven muy dependientes del grupo de iguales.
- Se empieza a definir un proyecto profesional de futuro, deben tomar decisiones sobre sus estudios o los primeros trabajo que van a emprender.

El/la adolescente es una persona con capacidades fisiológicas, mentales, afectivas y sociales que empiezan a ser bastante similares a las del adulto, pero al que le falta experiencia.

Según la Organización Mundial de la Salud abarcaría hasta los 20 años. Este límite tiene mucho de convencional, porque en nuestro medio muchos jóvenes se ven obligados a seguir siendo socialmente adolescentes hasta edades muy avanzadas, dado que no pueden acceder a las conductas que se consideran propias de los adultos, siguen dependiendo económicamente de estos y no tiene verdaderamente responsabilidades sociales, laborales y familiares.

La edad adulta

<p>Adulthood early (de 19-20 a 30-35)</p>	<p>Caracterizada por importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida familiar y profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comienzo de una ocupación. • Elección de un compañero/a. • Aprendizaje en la convivencia de pareja. • Ocio personal. • Maternidad/paternidad y cuidado de hijos e hijas. • Adquisición de responsabilidades cívicas. • Localización del grupo social de referencia.
<p>Adulthood middle (de 30-35 a 50-55)</p>	<p>Caracterizada por la autorrealización, productividad, generatividad, creatividad, mayores contribuciones en distintos ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logros en responsabilidades sociales y cívicas, satisfacción en el trabajo de grupo. • Educación de hijos/as: más autonomía. • Relación más directa con la pareja. • Desarrollo de actividades de ocio. • Aceptación y ajuste a los cambios fisiológicos. • Adaptación a la ancianidad de los padres. • Trabajo remunerado y/o doméstico.
<p>Adulthood late (de 50-55 a 60- 65)</p>	<p>Caracterizada por el declinar del propio cuerpo y por el paso a la senectud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de condiciones de vida más cómodas. • Fruto y culmen de etapas anteriores: sabiduría, seguridad, aceptación del propio ciclo de vida, integridad del yo..... • Ajuste al declive físico, jubilación, etc.

Se puede establecer que comprende el periodo entre los 20-25 años y los 60-65, se caracteriza por la puesta en práctica de la capacidad de autogestión de la propia vida, la capacidad de tomar

decisiones de manera independiente, dentro siempre de determinados límites. En etapas anteriores de la vida el desarrollo de estas capacidades estaba mermada por dependencias afectivas o económicas.

La edad adulta es la etapa de más autonomía, del conjunto de actividades y acontecimientos que suceden a lo largo de esa serie de años y que varía como hemos dicho, según las sociedades y momentos de la vida, son los aspectos sociales los que dan la clave respecto a las características de la madurez.

La etapa adulta es un periodo de consolidación y afianzamiento de la esfera emocional, sexual, profesional y social. Cuando se llega a una cierta edad existe una serie de acontecimientos que se espera que sucedan en la vida de un individuo (encontrar pareja, casarse o vivir con ella, tener hijos e hijas, encontrar un trabajo...) y ante las cuales cada persona se posiciona y toma sus decisiones.

Se describen cuatro roles sociales formales: la pareja, la maternidad/ paternidad, el trabajo y la vida social, y un sinnúmero de roles secundarios e informales menos sujetos a la normativa y expectativa social que los anteriores y para algunas personas son los que les hacen pensar que merece la pena vivir. Estos roles secundarios son los que tienen que ver con el gusto por la pequeñas cosas, con el disfrute con un programa de televisión, con la música clásica, con el aroma de las flores, con la pertenencia a asociaciones, etc.

Generalmente se describen tres fases con considerables diferencias en cuanto al tiempo que abarcada cada una de ellas.

En la actualidad estamos en un proceso de continuos cambios respecto a estos roles: parejas heterosexuales y homosexuales, variedad de formas familiares, valoración positiva del soporte y apoyo emocional mutuo, comunicación y satisfacción personal en las relaciones de pareja, tendencia al igualitarismo en la distribución de tareas, ayuda mutua en la educación de los hijos e hijas, etc.

Estos cambios son debidos entre otras razones a la crisis económica, los cambios sociodemográficos, las conquistas sociales y legales de las mujeres así como su incorporación al mercado del trabajo y los avances científicos que han dado al traste con creencias e ideologías obsoletas, etc.

En este marco cada persona se plantea de modo más o menos consciente un proyecto de vida concreto y personal. Este proyecto se va configurando con las sucesivas decisiones que se toman en cada momento de la vida en relación con las distintas áreas (esfera emocional, maternidad/paternidad, trabajo, vida social, ocio...)

La elaboración y puesta en práctica de un proyecto de vida se hace acorde con los valores, posibilidades e intereses de cada persona y también con las características de la realidad social de cada momento. Tiene que ver con factores sociales (condiciones de vida, roles y modelos culturales...), entorno próximo (familia, clima familiar, barrio...) y personales (autoimagen, expectativas, preferencias, valores, habilidades y capacidades...).

Se trata de ampliar el proyecto personal de vida intentando reconocer y responder a las necesidades como madre/padre, pareja, persona individual, etc. para posibilitar el máximo desarrollo, personal y social.

En la actualidad la incorporación de adolescentes y jóvenes al status adulto se retrasa cada vez más, de tal modo que con mayor frecuencia nos encontramos con personas que son física y psicológicamente adultas, pero no lo son socialmente (no pueden incorporarse fácilmente al mundo del trabajo, continúan viviendo en la familia con sus padres, etc.).

El Autoconocimiento

Concepto

Se trata de tomar conciencia de sí; tomar contacto con nuestro interior; reconocer los sentimientos; valores, etc. Se trataría de saber:

- Quienes somos.
- Cómo actuamos.

- Por qué actuamos así.

El autoconocimiento es fundamental en la vida para:

- El desarrollo personal.
- Poder establecer relaciones de valor con las demás personas.

Respecto al autoconocimiento existen básicamente tres posturas:

- Desconocerse o no entenderse: “no sé lo que me pasa”, “no me entiendo a mí mismo”, “mejor no pensarlo”...
- Rechazarse: reprimir nuestros sentimientos, pensamientos o actuaciones porque nos parecen indebidos o por otras razones.
- Querer conocerse o aceptarse: es una actitud de diálogo consigo mismo, aunque a veces cueste entenderse o aceptar que es lo que nos pasa. Esta actitud lleva al autoconocimiento.

Factores que se relacionan con el autoconocimiento

- Pautas y modelos culturales de la sociedad en que vivimos.
- Factores personales.

En cuanto a los factores personales existen dos tipos de obstáculos para el avance del autoconocimiento (desarrollo personal).

- Mecanismos de defensa.
- Distorsiones cognitivas.

Mecanismos de defensa

Se utilizan en general para defendernos de nosotros mismos y/o del exterior intentando así proteger nuestra autoestima.

Los más frecuentes y que dificultan el autoconocimiento son:

- Proyección: “ver la paja en el ojo ajeno y no la viga en el propio”.
- Fantasía: guión imaginario en el que representamos un papel deseado pero no real.
- Negación: se niegan sentimientos, deseos o problemas, apartándolos de nuestra conciencia porque son desagradables o mal vistos.

Distorsiones cognitivas

Son formas de pensamiento que utilizamos a veces para interpretar la realidad de forma incorrecta. Son creencias irracionales que dificultan conocerse mas objetivamente y que dañan la autoestima.

Las más frecuentes serían:

- Hipergeneralización. A partir de un hecho aislado, se hace una regla general y universal. Ejemplos: “siempre hago todo mal”, “nadie se preocupa realmente de mí”...
- Designación global. Se utilizan automáticamente denominaciones peyorativas estereotipadas para describirse a sí mismo o a sí misma. Ejemplos: “soy un fracasado”, “mi relación amorosa es un lío espantoso”.
- Filtrado. Se presta atención selectivamente a lo negativo y se desentiende lo positivo. Ejemplos: cuando una amiga dice muchas cosas que ve positivas en otra amiga y una que no le gusta y ésta piensa que es una persona horrible fijándose sólo en la que no le gusta, sin tener en cuenta todas las positivas.
- Pensamiento polarizado. Se llevan las cosas a los extremos, expresándolas en categorías blanco/negro, sin términos medios. Ejemplos: “o gano esta beca o arruino por completo mi vida”. “Esta es mi única oportunidad para una buena relación”...
- Autoacusación. La persona se culpa permanentemente de todo, tenga o no la culpa. Ejemplos: El funcionario de correos le dice que se le han acabado los sellos y la persona responde: “Dios, qué estúpido soy, lo siento”.
- Personalización. La persona supone que todo lo que pasa a su alrededor tiene algo que ver con ella. Ejemplo: alguien dice en la clase que le falta un libro y la persona supone que la otra se dirige a ella.
- Lectura de la mente. Se supone que todas las personas del universo sienten o piensan de la misma manera que una o uno mismo, sin ninguna evidencia de que esas suposiciones sean correctas. Ejemplo: “Me mira así porque me odia”. “Está pensando que soy una estúpida y una aburrida”...

- Falacias de control. La persona siente que tiene una responsabilidad total de todo o, al contrario, que no tiene control sobre nada y es una víctima desamparada. Ejemplos: hacerse responsable de la conducta de todos los amigos y amigas en una fiesta.
- Razonamiento emocional. La persona supone que la vida es como ella la siente en cada momento, sin objetividad. Ejemplo: Si un día te sientes feliz, piensas que la vida te va muy bien; si al día siguiente estás triste, piensas que la vida es una tragedia.

Para finalizar indicaremos los pasos que facilitan el autoconocimiento:

- Prestar atención durante algún tiempo a lo que se siente, se piensa, o se hace con relación a algún tema o situación de interés.
- Intentar reconocer con el mayor detalle posible qué aspectos del tema o de la situación provocan los sentimientos, opiniones y comportamientos.
- Describir los sentimientos, las razones que avalan las opiniones, el por qué de los comportamientos.

Relacionándonos adecuadamente (Entorno próximo).

Después de haber trabajado sobre la identidad personal, vamos a continuar haciéndolo sobre quien son las demás personas y qué es relacionarse con ellas y sobre la base de ambas se construirá sólidamente el trabajo en habilidades.

Fuente: En la madurez “Guía para promover la salud de las mujeres” y “Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes” Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud y de Educación. Gobierno de Navarra 1996 y 1995. (Modificado)

Relaciones interpersonales de calidad

El ser humano en soledad no existe, las personas sólo nos podemos realizar como tales en compañía de otras personas.

De cómo sean nuestras relaciones con otras personas va a depender en gran medida el que sea posible desarrollar todo nuestro potencial humano. Un requisito nada fácil por cierto es, conocer mis ideas sobre las cosas, mis sentimientos, mis gustos, mis deseos, y otro es saber expresarlos, saber escuchar, entender y respetar las ideas, sentimientos y deseos del otro ó la otra.

El límite en toda relación estará en la imposición de cualquier tipo, de una persona sobre otra. Consecuentemente, la integración del conflicto como valor relacional y la capacidad de resolverlo de una manera dialogada y pacífica son fundamentales.

Para que exista una relación tiene que haber una motivación común, un interés común, un proyecto, un deseo de estar con el otro o la otra, pero además debe existir una predisposición común a comprometerse en el éxito de dicha relación.

La relaciones interpersonales van a estar influenciadas o van a tener unas características determinadas según las diferentes etapas vitales y/o momento del desarrollo en que se encuentre cada persona.

Relaciones interpersonales en los adolescentes

En la adolescencia tres son los tipos fundamentales de relaciones interpersonales que se dan: amistosas, familiares y afectivo-sexuales.

a) Relaciones de amistad:

En la adolescencia los grupos o pandillas son muy importantes. Los grupos de estas edades cobran frecuentemente un carácter inconformista frente al mundo del adulto. En esta etapa se suele pertenecer a distintos tipos de grupos: pandilla, clase, asociaciones, etc. dependiendo de diversos factores sociales y personales: barrio, ciudad, personalidad, etc.

Schutz identifica tres necesidades interpersonales que los grupos satisfacen fundamentalmente:

- Necesidad de inclusión: la urgencia que todo miembro de un grupo experimenta de percibirse y sentirse aceptado, integrado y valorado por aquellas personas a las que se une.
- Necesidad de control: consiste en que cada miembro se define a sí mismo con sus propias responsabilidades en el grupo y su deseo de influir en las demás personas del grupo.
- Necesidad de afecto: es el deseo de todo miembro de sentirse importante y querido den-

tro del grupo.

El desarrollo del grupo pasa también por un ciclo, en la fase de inclusión los miembros del grupo buscan dentro de él el lugar que más les conviene. Cada cual se da cuenta de los fines y de la estructura del grupo y del papel que se espera de él o ella. En la fase de control se centra en la distribución del poder y en la lucha por el liderazgo, así como el reparto de responsabilidades. En la fase de afecto, sus miembros buscan integrarse en él emocionalmente, intentan expresar y recibir manifestaciones de afecto.

Las etapas que va viviendo el grupo producen un efecto fundamental y central: la cohesión, lo que produce que - la tendencia de los miembros a permanecer en él y que - el poder que el grupo ejerce sobre sus miembros. Por fin induce en sus miembros un profundo sentido de la lealtad, un - de la propia estima, un sentido profundo de seguridad personal con la consiguiente reducción de ansiedades irracionales. Es importante ayudar a los adolescentes a reflexionar sobre su nivel de participación en actividades con grupos y a evaluar el funcionamiento de los diferentes grupos en que se mueven.

b) Relaciones familiares:

Es en el seno de la familia donde el niño/a establece sus primeros contactos con las demás personas. Es dentro de ella donde se realiza el primer aprendizaje de relaciones interpersonales, se viven diferentes tipos de relaciones: de amor, de autoridad, de igualdad, de amistad.

Es en la familia donde el niño/a toma conciencia de su propia existencia y de la de los demás como personas diferentes.

Si tienen una firme autoconfianza, sin sentir amenazada su integridad física y psíquica, les será posible vivir en armonía con ellos/as mismos y con el otro y la otra y en consecuencia serán capaces de comunicar y de jugar un rol positivo en una relación.

Con el cambio de la sociedad industrial a la post-industrial, constataremos la idea de complejidad de la familia; la desestructuración de los grupos primarios (la familia es uno de ellos), la evolución de la familia extensa a la familia nuclear, conflictos generacionales, nuevas corrientes en cuando a la educación de los hijos/as, cambios en los modelos culturales en cuando al rol de la mujer en la familia y también al del hombre, coexistencia de tipos de estructuras familiares muy diversos: monoparentales, madres separadas con otra pareja e hijos/as de uno o ambos, uniones de hecho entre personas del mismo o distinto sexo, etc.

Esto da lugar en la realidad a la dificultad de referirnos a la familia como idea única, dada la existencia de múltiples y diversas estructuras familiares con distintos tipos de roles, valores y planteamientos.

La familia como estructura relacional tiene 2 características básicas:

- Es el marco proveedor de necesidades materiales y afectivas.
- Es un marco de desarrollo personal de todos sus miembros, ya que todas son personas con derechos y responsabilidades.

En cuanto a las relaciones familiares como relaciones interpersonales de calidad se dan algunas diferencias con los otros tipos de relaciones:

- El reconocimiento recíproco es más inicial y básico y se da desde el nacimiento e influye enormemente en la evolución de la personalidad de los hijos/as.
- El intercambio en las relaciones familiares viene marcado por las características básicas de la familia. Además de ideas, sentimientos, sensaciones, etc. Se intercambian bienes materiales y elementos afectivos (incondicionalidad del afecto) que juegan un papel importante en la vida de sus miembros.

En el compromiso consensuado quizá la diferencia fundamental con otros tipos de relaciones sea la profundidad del vínculo ("lazos de sangre") y la temporalidad (teóricamente para siempre aunque con modalidades). La familia es un grupo humano complejo en el que se dan:

- Distintos roles (pareja, educador, consejero, amigo, amiga, confidente, protector....) con distintas implicaciones y compromisos por parte de los distintos miembros de la estructura familiar en términos de: compromiso personal, tiempo, disponibilidad, etc. y distin-

tos tipos de relaciones(adulto <-> adulto, niño<->niño, anciano<->niño/a) que pueden conllevar conflictos de intereses entre los miembros, pareja o subgrupos que puedan formarse dentro de la propia estructura de la familia, etc.

- Algunos mecanismos de funcionamiento, que serán muchos o pocos, en unas u otras áreas (reparto de tareas, uso de bienes comunes, etc.) y más o menos formales, o informales, con distinto origen, pactados, impuestos por algún miembro, diversas sanciones al no cumplimiento, etc.
- Un determinado clima socio-afectivo, formado a base de actitudes y habilidades, relaciones de las distintas personas que forman la estructura familiar.

Los adolescentes están capacitados biológica, mental y afectivamente para comenzar una vida adulta, se sienten más autónomos de la familia, instituciones educativas, de la moral, la ideología, etc. Esto hace que el marco relacional en la familia tenga que cambiar, es un proceso necesariamente conflictivo, pero del que todos sus miembros pueden salir enriquecidos como personas.

Por un lado reclaman autonomía en su vida pero por otro los adolescentes son socioeconómica y afectivamente dependientes del núcleo familiar.

Para los adolescentes es importante que identifiquen y sitúen a los miembros de su familia con derechos y responsabilidades y ellos se incluyan como uno más.

Es importante que sus necesidades afectivas sean satisfechas en el marco familiar. Todo esto significa desarrollar actitudes y comportamientos cooperativos, igualitarios y responsables, además desarrollar habilidades de asertividad, comunicación, negociación, etc.

b) Relaciones afectivo-sexuales:

Las personas somos seres sexuales y eróticos. Seres sexuados con un cuerpo biofisiológicamente sexuado en masculino o femenino. Junto con otros factores de tipo psicológico y social, se forma nuestra personalidad sexuada, es decir, nuestra identidad masculina o femenina con nuestra correspondiente orientación del deseo (homosexual, heterosexual, bisexual) que nos permite vivencias, sentimientos o afectos sexuales (deseo, atracción, enamoramiento). Y somos eróticos, significa ser capaces de experimentar sensaciones físicas placenteras a través de la fantasía y de los cinco sentidos.

En los seres humanos la sexualidad además de la función reproductiva tiene una función de convertirse en fuente de placer, comunicación, afecto, ternura a unos niveles tan íntimos psíquica y corporalmente que de otra manera no serían posibles. Esta posibilidad de comunicarnos a veces resulta conflictiva.

Por un lado la sociedad determina normativamente cual debe ser el papel del hombre o la mujer, cuáles sus sentimientos y afectos, dónde deben manifestarse y cuales deben ser sus deseos y gustos eróticos, y habitualmente esto no coincide con la experiencia concreta de las personas y el resultado es frustrante.

Relaciones afectivo-sexuales de calidad, se dan cuando aceptamos la gran variedad sexual, situándonos en el marco de relaciones interpersonales de calidad que favorezcan el equilibrio y desarrollo personal. Si bien el proceso de convertirnos en personas sexuales empieza y acaba con la vida, es en la adolescencia donde dicho proceso da un cambio cualitativo.

Los adolescentes reaccionan ante determinado estímulos con sensaciones que identifican como puramente sexuales. Es en esta etapa donde se especifica su orientación sexual, se sienten atraídos por distintos objetos de deseo y viven intensos enamoramientos. Todo este mundo de sentimientos y sensaciones les acoge por sorpresa y necesitan un periodo de readaptación para integrarlas armoniosamente en la nueva personalidad que va emergiendo.

Relaciones interpersonales en la vida adulta

Basándonos en los roles sociales formales que se descubren en la vida adulta estas relaciones interpersonales se centran en las relaciones de pareja, familiares (padres/hijos, hijos/padres) amistad (vida social) y trabajo.

a) Relaciones familiares:

El grupo familiar es el marco de desarrollo personal y bienestar de todos sus miembros.

Como otras relaciones interpersonales, se pretende que estas relaciones sean de calidad, en la familia se ve favorecido por: respecto al reconocimiento recíproco por el amor(entre la pareja, padres e hijos y viceversa y entre hijos/as entre sí), por la incondicionalidad del afecto hacia los hijos/as, respecto al intercambio por la calidad y cantidad del mismo: bienes materiales y elementos afectivos y recursos de todo tipo etc. y respecto al compromiso consensuado se ve favorecido por la profundidad y temporalidad del vínculo.

Pero, sin embargo, existen dificultades porque la familia es un grupo humano, con distintos roles, algunos mecanismos de funcionamiento, que serán muchos o pocos en unas u otras áreas, uso de bienes comunes, etc. y un determinado clima psico-afectivo.

En la madurez, la sociedad otorga a los adultos una serie de roles, que serán diferentes en hombres que en mujeres.

A las mujeres se le asignan básicamente tres funciones: el rol de ama de casa, la función de cuidadora (como educadora de los hijos) y la maternidad.

En el hombre los roles son la paternidad y sigue permaneciendo en el espacio público en el trabajo profesional.

También es cierto que en la sociedad actual se detecta una tendencia hacia la superación de esta asignación de roles en función del sexo para caminar hacia un modelo más integrado.

Además hoy en día el grupo familiar sufre cambios por dentro como: gran diversidad de formas familiares(familia nuclear, monoparentales, parejas homosexuales, diversidad de uniones, etc.) La democratización de la vida familiar con formas de funcionamiento y relaciones interpersonales y grupales y modelos educativos más paritarios, la motivación del amor en la pareja, el recargo de la función de prestación de cuidados a personas enfermas, ancianos, el aliento de la emancipación de los hijos/as.

b) Relaciones de pareja:

Son relaciones afectivo-sexuales, que varían a lo largo de las distintas fases de la adultez pasando desde la elección de pareja en la adultez temprana, por la relación más directa con la pareja en la adultez media, hasta llegar a una época de mayor seguridad en la adultez tardía.

Estas relaciones están condicionadas por múltiples factores: cambios asociados al desarrollo personal, a la maduración de la pareja, asociados a la edad, relacionados con la situación familiar.

Aspectos de las relaciones de pareja a considerar:

- Las relaciones de pareja en la madurez son diferentes basándose en tres componentes: la intimidad (afecto, apoyo, comunicación, compartir, apego, seguridad emocional); la pasión (erótico-sexual, atracción física, relación sexual); el compromiso legal y real(decisión de amor y decisión de mantener la relación): (tipología de Sternberg).
- Las relaciones de pareja deben ser relaciones afectivo-sexuales de calidad con los tres componentes, el reconocimiento recíproco, el intercambio y el compromiso(ver inicio de este centro de interés). En algunos momentos las relaciones no son satisfactorias, en general suelen ser más importantes para las mujeres que para los hombres, la mujer piensa que el grado de intercambio es diferentes, ella da más (cariño, cuidados, tiempo, escucha, etc) y que el nivel de compromiso tampoco es igual, la mujer desearía que fuera más paritario.
- La resolución o el afrontamiento del conflicto de la desigualdad y subordinación frente a su pareja hombre por parte de la mujer. Se están dando grandes avances en este sentido, la mujer está pasando de aceptar su rol sin conflicto a una fase en la que ella ve que su identidad personal y reconoce sus necesidades y quiere satisfacerlas de modo paritario con el hombre, pasando por situaciones en las que es consciente del conflicto pero no lo acepta.
- Relaciones sexuales. Las variaciones sexuales a lo largo de la vida con más amplias en las mujeres que en los hombres a nivel individual.

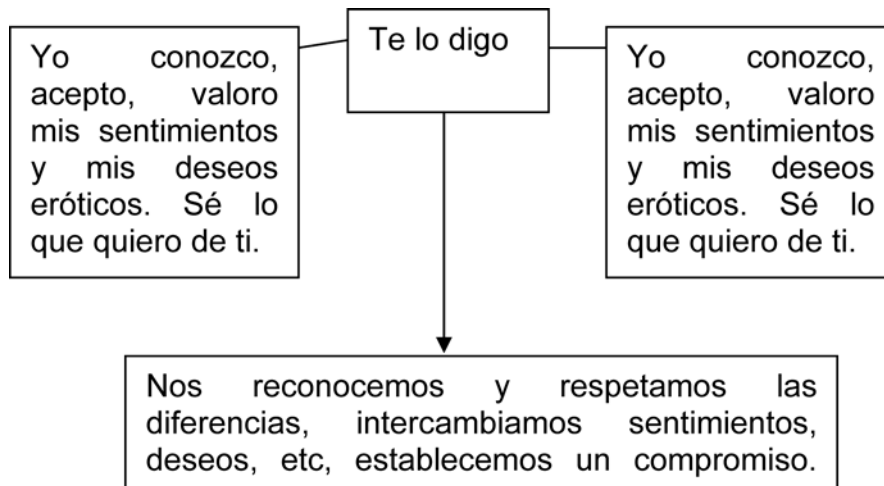
Tienen que tener estas relaciones las mismas características que las citadas al principio del tema.

En las relaciones sexuales en la pareja existen múltiples aspectos, algunos de ellos son:

- Obtener un aceptable grado de placer compuesto en las actividades sexuales, interesarse por el placer del otro.
- Variedad en las relaciones sexuales.
- La existencia de acuerdo más o menos general respecto a la frecuencia de los contactos sexuales y de otro tipo de contactos físicos.
- Ausencia de problemas continuados en la excitación sexual o en la consecución del orgasmo.
- Autonocerse y aceptar la propia sexualidad, incluyendo la aceptación del propio cuerpo.
- Conocer y aceptar las diferencias en la pareja en cuando a deseos, actitudes, preferencias etc.

c) Relaciones de amistad

La amistad es uno de los vínculos afectivos más antiguos. Las relaciones de amistad como relaciones interpersonales de calidad tendrían algunas especificidades frente a otro tipo de relaciones:



- El reconocimiento recíproco se basa en datos más “objetivos y globales”, es una elección libre, se valora a la otra persona por sus cualidades.
- El intercambio es más libre, menos condicionado, puede ser profundo y sobre tipo de temas, cuestiones, sentimientos ...
- El compromiso consensuado puede tener las mismas características de profundidad y temporalidad del vínculo que las relaciones familiares, a veces son incluso mayores que la connotación de libertad y de relación elegido de la amistad siempre les diferencia.

En las relaciones de amistad también habría alguna diferencia entre hombres y mujeres, las mujeres destacan en su amistad la consecución y la puesta emocional en común y los hombres hacen hincapié en las actividades y en realizarlas en conjunto.

d) Relaciones de trabajo:

Si tenemos en cuenta que una parte importante de nuestra vida la pasamos en el lugar del trabajo, nos resulta fácil entender la importancia de unas relaciones laborales de calidad donde el reconocimiento recíproco tendría algunas connotaciones, ya que no es una elección libre, no podemos elegir a nuestros compañeros de trabajo, de alguna forma es una relación “impuesta”. En cuanto al intercambio, no siempre pueden establecer relaciones igualitarias u horizontales sino que con frecuencia se dan formas de autoridad (relaciones jefe, subordinados), lo que puede llegar a hacerse sentir a la persona manipulada, infravalorada, etc.

En cuanto al compromiso consensuado, una relación consensuada siempre es enriquecedora si se basa en el respeto mutuo aunque en el medio laboral el afán de protagonismo y de escalar puestos actúa en ocasiones como un impedimento en las relaciones. También es cierto que estas relaciones laborales están consideradas por múltiples factores, como son la satisfacción laboral, el tipo de tarea, las condiciones de trabajo, el medio ambiente laboral físico y psicosocial, los riesgos laborales, etc.

Componentes principales de las relaciones interpersonales

Tres son los componentes principales cuya presencia en una relación nos puede ayudar en la valoración de su capacidad: el reconocimiento recíproco, el intercambio y el compromiso. (Ver cuadro)

El reconocimiento recíproco

Una relación es de calidad en primer lugar cuando permite a unas personas aceptar objetivamente la identidad del otro o la otra, como diferente de sí, sin prejuicios.

El reconocimiento recíproco permite a las personas ser ellas mismas, auténticas y enteras. Favorece la toma de conciencia del valor y la responsabilidad propias, a la vez que reconoce como diferente al otro ó la otra y lo aprecia en su diferencia. Se relaciona con la aceptación propia y la de la otra persona.

Si el yo personal no se siente amenazado, el otro ó la otra constituyen una fuente de enriquecimiento.

El intercambio

La calidad de una relación implica un cierto grado de intercambio en comportamientos, actitudes, de pensamientos, de sentimientos, de roles, etc.; cada persona aporta a la otra indistintamente, comprensión, afecto, consejos, respeto, etc.

El intercambio es la condición para establecer unas condiciones igualitarias u horizontales sin que podamos excluir, a veces, ciertas formas de autoridad o de influencia. Si embargo, una relación en la que se dé un intercambio verdadero tiende a una alternancia de roles. Así la persona no tiene la sensación de ser manipulada, estafada, minusvalorada, etc. Unas veces yo apoyo, otras me apoyan.

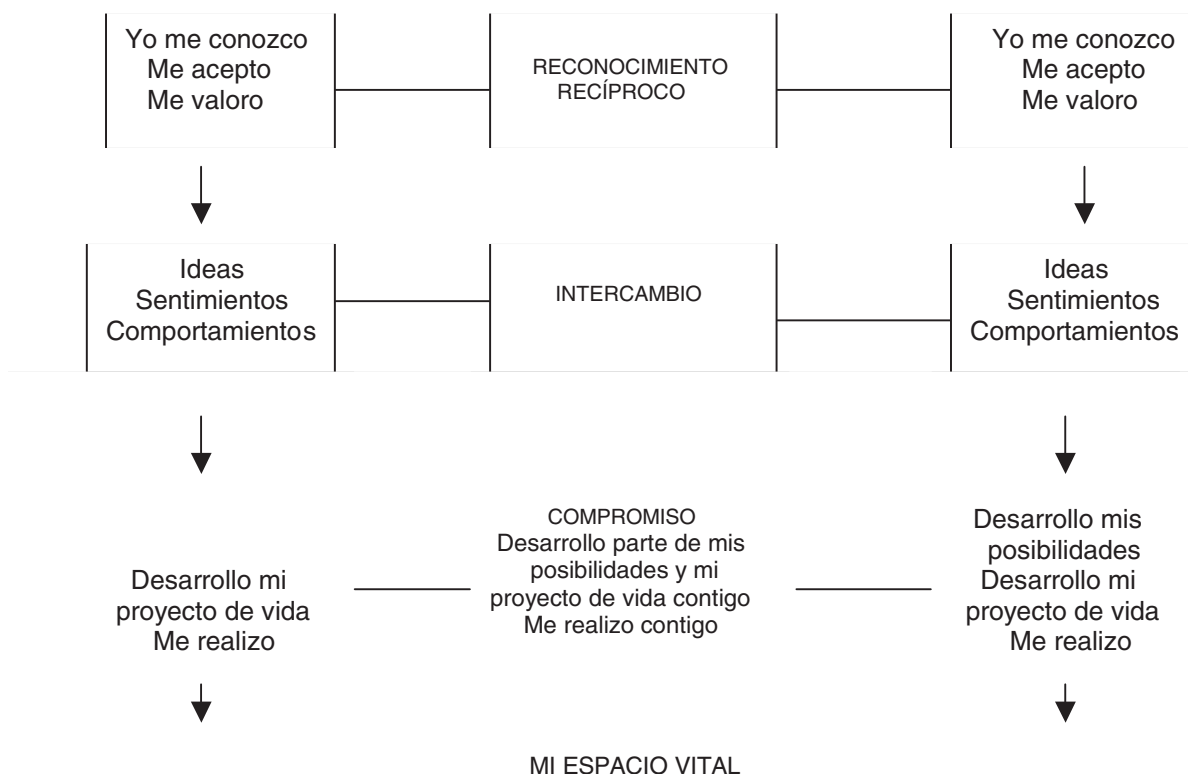
El compromiso consensuado

El valor de una relación interpersonal lo da la voluntad común de realizarla y de sentirse en evolución con el otro ó la otra.

La persona en relación debe poder expresar y relacionarse plenamente en su proyecto de vida, sin perjudicar el bienestar de la otra, de ahí la necesidad de un compromiso consensuado.

En efecto cada ser humano es único con su personalidad sus actitudes, sus comportamientos y sus necesidades particulares. Cuando dos personas se relacionan deben encontrar un mínimo de entendimiento que les permita vivir en armonía con ellas mismas y con la otra. Esto sólo se consigue con un compromiso consensuado, basado en el respeto mutuo y en querer progresar juntos. Existe la interdependencia mutua pero también la autonomía de cada una de las personas, con sus espacios vitales propios. Una relación consensuada de esta manera tiene que ser enriquecedora necesariamente.

Québec. Programa de estudios de secundaria. Currículo de formación personal y social (modificado).



Habilidades para conseguir unas relaciones interpersonales de calidad

La comunicación

El fenómeno

La comunicación es algo consustancial al ser humano. J Madrid Soriano define la comunicación como un proceso interpersonal en el que los y las participantes expresan algo de sí mismos a través de signos verbales y no verbales con la intención de influir de algún modo. Podemos emplear gran variedad de formas en la comunicación: oral o verbal, escrita, a través de nuestras acciones, por medio de sonidos, por medio de símbolos visuales, a través del tacto, etc. Teniendo en cuenta lo dicho, podemos considerar la comunicación como toda información que damos o recibimos en nuestro entorno o ambiente, independientemente del medio utilizado.

Factores que intervienen en la comunicación

En los últimos años se entiende la comunicación en un marco de interdependencia e intercambio. Nada tiene significado si no es dentro de un contexto.

La comunicación interpersonal no puede entenderse más que en el marco del contexto vital y social en que se produce. Es este contexto el que da significado a los mensajes, ofrece modelos de comunicación, formas de relacionarse y de resolver conflictos y contiene factores que favorecen y dificultan la comunicación, tanto sociales y familiares como personales.

Entre los factores sociales podemos citar: crisis de valores, lenguaje violento y de fuerza, consumismo, aislamiento social que dificulta la posibilidad de encuentros o cambios, animación o significación social, desplazamientos rápidos, medios de comunicación rapidísimos, los medios transmiten información que llega a todos los rincones del país, se ha producido un fenómeno de uniformidad de personas y pueblos. Todos estos factores y otros influyen en nuestra manera de relacionarnos y comunicarnos.

En las relaciones personales y grupales existen elementos que facilitan o dificultan la comuni-

cación, tanto por parte de la persona que emite como por la que la recibe.

Estos elementos tienen que ver con los roles que cada persona juega y las expectativas recíprocas, la imagen que tengo de mí y de quién me habla, los prejuicios, las ideas preconcebidas, los miedos de distintos tipos, las emociones y sentimientos, las actitudes y estilo de comunicación, las habilidades para comunicarse, etc.

Cómo construimos nuestra realidad

En general vemos la realidad a través de distintos filtros. Estos van a estar presentes en nuestra manera de ver las personas o las situaciones, en la interpretación de lo que alguien hace, etc. Se describen:

- Filtros biológicos.
- Filtros socioculturales.
- Filtros individuales.

Una palabra, una situación, un hecho tiene para cada cual connotaciones diferentes, asociaciones distintas, etc., lo cual hace que cada persona interprete la realidad, con una visión muy particular.

Nos ponemos en contacto con la realidad a través de estos filtros que nos permiten recoger de ella las experiencias que luego elaboramos y procesamos o categorizamos a través de distintos mecanismos mentales. Estos siempre intervienen en cómo vemos las personas y el mundo, cuando se utilizan de manera incorrecta, se llaman distorsiones cognitivas y dificultan el conocimiento de la situación. (Ver “distorsiones cognitivas” en apartado de Autoconocimiento) .

Tanto la aplicación de los distintos filtros, como de los diferentes mecanismos mentales, tienen muchas ventajas para nuestro estar en el mundo ya que hacen manejable la información que recibimos a través de los sentidos, pero a la vez constituyen una obligada fuente de contaminación y distorsión de la realidad.

Elementos de la comunicación.

Los elementos del proceso de comunicación son tres:

- Creación y transmisión de mensajes.
- Escucha y recepción de mensajes.
- Respuesta de la persona o del grupo.

Propiedades del fenómeno de la comunicación.

Watzlawick y otros describen cinco reglas de la comunicación desde el enfoque interactivo:

- No existe la no-comunicación.
- Existe en la comunicación un nivel de contenido y otro nivel de relación.
- Las personas hacemos lecturas diferentes del desarrollo de los acontecimientos, según nuestra edad y situación, características personales, cultura etc.
- Nos comunicamos mediante palabras y signos (verbal) pero también por un lenguaje corporal (no verbal).
- La comunicación puede establecer una estructura simétrica o complementaria.

Actitudes básicas para comunicarnos mejor

Congruencia:

C. ROGERS califica la congruencia, como genuinidad, llegar a ser uno/a mismo/a, coherencia, autenticidad en la relación con el otro/a.

Existe autenticidad y congruencia cuando se da una exacta adecuación entre lo que pensamos, lo que sentimos y lo que expresamos (coherencia en el ámbito verbal y no verbal).

Aceptación:

La aceptación incondicional exige aceptar a la otra persona como ser único, tal como es aquí y ahora, teniendo en cuenta todos los aspectos de su persona.

Cuando una persona es capaz de sentir y comunicar aceptación genuina de otra persona, posee la capacidad de ser un poderoso agente de ayuda para esa persona.

Cuando una persona siente que es aceptada por otra persona, tal y como es, entonces se siente libre de tomar esa aceptación como punto de partida y empezar a pensar como quiere cambiar.

Supone que la otra persona puede expresarse libremente y con confianza.

Empatía:

Se suele denominar la empatía como el ponerse en el lugar del otro/ a sentir como el otro / a y manifestar su deseo de ayuda.

Creemos como HOFFMANN 1977, que la empatía además de un componente afectivo y cognitivo, incluye también un componente motivacional.

La habilidad de la comunicación

Pasos de la comunicación:

- 1º.- Elegir un espacio y momento adecuado, y pactarlo con la otra persona.
- 2º.- Ser congruente y haber reflexionado sobre qué se quiere decir y cómo.
- 3º.- Ser consciente de los propios filtros para enviar y captar mensajes.
- 4º.- Escuchar empática y activamente y hacer preguntas abiertas o específicas según convenga al tema tratado.
- 5º.- Utilizar un estilo asertivo de comunicación.
- 6º.- Expresar sentimientos, deseos u opiniones en forma de “mensajes yo”.
- 7º.- Utilizar mensajes claros, precisos, consistentes y útiles.
- 8º.- Aceptar argumentos, objeciones críticas, incorporando mensajes de la otra persona.

La habilidad de la escucha activa:

La escucha es una habilidad cognitiva, afectiva y motivacional que requiere una actitud activa, es decir, una actitud que demuestre que realmente estamos comprendiendo lo que nos quieren decir.

La “escucha” es un elemento imprescindible para el conocimiento del otro, para entablar relaciones significativas y dignas de confianza, a través de ella la persona que comunica se siente aceptada, se siente comprendida y al mismo tiempo va generando sentimientos que fortalecen la amistad y las relaciones entre las personas.

Comportamientos que produce la no-escucha:

- La fuga, entendida como encerramiento en sí mismo, asumir un rol pasivo, pasar...
- El ataque, se manifiesta en todos aquellos comportamientos que más o menos expresan una carga agresiva.

Un episodio aislado de no-escucha quizá no provoque reacciones importantes, pero vivirlo regularmente puede dañar la autoestima y debilitar el sentimiento de seguridad.

Pasos de la habilidad de escucha activa/empática:

- Ponerse en la posición del otro, partir de su punto de vista, sin confundirlo con lo que nosotros hubiéramos sentido, expresado o realizado en una situación similar.
- Recoger el mensaje completo: mensaje verbal y carga emotiva, estado de ánimo o actitud que subyace en el mensaje.
- Comunicárselo, verbalizar la comprensión de la situación y de su carga emotiva. Esto supone comunicarle que vemos la situación desde su punto de vista y comprendemos la resonancia emotiva que tiene ella.

Comportamientos que indican no escucha:

- Comportamiento de juicio o evaluador.
- Comportamiento de interpretación.
- Comportamiento tranquilizador.
- Comportamiento investigador.
- Comportamiento de búsqueda activa de una solución inmediata al problema.

Algunas señales que demuestran escucha activa y empática:

- Afirmar con la cabeza cuando otra persona te está hablando.
- Sonreírle y mirarle a los ojos.
- No interrumpirle.
- No mostrarse en desacuerdo mientras la otra persona habla
- Hacer alguna pregunta que facilite el entender mejor lo que cuenta.

Algunas señales que demuestran no-escucha:

Son desde señales verbales como interrumpir, mostrarse en desacuerdo o ponerse a hablar de otra cosa hasta mensajes no-verbales pero tremendamente explícitos, como distraerse, no mirar a quien habla, bostezar, mirar el reloj, ocuparse de otras cosas al mismo tiempo, etc.

La habilidad de comunicación asertiva

En cuanto a la asertividad existen en general tres estilos de comunicación:

- **Comunicación asertiva.** Implica expresar directamente los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a las demás personas y sin violar los derechos de estas personas.

La comunicación asertiva implica respeto hacia uno mismo al expresar las necesidades propias y defender los derechos propios, así como defender los derechos y necesidades de la otra persona.

- **Comunicación no asertiva.** Implica la violación de los propios derechos, al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones y por consiguiente permitiendo que violen nuestros sentimientos, o expresen los sentimientos o pensamientos de manera autoderrotista, con disculpas, de tal modo que puedan ser fácilmente pasados por alto. Acompañando a la negación verbal suelen darse conductas no verbales como la ocultación de la mirada, habla vacilante, posturas corporales tensas, etc.

- **Comunicación agresiva.** Implica la defensa de los derechos personales y la expresión de sentimientos, pensamientos u opiniones de tal forma que a menudo es deshonesto, habitualmente es inadecuado y puede violar los derechos de la otra persona.

La habilidad de la comunicación desde el yo

Comunicarse desde el yo supone enviar mensajes “en primera persona”. La esencia consiste en hablar por y desde cada cual, sin imputar o atribuir a la otra persona tus sentimientos, opiniones o decisiones. Son mensajes respetuosos, sin evaluar o reprochar la conducta de las otras personas. Facilitan la expresión de diferencias o desacuerdos. Presuponen la autonomía de cada una de las personas. Generan menos resistencias y obstáculos a la comunicación.

Los mensajes tú suelen atribuir a la otra persona la causa de tus comportamientos u opiniones. Se suelen expresar ordenando, mandando, regañando, sermoneando, moralizando, aconsejando, proporcionando soluciones o sugerencias, juzgando, criticando, ridiculizando, interpretando, enseñando, instruyendo.....

Con los mensajes tú las personas pueden sentirse evaluadas o culpadas, pueden sentir, injusticia, rechazo, malestar, etc.

El mensaje yo tiene tres partes:

- 1ª Describir brevemente la situación y/o comportamiento que te gusta o te molesta. Debe dar información acerca de qué y a veces porqué. Se trata de descripción y no de juicio.
- 2ª Describir las consecuencias o efectos que dicho comportamiento puede tener tu interlocutor
- 3ª Expresar los sentimientos, opiniones que ese comportamiento te causa.

Aplicando la escucha y la comunicación a situaciones concretas

• Dar y recibir quejas:

¿Cómo recibimos las quejas?. Es importante saber recibirlas.

Pasos para recibirlas de una manera adecuada:

- Decir por qué se está disgustado.
- Expresar los sentimientos negativos.
- Pedir a la otra persona que esto no se vuelva a repetir.
- Agradecer que te hayan escuchado.

Ventajas: se ayuda a reducir las fuentes de irritación, se mejoran las relaciones y se permite que la otra persona sepa que importa lo suficiente como para compartir con ella los propios sentimientos. Al escuchar las quejas de las otras personas saben que se tiene interés en lo que dicen, se conocen los problemas que están perjudicando las propias relaciones y se conocen los puntos débiles.

Inconvenientes de no expresar una queja: sentimientos de frustración consigo, enfados innecesarios.

sarios con la otra persona, mayor cantidad de problemas en la relación. El no escuchar o no prestar atención a las quejas de las demás, puede hacer que las demás personas eviten, se enfaden o sientan frustración porque no se muestra interés, puede conducir a que no se conozcan las cosas que se hacen y molestan.

- **Decir NO**

A veces da miedo decir No porque se cree que otros se van a enfadar y entonces se cede, pero sintiéndose mal por hacer algo que no se quería hacer. Otras veces no se cede pero se dice de forma agresiva y se acaba con enfado.

Pasos para dar una negativa sin sentir incomodidad e intentando no ofender a la otra persona:

- Escuchar sin interrumpir e intentando entender lo que se nos pide.
- Decir No de forma adecuada. Ser amable.
- Sugerir alguna otra idea, dar alternativas.

Ventajas de saber decir No: se hace saber la propia postura y sentimientos, se evita que la gente se aproveche, uno se siente bien porque no ha hecho algo que le gusta o no quiere hacer.

Inconvenientes de no saber decir No: uno se siente mal por tener que hacer algo que no le gusta, enfado y descontento, se da una imagen equivocada de cómo se es.

- **Pedir ayuda eficazmente:**

Pasos:

- Expresarse amablemente.
- Explicar claramente lo que se quiere.
- Explicar los motivos por los que se necesita ayuda.
- No insistir mucho si no se quiere dar la ayuda (la otra persona tiene derecho a no hacerlo).
- Si te dicen que sí, agrádeclo.
- Si te dicen que No, buscar y proponer alternativas y seguir comportándose amablemente.

Ayuda a la comunicación: hablar con un tono de voz medio, mirar a los ojos de la persona con la que se habla, guardar con la otra persona una distancia adecuada, dar a la otra persona oportunidad de hablar.

El manejo de conflictos

El conflicto

Existe un conflicto interpersonal cuando alguien encuentra en el comportamiento de las otras personas, en sus necesidades y objetivos, un obstáculo que se interpone en el logro y satisfacción de los suyos.

Pocas personas aceptan que el conflicto es parte de la vida y no necesariamente negativo. La mayoría de las personas ven el conflicto como algo que hay que evitar, odian el conflicto, se sienten más confundidas cuando este tiene lugar no saben cómo manejarlo adecuadamente. Cuando dos personas coexisten, el conflicto tiende a surgir por el simple hecho de que las personas son diferentes, piensan de distinta manera, poseen necesidades y deseos diferentes, y algunas veces estas no se acoplan.

El conflicto no tiene que ser malo, existe como una realidad en toda relación, de hecho una relación sin conflictos aparentes, puede ser enfermiza más que una en la que los conflictos sean frecuentes.

Los conflictos pueden acercar o alejar a las personas; pueden ocasionar una lucha o un entendimiento mutuo más profundo.

La forma de resolver los conflictos constituye el factor más crítico de la relación: cómo se resuelven los conflictos, y no cuántos tienen lugar.

Enfoques que no resuelven conflictos:

- **El enfoque de la conquista.** Las metas de quien conquista son vencer, probar que se está en lo cierto y que el otro está equivocado. Quien conquista trata de debilitar al otro bando, suponiendo que esa debilidad intensificará su fuerza.
- **El enfoque de evitación.** La evitación es una conducta seductora. Es tentador pensar que los conflictos desaparecen si fingimos que no existen.

- **Enfoque del regateo.** Quien regatea ve la solución del conflicto como un juego en el que las demandas y los intereses son comerciados y el éxito se define por las cantidades que cada parte concede.
- **El enfoque “Bandaíd” o de rápida mediación:** Mucha gente se siente tan incómoda con el conflicto que llegan a cualquier solución de rápido arreglo.

Negociación: Etapas del método “nadie pierde”.

1ª etapa: Identificación y definición del conflicto.

- Elegir un momento tranquilo y adecuado. Clima positivo y tranquilizador.
- Exponer con claridad que existe un problema que tiene que ser resuelto.
- Expresar los sentimientos en forma de mensajes Yo. Evitar mensajes que inculpen.

2ª etapa: Búsqueda de alternativas de solución:

- Obtener todas las soluciones posibles y aceptarlas aunque sean extravagantes.
- No juzgar ni menospreciar cualquier solución.
- No argumentar ni exigir que se justifiquen.
- Aportar alternativas con beneficios mutuos.

3ª etapa: Evaluar y definir las alternativas:

- Mantenerse abierto a las razones de la otra persona, pero responder activamente ante la presión o la amenaza.
- No presionar ni amenazar.
- Razonar y dar argumentos sobre la alternativa.
- Desarrollar criterios objetivos para la elección.
- Dejar por escrito las alternativas elegidas intentando que todos ganen y que nadie pierda.

4ª etapa: Cumplimiento de la decisión:

- Determinar quién, cómo y cuándo se realizará.

5ª etapa: Evaluar el cumplimiento de las decisiones.

El manejo del enfado y la hostilidad.

Definiremos el enfado o el enojo como un sentimiento que expresa hostilidad, indignación, ira o rabia. Pero también puede expresarse como energía, energía que hay que canalizar.

¿Es posible expresar el enojo de una manera constructiva? En efecto, primero es necesario comprobar que en el enojo la responsabilidad no sólo está en la otra parte, una o uno mismo tiene parte activa en el enojo; segundo es preciso no personalizar el enojo en la otra persona, sino en la conducta que molesta; tercero aceptar el enojo como modo de comunicar cuánto le afecta una conducta o una situación.

Las relaciones interpersonales están mediadas a menudo por reacciones emocionales de enfado, irritación o franca hostilidad que dificultan de forma importante la solución de los problemas, además de suponer una fuente de estrés.

Fases de la curva de la hostilidad:

1.- *Fase racional.* La mayor parte de las personas suelen ser razonables durante bastante tiempo, es decir mantienen un nivel emocional adecuado para poder discutir de cualquier problema.

2.- *Fase de “disparo” o de salida.* Cuando las irritaciones se acumulan o un incidente imprevisto hace su aparición de un modo provocador, la persona en cuestión “se dispara” y da rienda suelta a sus emociones y sentimientos llegando a ser grosera y francamente hostil. Lo más oportuno en esta fase es “escuchar”.

3.- *Fase de enlentecimiento.* El “estar fuera de sí” no perdura siempre, si no hay provocaciones posteriores la reacción de hostilidad acaba por no tener más energía y comienza a venirse abajo.

4.- *Fase de afrontamiento.* En este punto la persona que ha estado escuchando a la persona que se encuentra francamente irritada puede intervenir y decir algo. Lo que diga puede introducir una gran diferencia. Decir algo empatizador que reconozca el estado emocional puede contribuir a que este se extinga y aparezca una fase de calma.

5.- *Fase de enfriamiento.* Si se ha dicho algo realmente empatizador, habitualmente se obser-

vará cómo la persona en cuestión “se enfría” y llega a estar más calmada.

6ª.- *Fase de solución de problemas.* Cuando la persona retorna al nivel del que salió es el momento adecuado para afrontar el problema. La persona está de ánimo para resolver el problema.

Entorno social

A la hora de trabajar los autocuidados no podemos olvidar que en la elaboración del diagnóstico de una enfermedad, el concepto de salud, de enfermedad, de riesgo, la adjudicación de determinados roles: maternidad/paternidad, de adolescente de anciano, las pautas de consumo, los estilos de vida, las formas de pensar, de sentir y de actuar están influidos, además de por la biología, la propia experiencia, y los recursos y capacidades personales, por factores socioculturales. Estos son distintos según las sociedades, culturas y grupos sociales. (Para más información acudir al Centro de Interés 1: Salud-enfermedad).

Cuidando nuestro cuerpo

Una vez que hemos trabajado contenidos sobre nuestra identidad personal y sobre la manera de relacionarnos adecuadamente con nuestro entorno próximo y lejano vamos a abordar los contenidos específicos del cuerpo, sin olvidar la íntima relación que se da entre las tres áreas y la influencia continua de unas sobre otras. (Para profundizar sobre los conceptos de salud, estilos de vida, comportamientos de riesgo, factores que inciden en la salud, responsabilidad-autonomía,... acudir a Centro de Interés salud-enfermedad.).

Para que resulte más práctico a la hora de trabajarlo lo hemos dividido en:

- autocuidados básicos
- autocuidados preventivos
- autocuidados en situaciones especiales

Autocuidados básicos

Cubrirían necesidades de base, actividades de la vida cotidiana, que de manera rutinaria se realizan necesarias para el mantenimiento de la salud y para mantener el cuerpo de una manera saludable que permita el desarrollo personal adecuado con uno mismo y con los demás y en las distintas etapas de la vida.

Alimentación y nutrición

El cuerpo humano necesita alimentarse para poder vivir, de los alimentos obtenemos la energía necesaria para que nuestros órganos (corazón, pulmones, hígado, músculos, intestinos etc.) puedan funcionar. A expensas de los alimentos se renuevan continuamente las células de nuestros tejidos gastadas por el mero hecho de vivir.

Sin alimentos la vida es imposible, si la alimentación es mala, inadecuada o escasa, se alterará el normal funcionamiento y reparación del organismo y con ello aparecerán enfermedades.

Se llaman **alimentos** a toda sustancia natural o transformada que ingerida proporciona al organismo los nutrientes precisos para mantener la salud y la vida.

Y **alimentación** a la serie de actividades que sirven para procurarnos esos alimentos (desde ganar dinero, a guisar y comer). Es el aporte de alimentos al organismo.

Llamamos **nutrición** al conjunto de procesos mediante el cual los seres vivos transforman las sustancias aportadas (alimentos) en otras para poder ser utilizados por ellos y reponer la materia desgastada y la energía.

La alimentación constituye un ejercicio **voluntario**, por el que decidimos tomar unos y no otros alimentos, **necesario** en el sentido de que es **vital** o promotor de vida **social** porque nos relaciona con los otros y cultural, porque nos vincula con el medio. Existen muchas maneras de alimentarse, pero sólo una de nutrirse. La alimentación está sometida a influencias externas: **educativas**, **culturales**, y **económicas**, y por lo tanto pueden ser modificada, teniendo en cuenta todos estos factores.

Los procesos que constituyen la forma de alimentarnos son complejos; por un lado están los puramente físicos, químicos de la preparación de los alimentos, pero ya la mera elección de los alimentos va a depender de factores sensoriales (visuales, olfativos, gustativos...) y de factores simbólicos (económicos, religiosos, psicológicos...); por otro lado, están todos los factores relacionados con la oferta de alimentos: la compra, el acto de comer (vínculos sociales, clima familiar, etc.).

Tipos de nutrientes

Los alimentos presentan seis grupos de sustancias nutritivas: glúcidos, lípidos, proteínas (llamados principios inmediatos), vitaminas, sales minerales, y agua. Además tienen otro tipo de sustancias no nutritivas: fibra dietética, aditivos...

Funciones de los nutrientes:

- Aportan energía: los hidratos de carbono y las grasas.
- Construcción y mantenimiento de los tejidos: las proteínas.
- Regulan el metabolismo: las vitaminas y los minerales.

Clasificación de los alimentos:

1.- Ricos en proteínas, fundamentalmente formadores de tejidos:

- Leche y derivados lácteos: Son ricos en calcio y proteínas de alto valor biológico, también contienen vitaminas y grasas.
- Carne, pescado y huevos. Contienen fundamentalmente proteínas
- Legumbres, frutos secos y patata. Rico en proteínas pero en menor proporción, estas proteínas son de menor valor biológico al no poseer los aminoácidos esenciales. Poseen además abundantes vitaminas.

2.- Ricos en vitaminas, fundamentalmente reguladores:

- Verduras y hortalizas
- Frutas

3.- Ricos en calorías, fundamentalmente energéticos:

- Cereales, pan pastas y azúcar. Mejor consumir arroz, maíz... que azúcar, dulces, chocolate...
- Grasas, aceite y mantequilla. Mejor consumir las grasas de origen vegetal que las de origen animal.

Dieta equilibrada

No existe ningún alimento que podamos considerar completo, por lo tanto cuanto más variada sea nuestra dieta más posibilidades tenemos de conseguir todos los nutrientes.

La dieta equilibrada es aquella en la que están presentes todos los nutrientes necesarios y en la cantidad apropiada para que el organismo pueda cubrir todas sus necesidades energéticas y sintetizar sus propias estructuras. Debe ser suficiente en cantidad y en calidad.

Requisitos de una dieta equilibrada:

1.- Ajustar la cantidad de alimentos al consumo y que sea suficiente para mantener un peso adecuado.

2.- Proporción:

- Hidratos de carbono: 50-60% de las calorías de la dieta.
- Grasas : 30-35% de las calorías de la dieta.
- Proteínas: 10-20% de las calorías de la dieta.

Modelo alimentario actual

En nuestro país se está imponiendo un Modelo cuyos rasgos más característicos son:

- Una apuesta por la **alimentación rica y variada**.
- **No excluyente** de ningún alimento o grupo de alimentos.
- Que valora la **comida elaborada** por encima de las "comidas rápidas".
- Y que **recupera alimentos** como el aceite de oliva, el pescado azul o los huevos.

Todo ello en busca, como no, de la DIETA EQUILIBRADA: que es aquella que contiene la cantidad y proporción justa de elementos necesarios para que nuestro organismo se encuentre en plena forma física y mental, es decir que funcione al máximo de sus posibilidades.

Apuntes para una dieta equilibrada

- El consumo de productos lácteos en niños y ancianos, mujeres, así como alimentos ricos en vitamina C y calcio son muy recomendables.
- Limite el consumo de grasas, especialmente de origen animal. Es más saludable la vegetal y especialmente la de oliva.
- Limite igualmente el consumo de alimentos ricos en azúcares simples (caramelos, pasteles, azúcar...)
- Consuma pescado al menos tres veces por semana.
- Incorpore a su dieta alimentos vegetales frescos con frecuencia (frutas, hortalizas, verduras)
- Igual con cereales y legumbres a razón de dos o tres veces por semana y de cada tipo.
- Modere el consumo de sal
- No consuma en exceso productos ahumados.
- Si come fuera de casa, no haga excepciones al menú que le conviene. Haga saber sus preferencias respecto a la moderación en aditivos y sal.
- Las necesidades energéticas disminuyen con la edad y con el menor ejercicio físico.

A modo de resumen, si nos fijamos en la siguiente pirámide, hay que consumir con preferencia los alimentos reflejados en la base, mientras que a medida que ascendemos, se tiene que consumir menos alimentos de los que figuran en el vértice.



Alimentarse es un hábito susceptible de informarse y educarse. No dude en utilizar este procedimiento para mejorar algo que le atañe tan directamente y sobre todo sepa que no hay alimentos buenos, ni alimentos malos. Todo consiste en realizar una dieta variada y equilibrada según su peso, actividad física, edad y preferencias alimenticias.

Para profundizar más en el tema consultar Centro de Interés 4: Salud medio ambiental.

Higiene

Higiene personal

La higiene corporal tiene efectos positivos sobre: el aspecto físico, la percepción de uno mismo y de los demás, la circulación, la respiración, la digestión, los huesos los músculos la piel etc.

Zonas a tener en cuenta:

La piel.- Es el órgano más extenso de nuestro organismo y está en permanente contacto con el exterior. Es una barrera defensiva frente a la penetración de gérmenes. Percibe las sensaciones térmicas y dolorosas. Es también un órgano de secreción: las glándulas sudoríparas vierten una cantidad apreciable de sudor al exterior (depende de los individuos y del calor externo, así como de la edad), ayudándonos a mantener nuestra temperatura. También se encuentran las glándulas sebáceas que segregan una materia para que nuestra piel esté elástica. Si a todo esto añadimos las células de descamación y todo el polvo ambiental, aparecerá rápidamente la suciedad y con ella el olor corporal.

La limpieza del cuerpo es una necesidad diaria, independientemente de la época estacional. Con la limpieza no sólo se elimina el sudor y las células muertas sino gérmenes que proliferan en la suciedad. Además con la limpieza favorecemos la transpiración, eliminamos el mal olor y es una pauta de conducta social que puede llevarnos a sentirnos mejor con nosotros mismos y con los demás.

Además de limpiar la piel debe hidratarse y con mayor intensidad en personas mayores.

El cabello.- La frecuencia del lavado del cabello va a depender de la producción de grasa por parte del individuo. Tan normal es lavarse el cabello cada seis siete días como a diario. Se aconseja hacerlo con jabón neutro y suave

La boca.- Se aconseja cepillar los dientes después de cada comida especialmente después

de la cena. El cepillado debe durar por lo menos dos minutos y es aconsejable que la pasta sea fluorada. Es importante acostumbrarse a utilizar sedas dentales y totalmente desaconsejable la utilización de “palillos”. En personas mayores con prótesis dentales el cepillado debe realizarse igualmente. Se recomienda realizar visitas periódicas al odontólogo para detectar y tratar problemas que puedan amenazar la viabilidad de los dientes, encías y otros tejidos blandos.

Genitales.- Tanto la vulva como el pene tienen una serie de pliegues que facilitan la acumulación de restos de orina y secreciones, por lo que es conveniente separar los pliegues para lavarlos correctamente. La limpieza y aseo del pene no se reduce a pasar agua y jabón por la superficie, el detalle más importante radica en el descapullamiento del glande retirando el prepucio para poder lavar la zona con agua y jabón.

La higiene vulvar no tiene mayor complicación que lavarla con agua y jabón poniendo especial énfasis en la higiene durante la menstruación. No se deben practicar duchas vaginales salvo indicación médica ya que interfieren los propios mecanismos de limpieza.

Higiene en el hogar

El domicilio, así como el vestuario (mejor utilizar prendas de fibras naturales como algodón o lana), deben mantenerse limpios y ordenados, para evitar malos olores así como la aparición de infecciones debidas a gérmenes nocivos que pueden aparecer cuando la limpieza no es exquisita.

Se utilizarán los productos de limpieza adecuados y guardando las precauciones para evitar accidentes por intoxicaciones, quemaduras etc. Cuando se tienen y usan productos químicos en el hogar se deben tomar precauciones para evitar accidentes: leer bien las etiquetas que traen los envases en ellos debe aparecer la indicación de producto, nocivo, irritante, tóxico, inflamable, explosivo, o peligroso para el medio ambiente. En caso de intoxicación o accidente establecer contacto con el Instituto de información Toxicólogo (tfnº: 915620420).

El orden también es aconsejable para evitar accidentes caseros (evitar alfombras y demasiados muebles en caso de ancianos y niños). Tanto las medidas para evitar los accidentes con los productos de limpieza como los accidentes se extremarán cuando haya niños o ancianos en los domicilios.

Higiene de los alimentos

Con los alimentos también se extremarán las medidas de limpieza (lavado de manos frecuente y siempre antes de tocar los alimentos crudos), se vigilará lo que se compra procurando elegir bien los alimentos, que estén bien conservados y frescos, si son congelados asegurar que se conserva la cadena del frío (mirar las recomendaciones del fabricante sobre conservación que aparecen en el etiquetado del producto congelado, y una vez descongelado cocinar pronto y no volver a congelar, observa y respetar fechas de caducidad recomendadas por el fabricante). Se evitarán alimentos que tengan muchos conservantes.

Higiene postural

Consiste en realizar las actividades de la vida diaria de la forma más correcta para evitar dañar nuestro cuerpo. Evita la aparición de deformidades y de dolores y en procesos ya instaurados disminuye el dolor y mejora la patología.

Si se está de pie sin moverse.- La postura ideal será con los pies separados y uno adelantado. El cuerpo debe estar erguido, ligeramente flexionado hacia delante, pero sin forzar la curva lumbar fisiológica. Si se trabaja de pie pero haciendo algo en una mesa, está debe tener la altura suficiente para mantener la postura correcta (80-100 cm). A veces es conveniente colocar un reposapiés de 15-20 cm de altura que permita apoyar alternativamente una de las piernas, da una mayor estabilidad y relajación (útil para planchar).

Si está sentado.- Utilice una silla cómoda y que le permita tener apoyados los pies en el suelo correctamente. La espalda debe estar bien apoyada en el respaldo en toda su longitud.

En la cama.- Utilizar colchón duro, dormir preferentemente de lado o boca arriba, colocando una almohada debajo de las rodillas. Almohada para apoyar la cabeza no demasiado gruesa.

Levantar pesos. - Flexionar las rodillas y levantar el peso apoyándolo en las piernas. Tratar de mantener el peso dentro de los límites tolerables.

Colocar algún objeto en una parte más alta de nuestra altura.- Subir en un taburete y no

hacerlo estirándonos en exceso.

Transportar pesos.- No llevarlos colgando sólo de una mano, mejor repartir el peso entre las dos. Apoyar el peso en el cuerpo y piernas. No utilizar carros para la compra que se arrastren de una sola mano, ni mochilas sino están bien colocadas en la espalda de los dos hombros.

Higiene del sueño

El descanso y el reposo que proporciona el sueño son necesarios para poder mantener una vida sana. Y es algo que también debemos cuidar, para mantenerlo bien o para mejorarlo si sufrimos de insomnio.

¿Qué es el insomnio?.- Es la dificultad para quedarse dormido, o la dificultad para mantener el sueño o bien consiste en levantarse al día siguiente con la sensación de no haber dormido lo suficiente.

¿Cuántas horas de sueño son necesarias para dormir bien?.- No hay reglas generales: varía entre 5 y 9 horas. Con los años las necesidades de sueño disminuyen.

En general las personas mayores necesitan dormir menos horas y su ritmo de sueño muchas veces no sigue el horario social: tienden a dormir durante el día y a levantarse temprano.

¿Cuáles son las causas del insomnio?.- Pueden ser múltiples: hábitos de sueño no adecuados (siestas prolongadas, té, colas, cama incómoda, etc.); enfermedades, depresión, dolor u otros estados que producen malestar.

¿En qué consiste la higiene del sueño? “En unos hábitos saludables para dormir bien”.
Consejos sobre estilos de vida saludables para dormir bien:

- Evite dormir durante el día, las siestas favorecen la aparición de insomnio.
- Limite el consumo de bebidas excitantes: café, té, cola durante la tarde, sobre todo antes de irse a la cama.
- No recurra a las bebidas alcohólicas para ayudarse a dormir.
- Acuéstese y levántese siempre a la misma hora, aunque no haya dormido bien.
- Acuéstese sólo cuando tenga sueño.
- Limite la estancia en el dormitorio solamente para dormir o mantener relaciones sexuales.
- Si no consigue dormir levántese y realice alguna actividad hasta que vuelva a tener sueño.
- No se acueste con hambre ni después de una comida pesada.
- A algunas personas les ayuda tomar un vaso de leche o una infusión y/ o una ducha fría o baño caliente antes de irse a la cama.
- Mantenga la habitación ventilada y a una temperatura agradable. Utilice una cama cómoda.
- Realice ejercicio regularmente, pero no próximo a la hora de irse a dormir.
- En la cama no piense en dormirse, ni en la actividad diaria, ni en sus problemas, piense en cosas agradables.
- Sobre todo no mire continuamente al reloj y no se obsesione con el número de horas que se debe dormir.

Actividad física

El ejercicio físico regular proporciona a las personas de todas las edades, una mejora en la salud física y en el bienestar, y contribuye a reducir la incapacidad a lo largo de la vida.

Los numerosos estudios realizados hasta la fecha, sobre la asociación entre la inacti-

vidad física y las enfermedades han puesto de manifiesto una relación clara entre dicha conducta y el desarrollo de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus II, obesidad, osteoporosis, accidente cerebrovascular y cáncer de colon. La conducta opuesta, es decir la actividad física, tendrá por tanto las consecuencias contrarias.

Actividad física es cualquier movimiento voluntario realizado por los músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales. Es andar, transportar un objeto, jugar al fútbol, bailar, limpiar la casa, etc.

Cuando la actividad física se planifica, se organiza y se repite con el objetivo de mantener o mejorar la forma física se le llama **ejercicio físico**.

¿ Por qué moverse?

La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad a través de BENEFICIOS:

Fisiológicos

- Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.
- Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea.
- Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga.

Psicológicos

- Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión, aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.

Sociales

- Fomenta la sociabilidad.
- Aumenta la autonomía y la integración social, estos beneficios son particularmente importantes en el caso de discapacidad física o psíquica.
- En los jóvenes puede ayudar a controlar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

¿ Cómo medimos la intensidad de la actividad física?

Definimos la actividad física adecuada como aquel ejercicio que ejercita la mayor parte de los grupos musculares del organismo, que incrementa la frecuencia cardíaca hasta el 60-80% de la Frecuencia cardíaca máxima (220 - edad en años) de forma que produzca sudoración y que se realice al menos, durante 30 minutos y tres días por semana. En personas ancianas es equivalente andar al menos una hora todos los días al mayor ritmo que les permita su resistencia física.

Orientaciones para algunas edades

Realizar ALGO de ejercicio físico siempre es mejor que no realizarlo a todas las edades.

Desde los 5 años a la adolescencia. El ejercicio es necesario para el crecimiento y el desarrollo normal.

Adolescencia – Juventud. Etapa crucial para poder adquirir un estilo de vida físicamente activo. Puede ayudar a disminuir la edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Adultos jóvenes. En algunas mujeres mejora los síntomas premenstruales y previene la osteoporosis. En el embarazo permite a todos los músculos trabajar en ingravidez. En la edad media previene las enfermedades cardíacas.

Personas mayores. Ayuda en la autoaceptación de los cambios que se producen en el cuerpo con el paso de los años y a sentirse sano y activo. Previene enfermedades y en otras ocasiones forma parte de su tratamiento o rehabilitación.

Empezar es más fácil de lo que parece.

Introducir el ejercicio físico regular en nuestra vida cotidiana no siempre es fácil, aunque la actividad física no tiene siempre que suponer un gran esfuerzo. Podemos incorpo-

rar la actividad física en la vida cotidiana poco a poco u ocupar nuestro tiempo libre.

Para introducir modificaciones es útil pensar en hacer cosas posibles, que nos gusten y que sean fáciles de encajar en nuestra forma de vida. Debemos :

- Analizar la actividad física que realizamos.
- Pensar por qué es así.
- Decidir como podríamos cambiar.

Incrementar la actividad física es algo que merece la pena. Es una de las cosas más útiles que podemos hacer para sentirnos bien, cuidarnos, mejorar nuestra salud y prevenir enfermedades.

¡¡LA ACTIVIDAD FÍSICA ES UNA FORMA DE INVERTIR EN SALUD!!

¡¡ CUESTA POCO, ES FACIL Y BARATA!!

Otras medidas de autocuidados básicos

Invierno y Salud:

- 1- ¡No olvide su vacuna! (personas mayores y personas de riesgo).
- 2- ¡Cuide sus hábitos higiénicos! :
 - No permanezca mucho rato en lugares cerrados y mal ventilados.
 - Respire aire puro. Salga a pasear con ánimo, vitalidad y bien abrigado.
- 3- ¡Aumente sus defensas!
 - Con dieta rica en vitamina C: es época de las naranjas y otros cítricos.
 - Con comida sana y abundante.

Consejos para un verano más sano:

- 1- Combatir adecuadamente el calor:
 - Es preciso beber líquidos.
 - Durante el día cerrar las ventanas.
 - Abrir y airear la casa al caer la tarde.
 - Evitar los paseos en las horas de más calor.
 - Realizar las compras a primera hora de la mañana.
 - Utilizar prendas de vestir de algodón, ligeras y de colores claros.
- 2.- Prepare los alimentos con mucha higiene:
 - Guardar los alimentos en el frigorífico.
 - Procurar descongelar los alimentos dentro del frigorífico.
 - No utilizar leche a granel.
 - Lavar bien frutas y verduras.
 - Proteger los alimentos para que las moscas u otros insectos no tengan acceso a ellos.
 - Antes de preparar los alimentos debe cuidar su higiene personal y de forma especial el lavado de las manos.
- 3.- El agua de bebida en las mejores condiciones:
 - Si va al campo beba agua embotellada.
 - Si dudas si el agua es potable, lo mejor es hervirla durante 15 minutos.
- 4.- Con el sol poco a poco:
 - Evitar una exposición prolongada.
 - Protegerse mediante cremas.
 - Atención especial a los niños y personas mayores.
 - Beber abundantes líquidos no muy fríos.
 - Prevenir también determinados tipos de cáncer protegiéndose del sol.
- 5.- Disfrutar el baño con seguridad:
 - Los primeros baños no deben durar más de 15 minutos.
 - No entrar al agua bruscamente después de una exposición prolongada.

- No dejar nunca solos a los niños.
- Los niños menores de un año no deben estar más de unos minutos en el agua.

6.- Para un viaje sobre ruedas

- Ventanas y puertas cerradas, si van niños.
- No bajar jamás del coche por la puerta que da a la calzada. Los niños no deben ir en el asiento de delante. Y siempre deben ir con el cinturón de seguridad puesto, todo el mundo.
- La mecánica del coche siempre debe ir en buenas condiciones.

7.- Seguridad en su apartamento o chalet.

8.- Cuando un bosque se quema, la salud también se quema.

Autocuidados preventivos

Hábitos tóxicos

En las sociedades se asumen como propias algunos tipos de drogas, siendo el tabaco y el alcohol las más representativas en el mundo occidental, su aceptación social, hace que se conviertan en verdaderos productos de consumo.

Paralelamente se introducen otras (cocaína, heroína etc.), que aún siendo consideradas ilegales se pueden conseguir con cierta facilidad. No todo el consumo constituye un abuso y puede existir un abuso dentro de lo aceptado social y/o legalmente.

Prevención

La prevención de las drogodependencias incluye:

- 1.- Favorecer la salud y el desarrollo completo de las personas.
- 2.- Información sobre las drogas.
- 3.- Desarrollar actividades para el ocio y el tiempo libre.

¿ Por qué se empieza a fumar o beber?

El analizar los motivos por los que las personas se inician en el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco (u otras drogas), es el primer paso para prevenir que se conviertan en un HÁBITO.

A medida que los niños/niñas crecen sus actividades cambian, pierden el interés por los juegos y aparecen como alternativas a su tiempo libre la aproximación al mundo de los adultos con actitudes como fumar o beber alcohol. Se comienza fundamentalmente en la adolescencia, etapa en la que la influencia del entorno social (presiones del grupo) y distintos aspectos de la personalidad, propios de esta etapa, como la rebeldía, la tendencia al riesgo y la inestabilidad afectiva completan el caldo de cultivo para el inicio de estos hábitos.

Fomentar la actividad física en los jóvenes y ayudarles a organizar su tiempo libre son los primeros pasos, sin olvidar que nuestras conductas son el MODELO que seguirán nuestros hijos. No deben olvidar que la decisión es de cada uno, ayudarles a plantearse el problema, a considerar alternativas y elegir las mejores, a valorar las consecuencias, y a saber decir NO como parte de su libertad.

Alcohol

El consumo de alcohol está implicado en la etiología y/o desarrollo de numerosas enfermedades agudas y crónicas de carácter físico, psicológico y social.

Estimaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo sitúan en casi 14000 las muertes anuales atribuibles al alcohol.

¿Sabes lo que bebes?

Existen diferentes tipos de consumo de alcohol, algunos son peligrosos y destructivos. Por ello es importante distinguir entre uso, abuso y dependencia.

Uso. Aquel consumo que, por producirse con una frecuencia mínima y en cantidades

pequeñas, no reporta al individuo consecuencias negativas.

Abuso. Aquel consumo que puede tener consecuencias muy negativas (agudas o crónicas) para las personas.

Dependencia. Bebedores habituales que ya han desarrollado tolerancia ante el alcohol y por ello cada vez tienen que beber más cantidades para conseguir el mismo efecto.

¿Cómo actúa el alcohol en el organismo?

NO

Es un estimulante.

Es bueno para el corazón.

Da fuerzas.

Aumenta el deseo sexual.

Ayuda a resolver problemas.

SÍ

Es un depresor del SNC.

Puede dañar el músculo cardíaco.

Carece de efecto energético.

Disminuye la apetencia sexual.

Genera muchos más problemas.

¿Cómo intervenir? Recomendaciones

Si ya se ha iniciado el hábito antes de comenzar el tratamiento conviene explicar la necesidad del cambio de conducta con el fin de prevenir riesgos o para reducir los daños del consumo excesivo.

- Es muy importante tener claras algunas ideas:
- El cambio de conducta es un proceso que suele producirse gradualmente desde la toma de conciencia al cambio completo.
- Sugerir motivaciones positivas.
- La reanudación de la conducta no es un fracaso, puede utilizarse como experiencia de aprendizaje para el próximo intento.
- Existen muchos métodos pero el mejor es el que elige el propio paciente.
- Dar alternativas para reducir el consumo:
 - evitar personas o situaciones ligadas al consumo.
 - beber despacio, tragos pequeños, dejar el vaso en la mesa.
 - diluir bebidas alcohólicas.
 - rechazar bebidas en alguna ronda.
 - alternar bebidas con/sin alcohol.
 - grupos de autoayuda (para más información Centro de Interés Participación comunitaria).

Tabaco

El tabaquismo es uno de los problemas de salud más frecuente que se encuentran en atención primaria, el 36 % de la población adulta española es fumadora (48 % de los varones y 25% de las mujeres).

El tabaquismo es la causa evitable más frecuente de muerte prematura en los países desarrollados.

En España el tabaco causa 40.000 muertes anuales, especialmente en relación con: cardiopatía isquémica (27,6%), cáncer de pulmón (21,27%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (19,07%) y enfermedad vascular cerebral (16,93%).

El tabaquismo pasivo aumenta en niños la frecuencia de problemas respiratorios, es causa de cáncer de pulmón y aumenta el riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica.

Definición

No hay ningún nivel de consumo que sea seguro, ni ningún tipo de consumo que lo sea.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

En la práctica habitual un fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta "¿usted fuma?".

¿Cómo aconsejar?. Motivos para dejar de fumar

El consejo debe ser siempre positivo, ya que se está intentando que una persona tome una decisión (positiva) de cambiar una conducta poco saludable.

Hay muchos mensajes positivos (aumento de la expectativa y calidad de vida) pero se ha de ser específico porque según la edad las motivaciones son diferentes, por ejemplo a los adolescentes no les motiva hablar de salud (y menos a largo plazo) y sí motivos estéticos (mal aliento, dientes amarillos...)

En la siguiente tabla se recoge una lista de las motivaciones según las características de

ADOLESCENTE <ul style="list-style-type: none"> • Mal aliento • Dientes amarillos • Coste • Falta de independencia controlada por los cigarrillos • Tos • Disnea (puede afectar al deporte) • Infecciones respiratorias frecuentes 	ADULTOS ASINTOMÁTICOS <ul style="list-style-type: none"> • Doble riesgo de enfermedades del corazón • 6 veces mayor riesgo de enfisema • 10 veces mayor riesgo de cáncer de pulmón • 5-8 años menos de vida • Coste de los cigarrillos • Coste del tiempo de enfermedad • Mal aliento • Poca convivencia y aceptabilidad social • Arrugas
EMBARAZADAS <ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal • Mayor riesgo de bajo peso al nacer 	ADULTOS SINTOMÁTICOS <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de vías respiratorias altas • Tos • Dolor de garganta • Disnea • Ulceras • Angina de pecho • Claudicación intermitente • Osteoporosis • Esófagitis
PADRES <ul style="list-style-type: none"> • Tos e infecciones respiratorias en hijos de fumadores • Rol ejemplar 	
FUMADORES RECIENTES <ul style="list-style-type: none"> • Más facilidad para dejarlo 	TODOS LOS FUMADORES <ul style="list-style-type: none"> • Dinero ahorrado • Sentirse mejor • Mayor capacidad de ejercicio • Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc.

las personas:

Adaptado de: Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am 1992; 76: 477-94

¿Cómo ayudar a dejar de fumar?

- Pensar y escribir las razones para dejar de fumar y también las razones porque se fuma.
- Desautomatizar la conducta de fumar: durante unos días registrar todos los cigarrillos que se fuman, las circunstancias en que se fuman y el grado de motivación que se tiene para fumarlo.
- Calcular el dinero que se gasta en fumar y planear en que se va a usar.
- Buscar apoyo para dejar de fumar, puede ser más fácil dejarlo al mismo tiempo que un amigo.
- Proporcionar folletos de autoayuda como la "Guía Práctica para dejar de fumar"
- Comenzar a realizar algún ejercicio suave: le relajará, le ayudará a controlar el peso.
- Beber grandes cantidades de agua o de zumos de frutas ricos en vitamina C que ayudan a eliminar la nicotina.
- Masticar chicles sin azúcar, tener algo en las manos, como un bolígrafo.
- Practicar ejercicios sencillos de relajación.

El Estrés

Fuente: El estrés, folleto de la carpeta “Estilos de Vida”. Gobierno de Navarra. 2001. (Modificado)

El estrés es una reacción normal y sana de nuestro cuerpo para afrontar los pequeños retos cotidianos y las situaciones excepcionales o difíciles de la vida. Todas las personas poseen esta reacción y es necesaria para vivir pero en su justa medida. Un poco de estrés es positivo, demasiado o demasiado poco perjudicial.

El estrés se convierte en un problema cuando surge sin retos ni situaciones excepcionales, cuando dura mucho tiempo después de que la situación estresante ha pasado y cuando aparece ante situaciones que aún no han ocurrido o si no es suficiente para afrontar los retos de la vida. Este estrés ya no nos ayuda a vivir mejor sino que nos perjudica.

Fuentes de estrés

En la vida existen diferentes fuentes de estrés que podemos agrupar de la siguiente manera:

- **Sociedad:** Puede ser una fuente de estrés por los cambios rápidos y frecuentes en la ciudad, por el entorno en que se vive, ciudades agobiantes, atascos de tráfico, viviendas pequeñas, ruidos, ausencia de espacios personales donde encontrarse con uno mismo.
- **Situaciones difíciles de la vida:** (Escala de Holmes-Rahe modificada)
 - Fallecimiento de la pareja.
 - Divorcio o separación.
 - Fallecimiento de allegados.
 - Enfermedad o accidente.
 - Inicio de vida en pareja.
 - Despido
 - Cuidar de otra persona.
 - Jubilación.
 - Enfermedad de allegados.
 - Embarazo.
 - Trastornos Sexuales
 - Nacimiento en la familia.
 - Reajuste en el trabajo.
 - Cambios en la economía.
 - Discusiones en la pareja.
 - Hipoteca o préstamo.
 - Hijo/a que se va de casa.
 - Problemas con los suegros.
 - Rendimiento excepcional.
 - Cambios en el trabajo.
 - Escuela (inicio / final)
 - Cambios condiciones vida
 - Problemas con el jefe.
 - Revisión hábitos de vida.
- **Interior de nosotros mismos:** A veces la fuente de estrés está dentro de nosotros, en cómo vemos y cómo afrontamos la vida, y en ocasiones tiene que ver con el cuerpo y la tensión física acumulada.

Manejar el estrés

Las personas vivimos y reaccionamos de manera diferente respecto al estrés.

Manejar el estrés consiste en disponer en cada momento de la vida del nivel de estrés útil para afrontarla.

A las diferentes personas y situaciones les serán útiles o posibles alguna de las alternativas siguientes:

- **DESCARGAR LA TENSIÓN FÍSICA:** Entre las diferentes cosas que existen para descargar la tensión física están las **técnicas de relajación**, los **masajes** y la **respiración**.

Técnicas de Relajación: Existen varias (profunda, rápida y mental) y todas ayudan a sentirse más relajado y sin tensiones si se practican regularmente. No se aprenden en un día y es necesario utilizarlas solas o combinadas, para adquirir la capacidad de relajarse rápidamente en cualquier situación así como para estar la mayor parte del día con la mínima tensión.

Masaje: Un tipo es el automasaje en el que se trata de ir pensando y repasando todas las partes del cuerpo y sintiendo cuales acumulan tensiones y en ellas presionar con los dedos o con las palmas.

Respiración: Una técnica es la respiración abdominal que consiste en coger aire por la nariz y mantenerlo durante 2 ó 3 segundos, es útil un ritmo de 8 a 12 respiraciones por minuto.

- **AFRONTAR Y DISFRUTAR LAS SITUACIONES DE LA VIDA:** Para disminuir el estrés rela-

cionado con las situaciones de la vida puede ser útil analizarlas con calma y tomar alguna decisión para sí es posible mejorarlas o cambiarlas. Se trata de introducir en la vida cotidiana el máximo posible de pequeñas cosas y momentos que nos generen placer, disfrute, alegría, paz, humor o tranquilidad.

- **PENSAR DISTINTO Y SENTIRSE MEJOR:** A veces la fuente de estrés no está tanto en situaciones excepcionales sino en cómo vemos e interpretamos las cosas. Para mejorarlas puede ser útil:

Apreciarnos más: Aceptarse, quererse, y considerarse como se es, y hacer lo mejor posible desde esta forma de ser. Podemos pensar nuestras cosas positivas y nuestros recursos personales para vivir, nuestros puntos fuertes para afrontar las situaciones.

Nuevas formas de pensar y sentir: A veces, ante cosas que nos ocurren incluso antes de que pasen tendemos a interpretarlas con visiones negativas que aumentan el estrés. Estos pensamientos negativos son maneras deformadas de ver la realidad, para controlarlos es útil pensar en ellas con calma e intentar cambiarlos por aspectos positivos. También se pueden utilizar las técnicas de imaginación para modificar los pensamientos.

- **APOYARNOS EN LA GENTE:** Las relaciones humanas son positivas, enriquecedoras e importantes para las personas. Una de las alternativas más importantes para mitigar el estrés es contar lo que nos pasa y pedir ayuda a nuestras personas de confianza que nos puedan escuchar. Las relaciones con grupos de gente que ha pasado o está pasando lo mismo también pueden ser de gran ayuda.

Expresar los sentimientos es una de las mejores maneras de aliviar la tensión producida por cualquier situación vital estresante.

Las personas que tienden a guardar las emociones a menudo estallan en el momento menos oportuno y esto se suele acentuar cuando el nivel de estrés es mayor.

- **VIDA SANA:** En cualquier situación de la vida pero especialmente en las situaciones de estrés es importante:

Alimentarnos bien: dieta variada, comer tranquilo y sin prisas.

Descansar suficiente: 7-8 horas, una pequeña siesta y un pequeño descanso de 5-10 minutos a lo largo del día.

Hacer ejercicio físico: Las actividades cotidianas no bastan para descargar la tensión.

Conclusión

Manejar el estrés a veces no es fácil y en ocasiones requiere introducir cambios en nuestra vida desarrollando habilidades para afrontarla.

Pero es **posible y merece la pena**.

Prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Vivir la sexualidad es algo más que un derecho de toda persona, es una forma de comunicarse con los demás, con nosotros mismos, de sentir nuestro cuerpo y desarrollar nuestra capacidad de placer. La sexualidad es una faceta que nos acompaña durante toda la vida y a través de las distintas etapas va adoptando formas de expresión distintas si que exista ningún límite de edad.

La sexualidad es algo más que el coito es gozar plenamente de todas las posibilidades que nos ofrece nuestro cuerpo.

La sexualidad se ha asociado durante mucho tiempo de forma casi exclusiva al hecho de tener hijos. En la actualidad la planificación familiar te ofrece diferentes opciones para decidir cuando se quiere tener o no un hijo.

Métodos anticonceptivos:

- Píldora e inyección
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Diafragmas, esponjas vaginales y preservativos
- Espermicidas
- Vasectomía y ligadura de trompas

- Otros métodos menos seguros y no recomendables: (Ogino, temperatura, coito interrumpido, lactancia, lavados vaginales)

Las relaciones sexuales, como toda relación humana, deben ser de calidad, donde se den: el reconocimiento mutuo, el intercambio y el compromiso consensuado.

Algunos cuidados a tener en cuenta:

- Adquirir conocimientos sobre métodos anticonceptivos, conocer los centros de Salud y poder utilizarlos.
- Desarrollar todas las habilidades y capacidades necesarias para manejar situaciones que impliquen riesgos.
- Diálogo y comunicación libre sobre temas de sexualidad con la pareja, lo que favorecerá unas relaciones más satisfactorias para ambos.
- Poder elegir cuando y cuantos hijos se desean tener.
- Elegir libremente que tipo de relaciones sexuales se desean tener y con quién.
- El Centro de Salud y los Centros de Planificación familiar te ofrecen información sobre métodos anticonceptivos, sexualidad, detección precoz y prevención del cáncer ginecológico (mama y cérvix), esterilidad, se suministra la píldora postcoital (indicada en prácticas sexuales con riesgo de embarazo, violaciones, rotura de preservativo, o relación sexual sin ningún método anticonceptivo) y se informa y facilita la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos que indica la ley.

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual son infecciones que se transmiten a través del contacto sexual con personas del mismo o diferente sexo, en general requieren una relación sexual con penetración.

Las enfermedades de transmisión sexual son: la sífilis, gonococia, tricomonas, herpes genital, hepatitis B, ladillas, HIV/SIDA. El HIV/SIDA, además de por vía sexual, se transmite por otras vías. Se transmite la enfermedad cuando hay contacto directo y una cantidad suficiente de virus pasa al torrente sanguíneo. El virus sólo se encuentra en una concentración importante en la sangre, el semen y las secreciones vaginales. Aunque se han aislado virus en saliva, lágrimas y otros fluidos la concentración de virus es muy baja no siendo suficiente para ser contagioso.

Prevención de las enfermedades de transmisión sexual:

- Información sobre métodos anticonceptivos, métodos barrera.
- Prácticas sexuales sin riesgo.
- Desarrollar habilidades personales para manejar situaciones que impliquen riesgos.
- Fomentar actitudes favorables hacia el uso de las medidas preventivas si se mantienen relaciones con personas, infectadas o con posibilidad de estarlo.
- Si se mantienen relaciones sexuales con personas con las que no se tiene la seguridad total de que no están infectadas hay que utilizar siempre medidas preventivas.
- Prevención en el caso de convivir con alguien que tiene VIH/ SIDA:
 - Evitar compartir utensilios que hayan podido estar en contacto con la sangre de la otra persona: jeringuillas, agujas, cepillos de dientes, cuchillas de afeitar, agujas para tatuajes etc.
 - Si se mantienen relaciones sexuales con penetración, se debe utilizar siempre preservativo (penetración vaginal, anal o rectal). Usar el preservativo de forma correcta para garantizar su fiabilidad (el mal uso o provocar su ruptura.)
 - Mantener relaciones sexuales sin penetración.

Prevención de accidentes

Los accidentes representan hoy en día uno de los principales problemas de Salud Pública. Su origen multicausal, la diversidad de las fuentes de información, a la vez que la escasez de estudios analíticos específicos, apuntan la complejidad del abordaje y de las posibles estrategias de prevención.

Accidentes de tráfico

Dentro de las causas externas de accidentes destacan por su magnitud los Accidentes de tráfico, tanto por sus elevadas tasas de mortalidad y morbilidad, como por los elevados costes económicos que provocan. Además hay que tener en cuenta que afectan fundamentalmente a personas jóvenes (18-24 años), siendo la primera causa de muerte a esa edad.

Factores que influyen en los accidentes de tráfico

- Ambientales: carreteras, condiciones meteorológicas, celebraciones, fiestas, desplazamientos, etc.
- Vehículo: antigüedad, estado de los neumáticos, etc.
- Persona que conduce: velocidad inadecuada, consumo de sustancias, cansancio, etc.
- Peatones u ocupantes del vehículo: comportamientos.

Estrategias de prevención

Aun cuando puede ser difícil prevenir la presentación de colisiones de tráfico, existen estrategias preventivas, actuando sobre distintos elementos como:

- Conductas de riesgo (alcohol y otras drogas)
- La correcta utilización de medicamentos
- Los dispositivos de seguridad del automóvil
- La posibilidad de intervenir en programas comunitarios de educación vial.

Puntos clave

- España es uno de los países europeos con mayor accidentalidad y mortalidad por accidentes de tráfico.
- Son grupos de especial riesgo: la población más joven con vehículos de dos ruedas en zona urbana, los adultos jóvenes ocupantes de turismo en carretera y los peatones de mayor edad en la zona urbana.
- Las estrategias dirigidas a prevenir los accidentes de tráfico basadas en medidas ambientales, legislativas y coercitivas han demostrado ser más efectivas que los intentos de modificar conocimientos, actitudes y comportamientos.
- El consejo educativo dirigido a prevenir accidentes de tráfico ha demostrado ser efectivo en la promoción del uso de coches, de cunas y sillitas para niños de corta edad y también en la prevención del abuso de alcohol en la edad adulta.

Caídas

El mayor riesgo de caídas lo sufren los niños y las personas mayores, y es en este grupo donde las consecuencias son más graves, las caídas en ancianos pueden producir o no lesiones físicas, pero sobre todo provocan en el anciano un desasosiego que reducirá inconscientemente su actividad y consecuentemente sus relaciones sociales.

Factores que contribuyen a las caídas.

1.- Fisiológicos:

- Pérdida del control del equilibrio.
- Trastornos de la marcha.
- Disminución de la visión.

2.- Medio-ambientales: Dentro de la casa: los suelos resbaladizos, agua derramada, alfombras, paquetes por el suelo. El baño y la cocina son los lugares más peligrosos.

Algunos cuidados para evitar caídas:

- Evitar que el suelo este mojado.
- No poner suelos resbaladizos en la casa.
- Dejar los utensilios que utilice el anciano en un lugar de fácil acceso.
- No subirse a taburetes o escaleras.
- Utilizar dispositivos para mejorar la seguridad, asas o agarraderos para salir o entrar al baño. Si se hacen reformas poner ducha en vez de bañera, alfombras antideslizantes, asas para levantarse del inodoro, barandillas o pasamanos en las escaleras, bastones de apoyo para caminar etc.

- Corregir los defectos de visión que sean posibles.
- Evitar alfombras en el domicilio.
- Al levantarse de la cama, sentarse unos minutos antes de levantarse.
- No realizar movimientos bruscos de cuello.
- En la calle cruzar por los pasos de peatones siempre y con el semáforo en verde. Utilizar zapatos cómodos y con suela antideslizante si es posible.

Intoxicaciones

Constituyen una parte importante de los accidentes que se producen en el hogar. Las intoxicaciones pueden ser producidas por múltiples sustancias o productos tóxicos (disolventes, lejías, productos de limpieza etc.) por medicamentos, por gases (butano, propano, gas natural, etc.) o por alimentos (intoxicaciones, alimentos). El mayor riesgo de accidentes de este tipo lo sufren ancianos y niños.

Prevención de las intoxicaciones:

a) Medicamentosas :

- Anotar en los envases de los medicamentos prescritos por el médico las cantidades aconsejadas y las veces que tomarlas al día.
- Fijarse en la fecha de caducidad.
- Guardarlos en su envase original.
- No automedicarse en exceso y ante la mínima duda consultar con su médico.
- Mantenerlos en lugares fuera del alcance de los niños.

b) Gases:

- Revisar las instalaciones del gas dentro de las casas.
- Cumplir con las medidas de seguridad reglamentarias, rejillas, cambios de goma etc.
- Cerrar la llave del gas cuando se acabe de cocinar.
- No dejar estufas de gas encendidas al acostarse, o si no se está presente.

c) Productos tóxicos:

- Guardar los productos tóxicos en su envase original.
- Mantenerlos fuera del alcance de los niños, en lugares seguros.
- No mezclar productos tóxicos.
- Ajustarse a las normas de utilización del fabricante.
- Ventilar al ambiente tras la utilización de ciertos productos de limpieza tóxicos.

d) Alimentos:

- No consumir alimentos que duden de su caducidad.
- Los alimentos frescos conservarlos en el frigorífico.
- A la hora de cocinar y manipular los alimentos la higiene de las manos es importante para evitar las intoxicaciones.
- Tener cuidado especial con la manipulación y conservación de salsas, mayonesas, o cremas de pastelería, tenerlos en el frigorífico y consumirlos en el día.

Accidentes producidos por la electricidad.

Se pueden evitar:

- No tocando nada con las manos mojadas.
- Cortando la corriente cuando se realice cualquier reparación o manipulación.
- No enchufando aparatos eléctricos dentro del cuarto de baño cuando alguien se este bañando o duchando.
- No usando aparatos eléctricos o enchufes defectuosos, consulte con un electricista profesional.
- Cubriendo los enchufes de la pared con protectores si hay niños pequeños en la casa.

Quemaduras e incendios

Se pueden evitar:

- No acercándose en exceso a aparatos con llama.

- No fumando en la cama.
- Evitando que los braseros o estufas eléctricas estén cerca de cortinas, sofás o faldas de mesas camillas.
- Apagando los aparatos eléctricos o de gas antes de quedarse dormido.
- No pasando líquidos hirviendo de un recipiente a otro.
- Al cocinar situando los mangos de cazos y sartenes hacia dentro para evitar su caída.
- Extremando precauciones al manejar utensilios de riesgo: horno y placas eléctricas antes de su limpieza.
- Procurando tener siempre a mano un extintor de incendios.
- Alejando a los niños, cuando se esté planchando.
- No dejando mecheros, cerillas o cigarros encendidos al alcance de los niños.

Accidentes laborales

Información en Centro de Interés 4: Salud medio ambiental.

Autocuidado en situaciones especiales

Enfermedades crónicas

Fuente: Educar para la Salud II. Echauri Ozcoidi M y Pérez Jarauta MJ. Gobierno de Navarra 1998

Las enfermedades crónicas son problemas de salud que se prolongan en el tiempo, duraderas, con las que tenemos que convivir, “para toda la vida”, ya que no son procesos puntuales o agudos que se resuelven en un corto espacio de tiempo.

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad crónica puede pasar por distintas etapas hasta que acepta la enfermedad y asume su control:

- 1) Reacción inicial de sorpresa o angustia de corta duración.
- 2) Negación, como mecanismo de defensa, como rechazo a una realidad que se vive como amenaza.
- 3) Rebelión.
- 4) Negociación o regateo, búsqueda de arreglos acordes a sus intereses.
- 5) Tristeza o desmoralización como resultado de tomar conciencia de lo que hay que asumir.
- 6) Aceptación, reequilibrio emocional, integración en su vida, afrontamiento activo de la situación, etc.

No siempre se alcanza la última fase. Las reacciones emocionales, su duración e intensidad dependen de los recursos y habilidades personales (valoración de sí mismo, sentimiento de que se pueden introducir cambios y de que se puede controlar la vida, disfrute personal, etc.), del proyecto de vida, de la etapa vital en la que se encuentre, y del entorno social y ambiental (influye el barrio en que se vive, tipo de trabajo, apoyos sociales y familiares, relación de pareja, amistades, etc.).

Cuesta asumir la enfermedad, no es fácil ni agradable aceptar que se tiene para toda la vida una enfermedad que influye en múltiples aspectos de la vida, que limita, que obliga constantemente a analizar situaciones y a tomar decisiones, que te hace “diferente”, que implica renunciadas continuadas, que plantea muchas veces otras pautas de relación social, que conlleva visitas sanitarias, controles periódicos, y en muchas ocasiones sin sentir ningún síntoma.

El proceso de asunción de una enfermedad suele ser muy personal, con diferentes expresiones y puede ser más o menos largo. A veces no se concluye y esto dificulta la autoresponsabilidad y el autocuidado. La aceptación depende de muchos factores:

- el tipo de enfermedad (si produce o no síntomas, si tiene consecuencias para la vida diaria)
- la duración
- el tratamiento: medicación, cambios en el planteamiento y estilos de vida, etc.

- el significado personal
- el significado social.

Tras una fase crítica inicial de adaptación a la enfermedad algunas personas logran superar distintos retos: recuperar el equilibrio emocional, conservar una autoimagen positiva, preservar sus relaciones, etc. y aceptan la enfermedad lo que favorece actitudes de autorresponsabilidad y autocuidado.

Los pilares básicos de autocuidado en las enfermedades crónicas más frecuentes como la hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia o asma son: dieta, ejercicio físico, suprimir hábitos tóxicos y la medicación.

Automedicación

La **automedicación** se ha definido de forma clásica como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa, o por consejo de otra persona sin consultar con el médico”. Hoy en día la automedicación debería ser entendida como “la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de forma inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen”.

Beneficios de la automedicación

La solución o el alivio de multitud de molestias y pequeños problemas de salud que se presentan a lo largo de la vida, se puede realizar desde la propia autonomía de un individuo o familia informada en el uso de técnicas y medicamentos útiles y seguros para esta misión. Esta forma independiente de tomar medicamentos, es complementaria (y no opuesta) a la labor de los profesionales sanitarios. Entre los beneficios de la automedicación encontramos que esta:

- Es más cómoda (evita desplazamientos y esperas), accesible y “barata” que la visita al médico.
- Favorece la autonomía y la autoresponsabilidad en salud.
- Ayuda a mantener la capacidad funcional (cefalea, contusiones, resfriados,...).
- Descarga al sistema sanitario, favoreciendo que los recursos disponibles se puedan utilizar de una forma más racional.
- Si no existiera se buscarían otras formas de autocuidados menos fiables.

Errores habituales de la automedicación

Los medicamentos disponibles para la automedicación en nuestro país (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias -EFP-) constituyen sólo una pequeña parte de los medicamentos consumidos para este fin. La automedicación con fármacos que precisan receta médica es muy habitual, sea por una reutilización tras una prescripción previa o adquirida directamente en la oficina de farmacia.

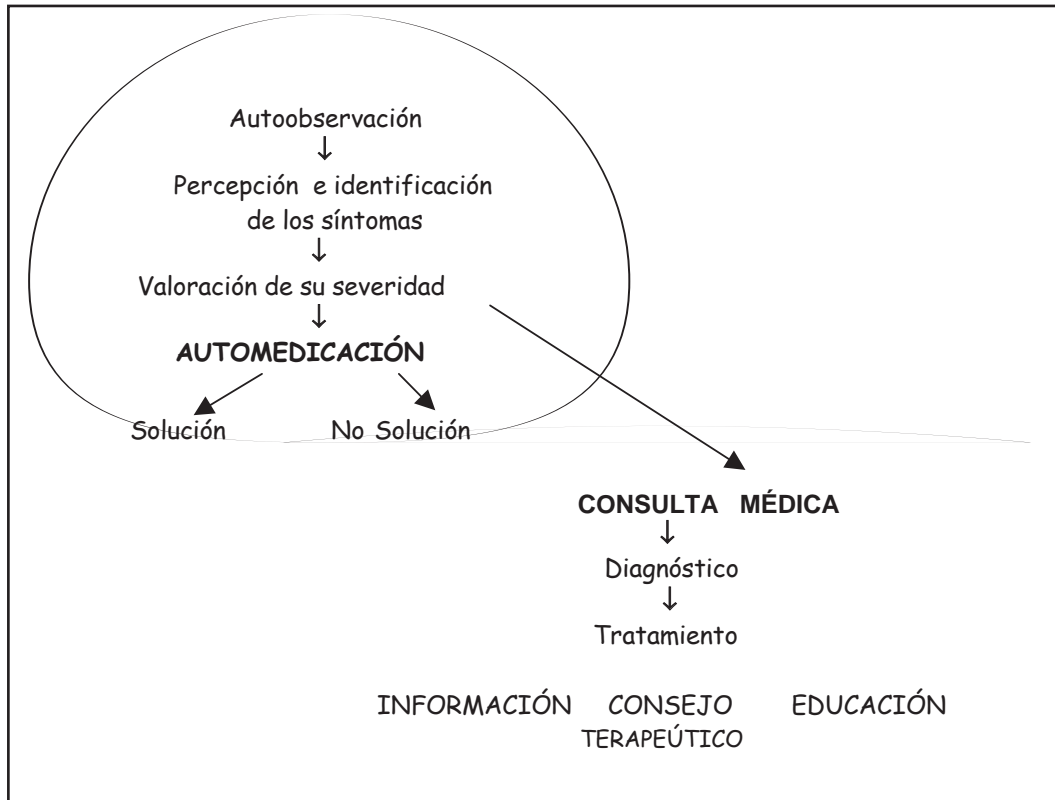
Esta realidad española provoca muchos errores de utilización:

- Mala utilización por indicación inadecuada, que puede tener graves repercusiones para el propio individuo como para la comunidad. España es uno de los países con mayores tasas de resistencias bacterianas a los antibióticos.
- Dosificación o duración del tratamiento excesiva, aumentando el riesgo de que aparezcan efectos indeseables.
- Aumenta el riesgo de que aparezcan interacciones con fármacos en personas que toman varios medicamentos (polimedicadas).
- Demora la asistencia médica en problemas de salud que lo requieren desde su inicio.

Ayudar a automedicarse ¿es posible?

La identificación de “atención a la salud” con “atención médica” es un error. La atención sanitaria debe entenderse como una prolongación del autocuidado que va desde la autoobservación, la percepción e identificación de los síntomas, valoración de su severidad y la elección de una opción de tratamiento o la petición de ayuda profesional.

COLABORACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE



Para apoyar una automedicación responsable, los profesional sanitario deben trabajar con los usuarios en la práctica diaria transmitiendo:

- **Información:** si a una persona se le explica por qué y para qué se le receta o no un medicamento (enfermedad, duración, gravedad, síntomas acompañantes, posibles complicaciones, etc.) comprenderá y aceptará de mejor grado las decisiones que se tomen.
- **Consejo terapéutico:** el incumplimiento terapéutico es un grave problema en tratamientos agudos y crónicos y refleja un planteamiento incompleto o mal comprendido de los objetivos que tiene cualquier tratamiento recomendado. Si una persona enferma no está informada y ha comprendido que por ejemplo el tratamiento de la hipertensión arterial tiene una duración indefinida para disminuir el riesgo cardiovascular o que un antibiótico se debe de tomar 10 días para erradicar el germen causante de la infección, difícilmente se conseguirá un uso adecuado. Así mismo es importante que se conozcan las condiciones de uso y sus limitaciones: dosis, frecuencia de administración, tiempo de tratamiento, efectos adversos de posible aparición, que hacer si no hay mejoría o hay agravamiento, etc.
- **Educación.** La educación realizada de forma habitual ayuda a:
 - Saber qué hacer en una ocasión similar
 - Conocer qué fármacos puede o no tomar
 - Reconocer signos de alarma que obliguen a una consulta médica
 - Fomentar una actitud positiva hacia la autoobservación
 - Favorecer la colaboración y la comunicación del paciente y el personal sanitario.

Botiquín familiar

¿Qué debe tener?

Tijeras, pinzas, termómetro y además...

• Para curar heridas:

Gasas	Desinfectante yodado (Betadine)
Vendas	Agua oxigenada
Tiritas	Suero fisiológico
Esparadrapo	

- **Medicación:**

- Fármacos para el dolor o la fiebre: Paracetamol y ácido acetil salicílico (Aspirina)

Paracetamol: no se debe tomar si se tiene enfermedades del hígado, se bebe habitualmente alcohol o se tiene insuficiencia renal grave. No utilizarlo más de cinco días sin consultar con su médico.

Ácido acetil salicílico: no se debe tomar si tiene antecedentes de úlcera gastroduodenal, hemorragias, asma, insuficiencia hepática o renal graves o enfermedades en tratamiento con anticoagulantes. Es preferible usarlo con las comidas.

- Fármacos para el dolor de estómago: antiácidos (Almaxâ, Maaloxâ, Bemolanâ,...).

Antiácidos: se deben de tomar al menos de 20 minutos a 1 hora después de haber comido o cuando se presenten molestias digestivas. Si se está tomando otra medicación se debe separar la toma del antiácido 1 ó 2 horas. No se debe tomar más de dos semanas seguidas sin consultar con el médico.

Crema para las quemaduras: Silvederma®, Flamazine® .

Apósitos para las quemaduras: Linitul®

¿Dónde se debe guardar?

Colocar en un mismo lugar todo el contenido del botiquín, no mezclarlo con medicamentos de uso crónico:

- Conservar en lugar fresco y seco
- Revisar periódicamente y retirar los que estén caducados
- Reponer según su uso y deterioro
- Mantener en lugar seguro, fuera del alcance de los niños

¿Qué hacer en caso de...?

Heridas y quemaduras

- Lavar la herida con agua y jabón o con suero fisiológico a chorro para arrastrar la suciedad. En una gasa estéril poner un desinfectante yodado y aplicarlo sobre la herida. No utilizar algodón ni alcohol.
- Si la herida es producida por una quemadura, echarle agua fría a chorro, durante varios minutos, secar con una gasa estéril con pequeños toques y aplicar una quema para las quemaduras cubriéndola posteriormente con una venda.
- Si la herida es amplia, profunda, produce molestias o se tiene dudas, consultar con la enfermera. Asegurarse de estar bien vacunado contra el tétanos.

Fiebre

- ¿Qué es la fiebre?

La fiebre consiste en la elevación de la temperatura de la axila por encima de 38°.

“¿Qué debo hacer hasta consultar con el médico?”:

- Mantener una temperatura ambiental agradable.
- No abrigarse demasiado.
- Controlar la temperatura y tomar un antitérmico a las dosis habituales. Los baños y las compresas ayudan a los fármacos pero disminuyen la fiebre poco tiempo.

Cuestiones importantes:

- La fiebre por sí misma no es una enfermedad sino un signo que la acompaña.
- No produce daños en el cerebro hasta que no llega a 42°.
- Si se tiene fiebre no hay que estar necesariamente en la cama se puede salir a la calle.
- Los antitérmicos no curan ni acortan la enfermedad sólo ayudan a sentirnos mejor.

Diarrea y estreñimiento

Ninguna función corporal está más sujeta a las influencias externas que la defecación. El hábito intestinal normal varía considerablemente de una persona a otra y es modificado por la edad, la dieta los patrones culturales y sociales y por factores psicológicos individuales. En el adulto la fre-

cuencia normal de las deposiciones puede oscilar de 2 a 3 veces al día a 2 a 3 veces a la semana. Un aumento en la frecuencia de las deposiciones o del volumen fecal, alteraciones en la consistencia de las heces o la presencia de sangre, moco o pus, pueden indicar la existencia de una enfermedad.

En los ancianos son frecuentes las diarreas y puede causar un verdadero problema el estreñimiento.

Diarrea.- Entendemos que una persona tiene diarrea cuando emite, con una frecuencia mayor de lo que es habitual, heces acuosas sueltas con retortijones, siente flatulencia y aumento de la intensidad o frecuencia de los sonidos intestinales.

Con la diarrea se produce una pérdida de líquidos y sales minerales que pueden llevar a la deshidratación, más frecuente en los niños y anciano

Cuidados:

- Forzar la ingesta de líquidos. Los líquidos aconsejados son limonada alcalina (se prepara con un litro de agua hervida, el zumo de dos limones, una punta de cuchillo de sal, una punta de cuchillo de bicarbonato y azúcar o sacarina), té frío, caldos desgrasados, agua de arroz etc.
- No dar alimentos ricos en residuos como vegetales, fruta fresca, pan integral etc.
- No dar leche ya que la lactosa que contiene no se digiere y atrae agua produciendo así más diarrea.
- Dar alimentos como el plátano y la manzana, arroz blanco, zanahoria rallada, o pescado hervido.

Estreñimiento.- Una persona tiene estreñimiento cuando manifiesta dificultad para la evacuación o la emisión de heces es menos frecuente de lo que es habitual. El término estreñimiento indica también una dureza en las heces y una sensación de evacuación incompleta. La persona tiene sensación de plenitud abdominal y puede tener dolores de cabeza.

Las causas más frecuentes de estreñimiento son: una inadecuada alimentación, la disminución en la ingesta de líquidos, la inmovilidad, el efecto de algunos medicamentos (antiácidos, diuréticos, compuestos del hierro etc.), supresión brusca del tabaco etc. El estreñimiento aumenta con la edad. Los ancianos son más propensos a padecerlo.

Cuidados:

- Estimular a la persona para que camine u realice ejercicio físico.
- Forzar la ingesta de líquidos hasta dos litros diarios para aumentar el bolo alimenticio.
- Dar alimentos ricos en residuos como vegetales crudos, frutas frescas, pan integral, salvados, etc.
- Evitar los laxantes irritantes. (La utilización repetida de laxantes irritantes puede conducir a alteraciones intestinales y pueden crear hábitos.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos. Comer en horarios regulares.
- Educar el intestino: No reprimir nunca la necesidad de evacuación. Ir al servicio al sentir la "llamada".
- Habituar a ir al servicio a un horario regular, procurando ir con tiempo suficiente y sin prisas.
- Evitar los esfuerzos excesivos en la evacuación. El intestino ya se encarga por si mismo de realizar este trabajo.

Consejos generales

- Antes de tomar cualquier medicamento consultar al personal sanitario o farmacéutico, especialmente durante el embarazo o la lactancia.
- No todo sirve para todos
- No utilizar nunca medicación caducada
- No almacenar medicación que no se esté utilizando
- Mantener los medicamentos fuera del alcance de los niños
- Conservar los envases originales y los prospectos
- Recuerde e informe de sus alergias a medicamentos

- Disponer a mano de los teléfonos de interés:
 - Centro de salud
 - Urgencias 061
 - Emergencias Comunidad de Madrid 112
 - Instituto de Toxicología 91 562 0420

Algunas lecturas

Rosette Poletti.: Cuidados de enfermería (la teoría de la enfermería de Dorotea E.Oren) 1ª Edición Mayo 1980 Ediciones Rol, S.A. Barcelona.

Antón Mª Victoria.: Enfermería y atención Primaria de Salud. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. 1ª Edición Madrid 1989, Diaz de Santos.

Germán Bés Concha .: Autocuidados y calidad de vida. Index de Enfermería. 1996; 18:7/8

Castilla del Pino, Carlos.:Teoría de los Sentimientos. Tusquets Editores . 2000

Branden Nathaniel: Cómo llegar a ser autorresponsables. Paidós 1997

Pérez Jarauta MJ, Echauri M y otros.: Guía de Salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes. Gobierno de Navarra. 1995.

Pérez Jarauta MJ y Echauri Ozcidi .:“En la madurez.....” Guía educativa para promover la salud de las mujeres. Gobierno de Navarra 1996

Folleto de la C.A.M. “Alimentación y Salud: Apuntes para una dieta equilibrada”.

INSALUD Área 1, Unidad de Uso Racional del Medicamento.

Folleto: Invierno y salud (Cuidados para las personas Mayores) C.A.M.

Consejos para un verano más sano. C.A.M.

Echauri Ozcidi M y Pérez Jarauta MJ .:Educar para la Salud II. . Gobierno de Navarra 1998

Guías de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. (SEMFYC)

Salcedo, M A; Echauri y. Pérez Jarauta. MJ Folletos sobre Ejercicio Físico y El Estrés. Gobierno de Navarra.

Guía para padres y madres sobre Actividad Física y Salud. Ministerios de Sanidad, Educación e Interior.

Guía Informativa sobre el consumo Juvenil de Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cabezas Peña, C J.Aubá Llambrich, J. Massons Cirera. Estilos de Vida Saludables: Tabaco y Alcohol.

2.2 Diseñando el programa

2.2.1 Objetivos y Contenidos

Objetivo general

Que los y las participantes sean capaces de valorar positivamente la necesidad de autocuidados y factores que los condicionan, desarrollen actitudes favorables hacia ellos, y adquieran habilidades para su aplicación.

Contenidos

Hechos, conceptos y principios

- Autocuidados.
- Factores que condicionan el autocuidado.
- El “yo”. Elementos que lo forman.
- El sentirse bien con uno a mismo/a.
- El autoconocimiento.
- La autoestima.
- Relaciones interpersonales de calidad.
- Autocuidados habituales y básicos.
- Autocuidados preventivos.
- Autocuidados en situaciones especiales.

Actitudes, valores y normas

- Aceptación, y valoración positiva de la propia identidad, de sus posibilidades y limitaciones.
- Desarrollo de la autoestima y de autoconfianza.
- Aceptación, respeto y tolerancia hacia los demás.
- Valorar positivamente las relaciones interpersonales de calidad para un desarrollo personal.
- Actitud positiva hacia el aprendizaje de nuevos recursos personales.
- Actitud favorable hacia la relación y comunicación con los demás.
- Valoración de la escucha activa y empática como herramienta fundamental en la comunicación.
- Valoración positiva del conflicto.
- Desarrollo de actitudes de diálogo y negociación como procedimiento para afrontar situaciones.
- Valoración de la capacidad personal para realizar cambios de comportamientos favorables hacia la salud.
- Actitud positiva hacia el cuidado de la propia salud.
- Consideración y respeto ante los distintos estilos de vida al considerar que no hay ninguno ideal.
- Motivación para aumentar el autocuidado según deseos y circunstancias personales.

Procedimientos

- Identificación de las principales variables y elementos que configuran la identidad personal.
- Identificación de elementos para sentirse bien con uno mismo, y búsqueda de soluciones para sentirse mejor.
- Identificación y análisis de los distintos factores personales, familiares y sociales que influyen en la autoestima y autoaceptación.
- Habilidades y recursos para aumentar la autoestima positiva.
- Identificar cómo nos relacionamos en general.
- Identificación y análisis de necesidades, intereses, sentimientos propios y en relaciones interpersonales.
- Expresión de sentimientos y decisiones de forma congruente, asertiva y desde el Yo.
- Ejercicios sobre manejo de conflictos, enfado y hostilidad.
- Ejercicios sobre escucha activa y empática.

- Análisis de situaciones de la vida cotidiana que conlleven decisiones que puedan afectar a la salud.
- Identificación y análisis de los distintos estilos de vida y su influencia en la salud.
- Análisis de la presión frente a los diferentes problemas y comportamientos.
- Ejercicios para el desarrollo de las distintas habilidades: alimentación, ejercicio, relajación, higiene, prevención de accidentes...
- Reconocer los distintos recursos para el desarrollo y cuidados de la salud que existen en la comunidad.

2.2.2 Menú de actividades

Aprendiendo a conocernos

Objetivo: Que los y las participantes reflexionen sobre los distintos elementos que componen su yo, valorando cada etapa de su vida, evalúen su propia autoestima y autoconocimiento y desarrollen actitudes positivas y habilidades.

Actividad N° 1 Aprendiendo a conocernos

Relacionándonos adecuadamente

Objetivo: Adquirir conocimientos y analizar las características de las relaciones interpersonales de calidad en cada etapa de la vida, la comunicación y los fenómenos que en ella influyen y desarrollar habilidades para mejorarlas.

Actividad N° 2: Relacionándonos adecuadamente en nuestro entorno próximo

Cuidando nuestro cuerpo

Objetivo: Que amplíen su visión de salud, que analicen los factores que la determinan y los riesgos, y sean capaces de reconocer los cuidados frente a los cuales son autónomos y responsables.

Actividad N° 3: Cuidando nuestro cuerpo

Autocuidados básicos

Objetivo: Que reconozcan la necesidad de asumir algunos cuidados básicos, que adquieran conocimientos sobre ellos, los analicen y desarrollen alternativas de autocuidados.

Actividad N° 4: Autocuidados básicos

Autocuidados preventivos

Objetivo : Que los y las participantes adquieran conocimientos, analicen y busquen alternativas para llevar a cabo sus autocuidados preventivos.

Actividad N° 5 Autocuidados preventivos

Autocuidados en situaciones especiales

Objetivo: Que adquieran conocimientos y habilidades sobre autocuidados en situaciones especiales y que reflexionen sobre la pérdida de salud que conllevan las enfermedades crónicas.

Actividad N° 6 Autocuidados en situaciones especiales

Proceso de secuenciación de actividades

Para facilitar el aprendizaje más eficaz de cualquiera de los objetivos y contenidos (temas) a trabajar parece más útil posibilitar un proceso de secuenciación de las actividades con las siguientes fases:

Investigando su realidad ————— Consciencia de su realidad

Profundizando en el tema ————— Reelaboración de su realidad

Abordando la situación ————— Acción sobre su realidad

Actividades	Investigando su realidad	Profundizando en el tema	Abordando la situación	
Actividad 1	Materiales 1 A; 1B; 1C; 1H; 1J	Materiales 1D; 1E; 1I; 1K	Materiales 1F; 1G	
Actividad 2	Materiales 2 A; 2B; 2C	Materiales 2B; 2D; 2E	Materiales 2F; 2G; 2H; 2I; 2J.	
Actividad 3	Material 3 A;	Material 3B	Material 3C	
Actividad 4	Materiales 4 A; 4B; 4C	Materiales 4B; 4 C; 4D	Materiales 4C;4 D; 4E	
Actividad 5	Materiales 50 ;5B; 5I;; 5J; 5K	Materiales 5A; 5C; 5I; 5J	Materiales 5D; 5E; 5F; 5H; 5L.	
Actividad 6	Material 6B	Material 6 A; 6B	Material 6C: 6B	

Actividad 1. Aprendiendo a conocernos

Fuente: Pérez Jarauta MJ, Echauri M En la madurez “Guía para promover la salud de las mujeres “ y “Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes”. Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud y de Educación. Gobierno de Navarra 1996 y 1995. (Modificado)

Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas:

¿Quién soy? Se pretende que reflexionen sobre los elementos que configuran el yo, y posibilitar una valoración positiva de la propia identidad. Se explica a los participantes la ficha elegida (Material 1A, 1B o 1C) y se les pide que rellenen individualmente el cuestionario. Después se comenta en grupos pequeños y se hace una puesta en común con las siguientes claves:

- En alguna de estas áreas ¿no habíamos pensado nunca?, ¿alguna ha sido especialmente difícil?, ¿alguna se ha quedado en blanco?, ¿nos ha sido útil reflexionar sobre esto?.
- ¿Hay muchas cosas negativas? ¿quizá tendemos a evaluarnos negativamente?.
- El cómo soy físicamente tiene una pequeña importancia frente a la persona en su globalidad.

Terminar con una pequeña exposición con discusión posterior sobre el yo: qué es, dimensiones, elementos que lo constituyen, como se forma. (Ver Centrándonos en el Tema)

¿Cómo me veo / cómo me ven? . Retomar el material utilizado en quién soy yo, añadirle la pregunta ¿cómo crees que te ven los demás?. Que lo comenten en grupos pequeños y después hacer una puesta en común con las siguientes claves:

- A veces no coincide la percepción que cada cual tiene de sí mismo y la que tienen las demás personas. Hay distintos factores personales y de las otras personas que influyen en esto.
- Es más importante cómo nos vemos que cómo nos ven las demás personas. Hay personas poco o nada significativas en nuestra vida. Otras veces personas que nos quieren de verdad y nos conocen bien, pueden vernos desde fuera algunas cosas que a cada cual nos resulta difícil ver o reconocer.

Valorando mi retrato. Valorar la autoestima de cada participante y desarrollar capacidades para mejorarla.

Trabajar el Material 1D individualmente poniendo signos positivos o negativos a cada una de las frases dichas en todas las áreas y posteriormente en grupos se les pide contestar a las preguntas del Material 1E. Puesta en común con las siguientes claves:

- Si los signos negativos se concentran en alguna área, tal vez somos o tal vez nuestra autoestima es algo débil en alguna faceta concreta de nuestro yo. Tener en cuenta que la aceptación de la figura personal es importante cuando no se conoce a las personas pero que no lo es tanto cuando se convive con ellas; es más importante cómo se es; además existen puntos diferentes de ver las cosas en las distintas personas y en las distintas culturas.
- Nadie es perfecto/a. Se trata de una aceptación tolerante y esperanzada de las propias limitaciones, debilidades, errores y fracasos. Se trata de un reconocimiento sereno de las “zonas oscuras” de su personalidad y deseo, sin angustia de crecer y mejorar. Reconocer tranquilamente las propias limitaciones no lleva consigo una autoestima baja sino al contrario, queremos tal y como somos, la persona única e irrepetible y valiosísima que merece todo nuestro respeto y consideración.
- El balance entre signos positivos y negativos es importante para conocer la autoaceptación y la autoestima, pero son distintas. Diferencias entre aceptarse y quererse (ver Centrándonos en el Tema). La autoaceptación como base necesaria de la autoestima.
- Es más útil para la autoestima describirnos con lenguaje no peyorativo, no inexacto y no general sino positivo concreto y descriptivo.

Para terminar se les pide que individualmente escriban todos los aspectos marcados con signo positivo, lean atentamente la lista y añadan todo lo que se les ocurra (ayudarse de cumplidos que les hayan hecho, éxitos, etc.). Al final hacer una exposición teórica con discusión sobre la autoestima y la autoaceptación y las consecuencias de una baja o alta autoestima.

Claves para mejorar la autoestima. Se puede proponer trabajar primero con el Material 1F la primera pregunta en pequeños grupos y la segunda individualmente. Después leer el texto y discutir en pequeños grupos las preguntas del Material 1G. Hacer una puesta en común aclarando

todas las dudas y hacer una breve exposición teórica. Posteriormente, trabajar individualmente las preguntas 3 y 4. Para terminar pueden comentarse algunas indicaciones para la puesta en marcha de las claves elegidas.

¿Cómo te va en esta etapa? Se les pide que individualmente dibujen la línea de sus vidas en el Material 1H y responder a las cuestiones que se plantean. A continuación se comenta en pequeños grupos y después se pone en común. Claves:

- La historia de la vida de una persona es diferente y la trayectoria también.
- En cada etapa suelen ocurrir diferentes acontecimientos, unos fuente de bienestar y otros que pueden generar dificultad o tensión.
- La evolución y el desarrollo personal requieren etapas de crisis (reflexión) y cambios.

Mi Proyecto de vida. Se trata de clasificar su proyecto de vida actual. Se les pide que rellenen individualmente el Material 1I, después que lo comenten en grupos pequeños y finalmente hacer una puesta en común, analizando el porqué de sus prioridades para los distintos ámbitos. Se puede analizar también globalmente los ámbitos priorizados por todos y si juega algún papel importante o la influencia de los roles sociales masculino/femenino.

Autoconocimiento. Se pretende que desarrollen actitudes y habilidades positivas hacia el autoconocimiento. Se pide a los participantes que, de manera reposada y reflexiva, lean individualmente el texto del Material 1J y expresen por escrito todas las ideas que el texto les sugiera, respondiendo a las preguntas.

Para terminar se hace una puesta en común y se discuten las ideas más relevantes.

Mecanismos de defensa. Se lleva a cabo una introducción teórica sobre los mecanismos de defensa y su importancia en el autoconocimiento (ver Centrándonos en el Tema). trabajar en grupo el material 1K. Puesta en común y discusión en grupo con las siguientes cuestiones:

- ¿les ha resultado difícil identificar los mecanismos de defensa?
- ¿les parece que los utilizamos frecuentemente?, ¿cuáles?, ¿para qué nos sirven a las personas?.

Material 1A

Yo

(Fuente: En la madurez...” Guía para promover la salud de las mujeres “ Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996)

Escribe el mayor número de palabras o frases que te describen, intentando ser objetiva, en las siguientes áreas:

- Aspecto físico (cara, pelo, altura, peso, cuerpo...) y habilidades físicas.
- Conocimientos y funcionamiento mental (razonamiento, análisis, síntesis, capacidad de aprender, cultura, intuición, discusión, conocimientos en distintas cosas: música, cine...).
- Funcionamiento emocional (valores, sentimientos, reacciones ante la presión de grupos y de personas, autonomía y libertad, emociones, estados de ánimo...).
- Relaciones (con quién me relaciono, cómo, expectativas que tengo, capacidades para las relaciones...).
- Sexualidad (cómo me percibo y siento como persona en el ámbito sexual).
- Comportamientos en la vida cotidiana, en el trabajo, en el ocio, en las relaciones personales, familiares, de amistad, afectivas.

Material 1B

¿Cómo me veo?

(Fuente: En la madurez...” Guía para promover la salud de las mujeres “ Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996)

- Mi cuerpo

- Mis conocimientos

- Mis deseos

- Mis aficiones

- Mi temperamento

- Mis sentimientos

- Mis habilidades

- Mis relaciones

- Mi sexualidad

Material 1C

Autoconcepto

(Fuente: "Tutoría con adolescentes", Brunet, JJ y Negro, JL)

Responde con brevedad y con sinceridad a este sencillo inventario de tus gustos y modo de ser.

1 ¿Cuál fue la época más feliz de tu vida?

2 ¿Cuál es tu recuerdo más feliz?

3 ¿Qué cosas te parece que haces bien?

4 ¿Qué cosas te parece que haces mal ?

5 ¿Qué cambiarías de ti misma, si te fuera posible?

6 ¿Qué cosas te dan miedo (sucesos, situaciones, etc.)?

7 ¿Qué cosas te gustan más en la vida?

8 Si pudieras convertirte en un animal, ¿en qué animal te gustaría convertirte?, ¿por qué has escogido ese animal?

9 Y si pudieras convertirte en un árbol o en planta, ¿en qué árbol o planta te gustaría convertirte?, ¿por qué?.

Material 1D

Yo

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Escribe el mayor número de palabras o frases que te describen, intentando ser objetivo/a en las siguientes áreas:

- Aspecto físico (cara, pelo, altura, peso, cuerpo...)
- Conocimientos y funcionamiento mental (razonamiento, análisis, capacidad de aprender, cultura, intuición, discusión, conocimientos de distintas cosas: música, cine...)
- Valores, sentimientos (locus de control, autoestima y autoeficacia, reacciones ante la presión social de grupos y personas, autonomía y libertad, emociones, estados de ánimo...)
- Habilidades físicas (ejercicio, relajación), personales (resolución de problemas, manejo de emociones, control de la vida y del tiempo...) y sociales (escucha, comunicación, manejo de conflictos y negociación, relacionarse con grupos, ayudar a otras personas...)
- Sexualidad (cómo me percibo y siento como persona en el ámbito sexual)
- Comportamientos en la vida cotidiana, estudio, en el ocio, en las relaciones personales, familiares, amistad, afectivas.
- ¿Cómo crees que te ven las demás personas?

Material 1E

Valorando mi retrato

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

1. ¿Cuál es el balance general de signos? ¿hay más positivos o negativos?

2. ¿Dónde están los signos negativos?

3. Las cosas negativas ¿cómo las aceptamos?, ¿somos conscientes de que nadie es perfecto/a?, ¿somos también conscientes de que podemos mejorar?

4. ¿Cómo hemos definido nuestras debilidades?, ¿nos hemos insultado, hemos sido objetivos, hemos exagerado?

Material 1F

Autoestima positiva o negativa

(Fuente: Guía de Salud y Desarrollo personal, Gobierno de Navarra. 1996))

Leer el siguiente esquema y contestar a las cuestiones:

- Características o elementos que pueden indicar autoestima negativa:
 - Utilización de pensamientos negativos respecto a uno /a mismo /a.
 - Actitudes y comportamientos de perfeccionismo, hipercrítica, culpabilidad y hostilidad o agresividad.
 - Deseo excesivo de complacer.
 - Comparación permanente con otras personas.
 - Poco cuidado de sí.
- Características o elementos que puedan indicar autoestima positiva:
 - Autoconciencia y autoconocimiento.
 - Aceptación de sus conocimientos y limitaciones.
 - Aprecio genuino de cada cual como persona.
 - Atención y cuidado de sus necesidades reales : físicas, psicológicas, intelectuales, sociales, espirituales.
 - Afrontamiento de problemas, enmarcando los errores con tolerancia y buscando soluciones positivas.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué te parece el texto?, ¿entiendes todo?. Señala las palabras o ideas que no estén claras o que te parezcan más importantes.

2. En esta época de tu vida, ¿qué cosas te pasan que serían indicadores más bien de tener autoestima positiva o de negativa?

Material 1G

Claves para mejorar la autoestima

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Aquí tenéis algunas claves para mejorar la autoestima. Es el DECÁLOGO DE LA AUTOESTIMA. ¡ Atención!

- Descubrir por qué la propia autoestima es así.
- Autoconocimiento y autoevaluación precisa. Conocer la propia identidad personal en general y en las situaciones que se nos planteen. Confiar en ti. Descubrir los puntos fuertes.
- Aceptación. Aceptarse tal como se es e intentar cambiar si es posible una parte de lo que no nos guste. No idealizar a las demás personas ni compararse con ellas. Aceptar también el propio cuerpo.
- Quererse comprenderse y respetarse, apoyarse "acariciarse" sin necesitar la aprobación de las demás personas.
- Autoafirmación. Conocer los propios derechos, necesidades y deseos y pedir lo que se quiere.
- No ser hipócrita con uno mismo. No exigirse demasiado y darse permisos. No al 10 en todo, no exigirse ser perfecto /a .No al "deberías..." Mirarse con amor y humor.
- Identificar y controlar las distorsiones cognitivas.
- Responsabilidad de sí. Vivir con propósito: ser autónomos y controlar nuestras vidas.
- Afrontar los problemas de cara, sin aplazamientos pero sin agobios, ensayando nuevas soluciones o comportamientos. Aprender de los errores, tolerando y positivizando las situaciones o cosas que salen mal.
- Cuidarse y atender las propias necesidades físicas (alimentación, ejercicio, descanso, placer...), emocionales , de disfrute, de tiempo para uno , de relación intelectual, éticas, etc.

CUESTIONES EN GRUPO:

1. ¿Qué os parecen estas claves?, ¿están todas claras?, ¿cuáles os parecen más importantes?, ¿por qué?.
2. ¿Creéis que es posible llevarlas a la práctica: fácil, difícil..?, ¿por qué?.

CUESTIONES INDIVIDUALES:

1. ¿Cuáles son las claves más útiles y necesarias para ti?, ¿por qué?.
2. Piensa cuales quieres ensayar y poner en marcha. Anota como las vas a poner en marcha: concretadas en objetivos personales (que te competen a ti), realistas (posibles), que estén formulados con precisión y claridad y graduales.

Material 1H

Cómo me va en esta etapa

(Fuente: En la madurez...” Guía para promover la salud de las mujeres “ Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996)

1º Dibuja la línea de tu vida desde que recuerdas hasta ahora, en las distintas etapas (infancia, adolescencia, juventud, adultez) con sus subidas y bajadas.



2º Y en esta etapa en la que estás ¿cómo te va? . Anota qué cosas te están pasando, fuentes de bienestar y fuentes de dificultad o tensión.

Material 1I

Mi proyecto de vida

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes" Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Comenta cómo te gustaría que fuese tu vida actual en los siguientes ámbitos:

- Cómo eres

- Con tu pareja

- En tu rol de Padre/madre

- Con tus amistades

- Con tus padres

- En tu trabajo

- En el amor

- En la sociedad

1. Si piensas que podría mejorar algo, di como te gustaría que fuese.

2. ¿Qué porciones te gustaría que fuesen más importantes?

Material 1J

Lectura de texto

(Fuente Joseph M^a Puig: Toma de conciencia de las actividades para el diálogo).

“ Mira yo creo que nadie sabe verdaderamente lo que piensa, y que nadie en realidad puede saberlo. Además cuando empiezas a preguntarte lo que piensas, no cesas de crearte problemas inútiles; por lo que es mejor hablar y actuar sin pararse a pensar”.

“ Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás ; el sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros”.

Fromm, E: Ética y psicoanálisis, México, FCE, 1969.

CUESTIONES:

1. ¿ Qué ideas os sugieren los textos?

2 ¿ Creéis que es posible autoconocerse?

3. Señalar algunas de las consecuencias positivas y negativas que conlleva un adecuado conocimiento de si o no conocerse.

Material 1K

Mecanismos de defensa

Analizar las siguientes situaciones y definir qué mecanismos de defensa se están poniendo en marcha.

Caso 1

María y Pilar están hablando las dos “poniendo verde” a Josefa durante un buen rato. María piensa en casa sola: Pilar es una criticona y una cotilla. No me gusta nada hablar con ella.

Caso 2

A Juan le gusta muchísimo Eva y se lo ha dicho pero Eva le ha comentado ya varias veces que lo siente pero a ella le gusta Javier. Juan pasa las noches soñando novelas de amor con Eva.

Caso 3

Charo le dice a Ana que prefiere no volver a quedar con ella, que se encuentra mejor con otras amigas. Ana, llega a casa y su madre le pregunta con quién va a salir el fin de semana. Ana le dice que con Charo, como siempre.

Actividad 2. Relacionándonos adecuadamente en nuestro entorno próximo

En esta actividad se pretende analizar las características de las relaciones interpersonales de calidad. Analizar el fenómeno de la comunicación y los factores que en él influyen. Desarrollar habilidades de comunicación partiendo y positivizando la capacidad personal.

¿Qué nos aportan las relaciones?. Con el Material 2A expresar y analizar los aspectos enriquecedores y las áreas conflictivas de las relaciones. En grupo grande discutir y resumir las conclusiones.

Las relaciones de calidad con personas y grupos. Lectura individual y discusión en pequeños grupos del Material 2B. Recoger conclusiones y exponerlas.

El proceso de la comunicación. Exposición inicial sobre la comunicación. Después en pequeños grupos trabajar el Material 2C.

Análisis de frases. En grupos pequeños y con el Material 2D analizar algunas frases relacionadas con los factores que influyen en la comunicación, contrastando las opiniones. Poner en común lo trabajado en los grupos. Resumir y devolver al grupo, profundizando en el análisis y extrayendo conclusiones. Claves:

- La sociedad en la que vivimos y el ambiente en el que nos movemos atribuye significado y da valor a los mensajes, los gestos, el modo de vestir, las posturas, la forma de acercarnos etc.
- Las personas hacemos lecturas diferentes de los acontecimientos según nuestra edad y situación, características personales, costumbres culturales etc.
- En todo proceso de comunicación existe una distorsión entre lo que se quiere decir, lo que se dice, lo que se oye, lo que se escucha, lo que se comprende, lo que se retiene y lo que se reproduce.

A veces no escuchamos. Se realiza una pequeña exposición teórica sobre la escucha activa y empática y los comportamientos que indican no escucha. En pequeños grupos y con el Material 2E relacionar las respuestas descritas con comportamientos teóricos de no escucha. Puesta en común. Después por parejas o tríos reflexionar sobre distintas situaciones en las que no nos hayamos sentido escuchados y nuestra forma de vivirlo y tratar de identificar algunas señales que demuestren no escucha. En grupo grande, se completa lo que no haya salido con una pequeña exposición teórica.

Practicando la escucha. Para llevar a cabo esta actividad se realizará:

- Exposición teórica sobre escucha activa y empática.
- Simulaciones con el Material 2 F en las que se intentará aplicar lo comentado en la exposición teórica.

La comunicación asertiva. Introducción sobre la comunicación asertiva y los estilos de comunicación. Lectura individual y trabajo en pequeños grupos de uno de los Materiales 2G, 2H ó 2I. Puesta en común.

Mensajes Yo “la comunicación desde el yo”. Breve exposición sobre la comunicación en forma de mensajes yo (ver Centrándonos en el Tema). Trabajar de forma individual y luego en pequeño grupo el Material 2J. En grupo grande comentar los mensajes yo definidos y las dificultades para su elaboración. Resumen y conclusiones. Terminar animando a practicar este tipo de comunicación.

Material 2A

¿Qué nos aportan las relaciones?

(Fuente: En la madurez...” Guía para promover la salud de las mujeres “ Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996)

1. Las relaciones me aportan:

- Aspectos enriquecedores para mi crecimiento personal.

- Aspectos conflictivos para mi crecimiento personal.

2. ¿Qué me aportan las relaciones en esta etapa de mi vida?

Material 2B

Las relaciones de calidad con personas y grupos

(Fuente: Guía “Salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes”, Instituto de Salud Pública; Departamento de Salud y Departamento de Educación, Gobierno de Navarra, 1996)

1º ¿A qué llamáis relaciones de calidad?. Escribid características que para vosotros/as tendría que tener una relación de calidad, con una persona y en grupo.

2º Leer y comentar el siguiente cuadro:

Yo me conozco		RECONOCIMIENTO RECÍPROCO		Yo me conozco
Me acepto	—		—	Me acepto
Me valoro				Me valoro
Ideas				Ideas
Sentimientos	—	INTERCAMBIO	—	Sentimientos
Comportamientos				Comportamientos
Desarrollo mis posibilidades.		COMPROMISO		Desarrollo mis posibilidades.
Desarrollo mi proyecto de vida.	—	Desarrollo parte de mis posibilidades y mi proyecto de vida contigo. Me realizo contigo.	—	Desarrollo mi proyecto de vida.
Me realizo				Me realizo.
ESPACIO VITAL				ESPACIO VITAL

Material 2C

El proceso de la comunicación

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

1. Comenta tus vivencias y experiencias y las dificultades que encuentras en cada uno de los elementos del proceso de comunicación:

- Creación y transmisión de mensajes (congruencia conmigo mismo /a , pienso y tengo claro lo que pienso decir, soy consciente de que las personas interpretamos y atribuimos diferentes significados a los mismos hechos, intento dar una forma adecuada al mensaje, facilito el que la otra persona pueda preguntar....)
- Captación de mensajes (tengo en cuenta la existencia de distintas percepciones y significados, escucho, pregunto...)
- Respuesta (utilizo mensajes concretos y útiles, me comunico de forma asertiva y desde el yo...)

¿Qué aspectos podrían facilitarte el desarrollo de procesos adecuados de comunicación?,
¿Cómo podrías solucionar tus dificultades?

Material 2D

Análisis de frases

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

- La sociedad marca pautas de relación. A veces parece que se nos obliga a comportarnos de una determinada manera, que se nos marca por la forma de vestir, etc.
- No nos comunicamos de la misma manera con todas las personas ni en todas las situaciones.
- Me enferma la sonrisita en los labios de mi hermano cada vez que habla con alguien.
- Mi abuela y yo nunca interpretamos de la misma manera lo que vemos en televisión.
- Lo relacional es un núcleo básico para la mujer y es menos importante para el hombre.
- Rubén me ha dicho que en Sudamérica siempre se ponen muy cerca cuando te hablan.
- Alguien contó que a Andrea le gustaba Jorge y la gente ya los ha casado.
- José propuso pasar un fin de semana en el monte y sin realizarlo ya se cuenta lo que pasó.

Cuestiones:

1. ¿Qué te parece que quieren decir estas frases? Busca 1 ó 2 ejemplos cercanos en que se pongan de manifiesto.
2. Comenta algunos factores que influyen en tu forma de comunicarte.

Material 2E

A veces no escuchamos

(Fuente: En la madurez... "Guía para promover la salud de las mujeres ". Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996).

Me encuentro en la calle con Maribel a la que hace mucho tiempo que no he visto. Me cuenta con voz tensa y un poco angustiada:

" Mi marido, Javier, trabaja a turnos en una empresa que se encuentra en situación de regulación de empleo. Le han ofrecido una jubilación anticipada. Este tema está crispando la vida familiar. Javier está insoportable y ya hasta me trata mal. Los chavales se ven a punto de explotar. No sé que hacer y me siento muy triste."

Posibles respuestas:

- Veo que en tu casa como en todas hay conflictos. Piensa que tu marido está pasando por un mal momento y esto puede explicar su situación y, en ningún caso le acuses de nada.
- Tranquilízate. Entiendo que estés triste pero esta situación pasará pronto. Mañana será otro día y viviréis todos mejor. ¡Vamos ánimo!.
- Es duro que ocurran estas cosas. Las condiciones económicas en las que vivimos y la crisis en la que nos encontramos hacen que encontrar o mantener un empleo sea cada vez más difícil. Tú eres de alguna forma una víctima de esta situación.
- Hay que aprender a afrontar las situaciones difíciles. Los problemas se resuelven dándoles la cara. Prepara una buena cena a tu marido y tus hijos, habla con ellos y aclara la situación.
- Pero ¿en qué situación económica os vais a quedar?. No parece que os vaya a afectar, ¿no?.
- Veo que te encuentras en una situación difícil, que estás triste y que no sabes que hacer. Siento mucho lo que te está pasando. Cuéntame más cosas y dime si puedo ayudarte en algo.

Cuestiones:

1. Identifica las respuestas que indican escucha y no escucha. Valora sus posibles consecuencias.

2. Relaciona las respuestas descritas con los comportamientos teóricos que indican no escucha: de juicio, de interpretación, tranquilizador, investigador y de búsqueda activa de soluciones inmediata.

Material 2F

Practicando la escucha

(Fuente: En la madurez... "Guía para promover la salud de las mujeres". Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996)

Tu amiga Julia lleva varios días malhumorada. A veces parece que está como ausente y no se entera de nada. Todo lo que le dices le sienta mal. El otro día explotó: "me siento fatal. Tengo un cuerpo cada día más deforme y unos muslos cada vez más gordos y celulíticos. Con cualquier cosa me pongo colorada y ya me está entrando hasta complejo. Encima a Luis se le ha ocurrido la brillante idea de irse de casa. Necesito que alguien me ayude a hablar con él".

Tu vecina Amparo es viuda desde hace muchos años. Hoy te ha parado en la escalera para contarte que ha iniciado una nueva relación. Está muy contenta porque es un hombre muy amable, alegre y viajero con el que se encuentra bien y con quien puede ir a algunos sitios. Quizá en un futuro se planteen algo más formal. Le gustaría que le tratase bien se encuentra contigo cuando va con él.

Cuestiones:

1. Analiza en cada caso:

- ¿Cómo se siente? (triste, enfadada, confusa, débil, feliz, fuerte, asustada...)
- ¿Por qué dice que se siente así? (tema central y detalles, puntos clave...)
- ¿Qué le pide o espera recibir? (desahogo, consuelo, que decidan por ella, aprobación, consejo, rechazo, refuerzo, asesoría...)

2. Construir para cada caso una respuesta que integre la información de los tres aspectos mencionados en la pregunta anterior.

Material 2G

La comunicación asertiva

(Fuente : Proyecto “Vivir la menopausia”. Tudela)

Tu madre te llama para decirte que el domingo os espera a comer: sabes que habías planeado con tu pareja una salida familiar todo el fin de semana y que habías discutido y programado ampliamente cómo sería ésta. Sabes también que al otro no le va a gustar que los planes no se cumplan.

Postura agresiva.

“¡Ni lo sueñes!, ¡tú siempre dispuesta a fastidiar!; ¡te inmiscuyes en todo sin consultar! Lo siento, pero no vamos a ir , tenemos otras cosas que hacer. No, no me convenzas, porque será peor. Además, ahora mismo me iba a la calle”.

Postura pasiva.

“Mira, te lo agradezco, pero es que íbamos a salir. Sí ya se que te hace ilusión, pero la verdad..., bueno..., sí..., claro..., lo entiendo..., intentaré arreglarlo..., lo que tú quieras..., hasta el domingo”.

3. Postura asertiva.

“Mira mamá, lo siento mucho pero no va a ser posible. Hace un montón de días que preparamos una excursión y es justamente este fin de semana. No creo que pudiéramos llegar a tiempo el domingo. Sé que te haría ilusión, pero no podrá ser. De todos modos, podremos vernos la otra semana, no es ninguna tragedia. Me alegro que pensarás en nosotros. Ahora te dejo, mamá; iba a salir cuando has llamado”.

Cuestiones:

1. Lee la situación y las distintas respuestas y analiza las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.
2. Imagínate que te ocurre a ti, y representa en grupo de tres el pensamiento que surge de forma automática al imaginarlas, según se adopte la postura agresiva, pasiva o asertiva.

Material 2H

La comunicación asertiva

(Fuente: Proyecto “Vivir la menopausia”. Tudela)

Una amiga se empeña en que le ayude a hacer un trabajo en domingo. Estás cansada y tienes ganas de pasar el fin de semana tranquila. Opinas que tu amiga es una fresca porque siempre espera que los demás le solucionen la papeleta. ¿Cuál será tu respuesta?

1. Postura agresiva.

“¡Eres una fresca de cuidado!, ¡Haber trabajado cuando debías!, ¡Yo no pienso sacarte las castañas del fuego! “.

2. Postura pasiva.

“No sé... es que mi familia cree que vamos a salir...”, “lo intentaré... pero...”

3. Postura asertiva.

“Lo siento, esta vez me es imposible. He prometido a mi familia que estaría en casa con ellos y no es negociable. Además, estoy muy cansada”.

Cuestiones:

1. Lee la situación y las distintas respuestas y analiza las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

2. Imagínate que te ocurre a ti y a continuación representa en grupo de tres el pensamiento que surge de forma automática al imaginarlas, según se adopte la postura agresiva, pasiva o asertiva.

Material 2I

La comunicación asertiva

(Fuente: Proyecto “Vivir la menopausia”. Tudela)

Tú deseas ir con amigas de la gimnasia a una cena para despedir a una compañera. No sabes cómo plantearlo a tu pareja, puesto que la cena es en viernes, y los viernes siempre salís juntos. ¿Cómo lo harás?.

1. Postura agresiva.

“El viernes hay una cena para despedir a María; iré, digas lo que digas, o sea que no me pongas pegas, ¡estoy harta de pedir permiso para todo!”

2. Postura Pasiva.

Hay una cena para despedir a María, pero como es en viernes no iré...Supongo que es mejor no ir....así hacemos como siempre.

3. Postura asertiva.

“El viernes voy a ir a la cena de la gimnasia para despedir a María. Ya sé que es nuestro día de salida, pero podemos hacer algo para sustituirlo. Es muy amiga mía y no quiero defraudarla”.

Cuestiones:

1. Lee la situación y las distintas respuestas y analiza las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.
2. Imagínate que te ocurre a ti y a continuación representar en grupo de tres el pensamiento que surge de forma automática al imaginarlas, según se adopte la postura agresiva, pasiva o asertiva.

Material 2J

Mensajes yo

SITUACIÓN	MENSAJE TÚ	MENSAJE YO
Te has puesto a régimen y estás un poco irritable. Tu hijo come mucho y llevas mal que lo haga delante tuya.	¡Parece que lo haces a propósito!. Sabes que estoy intentando controlar mi peso y tú no haces más que comer para darme envidia.	
Tu amiga lleva varios días triste y malhumorada. No sabes qué le pasa.	¡No hay quien te soporte!. Tienes un genio insoportable. Vamos ¡anima esa cara!.	
Tu pareja había quedado en venir a buscarte a una hora para dar un paseo. Llega 45 m. más tarde.	Cualquier cosa es más importante para ti que estar conmigo. Además siempre llegas tarde.	
Tu hermano había quedado en venir a cuidar al abuelo. Llama para decirte que no va a poder.	Eres una fresca. Lo tuyo es pensar exclusivamente en ti y a los demás que nos zurzan.	
Tu pareja insiste que quiere tener relaciones coitales. A ti, sobre todo desde hace un tiempo, te duele.	Estoy hasta las narices. Tú siempre vas a lo tuyo.	

(Fuente: En la madurez...” Guía para promover la salud de las mujeres “ Instituto de Salud Pública. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra 1996)

Lee cada situación, examina el “mensaje tú” de la segunda columna y después escríbelo en forma de “mensaje yo” en la tercera.

Actividad 3. Cuidando nuestro cuerpo

Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Se pretende que amplíen su visión de salud, analicen los factores que la determinan y los riesgos; y que sean capaces de reconocer los cuidados frente a los cuales son autónomos y responsables.

Tener una buena salud. Se trata de que adquieran un concepto de salud más globalizador que el "no tener enfermedades". En grupos pequeños debaten sobre que es para ellos y ellas la salud. Cuando llevan 10-15 minutos trabajando sobre él, se les entrega el Material 3A y se les pide que plasmen en un cartel su idea mediante: fotos, dibujos, frases... y que hagan un eslogan para titularlo. Puesta en común para recoger y reforzar el sentido de salud integral y de los factores que pueden influir. Se puede concluir con una pequeña exposición teórica, afirmando el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y asumir sus propias decisiones.

El vivir implica riesgos. Se introduce el concepto de riesgo y de comportamiento de riesgo. En parejas rellenan lo planteado en el Material 3B. En pequeños grupos exponen y discuten las opiniones de cada pareja. Se hace una puesta en común y se intenta llegar a unas conclusiones con las siguientes claves:

- Cualquier persona por el hecho de vivir se expone a diferentes riesgos.
- Valorar el tipo de riesgo para las distintas situaciones: consecuencias personales, para las demás personas y para el medio. Se trata de buscar el equilibrio entre la satisfacción de las necesidades, la propia seguridad y la realización personal, en el contexto de la vida. Es posible un comportamiento de prudencia, minimizando el riesgo y manteniendo el desarrollo de muchas riquezas personales.
- Valorar la magnitud del riesgo: su probabilidad alta, media o baja.
- Hay riesgos que merece la pena asumir y otros que merece la pena controlar, no exponerse a la situación, cambiarla toda o en parte. adoptar alguna medida preventiva...) a cada cual le toca decidir.

¿Puedo cuidarme? En grupos pequeños les pedimos que elaboren dos listados con el Material 3C:

- Lista de cuidados relacionados con su salud respecto a los cuales son autónomos y responsables.
- Lista de aquellos aspectos relacionados con su salud que dependen fundamentalmente de otras personas o del ambiente.

Se realiza una puesta en común. Se exponen y comentan las dos listas y se discuten con las siguientes claves: Valorar positivamente las actividades favorables hacia la autonomía respecto al cuidado de su propia salud, equilibrando la responsabilidad individual y social.

Material 3A

Tener una buena salud

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Cada país, cada época, cada civilización y cada individuo tiene su propia idea de la salud. En todas partes, todos los seres vivos desean poseerla, porque la consideran como un bien.

La salud es una potencialidad, una aptitud que debe adaptarse sin cesar, no solamente para un bienestar cotidiano, sino también para preparar el futuro.

- La salud es todo esto a la vez:
- No sufrir y tener satisfacciones.
- Expresarse con el cuerpo.
- Encontrarse a gusto consigo mismo/a
- Disfrutar plenamente cada edad y cada momento de la vida.
- Hacer ejercicio físico.
- Aceptarse y desarrollarse.
- Hacer proyectos positivos.
- Saber comunicarse, intercambiar, relacionarse...
- Promocionar la salud.
- Vivir intensamente.

Y otras cosas más que a ti se te habrán ocurrido.

Material 3B

El vivir implica riesgos

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Teniendo en cuenta que en cada situación se trata de adoptar la respuesta que mejor equilibre la propia seguridad y la realización personal, comenta algunos riesgos que conlleva la vida en la adolescencia diferenciando:

RIESGOS QUE MERECE LA PENA ASUMIR.

RIESGOS QUE MERECE LA PENA CONTROLAR (no exponerse a la situación, cambiarla toda o en parte, adoptar algunas medidas preventivas, etc.)

Material 3C

¿Puedo cuidarme?

Teniendo en cuenta que existen cuidados de salud que podemos realizar de forma autónoma y otros que dependen de otras personas, comenta en qué lugar colocas unos y otros.

CUIDADOS DE SALUD QUE PUEDO ASUMIR YO.

CUIDADOS DE SALUD QUE DEPENDEN DE OTRAS PERSONAS O DEL AMBIENTE

Actividad 4. Autocuidados básicos

Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Se intenta que reconozcan la necesidad de asumir algunos cuidados básicos, adquieran conocimientos sobre ellos, los analicen y desarrollen alternativas de autocuidado (alimentación, higiene, ejercicio...)

Alimentación. ¿Cuánto sabemos del tema? En grupos hacer un concurso de preguntas. El profesor/a lanza la primera pregunta al primer grupo; si la acierta tiene dos puntos, si no pasa al segundo grupo; si este la acierta tiene dos puntos y el derecho de contestar a la siguiente pregunta, si no pasar al tercer grupo. Preguntas como: ¿Qué son los alimentos?, ¿Qué son las proteínas y para qué sirven en el organismo?, Decir tres alimentos que las contengan, ¿Las proteínas de la carne son mejores que las del pescado? ¿Es saludable beber abundante agua? ¿Qué es una dieta equilibrada?. Se puede concluir con una pequeña lección participada.

Alimentación. ¿Cómo es nuestra dieta? Los/las participantes traerán por escrito la alimentación realizada por ellos durante dos días de la semana. En grupos pequeños trabajaran los distintos menús, intentando contestar a las siguientes preguntas comparándolos con la pirámide de alimentación.

- ¿Es equilibrada su alimentación? ¿ Por qué?
- ¿Qué ventajas tiene un tipo de comidas sobre otro?
- ¿Qué inconvenientes?
- ¿Le darías algún tipo de consejo sobre su dieta a alguno de tus compañeros?

Se realiza una puesta en común y se concluye con una pequeña exposición teórica.

Analizamos nuestros hábitos de higiene. Individualmente realizan los cuestionarios del Material 4A. Después se realiza una puesta en común y se concluye con una lección participada aclarando y completando conceptos.

Actividad física. Se realiza una exposición teórica sobre el ejercicio físico. En pequeños grupos, con el Material 4B, 4C y 4D, se analiza la relación coste/beneficio respecto a realizar ejercicio físico según edades.

Cambios para cuidarnos más. Trabajar de forma individual el Material 4E. En grupos pequeños se comentan y analizan las distintas formas de cuidarse, los nuevos cuidados que se proponen y las dificultades y alternativas para llevarlos a cabo. Puesta en común. Resumen y conclusiones. Claves:

- No existe una única manera ideal de cuidarse. Cada cual debe buscar su forma de cuidarse mejor.
- Reforzar la actitud activa, la capacidad personal de producir cambios favorables a la salud y la importancia de elegir en la planificación de su vida.
- Se pueden desarrollar cambios personales y sociales. Las instituciones (locales, provinciales y autonómicas) deben desarrollar un entorno propicio para la salud.

Material 4A

Analizamos nuestros hábitos de higiene

(Fuente: Programa Harimaguada. Gobierno de Canarias).

1. ¿Cuántas veces te sueles duchar a la semana?
2. ¿Con qué frecuencia te lavas la cabeza?
3. Después de hacer ejercicio físico ¿cómo te limpias?.
4. ¿Utilizas el cepillo de dientes?, ¿cuántas veces al día?.
5. ¿Te lavas siempre las manos después de comer?, ¿y después de ir al servicio?.
6. ¿Qué hay que tener en cuenta para una correcta limpieza de los genitales?.
7. Si eres chica, ¿cambian en algo tus medidas higiénicas cuando tienes la menstruación?, ¿por qué?.

NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE

--

Material 4B

Actividad física

(Fuente: Folleto sobre Ejercicio Físico. Carpeta "Estilos de Vida". Gobierno de Navarra 2001)

1.- Podemos detectar con un cuestionario si somos personas activas o inactivas físicamente:

1. ¿Practica o ha practicado algún deporte o ejercicio en su tiempo libre:

SI ☐

NO ☐

¿Desde cuándo? _____ ¿Cuál o cuáles? _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿Con qué intensidad? _____

2. ¿Qué distancia suele caminar diariamente? (al trabajo, a la compra, al bar...) ¿Con qué intensidad?

3. ¿Cuántos pisos de escaleras suele subir por término medio a lo largo del día? ¿Con qué intensidad?

2.- Las personas mayores de 40 años deberían evaluar su estado de salud previo al ejercicio con el siguiente cuestionario:

(si se responde SI a una o más preguntas debe consultar a su centro de salud).

1. ¿Tengo dolor en el pecho, en reposo o cuando realizo ejercicio?.

2. ¿He sufrido algún Infarto Agudo de Miocardio?

3. ¿Tengo la tensión arterial alta?

4. ¿Tengo una respiración acortada cuando realizo ejercicio físico?.

5. ¿Tengo heridas ulceradas en los pies que tardan mucho en curarse?

6. ¿He perdido 5 kg o más en los últimos 6 meses?.

7. ¿Tengo dolor de glúteos cuando camino?.

8. Cuando estoy en reposo ¿tengo el pulso muy rápido o muy lento?.

9. ¿Estoy en tratamiento por problemas de corazón, trombosis, angina de pecho, hemorragia cerebral, tensión arterial alta, insuficiencia cardíaca o enfermedades del corazón?.

10. Siendo adulto, ¿he tenido alguna vez una fractura de cadera, columna o muñeca?.

11. ¿Me he caído más de dos veces en el último año?.

12. ¿Tengo diabetes?.

Material 4C

Realizar actividad física

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

1. Realizar una actividad física adecuada supone:

BENEFICIOS	COSTES / DIFICULTADES

2. ¿Qué alternativas se podrían poner en marcha para reducir los costes o vencer las dificultades?

3. ¿Qué tipo de ejercicio o actividad física nos gusta más y nos proporciona más disfrute?

Material 4D

Orientaciones de ejercicios para personas sedentarias.

(Fuente: Folleto sobre Ejercicio Físico. Carpeta “Estilos de Vida”. Gobierno de Navarra 2001)

A continuación sugerimos algunas actividades físicas que las personas totalmente sedentarias pueden realizar a lo largo del día en su casa o en el lugar de trabajo. Convendría complementarlas, según la edad, con otros ejercicios o práctica de algún deporte.

Para facilitar la forma física.

- Subir por las escaleras de la casa o piso, en lugar de utilizar el ascensor.
- Ir al trabajo andando o caminar diariamente un mínimo de 30 minutos. Es cuestión de habituarse a un paseo diario.
- Hacer una actividad un poco más intensa, como bailar, es también muy recomendable, con ventajas para descargar tensiones y divertirse.
- La natación contribuye de manera especial a conservar la salud del cuerpo y a relajarlo.

Para el cuello.

- En la vida diaria la mayoría de las tensiones se reflejan con dolores de cuello. Estos problemas se pueden evitar con ejercicios de movilidad de cuello.
- Al levantarse cada mañana, mover lentamente la cabeza hacia delante y hacia atrás. Luego girar a la derecha y a la izquierda.
- Sentado/a en la silla o en el sofá, aproveche para empujar hacia atrás con la cabeza, dos o tres veces, y con una duración de 8 a 12 segundos cada vez.

Para los brazos.

- Sentado/a en una silla, agarrar el asiento con las dos manos y tirar hacia arriba con ellas, o también cogerse las manos y tirar hacia fuera.
- Para llevar cargas, compras, etc., dividirla en dos partes iguales, llevar una en cada mano y con los brazos un poco flexionados para que la columna vertebral se mantenga recta. Si se lleva un solo paquete, cambiar de mano de vez en cuando.

Para los músculos abdominales.

- Cuando se pasa tiempo en una mesa procurar, de vez en cuando, elevar las dos rodillas hasta que toquen la mesa.
- En el asiento, de vez en cuando, abrir y cerrar, flexionar y extender las piernas.

Para las piernas.

- Para coger o levantar cualquier cosa del suelo, flexionar las piernas (agachado/a), tomar el objeto con las manos y levantar mediante extensión de las piernas, y no tirando hacia arriba con los brazos y la espalda.
- Levantarse y sentarse de los asientos sin ayuda de las manos. Subir y bajar escaleras, aunque resulte fatigoso, es un buen ejercicio para las piernas.
- Cada mañana, cuando se sitúe delante del lavabo apoye las manos en él y haga algunas flexiones de piernas.

Para la espalda.

- Mantener siempre una posición recta cuando se está sentado/a, para lo cual conviene vigilar su asiento y su espalda.
- Si se mantiene mucho tiempo sentado/a, de vez en cuando levantar los brazos lateralmente hasta algo por encima de los hombros, y luego flexione los codos, aplicando la punta de los dedos a la nuca, que se mantiene recta; tirar de los codos hacia atrás. Repetir varias veces el movimiento.

Material 4E

Cambios para cuidarnos más

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Cada cual tenemos nuestra forma de cuidarnos. Se trata de valorar cómo nos cuidamos nos cuidamos ahora y ver qué podríamos hacer para cuidarnos más, analizando las dificultades existentes para estos cambios y buscando algunas alternativas, en relación a:

ALIMENTACIÓN.

HIGIENE.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DESCANSO.

Actividad 5. Autocuidados preventivos

Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995. (Modificado)

Se pretende que adquieran conocimientos sobre consumo de sustancias analicen los factores relacionados con su consumo y busquen alternativas de solución ante las conductas de riesgo. Que los participantes analicen la influencia de la sexualidad en la salud, adquirieran conocimientos básicos sobre anticoncepción y ETS y desarrollen alternativas para la prevención de riesgos. Aumentar el conocimiento de los accidentes según edades (tráfico, anciano, infancia, adolescencia), identificar riesgos y buscar soluciones.

¿Qué sabemos de las drogas?. Se hace una ronda o una tormenta de ideas en la que los participantes van diciendo las diferentes drogas que conocen. Cada una de las respuestas se van anotando en un mural. A continuación se repite la técnica y cada cual va diciendo cosas que conoce con respecto a las drogas que hayan salido, y se van anotando.

El docente utiliza la información expresada para hacer una lección participada en la cual se aclaren los conceptos de: efectos, dependencia física, y psíquica, tolerancia etc. Estos aspectos se tratan con relación a todas las sustancias que salgan haciendo hincapié en la prevención de tabaco y alcohol.

El cuento de la cueva.. En grupos pequeños y con el Material 5A trabajar la semejanza entre el cuento y el fenómeno social de las drogodependencias: percepción social (algo invisible, impalpable), alternativas de solución y eficacia de las mismas: 1) prohibición; 2) prevención, evitar la aparición, detener el avance y reducir los efectos; 3) reducir la demanda de drogas por parte de quien las usa, información y/o educación; 4) modificar las condiciones socioeconómicas y ambientales, relación entre la entidad del fenómeno y la lucha contra él (proporción, desproporción). En grupo grande se hace resumen y conclusiones.

Claves:

- Parece que las personas tienen necesidad de romper la rutina psicológica lo cual se ha realizado en distintas situaciones y épocas y se puede realizar de muy diferentes formas.
- Las drogas han existido siempre con diferente repercusión social en distintas épocas y culturas, pudiendo integrarse de forma más o menos adaptada, con distintos mecanismos de funcionamiento y con diferentes respuestas individuales y sociales.
- Las drogas constituyen hoy un complejo fenómeno sociocultural que implica a tres importantes sectores: la producción, el tráfico, y el consumo.

Exploración y liberación del cuerpo. Se trataría de que los participantes aprendieran a reconocer y expresar los sentimientos y sensaciones relacionados con la tensión muscular y las situaciones que lo provocan y desarrollen habilidades para su control. Utilizar el Material 5B.

Exploración de la tensión acumulada en el cuerpo. En grupo grande realizar una introducción teórica sobre la tensión muscular y la importancia de su control para lograr el bienestar corporal. Realizar los ejercicios con Material 5C.

¿Qué es eso de la relajación?. Se realiza una lección participada, más demostración y entrenamiento de algunas técnicas de relajación. (Material 5D, 5E y 5F).

Cómo afrontar las situaciones de la vida. Para disminuir el estrés relacionado con determinadas situaciones puede ser útil lo siguiente:

- Introducir con una breve exposición el material a trabajar (Material 5G, poner ejemplos.
- Que practiquen en el domicilio el plan de acción con alguna situación cotidiana.
- En la siguiente sesión, se realiza una puesta en común, teniendo en cuenta las claves del manejo del estrés.

Disfrutar de la vida. Se trata de introducir en la vida cotidiana el máximo posible de pequeñas cosas y momentos que nos generen placer y alegría, para ello proponemos

- Realizar individualmente lo que se propone en el ejercicio del Material 5 H
- Puesta en común en grupo grande de cómo te has sentido y conclusiones con las claves

para manejar el estrés.

- Se puede plantear practicar con la actividad que se ha pensado en llevar a cabo en el domicilio o en la calle y traer la experiencia para la próxima sesión.

Nuestra sexualidad, algo que podemos cultivar. En pequeños grupos leer y comentar el Material 5I. Después se realiza una puesta en común y se extraen conclusiones sobre lo que se entiende por una salud sexual sana.

Distintos métodos anticonceptivos. Se hace una ronda de preguntas en la que cada cual va diciendo un método anticonceptivo que conozca. Se van anotando todos en la pizarra. Se hace otra ronda en la que van diciendo lo que conocen de cada método (cómo se usa, que eficacia tiene...) se anota también en la pizarra. Se hace un resumen de todo lo dicho y se termina con una exposición teórica apoyada con diapositivas o vídeo y mostrando los distintos métodos anticonceptivos.

Quiniela sobre las enfermedades de transmisión sexual. De forma individual rellenar el Material 5J. Es realiza una puesta en común y se completa y aclaran los conceptos erróneos.

Identificar riesgos de accidentes de tráfico. Se entrega el Material 5K, los participantes anotan las situaciones que le parecen suponen riesgo de accidentes. En pequeños grupos que enumeren los riesgos por orden según su importancia, según distintos criterios (cuales afectan más a nuestra salud). Se hace una puesta en común, recogiendo los porqués de la manera en que los han ordenado; analicen los factores sobre los que podemos actuar y cuales dependen de nosotros, de otras personas o del medio; factores que si aparecen juntos pueden aumentar el riesgo.

Andando sobre ruedas. En pequeños grupos y con el Material 5L se analizan algunas frases relacionadas con la conducción de vehículos. Elaborar un conjunto de normas que disminuyan el riesgo de viajar en coche, en bici, en moto. Se hace una puesta en común, resumen y conclusiones; teniendo en cuenta las diferencias en cuanto a factores sociales y del entorno próximo, factores personales que se asocian con la conducción arriesgada, aspectos atractivos y riesgos de la velocidad.

Si trabajamos la prevención de accidentes en el anciano o en el hogar podemos utilizar la misma sistemática que en la actividad anterior: analizar alguna frase relacionada con los accidentes de lo que vayamos a trabajar, elaborar un decálogo de normas que disminuyan el riesgo de sufrir determinado accidente, puesta en común, resumen, conclusiones, factores sociales y del entorno que influyen y factores personales (ver Centrándonos en el Tema).

Material 5A

El cuento de la cueva

(Fuente: Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid “A tu Salud”)

La verdad es que cuando llegué al pueblo de la Gran Cueva lo primero que me llamó la atención fue el río que corría seguro de sí mismo, el tono dorado de la vegetación que rodeaba las tierras oscuras y el aire alegre de la gente.

Sin embargo, muy pronto la “Gran Cueva” empezó a ser una realidad que aparecía en todo momento de mi vida allí.

Todo en el pueblo giraba alrededor de ella, descubrir nuevas simas y grutas no era sólo una diversión sino, sobre todo, el baremo social de la estima o la admiración en aquella comunidad.

Aunque hice valer mi derecho a ser paticorta, algo miope, terriblemente patosa y nada amante del ejercicio físico, todos los que me rodeaban consiguieron con sus reproches y sus estímulos, que un fin de semana me dispusiese a ir a lo que prometía ser una especie de peregrinación obligatoria dominical.

El gran agujero surgía directamente de la tierra en medio de la llanura muerta e inmóvil y sus paredes parecían acantilados de un mar extrañamente silencioso. Mientras trataba de agarrarme a todo lo que estaba a mi alcance ya fuese rama, arista o persona, intentando comprender el hechizo que la gran cueva ejercía en chicos y grandes, la necesidad de entrar que parecían sentir tan imperiosamente.

Por ello, la caída el, el golpe, mi pierna astillada, mi traslado en camilla al pueblo, fueron vividos por mí como una forma de darme la razón sobre las dudas que me asaltaban sobre la Gran Cueva.

Como siempre pasa en estos casos, una afluencia de noticias referidas a accidentes semejantes al mío, me fueron llegando rápidamente. Mi estupor creció al saber el número tan elevado de sucesos, muchos de ellos mortales y aproveché mi obligado retiro del trabajo para elaborar un informe para el periódico local sobre el asunto.

Nunca me hubiera imaginado la cara de sorpresa con que me recibió mi vieja vecina:

- ¿Usted sabe el revuelo que ha levantado su artículo...? Mi nuera me ha contado que hay un pleno en el ayuntamiento para discutirlo.

Cuando llegó Paco, el lechero, me contó que en la escuela, los profesores habían mandado a sus alumnos hacer una encuesta sobre los accidentes. Realmente era sorprendente que una situación vivida siempre como normal se hubiese planteado en la mente de todos como algo urgente por resolver. Y así fue. El Ayuntamiento decidió, como suele ser habitual, que el mejor remedio sería prohibir el acceso a la Gran Cueva, y los guardias, una valla y carteles servirían de disuasión para los ciudadanos. Esta decisión llenó de satisfacción a los familiares y amigos de los accidentados más graves, que llevaban tiempo pensando y pidiendo que una medida así fuera tomada para evitar que otros sufrieran su misma situación.

Durante mucho tiempo el pueblo de la “Gran Cueva” se alejó de mí. La carta que recibí una fría mañana de febrero no contenía apenas noticias interesantes y a punto estuve de tirarla, si no es por la postdata que me llamó la atención.

“No fuiste tú la última accidentada en nuestro pueblo; para consternación del Ayuntamiento, la gente ha seguido entrando saltándose todo tipo de prohibiciones”.

La realidad fue que muchas personas, especialmente las más jóvenes, hicieron caso omiso de la prohibición. Ellos habían entrado cientos, miles de veces y nunca habían tenido problemas. Es más, consideraban injusto y exagerado privar de la única diversión del pueblo a muchos vecinos que eran expertos montañeros y deseaban seguir disfrutando de su Cueva.

En una nueva sesión municipal para hablar del problema fue el médico quien propuso la solución que pareció mejor a la mayoría: “retiraremos la valla y en su lugar estableceremos un puesto

de socorro para atender a los heridos y accidentados, así evitaremos males mayores respetando la voluntad del que quiera seguir entrando”.

De nuevo resonaban en mis oídos los ecos de: “alerta”, “¡cuidado!”, “no pongas el pie ahí”, “se caen rocas”. Llegaban acompañados de una sensación, ya intuida en mi única y desdichada excursión a la “Gran Cueva”, que el hechizo no consistía sólo en ser la única diversión del pueblo, sino que en ella se plasmaba las ansias que todos tenemos de sentirnos valorados e integrados socialmente.

Lamentablemente el proyecto del médico tampoco dio resultado. Cuando el hijo del alcalde se fracturó la cadera en una caída, se vio la insuficiencia del puesto de socorro. Aunque se curasen en él muchos rasguños y magulladuras, no se conseguía evitar que se siguieran produciendo accidentes, y lo peor fue observar cómo cada vez más niños y jóvenes tenían como única afición a ir a la Cueva.

Esta vez fueron los maestros/as los que, apoyados por un grupo de padres y madres, plantearon una nueva solución. “Haremos que los niños y niñas cojan miedo a la cueva, de este modo evitaremos que entren en ella sin necesidad de vallas y estaremos haciendo una labor de futuro. Pronto empezaron a llenarse las clases de fotografía de los cuerpos sin vida de los que habían caído de la Cueva, se organizaron charlas en los que los accidentados que habían podido sobrevivir hablaban a los alumnos/as de la locura que suponía entrar, y otras acciones por el estilo.

Esta nueva medida fue eficaz durante un tiempo, pero al cabo de unos meses algunos muchachos/as, los que peor iban en la escuela, empezaron a acudir de nuevo a la Cueva. La atracción del riesgo era mayor que el miedo que habían intentado meterles, poco a poco fueron atrayendo a otros y los accidentes volvieron a aumentar.

Después de todo aquello y de tantas vicisitudes en el pueblo había una gran preocupación. Algunos pedían volver al sistema de la valla, otros pedían que hubiera más puestos de socorro, y otros insistían en que el que no sepa espeleología que se quede en casa. Los ánimos estaban exaltados, y se tomó una decisión. Se formó un comité con todos los que quisieran aportar ideas y se contrató a una persona encargada de llevar a cabo los planes y propuestas que se aprobaran.

Poco a poco las cosas empezaron a cambiar. El primer paso fue señalizar las distintas rutas de bajada a la cueva, indicando los peligros y dificultades de cada una e instalando cuerdas y puntos de apoyo para facilitar la ruta.

En la escuela y el Ayuntamiento se organizaron cursos de espeleología para niños y adultos de modo que se aprendieran las técnicas adecuadas para bajar sin riesgo.

Por último en el pueblo se abrió un centro cultural, un cine, se organizaron bailes, teatros y cursos de manualidades y poco a poco la gente empezó a descubrir que había muchas formas de diversión aparte de la cueva.

Al cabo de unos meses el número de accidentes había descendido tanto que se pensó en retirar el puesto de socorro, puesto que no servía para casi nada.

El pueblo recobró su equilibrio y su tranquilidad y, hoy en día, puedes disfrutar de tantas formas de diversión que incluso están llegando visitantes de otros lugares a pasar allí sus fines de semana.

La Cueva es sólo un símbolo del pueblo y no una fuente de problemas para la comunidad.

Cuestiones:

1. ¿Qué características tiene el fenómeno de la Cueva en el pueblo? ¿Cómo se percibe? ¿Qué significado tiene?

3. ¿Qué soluciones se ponen en marcha frente a ella y qué consecuencias tienen estas soluciones?

4. ¿Qué relación puede tener este cuento con el fenómeno social de las drogas? ¿Qué respuestas existen frente a las drogas? ¿Son excluyentes?

Material 5B

Exploración y liberación del cuerpo

(Fuente: “Técnicas de autocontrol emocional”. Davis, McKay y Esmelman, Ed. Martinez Roca. Barcelona, 1990)

Exploración del cuerpo.

Cierra los ojos... Empieza por los dedos de los pies y vete subiendo... Pregúntate a ti misma/o “¿donde estoy más tensa/o? “... Allí donde descubras un área de tensión, exagérala un poco para que puedas tomar mejor conciencia de ella... Reconoce los músculos que están tensos... Luego di por ejemplo “estoy contrayendo los músculos del cuello... Me estoy haciendo daño a mi misma/o... Estoy creando tensión en mi organismo “... Recuerda que toda la tensión muscular es autoinducida... Al llegar a este punto, piensa en alguna situación que pueda estar siendo la causa de tu tensión y en que puedes cambiarla.

Liberación del cuerpo.

Tiéndete en una cama dura o sobre la alfombra y ponte cómoda /o... Deja los pies muertos que descansen a los lados del cuerpo... Cierra los ojos... Pregúntate a ti misma/o si estás cómoda/o... Puede que tengas que cambiar algo en tu entorno... Piensa en tu respiración ... Siente cómo el aire penetra por la nariz y por la boca; llega a la laringe y baja hasta tus pulmones... Concéntrate en tu cuerpo y deja que cada una de sus partes se haga consciente de forma espontánea... ¿En qué partes has pensado en primer lugar?... De cuales tienes menos conciencia... Fíjate en qué partes sientes fácilmente y en cuales tienes poca sensibilidad... ¿Notas diferencia entre el lado derecho y el lado izquierdo del cuerpo?... Ahora observa cualquier malestar físico que sientas en este momento... Piensa en el hasta que puedas describirlo con detalle... concéntrate y mira qué ocurre... El malestar puede cambiar... Permite que tu cuerpo haga lo que desee... Continúa así de 5 a 10 minutos... Deja la iniciativa a tu cuerpo.

Material 5C

Explorando la tensión acumulada en el cuerpo

(Fuente: “Técnicas de autocontrol emocional”. Davis, McKay y Esmelman, Ed. Martinez Roca. Barcelona, 1990)

Pretende identificar los puntos de tensión muscular y las dificultades de cada cual para relajarse.

Piernas y pies:

- Mueve los dedos de los pies. Gira los pies y luego relájalos.
- Comprueba si hay tensión en tus pantorrillas: libérala.

Zona lumbar:

- ¿Existe dolor o tensión en la parte baja y la espalda?. Relájate tanto como puedas.
- Observa si hay tensión en tus caderas, pelvis, nalgas y área genital; si es así relájalas.

Diafragma. Haz unas cuantas respiraciones profundas inspirando y expirando lentamente, relajándote más y más profundamente. Observa si sientes tensión en esta área.

Pulmones y cavidad torácica. Averigua el grado de tensión que sientes a este nivel; luego haz unas cuantas respiraciones lentas y profundas y relájalas.

Hombros, cuello y nuca:

- Traga unas cuantas veces y observa si notas tensión o dolor en el cuello o en la garganta. Gira unas cuantas veces la cabeza en el sentido de las agujas del reloj y luego en dirección contraria.
- Encoge los hombros y observa si notas tensión a este nivel.

Cabeza:

- Empieza a explorar la tensión empezando por lo alto de la cabeza.
- Observa si sientes dolor en la frente, alrededor de la cabeza tal como si tuvieras una cinta que te apriete, y dolor o tensión sobre los ojos.
- Observa si notas tensión en la mandíbula, comprobando si los dientes están cerrados con fuerza o si rechinan, y si los labios están tensos.

Material 5D

Relajación rápida

(Fuente: Folleto sobre Estrés. Carpeta “Estilos de Vida”. Gobierno de Navarra. 2001)

En un lugar cualquiera permite relajarse sin que se note y rápidamente en cualquier situación y estando con cualquier persona.

Postura: sentado en cualquier silla, sillón incluso de pie cuando se domina la técnica.

Tiempo: sesiones de 10 minutos para aprender y después de 2-5 minutos.

Se trata de tensar todos los grupos de músculos a la vez durante 5 segundos:

- Cerrar los puños
- Doblar los brazos por los codos intentando tocarse los hombros con los puños.
- Encoger los hombros.
- Apretar la cabeza hacia atrás y tensar la nuca.
- Cerrar los ojos y apretarlos con fuerza.
- Apretar los dientes y los labios.
- Extender las piernas y elevar los talones.
- Coger aire profundamente.

Después dejarse caer en el sillón permitiendo que todo el cuerpo se relaje lo más posible.

Material 5E

Relajación profunda

(Fuente: Proyecto “Vivir la menopausia”. Tudela)

Estos ejercicios te van a ayudar a descubrir donde están los puntos de mayor tensión de tu cuerpo y aprender qué “sientes” al estar totalmente relajada/o. Es importante para relajarte practicarlos de forma constante y sin prisa

Lugar : Agradable y cómodo, donde no te molesten: sofá, sillón con brazos o cama.

Cuando: Practicar la técnica en momentos que no tengas ninguna situación cercana que te produzca ansiedad. Una vez aprendida pasarás a emplearla en situación de tensión.

Postura : En el borde de la silla o asiento, no encoger los hombros, ni apretar los puños. Estar tenso puede ser agotador. No malgastar energía adoptando una postura incómoda; permite que tu cuerpo descanse cómodamente, incluso cuando estás haciendo algo. Intenta relajarte mientras estás esperando en una fila, etc.

Duración: 20 m. En la primera sesión conocerás la técnica, no necesariamente llegas a relajarte. No pretendas forzosamente conseguir relajarte desde el primer momento.

Procedimiento abreviado:

- 1..Cierra ambos puños, tensando los brazos y los antebrazos. Relájate.
2. Arruga la frente, al mismo tiempo, mueve la cabeza hacia atrás tanto como puedas, y gírala describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj, y luego en sentido contrario. Ahora arruga los músculos de la cara como si quisieras parecer una pasa: frunce el entrecejo, cierra los ojos con fuerza, aprieta los labios, aprieta la lengua contra el paladar y encoge los hombros. Relájate.
3. Separa los hombros arqueando la espalda como si fueras a hacer una inspiración profunda. Mantén así. Relájate. Ahora haz una inspiración profunda apretándote la región del estómago con la mano. Sostén la respiración. Relájate.
4. Extiende los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas. Manténlo. Relájate. Flexiona los dedos tensados con ello las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relájate.

Material 5F

Relajación mental

(Fuente: Folleto sobre Estrés. Carpeta “Estilos de Vida”. Gobierno de Navarra. 2001)

Se puede usar sola o con alguna de las dos anteriores, e incluye los siguientes pasos:

1. Imaginar lugares o situaciones muy relajantes, por ejemplo: sentarse en casa frente al hogar, tumbarse en verano a la orilla de un río o de una playa, ver un paisaje precioso, escuchas música agradable...
2. Imaginar que se está en una de esas situaciones agradables de la forma más real posible.

Si no se puede pensar en una imagen relajante, concentrarse en algo interesante o divertido.

Material 5G

Cómo afrontar las situaciones de la vida

(Fuente: Folleto sobre Estrés. Carpeta “Estilos de Vida”. Gobierno de Navarra. 2001)

Para disminuir el estrés relacionado con determinadas situaciones puede ser útil lo siguiente, plantearse una situación que nos provoque estrés y seguir los siguientes pasos:

- Analizar la situación y definir mejor el problema o la preocupación ¿qué me pasa?.
- Priorizar y decidir qué parte del problema queremos abordar.
- Ver diferentes alternativas y tomar decisiones para mejorar alguna parte de ella.
- Plantearse un plan de acción. Definir pequeños objetivos y cómo, cuándo y con quién los vamos a llevar a la práctica.

Material 5H

Disfrutar de la vida

(Fuente: Folleto sobre Estrés. Carpeta “Estilos de Vida”. Gobierno de Navarra. 2001)

Se trata de introducir en la vida cotidiana el máximo posible de pequeñas cosas y momentos que nos generan placer y alegría, para ello se puede hacer el siguiente ejercicio:

- Escribir o pensar una idea o pensamiento agradable que sueles tener.
- Pensar en alguna persona con la que sueles estar y te encuentres a gusto y te puedas ver.
- Haz una lista de actividades agradables que hagas o que puedas plantearte hacer. Busca varias y elige al menos una para llevarla a cabo.

Material 5I

Nuestra sexualidad, algo que podemos cultivar

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

La salud no es sólo el bienestar físico, sino también el psíquico y el social. Pero para que esta salud se dé es necesario, además, que cada persona viva a gusto con su cuerpo y con su sexualidad, ya que todos somos seres sexuados en masculino o femenino.

Siempre se ha rodeado a la sexualidad de tabúes, de desinformación y de miedos. Estos sentimientos negativos, inculcados desde nuestra infancia, y de los que no siempre somos conscientes, son causantes de muchas de las dificultades que atraviesan las personas en la vivencia de un hecho tan humano y natural, resultando una fuente de conflictos en lugar de placer.

Por lo tanto, una sexualidad sana implicaría:

1. Conocimiento, valoración y aceptación del propio cuerpo.
2. Aceptación del hecho de ser hombre o mujer: Flexibilización total de roles; que cada uno pueda expresarse como es, y vaya realizándose de la manera que desee, sin someterse a patrones rígidos de masculinidad-feminidad que limiten su potencial humano.
3. Adquisición de una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad: saber que todos somos diferentes y todos por lo tanto tenemos gustos y deseos diferentes. Ser capaz de expresar estos deseos y respetar los de los demás.

¿Qué funciones cumple la sexualidad?

En la especie humana, la sexualidad cumple tres funciones:

1. Puede ir encaminada a la reproducción: tener hijos e hijas.
2. Relacional: como expresión de afecto y de comunicación.
3. Recreativa: como juego y diversión.

Hasta hace bien poco solo se justificaba la sexualidad cuando cumplía la función reproductora. Era un modo pobre de concebir la sexualidad. La mayoría de las veces las personas hacen el amor por placer y deseo de comunicar afecto con sus cuerpos y no para tener descendencia. Todos los aspectos son perfectamente válidos como interacción humana, siempre que las personas expresen libremente sus deseos y no haya manipulación ni engaños, igual que en cualquier otra faceta de la vida.

Material 5J

Quiniela sobre las enfermedades de transmisión sexual

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

1. Es fácil contagiarse de algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS) al utilizar baños públicos no muy limpios
2. Si vas con buenas compañías no tienes porque preocuparte de los contagios.....
3. Por una sola vez no te vas a contagiar.....
4. Si te lavas bien después de tener relaciones sexuales no tienes porque contagiarte.....
5. Si has pasado un ETS no tienes porque preocuparte, no volverás a pasar esa misma enfermedad.....
6. Es conveniente examinar médicamente a ambos miembros de la pareja cuando a uno de ellos se le diagnostica una ETS.....
7. El preservativo es el medio más eficaz con el que contamos en la prevención de las ETS.....

Valorar con 1 (completamente de acuerdo), X (no del todo de acuerdo) y 2 (totalmente en desacuerdo).

Material 5K

Identificar riesgos de accidentes de tráfico

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Se trata de que cada persona comente alguna situación o comportamiento que suponga riesgo de accidente.

Síntesis:

Material 5L

Andando sobre ruedas

(Fuente: "Guía de Salud y Desarrollo Personal para trabajar con adolescentes". Instituto de Salud Pública de Navarra. Departamento de Salud y Educación. Gobierno de Navarra 1995)

Analiza estas frases:

- A la juventud le gusta el riesgo.
- La velocidad es excitante.
- A mí no me va a pasar nada, yo controlo la moto, la domino.
-con las multas es suficiente.
- Las mujeres no saben conducir.
- Quienes conducen los coches no respetan el espacio de las bicis y motos.
- Las motos son un peligro público, ya que van continuamente cambiando de carriles y adelantando entre los coches.
- Hay muchas motos y bicis que no respetan las indicaciones.
- Debería ser obligatorio el uso del casco para andar en bici.

Actividad 6. Autocuidados en situaciones especiales

Con esta actividad se pretende que los participantes adquieran conocimientos y habilidades sobre autocuidados en situaciones especiales y que reflexionen sobre la pérdida de salud que conllevan las enfermedades crónicas.

Enfermedades crónicas. En grupos pequeños se analiza un caso (Material 6A) y se contesta a las cuestiones planteadas sobre las distintas etapas de asunción de una enfermedad crónica y los factores socioculturales que influyen en ello. A continuación se expone al resto del grupo y en un rotafolios se recogen las diferentes aportaciones y conclusiones de los grupos.

Automedicación. (Material 6B) Se hace una rejilla en la que se van anotando los beneficios y errores de la automedicación que vayan expresando los participantes. Posteriormente se hace una lección participada recogiendo los distintos aspectos sobre la automedicación.

Botiquín familiar. Se expone un caso (Material 6C) que posteriormente se analizará por el grupo contestando a preguntas abiertas, donde se valorará qué actuaciones se consideran correctas y cuáles no. Se concluye con una pequeña exposición teórica.

Material 6A

Enfermedades crónicas. El caso de Pedro

Pedro tiene 56 años de edad, casado con Julia, padre de dos hijas y un hijo, trabaja en la metalurgia y tiene contacto con amianto. Fuma una cajetilla desde hace 30 años y le gusta mucho la vida, es optimista, extrovertido y con buenas amistades. Su padre había muerto de cáncer pulmonar.

Hace 6 meses presenta tos irritativa que no le da importancia ya que piensa que no puede tener nada importante y lo atribuye al tabaco. Ante la insistencia de la familia y amigos acude a su médico que tras estudiarle le diagnostican de un tumor pulmonar y le remiten al Hospital para su tratamiento oportuno.

Al principio no podía creerlo. Pensaba que hasta entonces no le había ido mal pero, ¿y esto?. Primero pensó en pasar del tema, quizá no era para tanto pero no podía quitárselo de la cabeza. Se sentía dolido, como lesionado o culpable por dentro. ¿Por qué a mí?

Por otro lado le pareció que en su entorno familiar y social se encendía una luz roja. Le miraban de otra forma. Había preocupación e inquietud familiar. Por una parte le daban ánimos y le ofrecían ayuda, otros le daban consejos y algo de lata y otros se distanciaron como se fuera un apestado.

Se sentía desorientado. Lo vivía como un duro golpe para su proyecto de vida. La imagen de sí mismo sufrió un cierto derrumbe, se cuestionaba muchas cosas. ¿Seré capaz de encajarlo? Comenzó asentirse deprimido y a encerrarse en sí mismo y a malhumorarse con su entorno familiar y social.

Por otro lado le dieron de baja laboral, empezó a tener que acudir al hospital e ingresar para operarle y tratarle con quimioterapia. Se sentía como un conejo de indias dependiendo para todo de los profesionales sanitarios, se sentía mal pero optó por dejarse llevar. Pensó y reflexionó mucho sobre la vida y lo que hacía. Tenía que cambiar estilo de vida, relaciones sociales y actividad laboral.

Al terminar el tratamiento especializados le dieron mucha esperanza de poder curarse. Poco a poco lo fue asumiendo ya que estaba acostumbrado a plantearle para la vida. Sin embargo nota que algo ha cambiado y a veces cree que ya no es el mismo, es como si le faltara algo de arranque, de vitalidad y humor.

Recibe buen apoyo de su familia y de algunos amigos y empieza a interesarse de la enfermedad, del pronóstico y de cómo puede cuidarse para conseguir curarse o al menos alargar el tiempo de vida y de una forma saludable. Necesita comunicarse y conectar más y mejor con su médica y enfermero del Centro de Salud. También se informa de la existencia de un grupo de ayuda mutua que trata de apoyar a este tipo de pacientes y de luchar por conseguir buenos servicios socio sanitarios.

Cuestiones:

1. ¿Os parece real este caso?
2. ¿Cómo veis la actitud inicial de Pedro ante los primeros síntomas que tiene?
3. ¿Qué etapas pasa Pedro con esta enfermedad?
4. ¿Qué factores le influyen a Pedro en como vive su enfermedad? Clasificarlos en: a) socio-culturales de la sociedad en que vivimos; b) del entorno próximo, del grupo familiar, barrio, amistades; c) personales, de cómo es Pedro y los sentimientos que tiene; d) los relacionados con la enfermedad (cáncer).

Material 6B

Automedicación

1. La automedicación conlleva:

Beneficios	Perjuicios

2. ¿Qué alternativas se podrían poner en marcha para disminuir los perjuicios de la automedicación?

Material 6C

Botiquín familiar

Analizar el siguiente caso y definir qué actuaciones se consideran adecuadas y cuales no en las diferentes situaciones que se relatan.

Caso

Lourdes ha tenido una mala semana, parece que todos se pusieron de acuerdo para tener algún percance.

Martín, su padre que tiene 82 años, lleva una semana estreñado, después de darle varios laxantes (Evacuolâ y Duphalacâ) y ver que no le hicieron efecto decidió ponerle un enema, quizá todo se mezcló pero el caso es que Martín se soltó de una manera que no fue capaz de controlar. Decidió entonces ponerle una dieta a base de arroz, manzana, zanahoria, etc y parece que el hombre se va controlando.

Paula, su hija, que tiene 10 años, decidió ayudarle en la cocina, con tan mala suerte que cuando Lourdes echó el pescado en la sartén, saltó el aceite salpicando a Paula en la mano. Sin pensarlo dos veces le puso la mano debajo del grifo de agua fría y fue corriendo a buscar la pasta de dientes porque eso siempre alivia. Cuando tuvo que retirarle la pasta de dientes Paula lo pasó mal porque la maldita pasta estaba pegada a la piel, después le colocó una tirita.

Por si fuera poco, Carlitos, el hijo menor, que tiene 7 años, llegó a casa llorando porque se había caído del patinete y tenía la rodilla hecha un cisco, así que agarró el alcohol con el algodón, que aunque escuece mata todos los bichos, después le dio Betadineâ y le puso una gasa con esparadrapo.

Lourdes desea que esta semana no suceda nada más ¡qué ya está bien!.

Preguntas:

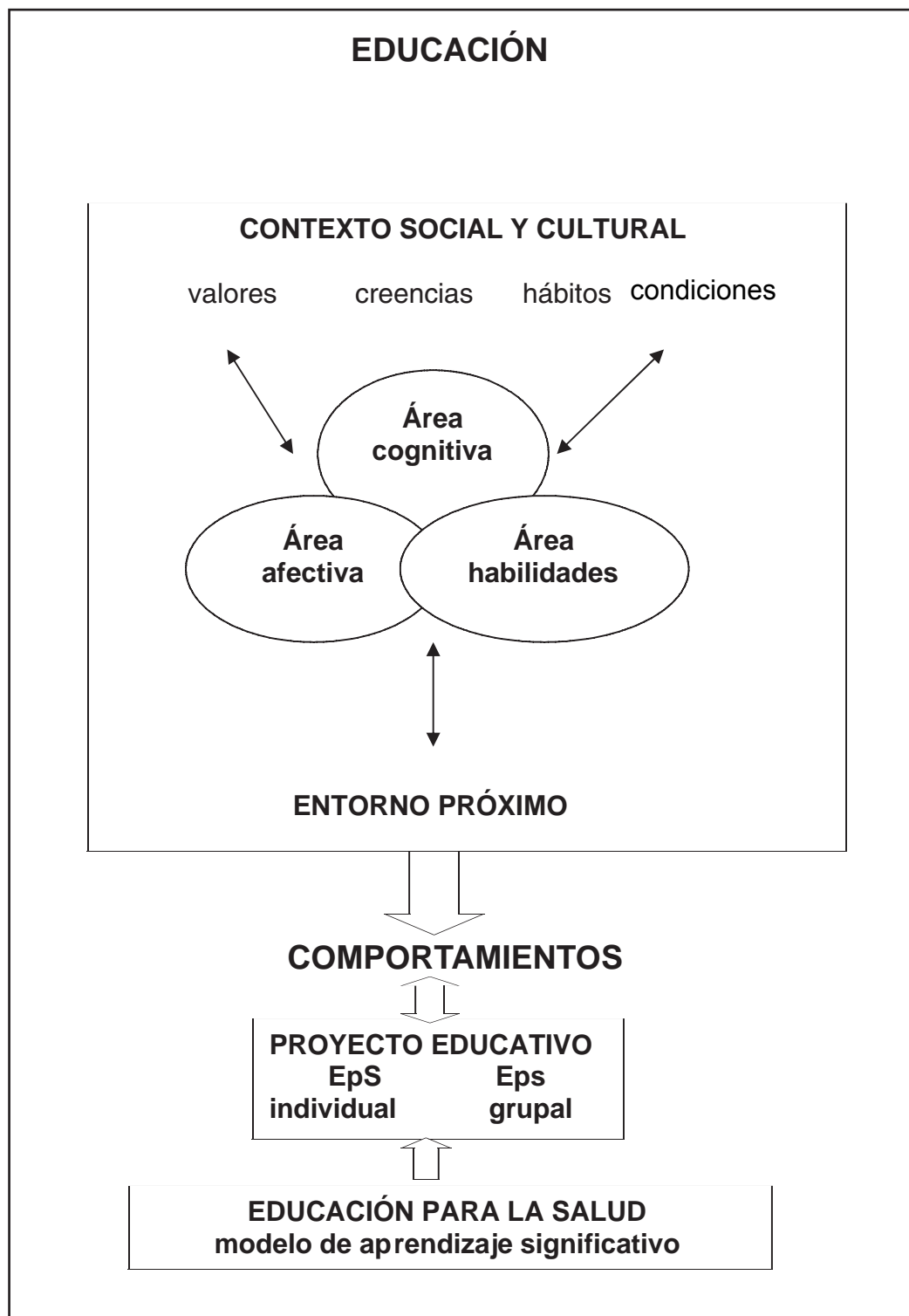
1. ¿Te parece real esta historia?
2. ¿Qué factores crees que influyen en Lourdes para actuar como lo hace?
3. ¿Qué cosas creéis que hace bien? ¿Qué cosas pensáis que podría haber hecho de otra manera?
4. ¿Cómo habríais actuado vosotros/as?

CENTRO DE INTERÉS 3: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 3: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

3.1. Centrándonos en el tema	191
Introducción y concepto	192
Educar y objetivos de la EpS	192
El comportamiento humano	193
La EpS y los nuevos valores del siglo XXI	195
Modelos de educación.	198
Tipologías de EpS	200
Aprendizaje significativo	203
Proyecto educativo en EpS	204
Algunas lecturas	207
3.2. Diseñando el programa	208
3.2.1. Objetivos y contenidos	208
Objetivo general	208
Contenidos:	208
Hechos, conceptos y principios.	208
Actitudes, valores y normas.	208
Procedimientos y habilidades.	208
3.2.2. Menú de actividades	209
Proceso de secuenciación de actividades	209
Actividad 1: Educar	210
Material 1A: ¿Qué es educar para nosotros?	211
Material 1B: ¿Cómo nos educaron?	212
Material 1C: Experiencias en Eps	213
Material 1D: Tipo de experiencias en EpS que conoces	214
Material 1E: Algunas ideas en circulación sobre EpS	215
Material 1F: Características del adulto en la educación	216
Actividad 2: Modelos educativos de EpS	217
Material 2A: Influencias de valores del momento para el grupo	219
Material 2B: Integración cultural. Caso de Fátima	220
Material 2C: Fábula del aguilucho	221
Material 2D: Curso sobre el sida	222
Material 2E: Caso problema de obesidad	223
Material 2F: Tipo de EpS individual. Caso de Juan	224
Material 2G: Carta desde la prisión de Soto del Real	225
Actividad 3: Elaboración de un proyecto educativo	227
Material 3 A: Aprender a analizar situaciones y problemas	228
Material 3B: Operativo antibotellón	229
Material 3C: Análisis de situación	230
Material 3D: Modelo de taller de un centro de adultos	231
Material 3E: Elaboración de un proyecto educativo	233
Material 3F: Modelo de cuestionario de evaluación	234

3.1 Centrándonos en el tema.



Introducción y concepto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1983 la Educación para la Salud (EpS) como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite.

Diferentes organismos abogan por la EpS como herramienta de salud. La OMS plantea en el ámbito del sistema sanitario la necesidad de la EpS en Atención Primaria de Salud (APS), dado su carácter de espacio privilegiado junto con la escuela. También la declaración de Alma Ata nombra la EpS como tarea fundamental en este ámbito, y en España la Ley General de Sanidad concreta este aspecto en su artículo 6 señalando que las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:

- A la promoción de la salud.
- A promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada EpS de la población.

La EpS ha obtenido buenos resultados en promoción y prevención de salud y se configura como una de las principales estrategias para conseguir el autocuidado de las personas y la competencia personal y social. La EpS mediante el aprendizaje significativo permite que la persona aprenda desde sus vivencias y conocimientos previos. Observando la realidad desarrolla sus capacidades, la reinterpreta y puede adoptar una actitud transformadora.

Para esta propuesta educativa la comunidad tiene que estar motivada para el cambio. El mensaje debe ser significativo, que conecte con su vivencia actual de los problemas de salud, con su trayectoria cultural, sus aspiraciones y sus experiencias de vida y de muerte.

En la promoción de la salud del siglo XXI son necesarias nuevas respuestas y se ha de estar firmemente comprometido con la responsabilidad social, conscientes de los nuevos determinantes, cambios, nuevos valores y amenazas de la salud. El desafío para los años venideros estará en reorientar los servicios sanitarios, en abrir el potencial inherente en muchos sectores de la sociedad, dado que sin su participación es imposible afrontar los principales problemas actuales de salud, y en conocer los condicionantes que la EpS tiene planteados.

Educar y objetivos de la EpS

Significado de educar ¿qué es educar? ¿Para qué debe servir?

Educación es sinónimo de aprender, estudiar, instruirse, cultivarse.

Educar, viene de “educere”, que significa “sacar de”, tiene que ver con la estimulación y la presión que se ejerce sobre el que aprende para sacar de sí mismo lo que tiene dentro. Orientar. Es opuesto a “inducere”, la acción de meter o rellenar la cabeza de conocimientos, como lo hacen en cierto tipo de centros de formación.

Educar es más que informar, pues no sólo aporta conocimientos que, aunque útiles a la educación, no lo son todo. Las personas disponen además de otros recursos personales, en el área emocional y en el de habilidades, y podrán desarrollar capacidades que les permitan modificar los comportamientos propuestos.

No se trata tampoco de “obligar” ni de “persuadir”, sino de facilitar el desarrollo personal para que las personas tomen decisiones de forma consciente y con autonomía sobre su propia salud.

Es el proceso intencional por el que las personas son más conscientes de su realidad y de su entorno.

Es un proceso integral porque amplía no sólo el área de los conocimientos sino el área emocional y el área de las habilidades, para poder estar capacitados en adecuar nuestro comportamiento a la realidad.

Es un proceso gradual, dinámico, activo, continuado, flexible, y supone necesariamente una intervención humana.

Es el proceso de construcción personal y, también social, de acuerdo con unos patrones socio-culturales.

La característica fundamental es enseñar a pensar y aprender desde la experiencia propia,

teniendo en cuenta creencias, actitudes, valores y habilidades. Esto requiere la conquista de la autonomía que es una de las finalidades de la educación para la salud. La EpS desarrolla, en definitiva, individuos capaces de vivir con salud y contribuye a hacer comunidades más humanizadas. Se van creando microespacios de vida saludable y se desarrolla un estilo integrador de comportamientos alternativos, que se convierten en una red de comunicación de la salud.

La educación para la salud recoge concepciones de diversas disciplinas, como la Psicología, Pedagogía y el Desarrollo Social, ya que enseñar es ayudar a aprender. Se parte de los enfoques de la pedagogía activa, interactiva e integradora, centrados en el aprendizaje significativo y el educando. Se diferencia de la pedagogía tradicional en que esta parte del “vaso vacío”, y sólo trabaja el área de los conocimientos.

Objetivos de la EpS.

Son los siguientes:

- Promover la reflexión y el análisis sobre todos los factores medio-ambientales, políticos, socioculturales, físicos y psíquicos que intervienen en los comportamientos de las personas.
- Desarrollar o reforzar comportamientos saludables. Involucrar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida.
- Prevenir enfermedades y conductas de riesgo.
- Proporcionar recursos y habilidades básicas para el autocuidado, la competencia personal y social, para resolver sus problemas de salud, generar comportamientos saludables y cambios sociales.
- Introducir aspectos individuales, como la autoestima, para hacer un aprendizaje saludable y el trabajo con la comunidad.

El comportamiento humano

El comportamiento humano es la forma de actuar de las personas. Influye en los aspectos manual, intelectual y de los conocimientos, conlleva una actitud y requiere de una predisposición, de un estado de ánimo.

Factores condicionantes.

El comportamiento cambia según determinados factores y circunstancias:

- Reglas y convicciones que rigen las diferentes situaciones (lugares de encuentro). Según sea en un pasillo, en la tienda, en el centro de salud, en el propio domicilio.
- En presencia de otras personas; si son conocidas o no. Si son adultos, niños, mujeres, u hombres. Si se tiene buena o mala relación.
- El tipo de respuesta que se reciba de los otros. Si las respuestas son positivas o negativas, si hay interés o no, si se aprecia preocupación o no.
- Por lo biológico. Estar sano o enfermo.
- Por el grado de motivación personal, familiar o social que se tenga. Según el tipo de necesidad, si trabaja o no, si las relaciones familiares son satisfactorias o no.

Nuestros comportamientos en salud son fruto de una elaboración personal donde entran en relación diversos factores como los señalados en la tabla 1.

Tabla 1

Factores moduladores de los comportamientos

<p>Cultura Valores Hábitos Creencias Actitudes</p>	<p>Conocimientos Experiencias previas Ideas Religión Relación con el medio ambiente</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia.

Cultura

Es la suma de valores, creencias, formas de utilizar los recursos y comportarse una población. Es el patrón de pensamiento y actuación de una población que se manifiesta a través de las actividades que realizan. Puede tener un arraigo muy antiguo y transmitirse de padres a hijos y, se basa en la experiencia.

Valores.

Son las convicciones más profundas de las personas, lo más importante para el ser humano y, por lo tanto, generan sentimientos. Las personas asumen y hacen propios los valores que caracterizan a la comunidad en la que viven y al grupo al que pertenecen, marcan diferencias entre culturas. Además ejercen influencias claras en el resto de individuos con los que interactúan, viven y tienen relación afectiva.

Hábitos

Se entienden como la forma particular de actuar una persona como consecuencia de la repetición de actos iguales o semejantes, o por tendencia instintiva. Tendencia a actuar de las personas de una misma manera en situaciones idénticas. Es un acto inconsciente que hace actuar a las personas de una manera que le es habitual. A veces se relaciona con las costumbres.

Creencias

Es el firme asentimiento y conformidad con algo, sin exigir demostración. Se relaciona con la fe ciega y va unida a la percepción y el recuerdo y nunca a la imaginación. Forma parte del modo de vida de una población e indica lo que es o no aceptado por la comunidad. Son firmes y difíciles de modificar, no responden a la lógica y dan lugar a comportamientos firmes.

Actitudes

Actitud es la disposición que tienen las personas hacia sí mismas y hacia los demás. Es en nuestro caso la predisposición, favorable o desfavorable, de los individuos mantenida en el tiempo, hacia actos relacionados con la salud.

Son el reflejo de nuestros gustos y aversiones. Dependen de factores relacionados con el instinto y los antecedentes. Son reacciones mentales producidas por valores.

Las actitudes se aprenden a lo largo de la vida y se pueden medir por medio de escalas. No son estáticas. Pueden variar de forma continuada.

Pueden estar determinadas por:

- Las relaciones familiares y sociales.
- Las propias experiencias.
- Las de otras personas que ellos valoren y respeten.

En el campo de la EpS se han perfilado modelos de conducta en salud que pretenden profundizar en el proceso de la conducta y en los cambios de la misma.

- Modelo informativo.
- Modelo de creencias en salud.
- Modelo Precede de Green.

Por otro lado los contenidos en la educación sobre temas de salud son los propios factores relacionados con los comportamientos humanos en salud como bien señalan Pérez Jarauta y Echaury.(Ver tabla 2)

TABLA 2
FACTORES RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS EN SALUD

TABLA 2			
A. FACTORES RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS EN SALUD			
Factores Ambientales	Entorno próximo		Entorno social
	Grupos sociales primarios Apoyo social		Condiciones de vida Recursos y servicios Valores Modelos culturales
Factores Personales	Área cognitiva	Área emocional	Área habilidades
	conocimientos capacidad cognitiva	creencias actitudes valores sentimientos	habilidad personal habilidad social habilidad psicomotora


```

graph TD
    A[ ] --> B[CAPACIDADES]
    B --> C[TOMA DECISIONES]
    B --> D[SITUACIONES]
    C --> E[COMPORTAMIENTOS]
    D --> E
  
```

Fuente: Perez Jarauta, M^aJ.; Echauri, M: Introducción. Educar en Salud.Gobierno Navarra.1998

El comportamiento en relación con la EpS

En el comportamiento humano en relación con la EpS, es útil conocer que:

- La probabilidad de que algo “malo” suceda es abstracta y el placer no lo es. Si se fuma por placer la persona no tendrá en cuenta la probabilidad de enfermar de cáncer de pulmón en ese momento.
- Pesan más las modas que el conocimiento de un riesgo. Un ejemplo es la práctica del “footing”.
- Pesan más los placeres que aquello que puede ser útil. Es el caso de los glotones con las dietas saludables.
- Pesa más la presión del grupo que el conocimiento que se tenga sobre un riesgo. Adolescentes que conducen una moto con el casco en el codo, por ejemplo.

La EpS y los nuevos valores del siglo XXI

Se hace necesario facilitar la reflexión y el debate, como lo hace M^a José Serrano en su libro “La Educación para la Salud del siglo XXI” sobre los temas o problemas planteados en el momento actual que tienen que ver con factores determinantes, como son los nuevos valores que están condicionando la EpS y a los que será necesario anteponer dinámicas sociales.

Las nuevas necesidades de salud de los ciudadanos y sus expectativas, sólo se pueden cubrir incorporando la participación de individuos responsables de su propia salud. Los servicios sanitarios han de responder a este nuevo planteamiento y será por ello necesaria también una reorientación de dichos servicios sanitarios.

La acción comunitaria será básica para lograr esa participación. Se tratará de desarrollar un modelo que gire en torno a tres conceptos: acción social en salud, participación social e intervención comunitaria, y se hará corresponsabilizando a los agentes sociales para generar nuevos recursos y cambiar comportamientos y actitudes. Para esta reorientación serán imprescindibles nuevos modelos de EpS frente a los tradicionales.

La OMS plantea la EpS relacionando el desarrollo personal y el enfoque social (concepción socio-ecológica de la salud) y señala una serie de prerequisites sociales para la salud como son, entre otros, la paz, la justicia social, los derechos humanos, la equidad, etc. Es desde este enfoque integrador, vinculante con el medio, desde donde señalaremos algunos elementos que en este nuevo siglo influyen en la EpS.

La compleja realidad actual

Indiscutiblemente los inicios de este siglo XXI no se parecen al pasado inmediato de hace 20-30 años. El mundo, nuestra sociedad, se ha transformado a velocidad de vértigo. Estamos introduciéndonos en una época donde domina la naturaleza compleja de las realidades sociales. En el campo de la salud se impone el modelo de determinantes de la salud y se abren importantes oportunidades educativas bajo una perspectiva multidisciplinaria y de participación de la comunidad. Situarnos como docentes en este mundo cambiante, discernir críticamente sus valores y perversiones, hará que descubramos cómo influye todo ello en nuestra tarea educativa.

Desde la realidad, la EpS ayudará a construir ciudadanos, educará creando una mentalidad crítica, cuestionante, desajustadora de la inercia y del acomodamiento.

¿Qué cambios podemos señalar como los más importantes?

Observamos gran número de cambios, algunos más influyentes que otros para la vida humana y la vida del planeta. Sin la pretensión de enumerarlos todos, analizaremos brevemente algunos.

Nuevos signos socioeconómicos y políticos. Globalización de la economía.

“Sello” de la sociedad que vivimos, la globalización es sinónimo entre otras cosas de las diferencias de salud entre países y dentro de los países. La disminución de estas diferencias sin embargo constituye dos de los veintinueve objetivos que para el siglo XXI nos plantea la OMS en el Documento Marco de la Oficina Europea.

Se trata del valor hegemónico del mercado como regulador de las relaciones humanas y del proceso de mercantilización del ser humano, “la pérdida del valor de lo público”. También se trata de la precariedad del empleo, del crecimiento de la marginación, de la insolidaridad y del crecimiento de las desigualdades sociales.

El fenómeno de la globalización es la difusión de la economía de libre mercado y del cambio tecnológico. Este fenómeno está dando lugar a una gran expansión económica en algunos ámbitos y países, pero viene acompañada por una deuda, una pobreza y unas desigualdades entre países y en el interior de estos cada vez más acusadas.

Las Naciones Unidas en su informe de 1992 sobre el desarrollo humano en el mundo señalaba para el último decenio del siglo XX “el crecimiento de la desigualdad entre ricos y pobres, bien sean países o bien sean gentes”.

El llamado “modelo vigente” tiene y tendrá en este siglo efectos en salud. Así lo reconoce de nuevo la OMS en su informe sobre la Salud Mundial de 1999 donde señala significativamente que el principal factor de mortalidad y causa primera de enfermedad y sufrimiento en todo el mundo es la pobreza extrema.

Cambios por los movimientos migratorios. Interculturalidad

Años atrás nos lo anunciaban voces escasamente escuchadas como las de Médicos del Mundo, Movimiento O,7, etc: “Las gentes de los países empobrecidos iban a trasladarse a los países ricos”. Pero a pesar de estas voces, el fenómeno de la emigración nos ha sorprendido. Lo nuestro hasta ahora había sido lo contrario, emigrar.

Este fenómeno abre posibilidades de gran pluralismo cultural, pero a su vez aparecen proyectos regresivos. Los emigrantes constituyen todo un desafío. Nos plantean la necesidad de construir, desde el pluralismo y la tolerancia, una sociedad abierta y multicultural. El sistema sanitario y

la EpS, deberán ser conscientes de este desafío.

Cambios epidemiológicos.

Existe un proceso de transición epidemiológica por diferentes causas:

- Cambios socioculturales, en el modelo de familia y en su papel social.
- Disminución de la natalidad.
- Aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento.
- Enfermedades de la civilización actual.
- Estilos de vida y hábitos de riesgo (drogas, alcohol, tabaco, ocio....).
- Aumento de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA.
- Explosión demográfica mundial.
- El grave riesgo medioambiental del planeta.

- Hedonismo-individualismo. Valor del cuerpo.

La mercantilización del propio cuerpo, la búsqueda sistemática del propio placer, la comercialización del erotismo, las dimensiones actuales de la prostitución, la pornografía, la pérdida de la dignidad del ser humano, la exaltación de los modelos corporales como paradigmas de cultura humana son algunas de las nuevas líneas actuales y de futuro. Frente a ello habrá que anteponer el sentido de una salud integral y el sentido de lo común.

Cambios en la perspectiva cultural y educativa.

El cambio en los diferentes instrumentos de socialización de la persona: la familia, la escuela, los grupos y los medios de comunicación y también los cambios y transformaciones del rol masculino y femenino, nos imponen una perspectiva crítica, participativa y multidisciplinaria en los temas de salud. Además nos obligan a situarnos como educadores para la salud en la necesidad de distinguir entre valores positivos y falsas creencias.

Comunicación-información.

La electrónica y los medios de comunicación actuales condicionan la visión de la realidad y de las personas. Condicionan también un método de aprendizaje nuevo, no alfabético, y acentúa el aprendizaje relacional. Observamos y hablamos frecuentemente de la revolución virtual, ese mundo universal cibernético de información y comunicación. El problema de la comunicación será un elemento clave para el trabajo educativo y la vida de relación. Será positivo huir de catastrofismo y de cantos de excelencia, y situarnos críticamente, siendo capaces de discernir lo peor y lo mejor. Los límites a esta revolución deberán ser siempre el ser humano y su bienestar.

Violencia y seguridad.

Está claro que la violencia no es un problema exclusivo de este nuevo siglo. La citamos porque dentro de la sociedad en que vivimos se produce y reproduce con formas diferentes: terrorismo en sus múltiples formas, violencia contra la mujer, violencia escolar, entre jóvenes, nacionalismos violentos, actitudes intolerantes y/o violentas en la calle, la carretera, el medio sanitario...

No es un tema menor. Encontramos toques de atención como el del experto Ramón Fernández Durán cuando hace referencia a la tele adicción tan frecuente en nuestra sociedad y entre la infancia. "no sólo provoca depresión larvada, pereza y abulia, sino inmadurez, asociabilidad, frustración y violencia". Este tema será de debate imprescindible y nuestra EpS deberá contemplarlo.

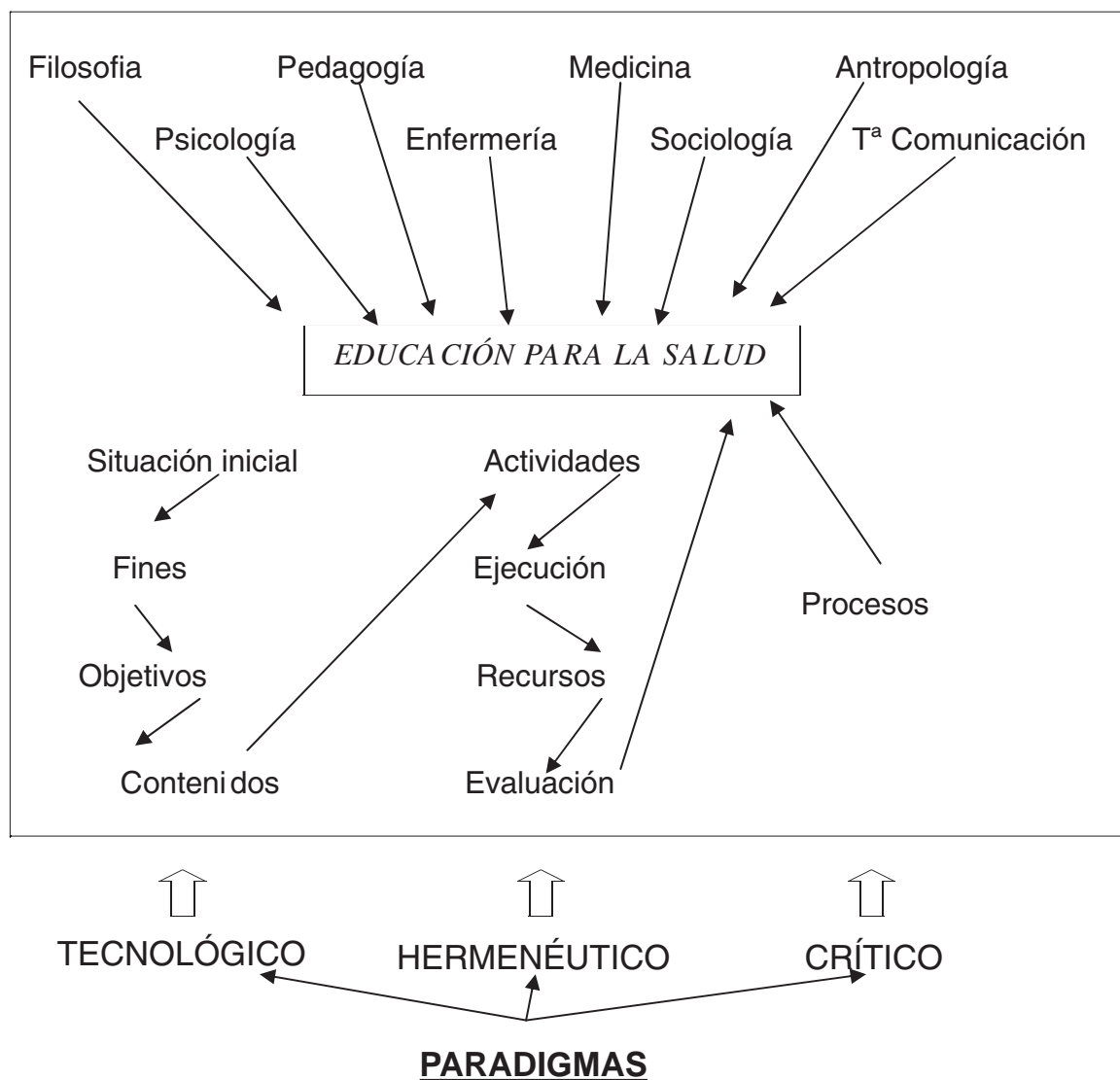
La Sanidad de los pueblos. Cambios en las respuestas institucionales a la enfermedad y a la promoción de la salud.

Como último signo de cambio en este nuevo siglo traemos el derecho a la salud como derecho básico reconocido por bastantes países. En otros sin embargo, más que un bien social es privilegio de pocos. Lamentablemente la propuesta formulada por la OMS en Alma-Ata (1978) de conseguir salud para todos en el año 2000 fracasó. Las perspectivas para este nuevo milenio son preocupantes. Las desigualdades en salud han quedado patentes en el informe que esta institución ha hecho sobre la situación sanitaria en el mundo (1999). De todo esto se desprende una tarea urgente: defender, mejorar y promover un sector sanitario público e integral, mejorar su calidad de servicios y su calidad de gestión. Este desafío para este nuevo siglo queda plasmado en el ya mencionado Documento Marco de la Oficina Europea de la OMS.

Modelos de educación

La Educación para la salud es un amplio conjunto de teorías y acciones, programadas en unos contextos de tiempo y espacio lo que constituye su curriculum y unidad de análisis como bien intentan sintetizarlo Sanchez Moreno, Ramos y Marset en la Figura 1.

Figura 1. Unidad de curriculum en la educación para la salud



Fuente: Sánchez Moreno,A; Ramos,E y Marset, P. En capítulo 15 Paradigmas y modelos de EpS del Libro I de Enfermería Profesional: Salud Pública Y Enfermería comunitaria. Ed Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid 1996

Y en otro orden, bajo una perspectiva compleja y actual, existe un paralelismo entre los paradigmas de las ciencias sociales y la EpS, según muestra la tabla 3.

En sociología los paradigmas proporcionan diferentes marcos filosóficos que engloban valores, creencias, ejemplos, y generalizaciones que resultan compartidas por grupos de personas. Tradicionalmente se habla de tres paradigmas, el tecnológico, el hermenéutico y el crítico o participativo, y son estos los que orientan y definen los diferentes modelos de EpS pudiéndose hablar de una **evolución paradigmática en Educación para la Salud**.

La consecuencia práctica de este planteamiento es la de poder distinguir entre los siguientes modelos de realizar EpS:

1. Modelo informativo preventivo

Trata de impartir conocimientos sobre la salud y pretende modificar los hábitos considerando la salud como algo individual que se consigue con la adquisición de conocimientos y de normas de higiene y de comportamiento. Es una EpS tecnológica.

Este modelo se centra en la mera información y no se plantea el ambiente, la cultura y la estructura social. La salud está fuera del contexto real. El modelo está ajustado al aprendizaje y a la transmisión de contenidos siendo su forma de comunicación unidireccional.

La iniciativa parte del educador/a y de las instituciones. A veces la metodología en este modelo, así como el proceso formativo, no permiten que el educando pueda realizar una estructuración mental adecuada y dificulta que se interroge a cerca de la problemática de salud en la comunidad, ni se fomenta la autorresponsabilidad en materia de salud. Es un modelo autoritario e individualista.

2. Modelo persuasivo, conductual y comportamental.

Pretende que la persona adquiera habilidades para cambiar su comportamiento adoptando conductas saludables en la convicción de que son las conductas saludables las responsables de la salud, siendo esta un fin en sí misma. Es una EpS práctica.

El inconveniente de este modelo es que se supone equivocadamente que los individuos son totalmente libres para elegir su estilo de vida al margen de la presión de su medio social, y además no deja sitio a la participación crítica del educando.

Este modelo sí se interesa por la cultura y por los valores de los grupos donde intenta actuar, y su base es la motivación y la persuasión para modificar comportamientos sin entrar en la reflexión de la acción comunitaria sobre las estructuras sociales responsables de dichos comportamientos.

3. Modelo participativo de desarrollo personal.

Este modelo trata de que la persona busque la vida diaria como una experiencia saludable presentándole como responsable de su salud, solidario y comprometido con los demás en el cambio de las estructuras sociales sanas e igualitarias. Es una EpS crítica.

Además entiende que las personas y su entorno están en una interacción que determina la salud. Se define entonces a la salud como proceso de transformación y adaptación al ambiente que se promueve desde el individuo y desde la comunidad.

Su perspectiva es plural, en ella participan y dialogan la comunidad, el educador sanitario y otros profesionales. En definitiva la nueva perspectiva en EpS participativa, crítica y emancipatoria no separa la salud de la estructura social donde pretende actuar, y desarrolla una conciencia social reduciendo las desigualdades ante la salud, investigando con la comunidad y poniendo énfasis en la participación.

Tabla 3. Estructura de Racionalidad en EpS.

	EpS tecnológica	EpS práctica	EpS crítica
Paradigma equivalente	Tecnológico	Hermenéutico	Participativo
Objeto de conocimiento	Objetivo	Subjetivo	Dialéctico
Fin	Leyes universales	Autorrealización	Emancipación
Metodología	Cuantitativa	Cualitativa	Cualitativa
Papel del sujeto	Receptor del conocimiento	Constructor del conocimiento	Utilización del conocimiento para la interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la Comunidad	Cliente	Contexto	Protagonista
Papel de la Educación para la Salud	Autoridad	Mediadora para la autonomía personal	Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad

Fuente: Adaptación de Sánchez Moreno, A; Ramos, E y Marset, P. Libro I de Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería comunitaria. Ed Mc Graw-Hill-Interamericana. Pag 372, Madrid 1996

Tipologías de EpS

En los últimos años se ha ido avanzando en la clasificación y sistematización de los diferentes tipos de intervenciones en este campo. Cuatro son los tipos más frecuentes de intervención desde la Atención Primaria de Salud:

- Consejo/información: es una intervención breve que se dirige a usuarios, aprovechando una consulta profesional, de demanda o programada.
- Educación individual: serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario
- Educación grupal o colectiva: serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.
- Promoción de salud: aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Además de la educación para la salud, incluye otros tipos de estrategias: información y comunicación a través de los medios de comunicación social, acción social y medidas políticas, técnicas o económicas.

Las actividades comunitarias incluyen estos dos últimos tipos.

Características de la EpS individual, grupal y comunitaria

En principio es sencilla la división establecida entre EpS grupal y EpS individual, que no son excluyentes sino complementarias. Cualquiera de los tipos de educación, la individual y

la grupal son útiles y se complementan.

La elección de los tipos y la utilización de técnicas pedagógicas, que no son meras informaciones sino una comunicación bidireccional, dependerá de los grupos y/o problemas de salud.

EpS individual.

Tiene mayor posibilidad de individualización de los contenidos y del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se realiza a través de sesiones educativas en consulta médica o de enfermería. Es la más adecuada en la fase postdiagnóstica de un proceso o situación que requiera un cambio. Lo podemos dividir en:

- 1- Fase inmediata o de conocimientos imprescindibles.
- 2- Fase de ampliación o de conocimientos básicos.
- 3- Fase de profundización o de conocimientos óptimos.

Su finalidad es promover el interés de la persona hacia el cuidado de su salud. Las medidas a emplear son: la demostración, la exposición, el entrenamiento personalizado, la autoobservación, la información y la discusión interactiva.

EpS grupal.

La EpS grupal tiene mayor eficacia educativa, aunque nunca sustituye a la educación individual. Conviene introducirla cuando ya se han impartido y asimilado conocimientos básicos mediante la EpS individual. Requiere de tiempo para su programación, realización y evaluación; se puede realizar en grupos o en la comunidad, en el centro de salud o en locales comunitarios.

La EpS con grupos favorece la comunicación y el aporte multidireccional de información entre todos los participantes, es menos culpabilizadora, permite la socialización de experiencias, favorece más el cambio de alternativas y permite la utilización de algunos métodos y técnicas que no son posibles en EpS individual.

La educación para la salud tiene diversos escenarios y ámbitos de acción: educación formal y no formal.

La educación formal se adquiere dentro del sistema educativo escolarizado. Es éste un escenario ideal para desarrollar la educación para la salud con los padres, maestros y promotores a través de implementar pactos entre los sectores educativo y de salud, debido al vínculo que se establece con la comunidad, y que facilita la promoción de acciones comunitarias.

Los sistemas de educación no formal. En estos escenarios se estructuran cursos y programas para la población y las familias, en donde se desarrollan actividades aplicando metodología de educación para adultos.

Las tipologías de EpS grupal pueden llevarse a cabo sobre:

- Estilos de vida.

Se trabaja sobre cambios de comportamiento en salud pero teniendo en cuenta las condiciones de vida que los condicionan. En nuestra sociedad determinadas enfermedades y problemas de salud como eventos cardiovasculares, algunos cánceres, accidentes con altas tasas de morbilidad e importantes consecuencias personales, familiares, políticas y sociales, se relacionan con estilos de vida y comportamientos individuales y, admiten la posibilidad de una posición activa por parte de la propia persona.

La disminución y el control de factores de riesgo en determinados sectores de la población y/o en determinadas personas, proporcionan enormes beneficios en promoción de salud y prevención de enfermedades.

Los estilos de vida o la manera general de vivir, en la cual interactúan factores de todo tipo como economía, política, cultura, la vida familiar, el trabajo, las tradiciones y costumbres, y la etapa vital en la que se encuentre cada uno, hacen algunas maneras de vivir más atractivas, factibles y apropiadas que otras. Para ello la estrategia de PS incluye intervenciones en el entorno físico, cultural y económico para que las opciones saludables sean las más fáciles de elegir. Por ejemplo:

Ayudar a dejar el hábito del tabaco.

- Educación alimentaria.
- Ayudar a controlar la ansiedad. Manejo del estrés.
- Educación sobre riesgos y estilos de vida en adolescencia, juventud, en la edad adulta, en minorías étnicas.
- Educación para la prevención de riesgos en adolescentes.

- Etapas vulnerables ó transiciones vitales.

Son el conjunto de acontecimientos vitales que requieren, por parte de la persona, elaboración emocional, cambios significativos de su forma de vida e incluso de su propia identidad, y adaptación a un nuevo período de su existencia. Estos acontecimientos suponen crisis psicosociales de mayor o menor peso. En este caso se trabaja sobre los procesos de cambio y remodelación personal. Se intenta capacitar previamente a las personas para abordar los cambios y para el manejo y elaboración de la propia situación, así como en la capacitación en autocuidados físicos y emocionales. Por ejemplo:

- Educación para embarazo, maternidad / paternidad.
- Pérdida del trabajo o jubilación.
- Duelo, enfermedad o incapacidad en miembros de la familia.
- Educación parental.
- Educación para la salud con mujeres en la perimenopausia.
- Educación con grupos de personas cuidadoras.
- Educación con personas mayores.

- Procesos crónicos .

Son diversos procesos, cada uno de los cuales muestra una amplia variabilidad de presentación y tienen diferentes consecuencias negativas en la salud y en la calidad de vida, con restricciones frecuentes en las actividades de la vida diaria, grandes costes personales, familiares y sociales.

La educación para la salud constituye una herramienta fundamental en la atención a estos procesos y forma parte del tratamiento. Se trabaja especialmente el autocuidado y el control de la enfermedad, el uso racional de recursos y la aceptación y socialización del rol del enfermo en su contexto personal, familiar y social.

Las personas, tras ser diagnosticadas de una enfermedad crónica presentan necesidades educativas. La aceptación de la enfermedad, los autocuidados y su control. (ver Centro de Interés 2: Autocuidado). Son ejemplos:

- Educación en diabetes.
- Educación en hipertensión arterial.
- Educación en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.
- Educación en artrosis.
- Educación en obesidad.

Son actividades para que en el grupo se desarrollen capacidades y para manejar la situación de salud de que se trate.

- Dinamización social y desarrollo comunitario en salud.

Se pretende contribuir a fortalecer la conciencia social y favorecer la capacitación sobre el proceso de salud-enfermedad, los sistemas de atención a la salud y los mecanismos de participación comunitaria en salud. Se trata de realizar un trabajo con la comunidad de educación crítica, que respete al individuo, potencie su autonomía, tenga en cuenta las características socio-culturales y económico-sanitarias del grupo humano donde se realiza, y favorezca la maduración y el desarrollo personal.

Hay que escuchar a la comunidad, pues es ella en gran medida la que se ocupa de promover la salud, invirtiendo medios de instrucción, actividades sociales, recreativas, y protección del medio- ambiente. Cuando la comunidad se interesa plenamente por todos los aspectos del desarrollo sanitario, las nuevas ideas y prácticas se difunden amplia y rápidamente. Ella no sólo tiene que participar en el proceso educativo, sino en los resultados.

El logro máspreciado de la participación comunitaria tal vez consista en llegar a la gente de difícil acceso aceptando las condiciones de ésta.

Es este un proceso en el que es posible plantearse nuevos retos como el abordaje bio-psico-social de nuevos problemas de salud con una estrategia educativa multifactorial en la que grupos de personas se reúnan con la finalidad de la participación que es un elemento clave.

La población además tiene libertad para poder opinar e intervenir, y es capaz de identificar problemas y trabajar en los mismos, de buscar soluciones, de diseñar un programa para encontrar recursos, y fomentar el asociacionismo. Se trata de una comunidad que quiere estar formada y que valora el cuidado de la persona de manera integral.

Aprendizaje significativo

Características

Para aprender los contenidos que se han de trabajar en la EpS, se considera esencial un aprendizaje significativo, por el cual la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y modelos cognitivos previos, reorganizándolos y modificándolos ante nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. Es el modelo priorizado en EpS por el que optaremos al ser el más utilizado y el que mejor se adecua a la población diana.

El objetivo fundamental de la educación es el aprendizaje en las tres áreas de la persona: la cognitiva (pensar), afectiva (sentir) y psicomotora o de las habilidades(hacer).

Un aspecto muy importante para lograrlo es el desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje eficaces. El proceso que posibilita a los educandos queda reflejado en la tabla 4.

Tabla 4: PROCESO DE ENSEÑANZA / APRENDIZAJE

1. Conocer y expresar la situación: Investigar la realidad
2. Profundizar en ella: <ul style="list-style-type: none">- Desarrollar y reorganizar conocimientos.- Analizar diferentes aspectos.- Reflexionar sobre el área emocional.
3. Actuar y afrontar su situación: <ul style="list-style-type: none">- Tomar decisiones. Decidir la acción sobre su realidad.- Desarrollar los recursos y habilidades.- Experimentarlas en la realidad.- Evaluarlas.

Fuente: Pérez Jarauta, M^aJ.; Echauri, M: Introducción. Educar en Salud. Gobierno Navarra.1998.

En el proceso de aprendizaje hay que tener en cuenta el proceso de cambio de comportamiento que pasa por las siguientes fases según lo plantea Rochon:

1. Conocer el problema y estar interesado por él.
2. Sentir la necesidad de tomar una decisión.
3. Tomar una decisión.
4. El intento.
5. Adoptar.
6. Interiorizar.

En la práctica se trata de que el/la educador/a facilite a los educandos el conocimiento de su situación y hablar de ésta. Primero hay que escuchar de forma activa y ayudarles a pensar más que pensar por ellos, no ofrecerles soluciones, sino facilitar que lleguen ellos/as a las suyas propias. Se trata de promover comportamientos. Creando un clima tolerante, con un rol de facilitación, de ayuda y apoyo (para conocer el rol del educador remitirse a la Introducción de la guía).

Variables del adulto

Los adultos presentan algunas variables importantes para el aprendizaje que hay que tener en cuenta en EpS (tabla 5).

Tabla 5: VARIABLES DEL ADULTO

<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en el aprendizaje. - Escaso hábito de estudio. - No identifican bien los conceptos claves. - Escaso hábito de lectura. - Dificultad para esquemas cognitivos nuevos. - Temor al ridículo/inseguridad. - Lo aprendido deberá ser coherente con su experiencia y útil. - Piensan que se aprende de una vez por todas. - Dudas y temores al iniciar la formación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temor al examen. - No tienen tiempo para el estudio. - Tensiones laborales y familiares. - Resistencia al cambio. - Ansiedad. - Timidez/protagonismo. - Impaciencia. - Motivación. - Emotividad. - Curiosidad. - Llegan cansados del trabajo. - Mayor capacidad crítica.
---	---

Fuentes: González, E: Los adultos y la educación sociopolítica. Ed Popular, Madrid, 1980 y Viladot, G; Romans, M: La educación de adultos. Cuadernos de Pedagogía. Laia, Barcelona, 1988

Proyecto educativo en EpS

Concepto:

El modelo de trabajo educativo es sistemático y programado, no es improvisado y sí intencional. Debe ser preparado, para obtener resultados y utilizar los recursos de manera adecuada. Para cualquier trabajo en EpS es necesario realizar un proyecto educativo. En nuestro caso la opción será habitualmente la de un proyecto de EpS grupal.

Etapas:

Distintos autores han planteado una serie de pasos en la programación en EpS con grupos:

A. Introducción-justificación:

Es la primera parte de un proyecto, donde se argumenta por qué se elige un determinado problema. El origen de la intervención educativa puede ser diverso:

- Por la demanda de la población que evidencia una determinada problemática a través de asociaciones, centros escolares...
- Por la motivación profesional ante pacientes con patologías psicosomáticas, enfermos crónicos, multifrecuentadores, grupos de riesgo, etc.
- Por la importancia del tema a tratar dada su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y coste/beneficio.

B. Análisis de situación o de las necesidades.

Pretende conocer la situación de la que partimos, después se verá si el problema es susceptible de intervención a través de EpS, realizando una revisión bibliográfica.

Creemos que es el elemento inicial y necesario de todo proyecto que pretenda ser educativo.

Se debe realizar un estudio de la repercusión del problema de salud. Si el proyecto es pertinente y es factible y está definido el perfil del grupo diana se establecerá la formación del mismo de acuerdo a unos criterios de inclusión.

Una vez formado el grupo se analizará las necesidades de aprendizaje en relación con los factores que determinan su comportamiento.

En el análisis de situación es necesario además plantearse algunas preguntas:

- ¿Qué analizar? ¿Cómo analizar? ¿Qué necesidades detectamos?
- ¿Qué resultados obtenemos?
- ¿Qué perfil tiene el grupo diana?
- ¿Cuál es su comportamiento en lo referente a su salud?: valores, creencias, actitudes, etc.

Grupo diana

Se trata de identificar el grupo humano hacia el que nos dirigimos y sobre el que vamos a actuar. Cuanto mejor lo definamos, mejor podremos diseñar la intervención y más apropiada será a sus características. Hay datos fundamentales que nos permiten definir la participación de las personas implicadas en el proceso de aprendizaje y nos permite adecuar la metodología a emplear:

- Condiciones biológicas; sexo, y edad.
- Nivel de instrucción.
- Capacidades intelectuales y culturales.
- Nivel socioeconómico.
- Exposición al riesgo.
- Intereses y motivación.
- Participación en la comunidad.
- Experiencias educativas anteriores sobre el tema.

En EpS la población diana de los proyectos educativos se vincula con todas aquellas personas relacionadas con los procesos de enseñanza–aprendizaje, formadores y muy especialmente futuros agentes comunitarios de salud.

Cómo actuar en un análisis de situación.

Basaremos fundamentalmente nuestro análisis en:

- La percepción de la gente.
- Las estadísticas sociosanitarias y las técnicas de análisis cualitativas o cuantitativas.
- La experiencia de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales de la zona.
- Nos podrá ayudar la bibliografía.

C. Contenidos y objetivos

Contenidos:

Es todo aquello sobre lo que versa el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es fundamental que los contenidos a trabajar respondan a las necesidades, problemas, intereses y motivaciones que los participantes han priorizado en el análisis de su situación y que se irán delimitando más a lo largo de las sesiones educativas. Son los temas a tratar en las tres áreas del aprendizaje: área cognitiva, área afectiva, área de habilidades.

Objetivos:

En todo proyecto educativo de salud siempre existe un objetivo claro, la promoción de la salud y el resto son formulados en función de las necesidades.

Para hacerlo operativo formularemos uno, que llamaremos objetivo general, y desarrollaremos su contenido mediante algunos otros de resultados, que llamaremos objetivos específicos.

• **Objetivo General:** define lo que nos proponemos conseguir y será alcanzado a través de los objetivos específicos.

Puede ser:

- De salud. Ejemplo: Contribuir a mejorar la salud en los diabéticos.
- Educativo. Ejemplo: Capacitar a los diabéticos para los autocuidados.

• **Objetivos específicos** Concretan más lo que nos proponemos. Nos dicen como hacer operativo el objetivo general. Todos ellos tratarán de responder a las necesidades detectadas en el análisis de situación y fijarán la nueva realidad que se pretende conseguir con la intervención educativa.

Pueden ser:

- Ambientales: contribuyen a que se formen grupos de acción comunitaria, de autoayuda, de educación social, etc.
- Educativos: se plantean desde el punto de vista del aprendizaje. Para facilitar su elaboración se recomienda utilizar infinitivos relacionados con cada una de las tres áreas del aprendizaje: área del conocimiento, área afectiva y área de habilidades.

D. Metodología:

En la programación de un proyecto educativo de EpS grupal es necesario definir un método para que todas las personas sigan los criterios que están establecidos. Por este motivo hay que delimitar:

- Captación.

- Número de sesiones.
- Duración de las sesiones.
- Periodicidad.
- Temporalización.
- Lugar.
- Número de participantes.
- Sesiones educativas.

En cada sesión se programarán: las técnicas educativas a emplear, el tipo de agrupación (todo el gran grupo, o grupos reducidos en cada técnica), el tiempo que se va a emplear, y los recursos a utilizar.

Para lograr aprendizajes significativos, se utilizan técnicas grupales activas, seleccionando las más adecuadas a los objetivos que pretendemos, se pueden combinar según sean más útiles o no a los objetivos propuestos.

Vaccani plantea cinco grandes grupos de técnicas educativas para trabajar con grupos de adultos reflejados en la tabla 2 de la Introducción en el apartado de orientaciones al trabajo educativo de la Guía.

E. Recursos

Se han de determinar en cada proyecto los recursos humanos y las funciones de cada uno y los materiales con los que se va a contar.

F. Evaluación

La finalidad principal de la evaluación educativa es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso del aprendizaje, coordinando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros manifestados.

- .Quien evalúa:

Las y los educadores, las y los educandos y las y los observadores.

- .Qué se evalúa:

- .Los resultados: el grado de consecución de los objetivos en las tres áreas del aprendizaje.
- .El proceso: idoneidad de la metodología y de las actividades (asistencia, participación, grado de consecución de las actividades previstas, adecuación al grupo de los objetivos y contenidos, actividades y tareas, etc.) así como la programación.
- .La estructura: la adecuación de los recursos (local, duración de las sesiones y del curso, horario, recursos didácticos y personales).

- .Cómo se evalúa: se usan procedimientos muy variados e instrumentos.

- .Técnicas cuantitativas: cuestionarios.
- .Técnicas cualitativas: observación sistemática con guión, análisis de tareas, análisis de materiales, etc.

- .Cuándo se evalúa: de forma continuada, a lo largo de todo el proceso.

- .Evaluación de algunas actividades educativas durante cada sesión educativa.
- .Al finalizar el proyecto del conjunto de sesiones.

G. Memoria del proyecto.

- Es el reflejo del proceso y de los resultados de un proyecto educativo.
- Facilita la puesta en marcha del proyecto en futuras ocasiones.
- Permite el intercambio de experiencias con otros educadores.
- Facilita la evaluación a largo plazo de las intervenciones grupales.

La memoria del proyecto se compone de: introducción, síntesis de contenidos, evaluación, conclusiones, recomendaciones y anexos para la inclusión de todos los materiales utilizados en el proyecto (documentos de captación, cuestionarios, técnicas educativas, etc.).

Algunas lecturas

Ancizu E, Chocarro J, Perez Jarauta MJ. Guía educativa para promover la salud de las personas con enfermedades crónicas. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Instituto de salud Pública 1993.

Antons,K : Práctica de la dinámica de grupos. Ejercicios y técnica. Biblioteca psicología. Ed Herder. Barcelona. 1990.

Benito,LF, Berlanga,M; Cobertera,M; y col.: Metodología en Educación para la salud. Documento 10: Ed Insalud. Área 1. Atención Primaria. Madrid 1997

Costa, M; López, E: Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Ed Pirámide. Madrid, 1996.

Dirección provincial de Madrid. Grupo de EpS: Recomendaciones metodológicas para elaborar un proyecto educativo. Ed Insalud, Madrid .1999

Freire, P. La educación como practica de la libertad. Ed. Siglo XXI . Buenos Aires 1973.

González, E : Los adultos y la educación sociopolítica. Ed Popular, Madrid, 1980 .

Maeso Villafañá J, Arana Manzano E, Sánchez Ruiz M^a A. La educación para la salud en los Programas de Salud de Atención Primaria Unidad 155 Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 1993.

OMS: Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. OMS. Ginebra 1989

OMS, Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. Rev San. Hig. Pub. 1987; 61:129-33.

Pérez Jarauta MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J, Vilches C. Material del Curso de Metodología de Educación para la Salud grupal. Instituto de salud Pública. Navarra 1997.

Pérez Jarauta, M^aJ.; Echauri, M: Introducción. Educar en salud. Gobierno Navarra.1998.

Pérez Jarauta, M^aJ.; Echauri, M: En la madurez... Guía para promover la salud de las mujeres. Edita Gobierno de Navarra, 1996.

Rochon, A: Educación para la salud. Guía practica para realizar un proyecto. Ed Masson. Barcelona 1992.

Romero Izarra, Gonzalo: De dentro afuera (y viceversa) Narraciones con dolor de fondo Ed.Torre. Madrid. 2000.

Sabater, Fernando: El valor de educar. Ed Ariel. 7^a edición. Barcelona. 1997

Salleras Sanmartí, L: Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones- Ed Díaz de Santos, 1990.

Sánchez A, Ramos E, Sánchez V. Marset P. Estructuras de racionalidad en Educación para la Salud. Rev.San.Hig.Pub.1995;69:6-15.

Sánchez Moreno, A; Ramos,E y Marset, P. En capitulo 15 y 16 del Libro I de Enfermería Profesional: Salud Pública Y Enfermería comunitaria. Ed Mc Graw-Hill-Interamericana. Pags 367 –415. Madrid 1996

Serrano González, M^a Isabel. La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud. Ed Díaz Santos. 1999.

Tones, BK: Educación para la salud, ¿prevención o subversión? En Quadern Caps: Tendencias actuales en educación sanitaria nº 8, 1987: 27-38.

Uribe, JM : Educar y curar. El diálogo cultural en atención primaria. Ministrerio de Cultura. Madrid, 1996.

Vaccani, R: L'Animatore come strumento di apprendimento. Università L. Bocconi. Milán, 1996.

Vaccani, R: Strumenti didattici e finalitá formativa. Università L. Bocconi. Milán, 1996.

Viladot, G; Romans,M : La educación de adultos . Cuadernos de Pedagogía. Laia, Barcelona, 1988

YaKarta : La promoción de salud hacia el siglo XXI. Rev. De Administración Sanitaria Vol II. Número 5. Enero /marzo 1998.

3.2. Diseñando el programa

3. 2.1. Objetivos y contenidos

Objetivo general

Promover la reflexión entre los/las participantes sobre las posibilidades de la EpS, acercarlos a un conocimiento básico de la misma, y dotarles de algunas habilidades imprescindibles para desarrollar proyectos educativos encaminados a promover cambios en sentido positivo para la salud.

Contenidos

Hechos conceptos y principios.

- La EpS como instrumento de Promoción de la Salud.
- Objetivos de la EpS.
- Comportamiento humano. Factores condicionantes.
- Valores del siglo XXI que condicionan la salud y la EpS.
- Modelos educativos.
- Educar y educación para la salud. Tipologías.
- Aprendizaje significativo.
- Etapas de un proyecto educativo.

Actitudes, valores y creencias:

- Actitud favorable al trabajo grupal.
- Promoción de las actitudes de socialización en el grupo como facilitadoras del aprendizaje.
- Defensa desde la EpS de los valores positivos que contribuyen en la sociedad a que la vida sea más saludable.
- Actitudes de responsabilidad, solidaridad y asociacionismo.
- Actitud positiva hacia el aprendizaje y los cambios.
- Actitud positiva a la participación comunitaria utilizando la EpS.
- Actitudes de reflexión y análisis crítico de la realidad.

Procedimientos y habilidades:

- Identificar problemas, demandas y necesidades de la población que justifiquen una intervención de EpS.
- Preparación para la toma de decisiones en promoción de la salud.
- Diseño de un proyecto educativo básico.
- Habilidades para el trabajo grupal.
- Desarrollo de recursos educativos que consigan mejorar la competencia personal y social.
- Diferenciación entre los diversos modelos educativos.
- Reflexión crítica sobre los valores actuales.

3.2.2. Menú de actividades

Educación.

Objetivo: conocer y desarrollar el significado de educar, facilitar la expresión de conocimientos y experiencias vividas en relación con la Eps, sentir la necesidad de la educación en el trabajo en salud y detectar las características del adulto en el aprendizaje y señalar algunos valores que influyen en la EpS de esta sociedad.

Actividad 1: Educar.

Modelo educativo en EpS

Objetivo: conocer las distintas maneras de educar para la salud, profundizar en el proceso del aprendizaje significativo y sus características, valorar el contexto social, ambiental y personal que modula la EpS, profundizar sobre las dificultades que, como adultos, esperan ante la educación en general y la Eps en la comunidad, animar a pensar que existen otros condicionantes a tener en cuenta, valorar el arte de aprender.

Actividad 2: Modelo educativo en EpS.

Elaborar un proyecto educativo

Objetivo: capacitar para la realización de un proyecto educativo y desarrollar habilidades personales y sociales en la consecución de cambios positivos para favorecer la autonomía personal.

Actividad 3: Proyecto educativo.

Proceso de secuenciación de actividades:

Para facilitar el aprendizaje más eficaz de cualquiera de los objetivos y contenidos a trabajar parece más útil posibilitar un proceso de secuenciación de las actividades con las siguientes fases:

Investigando su realidad_____consciencia de su realidad

Actividad 1: Educar.

Profundizando en el tema_____reelaboración de su realidad

Actividad 2: Modelos educativos en EpS.

Abordando la situación_____acción sobre su realidad

Actividad 3: Elaboración de un proyecto.

Actividad 1: Educar

Se trata de analizar, reflexionar y poner en común las distintas vivencias del grupo en relación al concepto de educación, teniendo en cuenta algunas ideas que circulan en relación con la EpS. Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Qué es educar. Se plantea analizar las ideas del grupo en relación con el concepto de la educación. (Tormenta de ideas. Material 1 A) El educador o educadora plantea la pregunta: “Qué es educar para vosotros”. Cada participante dice por lo menos una idea sobre lo que piensa a cerca del tema. El educador o educadora las recoge fielmente por sumatoria en rotafolio o pizarra, para después agrupar ordenadamente en función de los diferentes aspectos. Luego, en grupo, se realiza una discusión sobre las ideas anotadas para llegar al resumen y devolución de las conclusiones.

¿Cómo nos educaron? Se plantea que los participantes valoren y contrasten sus experiencias a cerca de cómo fueron educados (Rejilla- Material 1B). Se puede completar con una breve exposición sobre el concepto de educar (ver Centrando el Tema).

Claves: Educar no es sólo informar. Es un proceso integral porque amplía, no sólo el área de los conocimientos, sino el área emocional y el área de las habilidades, para tener capacidad para adecuar nuestro comportamiento a la realidad. Es un proceso gradual, dinámico, activo, continuado, flexible de construcción personal y social.

Experiencias de los educandos referentes a la Eps. Se plantea recoger las experiencias de los participantes en la EpS (Rejillas -Material 1C y 1D). Si el grupo es grande se harán subgrupos de 5 ó 6 personas y se trabaja durante un tiempo. Un miembro de cada grupo hace de portavoz. Se recogerán las informaciones sobre experiencias de los educandos por sumatoria y fielmente en el grupo grande para resumir y devolver las conclusiones.

Claves: No es igual la educación que se recibía en el pasado que la actual. Hay aspectos que nos ayudan a aprender y otros que nos entorpecen.

Algunas ideas en circulación sobre la educación para la salud. Se plantea analizar las ideas de cada persona y del grupo que circulan en su entorno sobre la educación en relación a la salud (Material 1E-Tormenta de ideas). El/la educador/a puede plantear las preguntas y cada participante dice por lo menos una idea sobre lo que piensa a cerca del tema. El educador o educadora recoge por sumatoria en rotafolio o pizarra, para después agrupar ordenadamente en función de los diferentes aspectos. Puesta en común. Resumen y análisis de conclusiones.

Clave: Remarcar la importancia de la EpS para capacitar a las personas en su cuidado y el papel de los distintos agentes educadores: familia, grupos de amigos, escuela, centros sanitarios y educativos y medios de comunicación.

Características de los adultos para la educación. Se plantea analizar las ideas del grupo con relación a posibles dificultades para el aprendizaje del adulto que hay que tener en cuenta en EpS. Mediante una rejilla (Material 1F) se trabaja en grupos pequeños y luego se pone en común en el grupo grande recogiendo el educador/a todas las opiniones. A continuación se hace una breve lección participada resumiendo las características del adulto como se expone en Centrando el Tema.

Claves: No tienen tiempo de estudiar, escaso hábito de estudio, llegan cansados del trabajo, curiosidad, motivación, capacidad crítica, etc.

Material 1A

¿Qué es educar para nosotros y nosotras?

Expresa en 1 ó 2 palabras lo que te sugiere la palabra educación.

Síntesis tras la tormenta de ideas.

Material 1B

¿Cómo nos educaron?

Recuerda algunos hechos relevantes en tu educación.

Aspectos positivos:

Dificultades:

Material 1C

Experiencias en EpS

Comenta tus experiencias y vivencias con relación a la Educación para la Salud

Respecto a:

- Educación para la Salud.
- Como educadores/as en la comunidad.
- Como educandos/as, en el ámbito individual o grupal.

Aspectos positivos:

Dificultades:

Material 1 D

Tipo de experiencias en EpS que conoces.

Comenta tus experiencias y sentimientos, positivos o negativos, sobre actividades de Eps de diferentes tipos y en diferentes ámbitos.

	Positivo	Negativo
En el Centro de Salud		
En el hospital		
En locales de tu comunidad		

Material 1E

Algunas ideas en circulación sobre educación par la salud.

Comentad las diferentes ideas sobre la EpS.

La visión social de la EpS.

- ¿Cómo valoráis la necesidad de la Educación para Salud?.
- ¿Como la valoran vuestro barrio, comunidad, asociación?.
- ¿Qué agentes educativos conocéis?.
- ¿Cuáles creéis que son los más importantes?.

Material 1F

Características del adulto en la educación.

Comenta, según tu experiencia y vivencias como alumno/a de un taller de educación para la salud o de una escuela de adultos, las dificultades que has tenido con respecto a:

- Comprensión de los contenidos.

- El modelo de clase.

- Duración y horario del taller.

- Con respecto a tu familia.

- Con respecto a tu tiempo libre.

- Otros aspectos que quieras comentar.

Actividad 2. Modelos educativos en EpS

Se trata de que los y las participantes analicen los principales valores del momento actual para el grupo, y que reconozcan cómo están influyendo en su vida y en sus comportamientos en salud, profundizar sobre los modelos educativos y más concretamente sobre el aprendizaje significativo y el estilo educativo que propicie la participación.

Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Influencias de los principales valores del momento actual para la salud.

Mediante un debate en dos bandas se discute el tema y sobre los diferentes aspectos del mismo (Material 2 A). La discusión puede estar estructurada en dos grupos, uno defenderá las influencias positivas en función de los determinantes que se señalan y el otro expresará las influencias negativas. El/la educador/a moderará la discusión y finalmente sistematizará y devolverá al grupo lo discutido.

Clave: Interesa remarcar los aspectos de los valores culturales actuales que influyen sobre los comportamientos en salud en sus dos vertientes.

Valores dominantes de la sociedad.

Se realiza una lectura individual del Caso de Fátima. Análisis de texto (Material 2B) en pequeños grupos. Después se discute mediante preguntas dirigidas sobre los diferentes aspectos del texto, en este caso un recorte de prensa. Se hace una puesta en común y discusión en grupo grande. El educador/a al final sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.

Se sugiere también utilizar otros textos narrativos, mensajes publicitarios o canciones sobre distintos modelos socioculturales de aspectos como la belleza, el consumo, los roles masculino-femenino, etc...

Claves: Se trata de reflexionar sobre las propias actitudes, comportamientos, soluciones, etc. a cerca de valores dominantes de nuestra sociedad, como en este caso de integración cultural y el papel de la mujer en la actualidad. La sociedad occidental tiene valores dominantes que no corresponden con otras culturas y que quiere imponer. Mensaje positivo a la integración, el respeto a otras culturas y a la multiculturalidad.

La fábula del aguilucho. Los/las participantes reflexionan y analizan algunas variables y estilos educativos. Lectura individual del texto (Material 2C), y luego en pequeños grupos leen, piensan y discuten la fábula y las preguntas. Después puesta en común y discusión en grupo grande.

Claves: Se aclaran dudas sobre las variables que configuran los estilos educativos. Se recalca la importancia del modelo que intenta potenciar al máximo las potencialidades de cada uno y el desarrollo personal.

Textos narrativos sobre modelos de EpS. Análisis de texto (Material 2D).

Igualmente se realiza lectura individual o en pequeños grupos. Después los/las participantes leen, piensan y analizan el modelo educativo que expresa el texto.

En la puesta en común y discusión en grupo grande se ofrecerán otras situaciones con modelos educativos más adecuados.

Claves: Se trata de hacer una reflexión crítica del modelo predominantemente informativo que plantea el texto y ofrecer alternativas más participativas. Se completan dudas sobre los diferentes modelos educativos.

Respuestas frecuentes del sistema en la vida cotidiana. Se trabaja con un caso el problema de la obesidad utilizando una charla educativa (Material 2E). Se pretende que los/las participantes analicen alguna de las respuestas frecuentes que el sistema, y en concreto el sistema sanitario, ofrece hoy día para la solución de los problemas de nuestra sociedad. Las personas en formación realizarán un trabajo de análisis de la situación planteada, a través de una historia de la vida actual y habrán de pensar si los recursos utilizados son los más adecuados y qué soluciones alternativas encuentran.

El aprendizaje significativo. Mediante una lección participada se expone lo que es el aprendizaje significativo. Se pretende que los/las participantes conozcan los cambios, de actitud, de pensar, de sentir, de actuar, que se producen y que influyen en el aprendizaje y sepan las diferentes

etapas de este proceso (ver Centrando el Tema). Se aprende a enfrentarse a situaciones de manera creativa, inédita, sobre la base de las experiencias acumuladas en la vida. Implica la ruptura interna de las pautas de conducta social. Un enfoque actual en EpS considera el aprendizaje significativo, en el que la persona aprende de sus vivencias y conocimientos previos, reorganizándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. Es el modelo por el que optamos. Enseñar es, desde los enfoques de la pedagogía activa, centrados en el aprendizaje y el educando, ayudar a aprender; el objetivo fundamental de la educación.

Tipologías de Eps grupal. Mediante una explicación teórica sobre las formas de desarrollo de la Eps, individual y grupal, y sus ventajas e inconvenientes (ver Centrando el Tema), se deben dar ejemplos de los tipos de educación posible que se dan en nuestro país o en el centro de salud o área sanitaria. Existe la red de actividades comunitarias (RAC) de la SemfyC que edita la revista Comunidad en donde se pueden obtener ejemplos.

EpS individual. Entrevista. Se pretende el análisis de un caso (Material 2F) de la vida cotidiana en la asistencia sanitaria, basado en la EpS individual. El tema formativo y los objetivos irán enfocados a analizar este tipo de EpS. También se pueden utilizar vídeos sobre tipos de entrevistas y hacer un ejercicio de observación.

Claves: A través de una historia sobre un modelo de entrevista de consulta individual, se analizarán los aspectos más relevantes de la EpS individual. En la preparación de este caso el/la educador/a solicita trabajar sobre dicha historia mediante la elaboración de preguntas, en este caso muy dirigidas, para la reflexión sobre los factores más importantes que determinan esta forma de EpS.

Carta desde la prisión de Soto del Real. Se realiza una lectura individual o en pequeños grupos (Material 2G) Se analiza el texto y después se discute mediante preguntas dirigidas sobre los diferentes aspectos del mismo, en este caso una Carta desde la prisión de Soto del Real. Se hace una puesta en común y discusión en grupo grande. El/la educador/a, al final, sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.

Claves: Este tipo de narraciones es un instrumento útil para el desarrollo del aprendizaje. Son historias desde lo cotidiano. Se penetra en el conocimiento de la realidad y se provoca el compartirla. Son relatos educativos sugerentes, evocadores, en los que se recogen las experiencias de lo vivido y cómo desde éstas se va modificando o adaptando la conducta. Se requiere tener claro el objetivo del aprendizaje y las tareas que se proponen, reflexionar sobre el propio proceso de aprendizaje.

Material 2A

Influencias de valores del momento para el grupo.

Debatir dando razones sobre cómo se puede ver uno/a influido/a por los valores del momento en relación a su salud.

Centrarse en alguno de los siguientes valores:

- Libertad y autonomía.
- Salud.
- Belleza. Culto al cuerpo.
- Juventud y la vejez.
- Mercado y valor del dinero.
- Justicia.
- Igualdad.
- Competitividad.
- Agresividad/ violencia.
- Solidaridad.
- Economía.

Influencias positivas en la salud .

Influencias negativas en la salud.

Material 2B

Integración cultural. Caso de Fátima

El MUNDO 17/02/02

La comunidad de Madrid autoriza a Fátima a ir ya mañana con chador al colegio

El consejero de Educación, ordena la escolarización sin condicionamientos. El padre de la adolescente dice que es ella la que quiere llevar pañuelo.

El ministro de Trabajo y Asuntos sociales, comparó ayer el uso del chador o hiyad islámico con la ablación y calificó ambas prácticas de “costumbres inaceptables”.

El ministro consideró “acertada y lógica” la decisión del instituto Juan de Herrera de San Lorenzo de El Escorial (Madrid), de no permitir que una niña marroquí de 13 años acuda al centro con la cabeza cubierta por un hiyad y estimó que “el uso de esta prenda no se entiende

como un signo religioso, sino como un signo de discriminación en contra de la mujer”, según Efe.

“Hay costumbres que son en cualquier caso inaceptables y se pueden citar dos ejemplos, como puede ser la utilización de ropa discriminatoria o de sumisión, y otro bien claro es la ablación genital femenina, no lo puedo entender como concepto cultural ni religioso, sino como una salvajada”. “La inmensa mayoría de las personas que llegan a España se está integrando de una manera normal y plena”. Adaptarse a las normas de los colegios españoles en materia de indumentaria

Preguntas:

- ¿Qué opinas sobre esta noticia?
- ¿Qué valores actuales de nuestra sociedad crees que entran en conflicto en esta historia?
- ¿Cómo crees que influye la llegada de inmigrantes en la necesidad de pluralismo cultural y en el cambio de actitudes de la comunidad?
- ¿Cómo valoráis la respuesta de la sociedad en este caso?
- ¿Qué alternativas ofrecerías? ¿Tendría algún papel la EpS?

Material 2 C

Fábula del aguilucho. Análisis de texto

(Fuente: MIGUEL COSTA y ERNESTO LOPEZ. Manual del educador social: Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid).

Érase una vez un granjero que, mientras caminaba por el bosque, encontró un aguilucho malherido. Se lo llevó a su casa lo curó y lo puso en su corral donde pronto aprendió a comer la misma comida que los pollos y a comportarse como estos.

Un día, un naturalista que pasaba por allí le preguntó al granjero: ¿Por qué este águila, el rey de todas las aves y pájaros, permanece encerrado en el corral con los pollos?

-Me lo encontré malherido en el bosque, y como le he dado la misma comida que a los pollos y le he enseñado a ser como un pollo no ha aprendido a volar. Se comporta como los pollos y, por tanto, ya no es un águila -contestó el granjero.

-El tuyo -dijo el naturalista- me parece un bello gesto, haberle recogido, curado y cuidado. Además le has dado la oportunidad de sobrevivir y le has proporcionado la compañía y el calor de los pollos de tu corral. Sin embargo tiene corazón de águila y, con seguridad se le puede enseñar a volar. ¿Qué te parece si le ponemos en situación de hacerlo?

-No entiendo lo que me dice, Si hubiera querido volar lo hubiese hecho. Yo no se lo he impedido.

-Es verdad, tu no se lo has impedido- replicó el amante de la naturaleza- y, como bien decías antes, le enseñaste a comportarse como los pollos y por eso no vuela. ¿Y si le enseñamos a volar como las águilas?

-¿Por qué insistes tanto?- Mira, -cuestionó el hombre de la granja- se comporta como los pollos y ya no es un águila, qué le vamos a hacer. Hay cosas que no se pueden cambiar.

- Es verdad que estos últimos meses se está comportando como los pollos. Pero tengo la impresión de que te fijas demasiado en sus dificultades para volar. ¿Qué te parece si nos fijamos ahora en su corazón de águila y en sus posibilidades de volar?

- Tengo mis dudas -contestó el granjero pensativo- porque ¿qué es lo que cambias si en lugar de pensar en las dificultades piensas en las posibilidades?

- Es una buena pregunta -reflexionó el naturalista-. Si pensamos en las dificultades, es más probable que nos conformemos con su comportamiento actual. Pero ¿no crees que si pensamos en las posibilidades de volar, esto nos invita a darle oportunidades y a probar si esas posibilidades se hacen realidad?

- Es posible -admitió el granjero.

- ¿Qué te parece si probamos?

- Probemos.

Preguntas:

1. ¿Qué estilos educativos te parece que ponen en marcha el granjero y el naturalista?
2. ¿Qué actitudes, habilidades y comportamientos crees que configuran el estilo educativo del granjero y del naturalista?

Material 2 D

Curso sobre el SIDA

Análisis de texto

Los cursos seguirán en el resto de los distritos de la capital 183 escolares de Villaverde aprenden todo sobre el SIDA.

ANA LLOVET. Madrid

Explicar a un chaval de 13 años qué es el virus del SIDA y cómo se contagia no resultó tarea fácil. Estudiantes de esta enfermedad se enfrentaron ayer a un auditorio formado por 183 chicos y chicas de 13 y 14 años de 17 colegios del distrito de Villaverde. En un curso educativo,

que se impartirá próximamente en otros distritos de la capital, explicaron el origen de la enfermedad, los riesgos de contagio, y contestaron las preguntas de los escolares: "Si me lavo una herida en una fuente donde han estado los que se pinchan, ¿me puedo contagiar del SIDA?"

La idea de organizar un curso de estas características para los adolescentes ha partido del Ayuntamiento de Madrid y el Centro de Estudios Aplicados. Los primeros beneficiarios han sido los chavales del distrito de Villaverde, aunque hace unos meses ya hubo una experiencia piloto con 300 chicos en el barrio de San Blas.

Las autoridades esperan continuar con esta iniciativa por todos los distritos de Madrid, una de las ciudades del mundo donde la enfermedad se ha propagado con mayor rapidez, según fuentes oficiales.

Casi un centenar de niños portadores del virus del SIDA va al colegio en la Comunidad de Madrid según datos de la Consejería de Salud.

"Habéis sido elegidos para salvaros del SIDA explicó ayer a los chavales con cierto dramatismo Simón Viñals médico y concejal del área de Salud "así que enteraos bien de lo que os vamos a contar porque entonces no os contagiaréis" concluyó.

Rafael Nágera, investigador sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

causante del SIDA, no ha querido

Perderse la experiencia de explicar a los muchachos lo más importante de esta enfermedad. Ayer intervino en el curso para dar una conferencia. Previamente, Nágera había hecho hincapié en que la información en las edades más tempranas es el arma más efectiva para luchar contra el SIDA: "La educación es la mejor vacuna" sentenció.

Durante la conferencia que impartió a los escolares, Nágera hizo esfuerzos notorios por dejar de lado el lenguaje erudito, para contar del modo más sencillo posible todo lo referente al virus.

Risas

Los más aplicados tomaban notas bajo la atenta mirada de los profesores que los habían acompañado. Otros escuchaban boquiabiertos y todos rieron abiertamente cuando Nágera explicó la transmisión de la enfermedad por vía sexual.

"Estos cursos deberían hacerse todos los días, sin tanto periodista y tanto nombre importante, para que calaran hondo entre los más jóvenes", dijo una profesora

temiendo que el curso quedara en anécdota.

Uno de los organizadores sin embargo, argumentó: "Estos cursos a veces son difíciles de organizar porque a muchos padres no les gusta que a sus hijos se les hable sobre la droga y la homosexualidad; pero esto es inevitable si se quiere explicar las vías de transmisión del virus".

Al curso asistieron cinco chavales por cada curso de octavo de EGB de 17 colegios del distrito de Villaverde. Luego contarán lo que han aprendido a los compañeros que no pudieron asistir por falta de espacio, según afirmaron.

Para la mayoría el SIDA no es una novedad, aunque a veces muchos tienen ideas confusas por lo que han oído hablar a los mayores: "Sobre todo, lo tienen los que se drogan", explicaba Verónica, una rubia de 13 años del colegio de Las Navas de Tolosa de San Cristóbal de los Angeles. Este barrio, como en todos los del distrito, es normal conocer de vista a algún toxicómano afectado por el virus.

Material 2E

Problema de obesidad

Respuestas frecuentes del sistema en la vida cotidiana.

En nuestro Centro de Salud se detecta que el número de obesos es mucho más alto que en otras Áreas de Madrid.

Los profesionales de este centro, conscientes de la importancia que tiene esta enfermedad, que es la patología crónica más prevalente de nuestra sociedad (primer mundo), deciden poner en marcha un programa de EpS en obesidad. Al considerar que esta es una enfermedad prevenible, ya que influye mucho el estilo de vida.

Se plantea el tema al equipo, y Luis, un médico del centro que habitualmente no participa en las actividades del mismo se ofrece voluntario para organizar e impartir charlas sobre el tema. Él lo realiza en una sola charla, de una hora, a la que acuden 20 personas. Les habla de lo que es la obesidad, el índice de Quetelet, el metabolismo de los principios inmediatos, las patologías que pueden producir la obesidad, el tratamiento farmacológico y si no funciona el tratamiento quirúrgico

Al finalizar la charla los asistentes desean hacer preguntas, pero no puede ser porque ya no hay tiempo; y otra sesión tampoco, porque todo lo que hay que saber de la obesidad ya está dicho.

Preguntas:

- ¿Qué pensáis del caso? ¿Te parece real esta respuesta?
- ¿Qué áreas del aprendizaje se abordan? ¿qué método se utiliza?
- ¿Con qué sentimientos con respecto a la obesidad pueden salir los/las asistentes?.
- ¿Qué resultados se esperan de la charla para la modificación de estilos de vida?
- ¿Crees que los recursos utilizados son los más adecuados?
- ¿Qué papel se le atribuye al paciente?

Material 2F

Tipo de EpS individual. Caso de Juan

Juan es un diabético tipo 1 de 41 años recientemente diagnosticado por su médico de cabecera. Tras el desconcierto inicial, recibe la oferta de acudir a la consulta de su enfermera de forma programada, para controlar su primera evolución y recibir “información” acerca de su enfermedad.

Llegada la fecha, Marta, su enfermera, tras comprobar su adecuado nivel glucémico, tensión arterial, peso y estado general, directamente y con palabras sencillas le da unos conocimientos completos acerca de la diabetes. Le explica el tipo de dieta que debe seguir, los autocuidados que ha de llevar a cabo, cómo debe ponerse la insulina y qué ejercicio diario debe realizar.

Para terminar Marta le hace algunas preguntas sobre lo explicado.

Al final Juan, algo cansado por el volumen de conocimientos tiene alguna duda pero decide no preguntar porque se ha hecho tarde sin darse cuenta y llega la despedida hasta una próxima ocasión.

Preguntas:

- ¿Te parece real el caso?
- ¿Qué tipología de EpS ha recibido Juan de su enfermera?
- ¿Te parece suficiente para este paciente en este momento?
- ¿Qué opinas de la forma de llevar la entrevista? ¿te parece bien estructurada y que ha seguido un orden lógico?
- ¿Qué nivel de conocimientos se han impartido: básicos u óptimos?
- ¿Crees que se han trabajado suficientemente las habilidades del educando?
- ¿Se ha ofrecido al educando expresar sus dudas?
- ¿Qué otras actividades crees que serían aconsejables para abordar los problemas de Juan?

Material 2G

Carta desde la prisión de Soto del Real

Análisis de texto.

Soto del Real, 1998.

“Yo, Juan García Méndez “culebro”. Hola señores. Al recibo de estas cuatro letras tengáis salud, felicidad y los ánimos por encima de las nubes. El motivo a parte de todo de esta carta que me daba vergüenza escribir porque ya se imaginan los estudios que yo tengo, aunque los compañeros de ustedes que son unas muy buenas personas me dicen que no importa, Es la de preguntarles algo que ma pasa mu raro y que ni el Paco, el Manolo, la Gema ni tamién el Jose me han sabido decir algo.

Yo, es verdá que soy drogadicto, pero aquí no estoy como mi familia se cree que estoi todo el día sin hacer nada y solamente drogándome, les tuve que enseñar mejor dicho mandar el justificante como que estoy en el progama de metadona del día 7 de mayo de 1996 y los diplomas de los talleres de Marillan pero es igual pues mi padre llebo sin verlo 7 años y me dijo que me dejase la droga o que si no me moriría en la cárcel y me prometio que el jamás me mandaría dinero y jamas vendría a la cárcel a verme.

Pero bueno yo me busco la vida como buenamente pueda y mi madre cada 5 o 6 semanas me manda a escondidas de mi padre 4000 pts. a veces 5000, eso es para un café diario pero menos seria nada. Por eso reconosco que aquí y yo elprimero parecemos crios y todo lo queremos lla.

No les cuento esto para que tengan pena y me manden algo que las zapatillas 44~45 se me han abierto y no tienen mas arreglo si alguna sale por ai pues bien pero no. Es que con sus compañeros me desaogo y en el unico en quien confiaba a parte de ellos era mi amigo y se puede decir hermano Vicente Ortiz Torreblanca todos los problemas buenos o matos todo se lo contaba pero ya esta libre.

Que es que el otro día estaba en el chabolo y se me puso a pensar la cabeza cosas raras que no estaba drogao ni me había atacado la depresión esta vez y no me parece de sicologo aunque pa que, por eso me animo a contarselo a ustedes, que a lo mejor me dicen algo, aunque sea poco solo algo.

Que el martes DIA X del mes pasao si, es verda, fue una tarde desas en 1a que hablamos aunque yo poco pero me gustan y leimos una cancion en la que un señor se quejaba de que el tiempo pasaba y se lo lloraba todo, muy triste, claro que ese no abra estao aquí precisamente lo que no pasa que parece congelao es el tiempo. Claro que ese señor algo se da cuenta tamién, porque despues se queja de unos recuerdos muy tristes, que no macuerdo yo ahora cua1es era porque no tengo la hoja que se repartio y que ojala los pudiera olvidar decia, asi que lo que quisiera ahora, digo yo, es que pasase el tiempo.

Tampoco es que yo le de mucho a la cabeza asin que lo olvide pero algo se me debió quedar adentro porque luego arriba, en el chabolo, que entonces estaba solo aunque por poco tiempo, pues que luego me acorde otra vez y entonces no se bien por que aquello me empezo a darme vueltas dentro y me puse a pensar me parece que por mi mismo, como dicen sus compañeros, y no sé si lo volveré a hacer, porque se me ocurrieron cosas raras que me dieron miedo. Que por eso todavía me cuesta pensarlas y le doi vueltas y no me atrevo bien a decirlas otra vez, pero bueno a ello que ya estamos, ¿no?

La verda es que fue como un fogonazo yo diria que duró muy poco, mucho menos dd lo que tardo en contarselo, pero bueno. Que es que empecé a darle vueltas de mala manera y a acordarme de mi madre, de mi padre, de una novia que tuve de verda cuando estaba fuera, y de mi chico y de mi casa y en luego, pero rápido, de cosas de antealler y aller y luego de cosas que me puen pasar mañana y fuera de aquí cuando acabe esto y sea mas viejo, si llego, y despues pense en cosas delmundo antes de que yo naciera y en cosas de despues de que la palme bien palma.

Yal ver ese monton de cosas que me habian pasao y ese montón mas enorme de cosas que no y que no me pasarian, algo se me encogio por dentro y me quede como borrao, pero aí, sin irme.

Y entonces pensé, pero sin pensarlo, no sé como de otra manera, como volando, que toas esas

cosas y las de antes de to y las de después estaban toas arremetias y juntas ai, y que ai estaban mis tripas encogiendose por ellas pa demostrarlo.

Y encima date cuenta que no se como pero estaba en uno to eso en lo que yo nunca habia estao ni podría estar, to lo que paso y lo que venga enorme esos y mas, antes de yo hubiera corrio po el mundo y luego, asin que era que tenia to dentro, hasta lo que no era yo, que como si me hubiera tragao el nacer y el morirme, y mirar y andar po donde nunca habia estao.

Pero entonces diganme ustedes señores quien era yo y que pintaba ai, porque cuando toas esas cosas no pasan pues uno va y viene y vida tiene, como dice el savio, pero si me viene el jama-cuco ese, esque me borro.

Pero bueno, to esto se acabo rapido y to sigue igual y ademas llega uno desos de aquí que si te conocen como la madre que te pario y te dice: haber tú, fulano, recuento y ya está. Pero claro, no está del to, y por eso pregunto, pero de verda que no mabía tomas na, ni un peta, solo que estaba solo, no se. Por eso matrevo a preguntarles a ustedes, señores pa ver si me pueden decir que me pasaba, si era sicológico o que. Asin que ya está, ya lo escribi y me desaogao, que ya solo con eso se lo agradezco mucho de veras. Lla e espulsao un poco de tension escribiendo a ustedes y espero su respuesta que se la puen dar a sus compañeros si quieren y les parece bien.

Asin que nada mas ya, solo despedirme de nuevo les dejo deseando lo mejor a ustedes y todos sus seres queridos, un abrazo. Cuidaros todos y suerte”

Juan, “el culebro”

Esta carta fue escrita con la intención y esperanza de que alguien pudiera responder a Juan, preso en la cárcel de Soto del Real. Algunos lo han hecho y muy bellamente con la simpleza y la hondura y la verdad de lo que el tiempo no destruye. Hace poco, Juan, leí un artículo en un periódico que “el tiempo acaba con todo, y además, en una única dirección: en la dirección hacia delante y no, curiosamente, hacia atrás como podría esperarse que ocurriera en algún trance del mundo”. Por eso que a mi me parece, Juan, que tu carta de recuerdos y de vivencia y de sensaciones desde el chabolo es una carta infinita, definitivamente infernal. Porque desde tu sencillez, Juan, a mí me parece que has compartido momentos de tu soledad hasta con quien no conoces y eso es un valor añadido. Dicen, Juan, que “lo mortal es sobre todo para lo más complejo pero que lo más básico se aviene mejor con el tiempo y no sólo por su poquedad, sino por su desposesión. Incluso la vejez, en cuanto estado de exención acaba resistiendo proporcionalmente mejor a partir de una edad . Así, según la Universidad de Harvard, quienes sobrepasan los noventa años gozan de mejor salud que los de setenta años y tantos. El tiempo ha barrido en ellos tanto de lo superfluo como para hacerlos en potencia, monumentos elementales”. No sé pero “pa” mi que tu carta es una especie de monumento inmortal.

Análisis:

- ¿Qué te parece la carta? Te parece real?
- ¿Qué expresa Juan en esta carta? ¿Cuáles son sus demandas?
- ¿Qué factores intervienen en el comportamiento de Juan?
- ¿Para que sirven este tipo de narraciones? ¿y para ti?

Actividad 3: Elaboración de un proyecto educativo

Se trata de que los/las participantes desarrollen habilidades para analizar situaciones, adquieran unos conocimientos básicos de los que debe ser un proyecto educativo para trabajar con grupos y elaboren un pequeño proyecto educativo.

Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas (todas pueden completarse con una exposición teórica).

Aprender a analizar situaciones y problemas. Se pretende que las personas en formación realicen un trabajo de análisis de una situación de partida (Material 3 A), a través de la expresión escrita de un hecho de la vida actual y que sientan que es fundamental el conocimiento inicial de dicha realidad para que un problema susceptible de intervención sea posteriormente abordado a través de EpS propiciando un cambio.

Con el material 3B del caso operativo antibotellón se pretende facilitar un espacio para analizar la situación sobre el problema del alcohol y de las medidas tomadas, así como de la responsabilidad de cada agente social, con el objetivo de facilitar elementos para la búsqueda de soluciones más coherentes.

Análisis de situación: Se pretende que los educandos realicen un trabajo de análisis de un problema que les preocupe y definan los factores condicionantes del comportamiento específico, desde lo personal, con sus tres esferas: cognitiva, afectiva y psicomotora, al entorno más próximo y al social (ver Centrando el Tema). En pequeños grupos se hace el trabajo de reflexión (Material 3C) y luego se pone en común intentando concretar los comportamientos sobre los que se debe trabajar luego en el proyecto educativo.

Proyecto educativo. Sus etapas. Se trata de explicar, mediante una exposición teórica, que el modelo de trabajo educativo es sistemático y programado, no es improvisado y que todo proyecto en EpS debe ser preparado, para obtener resultados y utilizar los recursos de manera adecuada.

Se analizarán brevemente los pasos habituales de la programación en EpS con grupos según viene documentado en Centrando el Tema dándole las claves para poder luego realizar el ejercicio. Se pueden facilitar ejemplos de proyectos educativos realizados en el centro de salud o Área respectiva como el incluido en el Material 3D.

Confección práctica de un proyecto educativo Se dividirá el grupo grande en subgrupos de 5 ó 6 personas para trabajar sobre el proyecto educativo que se quiere proponer. Se llevará a cabo ajustándose a la plantilla que se propone en el Material 3E que nos sirvió para la lección participada. Posteriormente se hace una puesta en común acordando entre todos el proyecto educativo que se debiera hacer. En el material 3F se adjunta un modelo de cuestionario de evaluación de talleres para su análisis y valoración.

Material 3A

Aprender a analizar situaciones y problemas.

¿Te has enterado de lo que dice la prensa hoy?, le comenta Andrés a su compañero de oficina. No, dime. ¿Qué ha pasado? , le responde Pedro con tanta avidez como curiosidad. Pues una barbaridad, una salvajada. Resulta que unas adolescentes de apenas quince años han matado a una compañera de clase. Y pásmate, parece que lo han hecho sólo para salir en los periódicos. ¡No sé dónde vamos a ir a parar!, exclama Pedro indignado y con voz firme y enérgica. ¡Si es que falta mucha mano dura! ¡Tanta permisividad no puede ser buena!. En mis tiempos estas cosas no pasaban, añade Andrés tan vehemente como irritado. Había más respeto y el que la hacía la pagaba. Hoy entran en la cárcel por una puerta y salen por la otra. Además tanta violencia en la televisión al final acaba por hacer mella. En fin ¡qué le vamos a hacer!, sigamos con el trabajo. Ya están los jueces y la policía para aclarar el asunto.

PREGUNTAS:

- ¿Te parece esta una situación real?
- ¿Qué factores del momento actual consideras determinantes en esta historia?
- ¿Qué relación encuentras entre los diversos factores analizados?
- ¿Qué problemas detectas susceptibles de una intervención educativa en la comunidad?
- ¿Qué soluciones ofrecen la sociedad o los protagonistas de nuestra historia?

Material 3B

Operativo antibotellón:

Análisis de dificultades. Búsqueda de soluciones

EL MUNDO, DOMINGO 17 DE FEBRERO DE 2002

MADRID

POLÉMICA: EL ALCALDE NIEGA QUE SÉ ESTÉ OBLIGANDO A LOS AGENTES

El operativo “antibotellón” provoca la protesta de los miembros de la Policía Municipal

Unos 500 agentes de la Policía Municipal vestidos de paisano se desplazaron en la noche del viernes en sus coches particulares desde el estadio de La Peineta hasta la plaza de Cibeles, para protestar por la situación que ha provocado el dispositivo antibotellón.

En su trayecto por la M-40 y en la plaza de Cibeles, colapsaron el tráfico hasta altas horas de la madrugada. La marcha acabó en la plaza de Santa Bárbara, donde los manifestantes

realizaron un botellón para solidarizarse con los compañeros que estaban trabajando.

Los agentes de la Policía Municipal que se manifestaron no descartan que desde el Consistorio se inicien acciones contra ellos por supuestos desórdenes públicos durante su protesta, aunque es difícil que estas acciones se lleven a cabo. Para ello habría que identificar a cada uno de los ocupantes de los coches que participaron en la protesta.

Una tienda denunciada

La Policía Municipal denunció la noche del pasado viernes a una tienda de comestibles de la calle de Ruiz, al lado de la plaza del Dos de Mayo, por vender alcohol a menores. Esta acción se encuadra dentro del dispositivo antibotellón, que incluye el control por parte de agentes municipales de locales de recreo, tiendas de venta de frutos secos y alimentación para vigilar que no se produzca la venta de alcohol a menores. Además, la vigilancia de la zona incluye la comprobación del nivel de ruidos provocados ya que los bares de copas están obligados a estar insonorizados. Esta comprobación se realizó el pasado viernes en las calles de Velarde y Campoamor, donde la concentración de bares es muy alta, sin que en ningún momento se superaran los niveles acústicos permitidos.

PREGUNTAS:

- Define y analiza el problema. Factores que lo condicionan.
- ¿Qué dificultades ves para abordar el problema?
- ¿Quiénes están implicados?
- ¿Qué soluciones alternativas propones?

Material 3C

Análisis de situación.

1ª Parte: Problema prioritario sobre el que se quiere trabajar:

Todos los participantes, en grupos pequeños, definen un problema y luego en el grupo grande se elige el problema prioritario para el grupo.

2ª Parte: Análisis del problema y de los factores condicionantes:

Según vuestro conocimiento e información, decir cuáles son los factores que condicionan el comportamiento de las personas afectadas por el problema:

1. Factores personales:

Conocimientos:

Actitudes y área emocional. Valores, creencias:

Habilidades personales, sociales y psicomotoras:

2. Factores ambientales:

Entorno próximo. Familia y grupos de apoyo.

Entorno social. Condiciones de vida, recursos y servicios, modelos culturales, valores.

Material 3D

Modelo de Taller de un Centro de Adultos

ESCUELA COMUNITARIA DE SALUD DEL CENTRO CULTURAL PALOMERAS EN COLABORACIÓN CON CENTROS DE SALUD FEDERICA MONTSENY Y VICENTE SOLDEVILLA TALLER SOBRE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

Objetivos:

General: Contribuir a la capacitación en temas de salud y servicios sanitarios de los alumnos del Centro Cultural Palomeras que propicie el fortalecimiento del contexto comunitario.

Específicos:

1. Contribuir al enriquecimiento de los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad y sus factores contribuyentes: principales patologías prevalentes e incapacitantes y respuestas individuales y colectivas sobre el proceso; diferentes modelos de atención a la salud y de los servicios sanitarios y sobre participación e intervención comunitaria en la salud.
2. Adquirir habilidades para la autoresponsabilidad y el autocuidado, la utilización racional de los servicios, la dinamización, sensibilización y organización comunitaria en salud, la mejora en la calidad de los servicios sanitarios públicos y la participación.
3. Promover actitudes participativas, responsables, reflexivas y solidarias.

Contenidos:

- Salud/Enfermedad. Concepto y factores determinantes: Herencia, estilo y condiciones de vida, medio ambiente y servicios sanitarios.
- Autocuidado. Concepto. Valoración. Abordaje de principales factores de riesgo cardiovascular.
 - Elementos básicos: Alimentación, ejercicio, relajación, evitar hábitos insanos, uso de servicios sanitarios y automedicación.
 - Habilidades para el autocuidado.
- Patologías prevalentes:
 - Cardio y cerebro vasculares.
 - Osteolocomotor: Artrosis, osteoporosis, fibromialgias.
 - Salud mental: Stress, ansiedad y depresión.
 - Cáncer.
- Servicios sanitarios:
 - Problemas prioritarios y sus factores causales.
 - Evaluación de los centros.
 - Uso racional de los recursos y nuevas tecnologías.
 - Métodos de participación del ciudadano.

Calendario de los contenidos:

1ª Sesión:

Contenidos: Salud / enfermedad. Concepto. Factores determinantes. Desigualdades en salud. Habilidades para identificar los factores.

Técnicas de tormenta de ideas, rejilla de análisis para factores determinantes y análisis de textos para las desigualdades.

2ª Sesión:

Contenidos: Sistema Sanitario Español. Experiencias y vivencias de los servicios. Características esenciales. Problemas prioritarios con análisis de los factores y posibles soluciones. Crisis del sistema sanitario y sus reformas.

Técnicas: Tormenta de ideas y rejilla análisis para definir y caracterizar sistema sanitario en grupo grande seguido con lección participada aclarando dudas. Posteriormente en grupo pequeño con rejilla se evalúa el funcionamiento del sistema sanitario identificando los problemas y los

aspectos positivos. Se entrega material de la Guía sobre el sistema sanitario español y sus características más significativas.

3ª Sesión:

Contenidos: Problemas prioritarios. Que podemos hacer. Participación del ciudadano en la mejora de calidad de los servicios. Derechos y deberes. Información, consentimiento informado y reclamaciones.

Técnicas: Para profundizar problemas de listas espera, comunicación, acceso telefónico y demora en consulta se utiliza técnica del caso en grupo pequeño con puesta en común y cierre con lección. Para la participación se utiliza la tormenta de ideas y lección participada. Se entregan materiales sobre instrumentos de participación, definiciones y legislación básica.

4ª Sesión:

Contenidos: Reclamación como instrumento de participación. Patología cardio y cerebrovascular. Factores de riesgo y determinantes del problema. Herencia, hipertensión arterial, estilo de vida y hábitos tóxicos, hipercolesterolemia y diabetes. Experiencias y cultura.

Técnicas: Desarrollo de habilidades para realizar una reclamación mediante instructivo y breve lección y trabajo en grupo con un caso, En grupo grande se cierra y aclaramos dudas. En grupo grande y mediante tormenta de ideas lección participada y con guión de análisis de factores de un problema se analiza la patología vascular. Se da el guión de análisis de factores determinantes.

5ª Sesión:

Contenidos: Habilidades para cuidarse y disminuir los riesgos cardio y cerebro vasculares. Hábitos sanos. Alimentación y atención sanitaria.

Técnicas: En grupo grande se aclaran dudas sobre factores y patologías y posteriormente mediante rejilla se analiza como afecta la enfermedad a cada uno individual y colectivamente. La alimentación se comienza con tormenta de ideas para luego efectuar una lección participada. Se distribuyen materiales sobre alimentación para lectura en casa.

6ª Sesión:

Contenidos: Habilidad de alimentarse. Cáncer: Factores determinantes. Cultura y experiencias. Como prevenirlo y diagnosticarlo precozmente. Abordaje de una enfermedad. Sus etapas. Habilidades para afrontarlo.

Técnicas: Cerramos alimentación con rejilla en pareja y grupo grande para la búsqueda de alternativas. Para el cáncer tormenta de ideas sobre el concepto y factores que lo condicionan con lección participada. Posteriormente en grupo pequeño se trabaja el caso Pedro sobre etapas de aceptación de una enfermedad para terminar con en grupo grande. Se facilita material para lectura de un texto sobre aceptación de una enfermedad.

7ª Sesión:

Contenidos: Salud mental: Epidemia actual y sus factores determinantes. Depresión y ansiedad. Habilidades para manejar el estrés.

Técnicas: Tormenta de ideas para identificar problemas y valorar conocimientos, rejilla para los factores en GG y luego lección aclarando dudas. Para el estrés se trabaja con rejilla individual y trabajo en parejas para completar con lección participada de cómo abordarlo. Para las habilidades de relajación se enseña la mental y la corta y se practica en el aula. Se dan materiales de lectura y ejercicios para realizar en casa.

8ª Sesión:

Contenidos: Habilidad para relajarse. El autocuidado. Habilidades para su adecuado uso de los medicamentos.

Técnicas: Ejercicio breve de relajación. Tormenta de ideas para la automedicación. Rejilla de análisis en grupo pequeño sobre beneficios y riesgos. Lección participada sobre el tema con habilidades de uso.

Evaluación del taller con cuestionario individual y breve cierre grupal con ronda de impresiones.

Método:

Aprendizaje significativo. Participativo.

10 sesiones de 2 horas. De 18 a 20 horas

Lugar. En los locales del Centro Cultural Palomeras.

Material 3E

Elaboración de un proyecto educativo

A. Introducción - justificación	Primera parte de un proyecto. Se argumenta el por qué se elige un determinado problema.
B. Análisis de la Situación o de las Necesidades	Factores sociales globales Factores del entorno próximo Factores personales
C. Contenidos y formulación de objetivos	Objetivos Contenidos
D. Metodología	Captación. Número de sesiones. Duración de las sesiones. Periodicidad. Temporalización. Lugar. Número de participantes. En cada sesión: <ul style="list-style-type: none">▪ Técnicas educativas▪ Tipo de agrupación en cada técnica▪ Tiempo que se va a emplear▪ Recursos a utilizar
E. Recursos	Humanos materiales
F. Evaluación	Quién evalúa: Qué se evalúa: Cómo se evalúa: Cuándo se evalúa:

Material 3F

Cuestionario de evaluación del taller

Se trata de reflexionar al cierre del curso.

Esta información será útil para mejorar el curso en las próximas ediciones. Tu opinión en este caso no sólo te servirá a ti de evaluación final, sino también es una forma de participar y un servicio que nos prestas y que te agradecemos.

El cuestionario es anónimo.

En las preguntas con escala de valoración numérica marca la que te parezca más adecuada. Muchas gracias.

Edad.....

Sexo.....

Número de sesiones a las que pude asistir:

1. De los objetivos propuestos al principio del curso ¿en qué medida crees que se han cumplido?

1.....2.....3.....4.....5

escaso

la mitad

todos

2. El curso me ha servido para:

1.....2.....3.....4.....5

muy poco

refrescar lo sabido

aprender mucho

3. ¿Qué es lo nuevo que he aprendido ?

4. ¿Qué es lo que más me ha impresionado o gustado más?

5. ¿Qué es lo que menos me ha gustado?

6. El ambiente del grupo ha sido:

1.....2.....3.....4.....5

tenso

aburrido

de trabajo

cálido

creativo

7. El método de trabajo ha sido:

1.....2.....3.....4.....5

aburrido

pasivo

complejo

dinámico

eficaz

8. ¿Qué te parece la participación que se ha dado en el grupo?

1.....2.....3.....4.....5

inexistente

a medias y de algunos

amplia

completa

9. La reunión del grupo ha servido para:

1.....2.....3.....4.....5

nada muy poco para motivar solo para aclarar profundizar

10. Las clases eran:

1.....2.....3.....4.....5

para dormirse para seguirlas con esfuerzo Muy interesantes/ fácil comprensión

11. El material entregado resulta para:

1.....2.....3.....4.....5

tirlo archivarlo consultarlo facilitarlo a otros muchas aplicaciones

12. La lectura y comprensión ha sido:

1.....2.....3.....4.....5

no adecuado difícil a medias fácil lectura comprensible

13. ¿Cuál es la valoración sobre el profesorado de las sesiones?

1.....2.....3.....4.....5

todos flojos a medias la mayoría buenos todos interesantes

14. ¿Cómo valorarías la organización del curso?:

Número de horas: pocas.

suficientes.

excesivas.

Horario: adecuado

Locales: apropiados.

no adecuado

no apropiados

15. ¿Que temas añadirías en un próximo curso?

16. ¿Qué temas suprimirías?

17. A partir de este taller ¿qué voy hacer respecto a los temas tratados?

18. ¿Para qué me puede servir?

19. Expresa lo que se te ocurra.

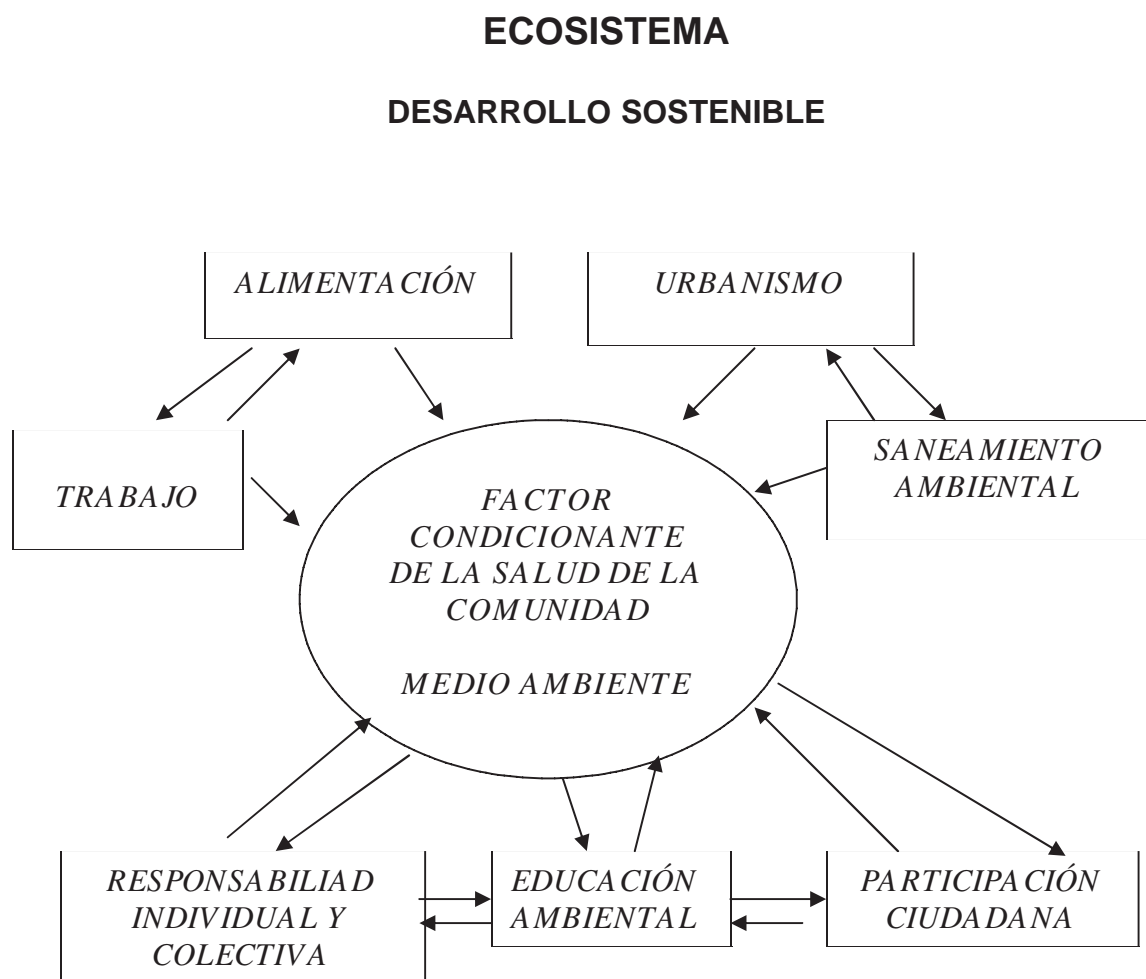
CENTRO DE INTERÉS 4: SALUD MEDIOAMBIENTAL

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 4. SALUD MEDIOAMBIENTAL

4.1 Centrándonos en el tema	239
Introducción	240
Marco general	240
Ecosistemas	240
Desarrollo sostenible	241
Responsabilidad en salud medioambiental y atención al medio	242
Del individuo y entorno familiar	242
De los agentes sociales y administraciones públicas	243
Educación ambiental y participación ciudadana	243
Urbanismo y salud	245
Problemas de los asentamientos urbanos	246
Vivienda y salud	246
Tráfico y salud	248
Saneamiento ambiental	249
Producción y eliminación de residuos. Tipos de residuos	249
Efectos de los residuos sobre la salud de las poblaciones	250
Recogida, transporte y tratamiento de basuras	251
Contaminación atmosférica	252
Control de insectos y plagas	255
Contaminación acústica	255
Ondas electromagnéticas	257
Alimentación y salud	258
Trabajo y salud	262
Riesgos para la salud derivados de las condiciones de trabajo	262
Enfermedad profesional	268
Marco normativo. Instituciones y organismos competentes en salud laboral	269
Desempleo, precariedad laboral y salud	269
Algunas lecturas	271
4.2. Diseñando el programa	273
4.2.1 Objetivos y contenidos	273
Objetivos	273
Contenidos	273
Hechos, conceptos y principios	273
Actitudes, valores y normas	273
Procedimientos	273
4.2.2. Menú de actividades	274
Proceso de secuenciación de actividades	274
Actividad 1. Medio ambiente y salud	275
Material 1A: Medio ambiente y ecosistema	276
Material 1B: Concepto individual de equilibrio biológico	277
Material 1C: Nuestro medio ambiente y la salud	278
Material 1D: Desarrollo sostenible	279
Material 1E: Conectar el medio ambiente y la salud	280

Material 1F: Peligros ambientales y enfermedad	281
Material 1G: Productos químicos en el medio ambiente	282
Material 1H: ¿Qué hacemos para cuidar el entorno?	283
Material 1I: ¿Qué podemos hacer los agentes sociales para cuidar el entorno?	284
Actividad 2. Urbanismo, saneamiento y salud	285
Material 2A: Nuestro hábitat y la salud	287
Material 2B: ¿Cuántos residuos producimos diariamente?	288
Material 2C: Uso de la telefonía móvil	289
Material 2D: Desplazamientos y medio de transporte	290
Material 2E: Causas y responsabilidades	291
Material 2F: Contaminamos el agua y el suelo	292
Material 2G: Ruidos	294
Material 2H: El perro de Julia	295
Material 2I: “Una ciudad saludable”	296
Material 2J: “Un pueblo saludable”	297
Material 2K: “Una vivienda saludable”	298
Material 2L: Manejo de residuos sólidos urbanos	299
Material 2M: ¿Tenemos claro qué tirar en cada contenedor?	300
Material 2N: Instrucciones para uso de contenedores	301
Actividad 3. Alimentación y salud	302
Material 3A: La alimentación	303
Material 3B: Experiencias sobre la alimentación	304
Material 3C: Mitos y leyendas de la alimentación	305
Material 3D: Un grave problema de la alimentación. El hambre	306
Material 3E: Instructivo para la manipulación de los alimentos	307
Material 3F: Elegir platos seguros	308
Actividad 4. Trabajo y salud	309
Material 4A: Trabajo	311
Material 4B: ¿Cómo vivimos nuestro trabajo?	312
Material 4C: El trabajo y el proyecto de vida	313
Material 4D: Siniestralidad laboral en España	314
Material 4E: María en la oficina	315
Material 4F: Salud y desempleo	316
Material 4G: Modelos sociales respecto al desempleo	317
Material 4H: La familia como apoyo	318
Material 4I: Decálogo de medidas preventivas para disminuir los riesgos laborales y sus consecuencias	319
Material 4J: Dispositivos de protección individual	320

4.1 Centrándonos en el tema



Introducción:

Como ya quedó expuesto en el Centro de Interés 1 (Determinantes de Salud), se considera que la salud de una comunidad depende de cuatro grupos de variables denominados determinantes de salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario (Lalonde, 1974).

El medio ambiente, como determinante de salud, incluye los factores externos a los que está expuesto el individuo, independientes de sus hábitos o estilo de vida y que pueden afectar positiva o negativamente a su estado de salud.

En estos factores externos medioambientales podemos incluir:

- Factores biológicos: virus, bacterias, protozoos, hongos, etc.
- Factores físicos: radiaciones, energía, etc.
- Factores químicos: plaguicidas, metales pesados, contaminantes inorgánicos, etc.
- Factores psicosociales y socioculturales: desigualdades sociales, desempleo, inseguridad laboral, tipo de ocupación, estrés, etc.

Para la mayor parte de la población mundial, que vive en países en vías de desarrollo, el medio ambiente es el determinante de salud principal, fundamentalmente a causa de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, en los países desarrollados, se ha demostrado que el determinante de salud más importante es el estilo de vida, y esto es así debido a que se aplican medidas en saneamiento de las aguas de consumo y residuales, en los residuos sólidos y en la contaminación ambiental, que evitan numerosas infecciones y enfermedades crónicas, por lo que la morbi-mortalidad atribuida al medio ambiente resulta menor.

Es imprescindible el conocimiento y control de los factores ambientales para la protección de salud, ya que ésta, desde una perspectiva ecológica, se define como “la relación armónica perfecta entre el hombre y su medio ambiente” (Wyllie, 1970) y el concepto de enfermedad como “un desajuste o fallo en los mecanismos que mantienen armónicamente dicha relación”.

Marco General:

Ecosistemas:

Los individuos de una misma especie constituyen poblaciones (bióticas). Las poblaciones forman las comunidades. Las comunidades animales y vegetales, en interrelación permanente con el medio (abiótico), donde viven, forman el ecosistema. Un ecosistema es un lugar que puede tener un tamaño distinto, desde un acuario de un hogar, hasta el de un lago, o un mar.

El ecosistema está constituido por la comunidad (poblaciones de plantas y animales), y por el lugar donde ésta habita sometida a las características físico-químicas de ese lugar. Los cambios que se realizan en una comunidad producen alteraciones en el ecosistema total. Puede decirse de manera general que la comunidad cambia constantemente como consecuencia de algunas relaciones ínter específicas como la competencia, la depredación, la reproducción, la cooperación... Sin embargo, hay comunidades que permanecen relativamente estables durante un largo tiempo, como 50, 100 ó 200 años. La comunidad que alcanza ese grado de estabilidad recibe el nombre de comunidad clímax. Las cadenas alimentarias enlazan diversas poblaciones de la comunidad formando una estructura compleja. La comunidad es tanto más compleja cuanto mayor es el número de poblaciones de plantas y animales que la forman. Cuanto más compleja es una comunidad es mayor la posibilidad de que se mantenga estable, es decir, alcance el estado de comunidad clímax. Una comunidad con pocas poblaciones animales y vegetales es una comunidad simple. Cuanto más simple, más inestable.

El hombre simplifica los ecosistemas y éstos se hacen más inestables. El hombre suele romper la trama de la vida en una comunidad de muchas maneras: haciendo un desmonte, esparciendo sustancias tóxicas para eliminar especies que perjudican a los cultivos... La toxicidad puede afectar otras poblaciones distintas, especialmente de aves.

La ecología es el estudio de la estructura de la naturaleza.

El equilibrio biológico

Cuando la comunidad de un ecosistema es estable, se dice que en ese ecosistema existe un equilibrio biológico. El equilibrio biológico de un ecosistema depende de los siguientes factores:

- Factores físico-químicos: hace referencia al cambio exagerado en la temperatura; en la cantidad de sales minerales en una laguna; tala de árboles de copa ancha, con lo que las plantas del suelo, de sombra reciben mucha más luz y mueren...
- Relación entre las poblaciones: por ejemplo, entre los predadores y sus presas; las relaciones pueden variar naturalmente, pero generalmente cambian por acción directa del hombre, que provoca así la ruptura del equilibrio biológico. El hombre rompe casi siempre el equilibrio de dos maneras:
 - introduciendo nuevas especies al ecosistema, especies que no encuentran enemigos naturales, con lo que su multiplicación excesiva supondrá un desequilibrio.....
 - eliminando especies autóctonas, que el hombre aprovecha para su propio beneficio, utilizando los recursos naturales no renovables (carbón de piedra, petróleo,...) y los renovables (plantas, animales y suelo).

La conservación de los recursos naturales

El hombre utiliza los recursos naturales para asegurarse su supervivencia. El uso descontrolado puede llevar a la destrucción de estos recursos. Hay una sola manera de mantener esos recursos en permanente producción y es utilizándolos racionalmente. La utilización racional de los recursos naturales se llama conservación. La conservación es una explotación planificada de los recursos naturales que tienen en cuenta el futuro, y se hace sobre la base de los conocimientos que actualmente tiene el hombre para mantener su productividad. En una utilización irracional no existe planificación con miras al futuro y prevalece más la ignorancia o la codicia que los conocimientos científicos sobre el problema. Sin las medidas de conservación, los suelos cultivables y productivos, son arrastrados por el agua y el viento y se transforman en desiertos improductivos, dando lugar al fenómeno conocido como desertificación. Los factores de desertificación son:

- La explotación excesiva de los suelos.
- La deforestación indiscriminada.
- La erosión.
- La contaminación agrícola causada por agua de riego que ha sido contaminada por procesos industriales.

El hombre puede crear un nuevo ecosistema modificando el ecosistema inicial. A veces la modificación consiste en la destrucción total del ecosistema inicial. Un ejemplo clásico es la eliminación de toda vegetación arbórea y arbustiva de una zona, para transformarla en un campo de pastoreo con predominio de hierbas, o en un campo de cultivos para la obtención de granos alimenticios (monocultivos).

Desarrollo sostenible

Cuando nos referimos a desarrollo humano, casi nunca coincide con el desarrollo del ecosistema global, ya que el ser humano ejerce sobre el ecosistema efectos negativos que con frecuencia sobrepasan los mecanismos homeostáticos con grave riesgo para la salud y supervivencia de las generaciones futuras. Por ello, se ha empezado a tomar conciencia de la necesidad de preservar el ecosistema, mediante una utilización racional de los recursos.

La Comisión Mundial del Medio Ambiente y Desarrollo (Informe Brundtland, 1982) definió el desarrollo sostenible como “el desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”. En consecuencia, se trata de cumplir de forma equitativa con las necesidades de desarrollo y medio ambientales de las generaciones presentes y futuras.

El desarrollo sostenible encierra en sí dos conceptos fundamentales:

- El concepto de “necesidades”, en particular las necesidades esenciales de los pobres, a las que se debería otorgar prioridad preponderante.
- La idea de “limitaciones” impuestas por el estado de la tecnología y la organización social entre la capacidad del medio ambiente para satisfacer necesidades presentes y futuras.

Por consiguiente, los objetivos del desarrollo económico y social se deben definir desde el punto de vista de su sostenibilidad en todos los países, ya sean desarrollados o en desarrollo.

Uno de los elementos más importantes del desarrollo sostenible a corto plazo debe centrarse

en la identificación y promoción de las estrategias que contribuyen de forma simultánea a cumplir, tanto con los objetivos relativos al desarrollo humano, como con los objetivos relacionados con el medio ambiente.

Principales elementos del desarrollo sostenible:

- Control de la natalidad.
- Uso eficiente de los recursos.
- Menor dependencia de la energía y los materiales.
- Reducción de residuos y contaminación.
- Disminución del consumo per cápita.
- Gestión integral del ecosistema.
- Cambios del concepto de economía de mercado.
- Educación ambiental para un cambio cultural y social.
- Participación ciudadana.

Para que el desarrollo sostenible pueda ser alcanzado, es necesario dar la misma importancia a los diferentes elementos considerados. Si se concede más peso a la economía que a la ecología, por ejemplo, seguramente no se alcanzará el desarrollo sostenible.

Así pues, el desarrollo sostenible se fundamenta en:

- que sea ecológicamente viable,
- que sea socialmente deseable,
- que sea sanitariamente necesario,
- que sea económicamente viable.

El desarrollo sostenible supone cambios básicos en las políticas actuales de todos los países, tanto ricos como pobres. El objetivo es asegurar que este desarrollo no suponga un despilfarro de recursos ni una amenaza al medio ambiente, y que por fin se busque el progreso económico con la debida consideración a sus raíces ecológicas. La defensa del medio ambiente está por tanto estructuralmente vinculada al desarrollo sostenible, que presupone además la decisión de enfrentarse a las causas, no a los síntomas.

Como no hay país que pueda desarrollarse aisladamente, el desarrollo sostenible exige un nuevo enfoque, y de hecho un cambio radical de las relaciones internacionales que permita el intercambio de productos, capital y tecnología sobre bases más equitativas y sea más consciente de las necesidades del medio ambiente.

Responsabilidad en salud medioambiental y en la atención al medio

Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas en dos direcciones definidas:

- Las responsabilidades del individuo y del entorno familiar.
- Las responsabilidades de los agentes sociales y administraciones públicas.

Del individuo y entorno familiar

El ser humano ha explotado el medio ambiente y ha llegado a modificar su entorno con profundidad: ha provocado que ardieran muchos bosques, persigue especies animales y vegetales en peligro de extinción, o contamina y destruye mares y montañas.

Aparte de la educación formal de la población, existe también una educación que podríamos denominar “no formal”, es decir, la que debería corresponder a los políticos, por su responsabilidad en la toma de decisiones, y a los técnicos y profesionales relacionados con el medio ambiente, al ser los encargados de ponerlos en práctica. La educación ambiental tendría que difundirse a través de dos canales: el de la enseñanza, por un lado y el de la información por otro. Es muy importante que la ciudadanía tenga conciencia de la situación real de los problemas que plantea el medio ambiente para que de modo individual se implique en la lucha y resolución de problemas ambientales.

Las instituciones deberían informar de los beneficios que se obtienen por ejemplo del reciclado, del uso del transporte público y facilitar los recursos adecuados.

Actuando ecológicamente, el individuo debe saber que alcanza un beneficio doble: ahorro personal de materiales y recursos, por un lado, y participación activa en la protección y mejora del medio ambiente por otro.

Es también muy importante que se transmitan los conocimientos ecológicos entre la familia y las amistades. De los padres depende que los mas jóvenes se interesen por la naturaleza y sus problemas, y que intenten solucionarlos.

De los agentes sociales y administraciones públicas

Tradicionalmente industria y medio ambiente han sido, y en ciertos aspectos siguen siendo, elementos enfrentados: la industria como amenaza para el medio ambiente, y la preocupación medioambiental como freno al desarrollo industrial y a la creación de empleo. Las empresas han pasado a considerar las exigencias en materia de protección medioambiental, en lugar de un coste adicional, una fuente de ventajas competitivas (mejoras de la marca de la empresa, impulso al desarrollo tecnológico...). Las empresas han ido introduciendo en su presupuesto actuaciones a realizar en relación con la protección del medio, aunque esto no es igual en todas las empresas. Las pequeñas y medianas empresas, que son la mayoría del tejido industrial de este país, tienen más dificultades que las grandes empresas para introducir en sus instalaciones las correcciones necesarias. También las inversiones en adaptación medioambiental se producen desigualmente según los sectores industriales.

No obstante, se ha avanzado respecto a situaciones previas:

- Disminución de emisión de sulfuros y compuestos volátiles en la industria química.
- Sustitución de los CFCs (Clorofluorcarbonados) en el proceso de producción de plásticos.
- Sustitución del cloro para blanqueo de papel.
- Obtención de gasolina sin plomo.
- Restauración de escombreras y tratamiento de lavaderos en la industria minera.
- Disminución del consumo de agua en las industrias del sector alimentario al mejorar procesos de producción.
- Pinturas con base acuosa para automóviles.
- Instalación de depuradoras específicas para afluentes contaminados con colorantes, cianuros, metales...

Con todo, es responsabilidad del ciudadano y las empresas ser sensibles a la situación y poner medios para evitar los daños en el medio ambiente. Así también es responsabilidad de las administraciones públicas (Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Estado, Unión Europea) elaborar leyes y normativas de protección medioambiental y hacerlas cumplir de manera escrupulosa. La responsabilidad por daños ambientales está diluida en la actualidad en distintas administraciones, llegando incluso algunas regulaciones autonómicas a superar en muchos aspectos las del Estado. También se da el caso de directrices europeas no adaptadas o adaptadas inadecuadamente al caso español.

No obstante, el futuro de todas las normativas va enfocado al principio de “el contaminador-pagador” (los agentes contaminadores se ven obligados a controlar y limpiar la contaminación causada). Este principio irá evolucionando posiblemente hasta una interpretación más extensa que implicaría la compensación a la ciudadanía por los daños ocasionados, tanto instantáneos como continuados, lo que obligaría a las empresas a suscribir seguros de responsabilidad civil por los daños ambientales.

Educación ambiental y participación ciudadana

En las últimas décadas del siglo XX se pudo detectar en nuestra sociedad un incremento gradual de la sensibilidad entre numerosos grupos sociales e instituciones nacionales y supranacionales hacia la mejora y conservación del entorno ambiental.

Se puede considerar a 1972 como un año clave en la evolución de las acciones encaminadas a la defensa del medio ambiente. La ONU celebró en Estocolmo su “I Conferencia sobre el Medio Ambiente Humano” y sirvió de arranque de toda una serie de conferencias sobre el derecho de las personas a disponer de alimentos adecuados, a tener un alojamiento seguro, a beber agua potable, etc. En la conferencia de Estocolmo se confirma el apoyo a los proyectos PNUMA (Programa de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente) haciéndose especial referencia a la necesidad de una educación ambiental en sus recomendaciones. Fueron las ONGs y otros grupos

de ciudadanos los primeros que suscitaron la conciencia pública y las presiones políticas que estimularon a los gobiernos a actuar. Las comunidades científicas y no gubernamentales desempeñaron, en este sentido, un papel de vital importancia en la Comisión de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano de Estocolmo.

También en 1972, hay que recordar, apareció el primer informe del Club de Roma, “Los límites del crecimiento”, y el “Manifiesto para la supervivencia” que fueron la alarma que dio fin al optimismo de las concepciones de futuro de los años 50 y 60 en los países industrializados, y que señaló cómo existía la tendencia a ensancharse el abismo existente entre países ricos y pobres.

La UNESCO y el PNUMA promueven en 1975 el “Seminario Internacional de Educación Ambiental”, del que resulta la llamada “Carta de Belgrado: un marco general para la Educación Ambiental”. Este documento determina las directrices a tomar por la educación ambiental a nivel internacional. Pero hasta 1977 no se celebra la “I Conferencia Intergubernamental sobre Educación Ambiental”, celebrada en Tbilisi, convocada por PNUMA-UNESCO y a partir de la cual se desarrolla un programa internacional sobre educación ambiental.

La Asamblea General de las Naciones Unidas encarga en 1983 a una Comisión Mundial del Medio Ambiente y el Desarrollo (CMMAD), que elabore un “programa global para el cambio”, es decir, propuestas de estrategias medioambientales a largo plazo, con el fin de alcanzar su desarrollo sostenible con miras al siglo XXI.

En 1987, la CMMAD saca a la luz pública un informe conocido como “Nuestro futuro común”, en el que dentro del contexto específico de la crisis del desarrollo y el deterioro del medio ambiente, se apuesta por un desarrollo sostenible, el cual requiere, entre otros requisitos “un sistema político democrático que asegure a sus ciudadanos una participación efectiva en la toma de decisiones”, así como del “fomento de la cooperación entre países con diferentes niveles de desarrollo”, a partir de unos objetivos comunes fundados en la interacción hombre-recursos-medio ambiente-desarrollo, en definitiva, aumentar el nivel de comprensión y compromiso activo por parte de los ciudadanos, las organizaciones voluntarias (ONGs), la industria, las instituciones y los gobiernos.

Uno de los puntos cardinales del desarrollo sostenible es, pues, la participación ciudadana: “Tomar las difíciles decisiones que se requieren para lograr el desarrollo sostenible dependerá del amplio apoyo y participación de una ciudadanía consciente e informada y de las ONGs, la comunidad científica y la industria”.

Para ello, obviamente, es necesario un programa integral de educación ambiental, que no sólo se centre en campañas informativas y divulgativas, siempre importantes en el intento de lograr una nueva concienciación social. Sus objetivos deben ir más lejos, ya que los problemas medioambientales hace tiempo que dejaron de ser algo puntual o local, las fronteras no existen para los mismos, por ello la labor dentro de este campo abarca varias líneas de trabajo a nivel mundial:

- Proporcionar una educación que ayude a cambiar los estilos de vida y las formas de consumo en el Norte, de manera que el efecto sobre el medio ambiente del Sur resulte menor. De forma que consiga disminuir el consumo de energía y de otros recursos no renovables.
- Cambiar la concepción tradicional de las relaciones entre los Estados y sus pueblos. Con el objeto de que a través de la comprensión y la conciencia pública se haga posible una mejora de las relaciones de intercambio entre el Norte y el Sur, superando el viejo esquema explotador-explotado. Lo cual se traduciría en una mayor voluntad por resolver la crisis de la deuda. Tema de gran importancia dado que muchos países se ven obligados a ejercer una presión esquiladora sobre sus recursos naturales (con serias repercusiones para el medio ambiente del planeta), para poder hacer frente a su deuda o bien, en convertirse en basureros químicos y vertederos de residuos tóxicos y radiactivos exportados del primer mundo, a cambio de compensaciones económicas.
- Educar para cooperar. En el sentido de cooperar con los pueblos y las organizaciones del Sur en su lucha por la transformación democrática de sus sociedades, ya que el pluralismo y la gestión democrática son requisitos imprescindibles para hacer educación ambiental. Ésta ha de estar involucrada en el entorno sociopolítico y ha de ser reivindicativa contra las injusticias y el mal reparto de bienes que generan desigualdades entre los ciudadanos y los pueblos.

- Es necesario que la educación ambiental busque la organización, la solidaridad y la responsabilidad de todos los ciudadanos para lograr un desarrollo sostenible y solidario con todos los pueblos del planeta. Para ello, es imprescindible un cambio cultural basado en la riqueza y en la diversidad del acervo cultural que fomente el diálogo entre culturas.
- La educación ambiental no se puede diferenciar de una educación para la paz, ya que tenemos que ser conscientes que el aparato militar y la carrera armamentística no sólo pueden ser los causantes de una destrucción total o parcial del planeta, o los causantes de innumerables conflictos sociales, sino que a ellos se debe también entre el 15 y el 20% del consumo de materias primas y de carga del medio ambiente global en tiempo de paz.

Hace falta una nueva escala de valores y nuevas formas de comportamiento que configuren lo que han de ser las nuevas condiciones de vida del hombre actual y del futuro. Para ello, el primer paso es desenmascarar, a través de una educación crítica, la ideología dominante. Tal ideología, como bien dice José Manuel Naredo, pretende endulzar la creencia en el carácter inmutable de la actual sociedad jerárquica en la que el poder está directamente relacionado con la riqueza, tratando de mantener viva la esperanza entre los individuos y los pueblos, de que algún día podrán solucionar su situación dentro del propio sistema alcanzando posiciones privilegiadas de consumo en la pirámide social.

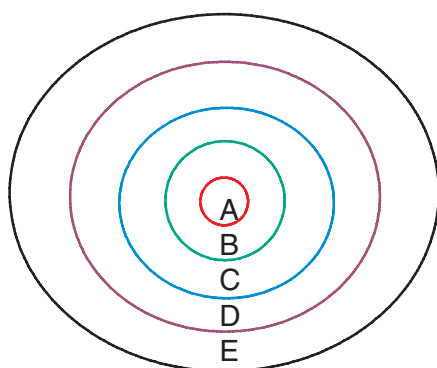
Ha de ser otro el contenido de una educación ambiental solidaria con todos los pueblos y fundada en los valores de la igualdad. Alcanzar el nivel de ingresos, de consumo y de despilfarro de las actuales metrópolis por el camino de la industrialización, no es ninguna panacea para los países en desarrollo, ya que la degradación de la energía, la destrucción de los recursos no renovables, la contaminación, el empobrecimiento de los sistemas ecológicos originados por la tecnología que ofrece los niveles de consumo de los núcleos dominantes, hacen que su generalización a escala planetaria sea de todo punto imposible.

La educación ambiental, en este sentido, se configura como una educación de límites, al mismo tiempo que debe ofrecer alternativas a una sociedad en la que la opulencia de ciertos pueblos, clases, individuos o territorios entraña la dominación y la pobreza de otros para poder mantener sus niveles de consumo.

La participación ciudadana basada en la propia idiosincrasia cultural de cada pueblo, en la cooperación entre naciones y en el conocimiento de la situación y de la génesis de nuestro medio es la vía que la educación ambiental tiene que promocionar en su tarea de mejorar la calidad de vida del ser humano presente y futuro.

Urbanismo y salud

En la actualidad, las ciudades se hayan inmersas en un proceso de globalización, con una marcada tendencia a la convergencia de culturas. Nos puede servir a modo de ejemplo un esquema de coronas.



- La zona centro de la ciudad (zona A), representa la parte histórica y monumental. Esta es la zona que se dedica, tanto al comercio, como a actividades de empresas privadas y de la administración pública.
- La zona B es la población marginal que está formada en su mayoría por inmigrantes que habitan en casas antiguas, no remodeladas, menos caras y con grandes deficiencias.

- La zona C es la primera corona, donde se asienta la población trabajadora de clase media; se diferencian los barrios atendiendo al tipo de construcción, las actividades desarrolladas y el nivel de vida de sus habitantes.
- La zona D representa la segunda corona, que englobaría lo que hasta hace poco tiempo se definía como “ciudades dormitorio”; por la carencia de servicios, sobre todo ocio. También estarían dentro de esta corona, barrios que fueron pueblos donde quedan restos de construcciones típicas unifamiliares, aunque a nivel laboral se han producido grandes cambios, con la desaparición casi total de la agricultura y el pastoreo.
- La zona E es la tercera corona, que serían las zonas industriales y residenciales dispuestas de forma irregular, con barrios marginales asociados a chabolas en las que viven familias de escasa integración social.

Los asentamientos de los primeros pobladores se producían en el primer lugar que encontraban, pudiendo ser en el norte o en el sur de la ciudad dependiendo de su procedencia, serían las clases altas las que después tenderían a reinstalarse en las zonas más alejadas de estos asentamientos. Ejemplo: en Madrid comenzarían desde el sur, en Irlanda desde el norte.

Junto al importante desarrollo urbano, surge la necesidad de crear espacios verdes y de ocio que permitan la expansión de la ciudadanía y su bienestar. De hecho la cantidad y tipo de “zonas verdes” son un índice de calidad de vida.

A medida que la ciudad crece, las coronas se desplazan en sentido concéntrico, cambiando su ubicación de forma más o menos cíclica. La ciudad va ligada tradicionalmente a la idea de cambio, de progreso y de modernización; ideas que sugieren dinamismo, crecimiento y construcción-reconstrucción. Por otro lado, también es evidente en la ciudad la continuidad de edificios, lo que sugiere que al mismo tiempo se mantiene la idea de persistencia y tradición.

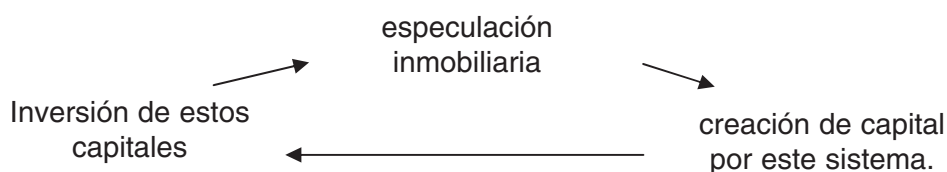
Problemas de los asentamientos urbanos

Los problemas de los asentamientos urbanos surgen porque cuando nos referimos a la ciudad, ésta es un ecosistema en el que domina el hombre. En la actualidad más del 70% de la población mundial vive en ciudades. Esto trae consigo problemas de:

- Contaminación del agua.
- Recolección y eliminación de residuos sólidos.
- Distancia y tráfico.
- Contaminación ambiental.
- Afectación de la capa de ozono.
- Contaminación sonora.
- Animales domésticos.
- Mal ordenamiento de las construcciones.
- Aumento del número de accidentes.
- Deficientes instalaciones de las comunicaciones.
- Falta de instalaciones para la educación.

También es cierto que en las ciudades, por un lado se promueve una vida comunitaria saludable y compatible para el organismo vivo, y por otro se aumenta cada vez más, la tendencia de ganar mucho dinero por determinados grupos.

Esto es porque la economía de un país depende de este circuito:



Este circuito es muy frágil y se puede romper creando así ciudades con rápida extensión, aglomeración y especulación.

Vivienda y salud

Es un derecho fundamental de todas las personas el poder tener una vivienda. El acceso a una

vivienda adecuada no siempre es posible. Una vivienda adecuada debe asegurar:

- Necesidades fisiológicas fundamentales:
 - Un medio para evitar que el cuerpo humano sufra una pérdida excesiva de calor. Lo ideal es una temperatura en invierno $> 18^{\circ}\text{C}$. Humedad relativa $> 75\%$, en cocina y baño hasta el 85% .
 - Una atmósfera de pureza química razonable.
 - Luz diurna suficiente.
 - Luz solar directa.
 - Luz artificial suficiente y preferentemente en la misma dirección que la luz solar.
 - Protección contra el ruido excesivo. Lo ideal es un nivel máximo en zonas comunes de 50 decibelios y en no comunes 45 decibelios.
 - Espacio suficiente para llevar a cabo las actividades propias de cada edad.
 - Evitar calor excesivo: orientar las casas y las ventanas para favorecer las corrientes de aire.
- Necesidades psicológicas fundamentales:
 - Posibilidad de un aislamiento individual suficiente. La superficie mínima: 18 m^2 para las dos primeras personas y 10 m^2 para cada una de las restantes.
 - Posibilidad de llevar una vida familiar normal.
 - Posibilidad de llevar una vida normal de relaciones en el seno de la colectividad.
 - Instalaciones y medios que faciliten las labores domésticas y eviten el cansancio físico y mental excesivo.
 - Un ambiente propicio, desde el punto de vista estético, en el hogar y sus alrededores.
 - Concordancia con las formas corrientes de vida social de la colectividad.
 - Necesidades psicológicas fundamentales:
- Protección contra el contagio:
 - Agua potable en la vivienda.
 - Protección de las instalaciones de suministro de agua contra la contaminación, dentro de la vivienda.
 - Instalaciones sanitarias (WC) que reduzcan al mínimo el riesgo de transmisión de enfermedades.
 - Protección de las superficies interiores de la vivienda.
- Protección contra los accidentes:
 - Empleo de materiales y métodos de construcción que reduzcan al mínimo el peligro de accidentes por derrumbamiento de las estructuras.
 - Control de los factores que puedan provocar incendios o favorecer su propagación.
 - Medios rápidos y eficaces de evacuar la vivienda en caso de incendio: escaleras con buen alumbrado, buenos pasamanos, peldaños más anchos que largos.
 - Protección contra los riesgos de quemaduras y descargas eléctricas: interruptor de la luz lejos de la cocina de gas (mejor fuera del recinto) e interruptor de la luz fuera del baño.
 - Protección contra los escapes de gases.
 - Medios de protección contra caídas y otros percances en el hogar. Por ejemplo: tener cuidado con muebles y sobre todo alfombras para evitar tropiezos o resbalar y caer por descuidos o inadvertencia de obstáculos (especialmente en niños y niñas, y en personas mayores), ventanas a altura suficiente para evitar caídas, enchufes eléctricos tapados con tacos de plástico cuando no se usen...
 - Protección del vecindario contra los riesgos de la circulación de automóviles.
- Todo esto es importante porque:
 - El sentirse incómodo en la vivienda contribuye a la aparición de enfermedades.
 - El hacinamiento genera falta de sueño (no coincidencia de horas de actividad).
 - La facilidad y libertad de circulación dentro de la vivienda evita problemas musculares y conflictos de relación.
 - En las y los jóvenes la mala calidad de la vivienda puede ocasionar angustia, depresión

y tensión nerviosa.

- En personas de más edad ocasiona desequilibrios mentales, estados de depresión y de melancolía que pueden incluso llevar a la hospitalización de la persona.

Tráfico y salud

Se puede considerar el tráfico como un problema de salud pública teniendo en cuenta tres aspectos:

- Como fuente contaminante:

- La contaminación atmosférica producida por los vehículos se debe a la emisión de monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, hidrocarburos no quemados totalmente, partículas de plomo contenidas en el gas de escape, hidrocarburos evaporados, partículas de amianto procedentes de los dispositivos del frenado y mal olor si el combustible utilizado es carburante diesel.
- La contaminación del suelo que produce la proliferación de vehículos que, sólo con su estacionamiento, obstruyen las calles, invaden las aceras, dificultan la limpieza y favorecen la dispersión de residuos de gasóleo y de aceites de engrase.
- Debemos ser conscientes también del enorme impacto ambiental que produce la construcción de autopistas, autovías y el trazado de vías de los trenes de alta velocidad.
- La contaminación acústica está producida en las ciudades principalmente por el tráfico rodado, sin olvidar que el tráfico ferroviario y el aéreo son fuentes de ruido que afectan a la salud de las poblaciones que habitan próximas a las estaciones de tren y aeropuertos.

- Como generador de accidentes:

Los accidentes de tráfico son una frecuente causa de morbilidad y mortalidad en todos los países, pero también son importantes por los elevados costes socioeconómicos que implican. Son la primera causa de muerte por accidente.

Se estima que los accidentes de tráfico producen cada año en el mundo más de 750.000 muertos y más de 20 millones de heridos. Esta cifra es aún más grave si se considera que la mayoría de los accidentes de tráfico ocurren en personas jóvenes, con lo que su importancia económica y social se incrementa.

Si se mide la trascendencia de los accidentes de tráfico por las tasas de los años potenciales de vida perdidos, éstos son la primera causa en varones españoles y la segunda en mujeres.

En España, los mayores índices de mortalidad se dan en dos grupos de edad, el de 15 a 29 años, y el de más de 70 años, tanto en hombres como en mujeres. Por cada víctima mortal, se cuentan alrededor de 7 heridos graves y 15 leves. Estos accidentes son también la primera causa de lesión medular espinal traumática (más de 500 parapléjicos/año) y de incapacidad laboral (40% de minusvalías).

Las siguientes cifras hablan de la enorme trascendencia de este problema de salud pública en nuestro país: los accidentes de tráfico gastan del 1-2% del PIB, consumen más del 10% de las camas de hospital, producen como mínimo un 35% de la mortalidad y más del 50% de las incapacidades debidas a todo tipo de accidentes. En Europa se estima que los costes por accidentes de tráfico superarían los 46.000 millones de euros al año.

Los accidentes de tráfico, por tanto, originan un coste humano y económico que ningún país debería permitirse. La solución reside en la prevención.

- Como estilo de vida no saludable:

Hay que ser conscientes de la responsabilidad y las implicaciones que nuestros hábitos de consumo y estilo de vida tienen sobre la salud de la comunidad. Así pues, la utilización indiscriminada del vehículo para todo tipo de desplazamientos, ya sean trayectos cortos o largos, o bien para desplazarse por el centro de la ciudad, conlleva un consumo abusivo de combustible así como una congestión de las vías públicas con la consiguiente carga de estrés, prisas y ruidos que actúan negativamente sobre la salud.

Saneamiento ambiental

Producción y eliminación de residuos. Tipos de residuos.

Se conoce por residuo a cualquier material o forma de energía descargados al medio ambiente por el hombre y susceptibles de producir contaminación. El desarrollo económico y el progreso tecnológico han dado origen a un incremento, tanto en cantidad como en variedad, de los residuos producidos por las actividades humanas, por lo que su disposición y eliminación plantea problemas en la sociedad de hoy, tanto a nivel económico como a nivel de espacio.

Tipos de residuos

Los residuos pueden ser clasificados según su procedencia o características. Podemos resumir los distintos tipos como:

Residuos peligrosos: denominados así en razón de la amenaza que suponen para la salud del hombre y su entorno en caso de emisión por accidente, pérdida en el transporte, tratamiento de forma indebida o depósito en lugares inadecuados. La calificación de una sustancia como residuo peligroso depende de la legislación de los diferentes países, pero en general son definidos como tal aquellos residuos que son inflamables, reactivos, corrosivos y tóxicos. Aproximadamente la cantidad de residuos peligrosos generados en España supone un 15% del total de residuos industriales producidos.

Residuos radiactivos: procedentes del combustible nuclear, y que generalmente requieren un almacenamiento definitivo que varía de unos países a otros y que incluyen diferentes formas, como el enterramiento o almacenamiento en minas abandonadas y en zonas geológicas profundas.

Residuos sólidos: se generan en el desarrollo de distintas actividades; entre ellos se incluyen residuos agrarios, comerciales, sanitarios, de construcciones y demolición, industriales, y domésticos.

Los residuos sólidos urbanos son los producidos por cualquier actividad en los núcleos de población o sus zonas de influencia, y comprenden los citados previamente como residuos sólidos a los que habría que añadir los resultantes de limpieza de calles y zonas verdes. Su composición es muy heterogénea lo que dificulta su posterior recogida, tratamiento y eliminación. Los estudios más recientes llevados a cabo por el Ministerio de Medio Ambiente cifran en aproximadamente 1,2 Kg por día y por habitante la cantidad de residuos urbanos domésticos producidos en España, con diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas, siendo su componente más abundante la materia orgánica, seguido de papel y cartón, plástico, vidrio, metales, maderas y otros muy diversos que incluyen textiles, gomas, cueros, tierras, cenizas, cerámica, muebles y enseres domésticos, residuos eléctricos y electrónicos, pilas y baterías, pinturas, barnices, disolventes, insecticidas y medicamentos.

¿Qué hacemos con los residuos?

Vivimos en una cultura de “usar y tirar” que desemboca en el uso descontrolado de materias primas, y la creciente generación de residuos. Cuanto mayor es esta generación, mayor es el coste de la gestión de estos residuos, y mayor es el riesgo de efectos nocivos para nuestra salud. Los modelos de tratamiento de residuos sólidos urbanos más habituales utilizados son:

La incineración. La incineración es un proceso de combustión controlada de los residuos sólidos, que los transforma en gases y material inerte (cenizas y escorias), con objeto de obtener un producto inerte y reducir su volumen. El proceso puede realizarse con o sin recuperación de energía; si se recupera energía se puede utilizar para generar electricidad para la propia incineradora. No es un método de eliminación completo, ya que tanto el material inerte como los gases deben ser tratados.

Los cuatro factores que determinan o condicionan la adopción del sistema de incineración para la eliminación de residuos son:

- Volumen de residuos que se han de incinerar (toneladas / día), lo que determina la capacidad de la planta.
- Poder calorífico inferior.
- Gastos de inversión.
- Gastos de explotación.

El poder calorífico inferior de los residuos (PCI) es el parámetro más importante, ya que un mínimo de 1000 kcal/kg permite la incineración sin necesidad de combustible adicional. En cualquier caso, hay que señalar que, aunque los residuos sólidos tienen un gran potencial energético que puede ser aprovechado, el proceso de incineración tiene elevados costes de inversión y explotación.

Vertido controlado. Es la opción mas generalizada. Los vertederos son lugares generalmente apartados del núcleo urbano, y que deben cumplir unas normas obligatorias de seguridad, que obligan a impermeabilizar la zona donde se sitúan, para impedir que sustancias tóxicas se filtren a los acuíferos más cercanos. Estas sustancias son generalmente líquidas (lixiviados) y su poder tóxico es muy considerable. Según las más recientes normativas europeas los vertederos están obligados a tratar los lixiviados que producen.

Vertido incontrolado. Es el vertido en lugares no controlados por ninguna institución administrativa con el peligro que conlleva, ya que por un lado se desconocen los componentes de estas basuras, y por otro lado no se realizan las fases de compactación del terreno, lo que lleva a la producción de bolsas de gases (metano entre otros) que origina combustiones espontáneas que no suelen tener llama, y que emiten un gas denso y de olor característico y frecuentemente tóxico.

Compostaje. Consiste en el aprovechamiento de la materia orgánica contenida en nuestra basura transformándola en abono para agricultura y jardinería. Es una imitación del proceso de fermentación que ocurre en la naturaleza, pero acelerado y controlado. Con el compost obtenido podemos mejorar la calidad de nuestros suelos.

Biometanización. Tratamiento anaerobio de la materia orgánica donde se obtiene compost y además biogás que posteriormente transformado nos permitirá obtener energía eléctrica.

Efectos de los residuos sobre la salud de las poblaciones

Los millones de toneladas de residuos producidos anualmente por el hombre y descargadas al medio, a través del aire, agua y suelo, causan perjuicios en el entorno cuando los vertidos se hacen sin o con un tratamiento muy limitado, y se supera la capacidad de asimilación de los sistemas naturales. La contaminación puede manifestarse directamente sobre un medio, pero hay una clara interrelación ; por ejemplo la lluvia arrastra los contaminantes atmosféricos hasta depositarlos en el suelo o en las aguas.

En cuanto a su influencia espacial algunas formas de contaminación tienen su efecto en las zonas cercanas a su producción mientras que otras, como la lluvia ácida, pueden afectar a territorios muy alejados del punto de emisión de los óxidos de azufre y nitrógeno, que la originan.

Los efectos de los residuos sobre la salud son muy variados y en muchas ocasiones no son fácilmente demostrables, ya que la exposición a una determinada sustancia y sus efectos pueden estar separados temporalmente. En estos casos los efectos no son bien conocidos y son detectados cuando los daños son irreversibles. Otras veces, hay un daño agudo producido por exposiciones cortas a elevadas concentraciones del contaminante donde la respuesta es generalmente instantánea y el daño es permanente.

Veamos algunos ejemplos de la contaminación del medio y sus efectos.

Emisión de tóxicos al aire. En los vertederos incontrolados pueden producirse dioxinas al arder productos clorados como el PVC, presente en numerosos envases de alimentos y bebidas, juguetes, etc, siendo estas sustancias cancerígenas, y pueden producir alteraciones en los sistemas inmunitario, hormonal, reproductor y nervioso. Son además acumulativas, permaneciendo en toda la cadena alimentaria, con tendencia a acumularse en los tejidos grasos de los seres vivos. La combustión de productos clorados emite también ácido clorhídrico que provoca afecciones respiratorias e irritación de las mucosas. Estas sustancias están dentro de las conocidas como COPs (Contaminantes Orgánicos Persistentes) muchas de ellas prohibidas hace ya varios años, a pesar de lo cual otras muchas siguen usándose de forma habitual en numerosos productos.

Otros gases como el monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno, ozono y dióxido de azufre pueden producir desde alteraciones transitorias en la función pulmonar, hasta un aumento de la morbi-mortalidad entre las personas mayores, los niños y las niñas, y pacientes con enfermedades crónicas.

Emisión de tóxicos al agua y al suelo. El agua puede contaminarse por vertido directo de residuos, o bien cuando las basuras se entierran en excavaciones de material permeable, filtrándose hacia acuíferos y aguas subterráneas, no sólo materiales o sustancias contaminantes, sino también microorganismos que consumen el oxígeno de las aguas acabando con la vida de muchas especies de animales, fundamentalmente peces, y apareciendo otras especies que sí pueden vivir en esas condiciones, como por ejemplo gusanos.

El 6º programa de acción medioambiental de La Unión Europea que regirá la política medioambiental de España y de los países de su entorno desde el año 2001 hasta el año 2010, tiene como acciones prioritarias la relación entre medio ambiente y salud, y la gestión de residuos.

¿Qué podemos hacer?

Existen tres objetivos básicos para afrontar la problemática de los residuos que se resumen en la conocida teoría de “Las tres R”, que hacen referencia a Reducir, Reutilizar y Reciclar siguiendo este orden de prioridad.

Reducir: consiste en disminuir al máximo la producción de residuos, rechazando envases innecesarios, disminuyendo el consumo de objetos de usar y tirar, uso de productos locales para disminuir los costos por transporte, contaminación, etc.

Reutilizar: trata de dar la mayor cantidad de usos a los productos antes de que se conviertan en residuos.

Reciclar: consiste en dar un nuevo uso a los materiales presentes en los residuos. La solución está en nuestras manos realizando una separación de los mismos, según los materiales que los componen. El reciclaje nos beneficia tanto a nivel económico como a nivel de nuestra salud. Por ejemplo por cada 3000 botellas de vidrio que se vuelven a fundir se consigue:

- Ahorrar más de una tonelada de materia prima que no se tiene que extraer de las canteras.
- Disminuir en 1000 kilos la basura generada, por lo que los ayuntamientos no han tenido que recoger y tratar las toneladas recicladas.
- Reducir la contaminación del aire en un 20% al quemar nuevos combustibles para fabricar nuevos envases, teniendo en cuenta además que la energía necesaria para la fusión del vidrio es menor cuando se incorpora casco de vidrio en los hornos.

En 1998 se reciclaron 567.171 toneladas de vidrio, lo que supuso un ahorro de 680.605 toneladas en materia prima, 73.165 toneladas equivalentes de petróleo en energía y 4.537 millones de pesetas en la no eliminación de basuras.

Recogida, transporte y tratamiento de basuras

La recogida de basuras y limpieza urbana son tareas complicadas que requieren adecuados medios materiales y humanos, y que dependen de los ayuntamientos. Las competencias municipales en este sentido abarcan desde la retirada de las basuras hasta la limpieza de aceras, calzadas, retirada de carteles, limpieza de pintadas y vaciado de papeleras. La implantación del uso de contenedores fue fundamental para hacer que esta recogida fuera mas rápida, diera mayor libertad a la ciudadanía para depositar los residuos, y ayudara a la limpieza e higiene de la ciudad.

Las basuras son recogidas por diferentes tipos de camiones que intentan adaptarse a las diferentes características de las zonas por donde deben transitar. En un número cada vez mayor de ciudades existe la recogida selectiva de envases, también conocida como “bolsa amarilla” que permite separar los envases de plástico, metal y brick para su posterior tratamiento. Dicha bolsa es depositada en el contenedor amarillo situado al efecto, junto con los contenedores gris-naranja del resto de la basura. Existe también una recogida selectiva de papel, vidrio y pilas, mediante contenedores especiales repartidos por la ciudad. Los de papel suelen ser de color azul y los de vidrio verdes, aunque pueden cambiar según las provincias o comunidades autónomas.

Para la limpieza integral de la ciudad existe también un servicio de recogida de muebles y enseres viejos a domicilio que evita su acumulo en la vía pública, así como el de vehículos abandonados y animales muertos.

Junto a estas opciones se encuentran los denominados “puntos limpios” donde los ciudadanos pueden depositar gran multitud de objetos como chatarra, escombros, muebles, colchones y trastos viejos, además de los citados previamente vidrio, cartón etc.

Una vez que es recogida la basura no selectiva, es transportada por los camiones a plantas de recuperación y transformación donde es sometida a tratamiento, con el fin de separar aquellos materiales que puedan ser recuperables y posteriormente sometidos a reciclado, o bien simplemente se reduce su tamaño para que ocupen menos volumen en el vertedero. Los materiales recogidos de forma selectiva, a los que se añaden los separados del resto de los residuos en la planta de transformación, son conducidos a los puntos donde serán reutilizados o reciclados.

Contaminación atmosférica

La contaminación atmosférica es la emisión de una serie de sustancias externas a la composición normal de la atmósfera. Determinadas actividades humanas aceleran los procesos que provocan la contaminación, se mueven en la dinámica del consumo y del beneficio inmediato, utilizan y agotan los recursos sin considerar las consecuencias a largo plazo.

La actividad industrial ha venido acompañada por la producción de grandes cantidades de contaminantes y su emisión al medio ambiente. La composición de la atmósfera ha variado sustancialmente debido a estas emisiones. Hoy se están viviendo las consecuencias de esta degradación: las lluvias ácidas y la muerte de los bosques, el efecto invernadero o la destrucción de la capa de ozono.

Las lluvias ácidas

La quema de combustibles fósiles en grandes plantas de producción de energía, instalaciones industriales y vehículos, trae consigo la emisión de sustancias como los óxidos de nitrógeno (NOx), el dióxido de azufre (SO₂) o hidrocarburos (HC), además de monóxido y dióxido de carbono (CO y CO₂).

Las principales fuentes de dióxido de azufre son las centrales térmicas de carbón. Al quemarse el carbón, el azufre que contiene se emite a la atmósfera. Los óxidos de nitrógeno son emitidos también por las centrales térmicas y en gran medida por vehículos privados. En la atmósfera pueden permanecer y desplazarse a miles de kilómetros de la fuente emisora para, en determinadas condiciones de humedad, reaccionar y convertirse en ácido, entonces se produce la lluvia ácida. En los últimos años se ha producido en el continente europeo un aumento alarmante de la acidez de las lluvias. La degradación y muerte de miles de hectáreas de bosques en toda Europa, la desaparición de la vida vertebrada en más de 15.000 lagos en Escandinavia o la aparición de algas tóxicas en los mares, son consecuencia, en mayor o menor medida, de esta alteración. Pero no es necesario que llueva para que la contaminación atmosférica afecte al medio ambiente. En condiciones de sequía las partículas contaminantes se precipitan afectando también a la vida animal y vegetal.

En las zonas donde la radiación solar es alta, los óxidos de nitrógeno y los hidrocarburos emitidos por los coches reaccionan con la radiación solar produciendo la aparición de un nuevo contaminante: el ozono. Esta sustancia es altamente peligrosa en las capas bajas de la atmósfera y se detecta especialmente en ciudades con muchas horas de luz y altos índices de contaminación.

La capa de ozono

Entre los 15 y los 30 kilómetros de altura hay una concentración de ozono superior al resto de la atmósfera, es la llamada capa de ozono. Esta capa absorbe una parte importante de la radiación solar ultravioleta y está en delicado equilibrio. Durante los últimos años diversos estudios científicos han mostrado que la capa de ozono se está deteriorando.

En la Antártida se produce, tras seis meses de oscuridad y con los primeros rayos de luz, un agujero de dimensiones similares a los EE.UU. y con una profundidad como la altura del monte Everest. También en el Ártico se ha detectado un desgarramiento de la capa de ozono.

Se ha identificado a los clorofluorocarbonos (CFCs) como los principales destructores de la capa de ozono. Estas sustancias sintéticas se utilizan como propelentes en aerosoles, agentes refrigeradores en neveras y aire acondicionado, disolventes y agentes espumantes. No son tóxicos ni reactivos, pero permanecen en la atmósfera, y al cabo de 10 años llegan a las capas más altas donde está también el ozono.

Con la radiación ultravioleta del sol se libera el cloro de los clorofluorocarbonos que reacciona con el ozono, destruyéndolo. Los CFCs tienen una vida de más de 100 años, por tanto hay una

bolsa importante en la atmósfera de estas sustancias, que proseguirá durante años destruyendo el ozono. Si hoy no parasen las emisiones de CFCs, todavía tardaríamos más de 100 años en volver a los niveles de ozono de 1985.

El efecto invernadero

Se conoce como “efecto invernadero” la acumulación de gases contaminantes en las capas altas de la atmósfera que impiden que el calor liberado en la tierra escape al exterior. La consecuencia más inmediata de este efecto es el incremento de temperatura que se está produciendo en todo el planeta.

El principal compuesto causante de esta situación es el dióxido de carbono (CO₂), que actúa como el cristal de un invernadero. El CO₂ es un compuesto natural en la atmósfera, a diferencia de otros, como los CFCs, que son sintéticos. Sin embargo, la actividad industrial, y la alarmante pérdida de la cubierta vegetal (los vegetales a través de la fotosíntesis absorben CO₂ y emiten oxígeno) han hecho que en los últimos años aumente de forma importante la concentración de CO₂ en la atmósfera. Se calcula que en los últimos 100 años el incremento ha sido de más del 25%.

Las consecuencias se están observando ya: en los últimos 100 años ha habido un incremento de la temperatura media de la tierra de entre 0,3 y 0,7 grados centígrados. Se calcula que de seguir el mismo ritmo de emisiones, la concentración de CO₂ puede doblarse de aquí al año 2030. El incremento estimado de temperatura en la tierra, de producirse esta situación, sería de entre 1,5 y 4,5 grados centígrados.

Otros gases como los CFCs, los óxidos de nitrógeno, el metano o los hidrocarburos también colaboran al efecto invernadero.

Desde múltiples foros sociales se requiere a la población a participar en la reducción de emisiones contaminantes, fomentando el uso de los transportes públicos, reduciendo el consumo excesivo de energía etc..

Desde hace años venimos oyendo hablar de la erosión en la capa de ozono, se trata de un gas presente en la atmósfera que, si se mantiene estable protege de la radiación ultravioleta procedente del sol, los efectos perjudiciales son: aumento de la tasa de cáncer de piel, infecciones en la vista etc...puede también afectar a las cosechas y la vida marina. Entre las causas de esta erosión se encuentra la emisión a la atmósfera de los CFC (clorofluorcarbonados). Estos se emiten a la atmósfera, al suelo y al agua a través de sprays, por vertido incontrolado de los radiadores, de los frigoríficos, y bandejas de envasado individual, entre otros.

Control sanitario de las aguas

El agua constituye un soporte indispensable para la vida. El principal objetivo del control sanitario del agua es la protección de la salud pública, para ello hay que tener en cuenta tres aspectos: la calidad del agua, la cantidad necesaria para el consumo y la accesibilidad del agua a la población.

¿De dónde proviene el agua que consumimos?

El ciclo del agua comienza en la condensación del vapor atmosférico y precipitación en forma de lluvia o nieve, para llegar al suelo. Una pequeña parte del agua que alcanza el suelo queda retenida en las irregularidades del terreno, otra parte circula por ríos y arroyos para ir a parar a los lagos o al mar, y otra parte se infiltra en el terreno, bien parcialmente, donde queda disponible para



su utilización por los seres vivos, o bien por filtración a capas profundas, desde donde puede aflorar por manantiales e incrementar el almacenamiento en la superficie.

Aproximadamente el 90% del agua de la tierra se encuentra combinada en la corteza terrestre, por lo que no es utilizable por los seres vivos. La parte de agua disponible representa 1.384×10 Km., de los cuales el 97,6 % se encuentra en los océanos y el 1,9 % en los casquetes polares y glaciares, con lo que el agua dulce disponible para los seres vivos representa el 0,49 % del total, correspondiendo 0,47 % a las aguas subterráneas y 0,02% a las aguas superficiales.

¿Cuáles son las fuentes de contaminación del agua?

Las fuentes de contaminación no sólo se encuentran en las zonas de captación del agua, sino que están en todo el sistema de abastecimiento.

El hombre contamina los recursos hídricos con dos tipos de residuos. **Los residuos orgánicos básicos** son los que el hombre ha vertido a lo largo de toda su historia, este vertido tradicional está constituido por excrementos humanos y restos vegetales. En segundo lugar, están todos aquellos **productos de desecho** producidos por el hombre como consecuencia de su actividad industrial, así como los resultantes de la transformación en el tiempo de los numerosos productos manufacturados.

El volumen de las aguas residuales se calcula a partir de una eliminación humana de unos 34 kg de materias fecales y unos 428 litros de orina por habitante y año, lo que supone para una ciudad de 100.000 habitantes la producción de 46.200 toneladas al año. A esta cifra hay que sumar otras aguas residuales domésticas (1 tonelada por habitante y año), y a todo ello habrá que añadir cantidades variables de aguas residuales industriales, de importancia distinta según el carácter más o menos industrial de la ciudad que consideremos.

¿Qué es el sistema de abastecimiento de agua?

El sistema de abastecimiento de aguas potables de consumo público es el conjunto de zonas de protección, obras e instalaciones de agua destinadas a la producción de agua potable y a la distribución de ésta a los consumidores. Es interesante saber que consumimos aproximadamente 100 litros de agua por habitante y día. Cuanto mayor sea el número de personas a las que hay que suministrar agua, mayor será la complejidad del sistema, que consta de las siguientes fases:

- **Captación.** Se pueden establecer cuatro tipos: aguas de precipitación, aguas superficiales, aguas profundas o aguas de mar. Cuando se utilizan aguas superficiales podrán ser de ríos, embalses o lagos. En el caso de los ríos, la captación debe hacerse aguas arriba de la población, tomando el agua de la parte central del cauce y próxima a la superficie. En embalses y lagos, la captación se hará lo más alejada posible de la orilla y a 20 cm de la superficie, con objeto de que se tome de una zona donde el agua sea de la mayor calidad posible.
- **Tratamiento o depuración.** Tiene una doble finalidad: la corrección de los caracteres físico-químicos y la corrección de los caracteres microbiológicos. Aún suponiendo que el agua tuviese una calidad suficiente, sería necesario adicionarle una determinada cantidad de desinfectantes y aditivos para potabilizarla.
- **Almacenamiento.** Deben controlarse los depósitos de agua, tanto públicos como privados, con limpiezas y revisiones para evitar la contaminación del agua.
- **Distribución.** El sistema de distribución no es un simple sistema de tuberías, con la única misión de transportar el agua. Por el contrario, se trata de un sistema abierto, influenciado por los sistemas exteriores: la propia estación de tratamiento, los depósitos de regulación, las acometidas y los grifos de los usuarios, las interconexiones, bocas de riego y postes contra incendio, y la contaminación que puede entrar con motivo de la reparación de las conducciones. En Madrid el consumo doméstico tiene mayor importancia que el consumo industrial; es importante saber que las pérdidas principales de agua se producen en las canalizaciones de los circuitos urbanos y en los usos incontrolados de la industria y la explotación agraria.
- **Vigilancia:** La finalidad de un sistema de abastecimiento de aguas es garantizar la calidad del agua hasta el grifo del consumidor.

El agua potable se obtiene en lo posible del origen más adecuado que garantice la mejor calidad posible y reduzca al mínimo los tratamientos necesarios. Para garantizar la calidad del agua potable de consumo público es necesario un control continuo de acuíferos, cauces, cuencas y



zonas de captación de aguas, regulado por la ley, esto es imprescindible para evitar que pueda ser causa o vehículo de enfermedad.

Control de las aguas de baño

Las principales vías de exposición del hombre a los contaminantes del agua de baño son:

- Ingestión o contacto de la piel con agua contaminada.
- Contacto con arena de playa contaminada.
- Consumo de productos del mar contaminados por sustancias químicas o gérmenes patógenos.

Las aguas de baño son aquellas aguas continentales, corrientes o estancadas, y las marítimas en las que el baño esté autorizado. El control sanitario de estas aguas tiene como objetivo preservar su calidad. Se establecen unos criterios de calidad mínima exigibles a las aguas de baño dirigidas a la protección de la salud pública y a la mejora de las condiciones de vida de las personas.

Control de insectos y plagas

Lo más importante en este apartado es educar a la población para evitar situaciones en las que la proliferación de insectos u otros animales puedan dar situaciones de insalubridad del medio y facilitar la transmisión de enfermedades.

Hay distintos ámbitos de acción:

- Control de vectores (animales que transmiten las enfermedades): podemos localizar sus focos en un mapa del barrio, ciudad o pueblo donde nos encontremos. Así buscaremos estercoleros insalubres, vertidos de aguas sin depurar, establos y pocilgas en el casco urbano. Podemos también hacer un censo de centros escolares donde han aparecido vectores (garrapatas, chinches o piojos). Así mismo podemos hacer un mapa de las quejas de vecinos referentes a insectos y roedores. Con estos datos podemos informar a las autoridades municipales para que se realicen programas de desratización y desinsectación. Contribuiremos a que las poblaciones de insectos y roedores se mantengan a niveles aceptables para la salud humana y su erradicación respectivamente.
- Censo de animales de compañía y control de animales vagabundos e incontrolados, que nos ayuda a tener un plan de vacunación contra enfermedades transmisibles (rabia, leptospirosis...) y poder realizar las campañas contra parasitosis. Se deberá organizar un servicio de recogida de animales, abandonados. Así conseguiremos que los animales de compañía cumplan su función emocional, afectiva, educativa y de convivencia sin representar riesgo para la salud humana.

Censo de viviendas compartidas por personas y animales de producción, donde se insistirá sobre medidas de explotación ganadera y tratamiento de los productos derivados para evitar problemas de salud.

Contaminación acústica

El ruido, en la mayor parte de las comunidades urbanas, está considerado como la molestia mas extendida, y la causa mas frecuente de quejas y protestas.

Se puede considerar el ruido como un factor de contaminación ambiental, que disminuye la calidad de vida y que está fuertemente ligado al desarrollo económico, ya que con éste aumenta el núme-

ro de fuentes de emisión, aunque la tecnología permita, en muchos casos reducir sus efectos.

Se define como un sonido molesto, producido en un sitio inadecuado, y en el momento inadecuado. Es por tanto todo el sonido que se percibe, pero que no es deseado.

Las fuentes del ruido son múltiples, ya que cualquier actividad física genera ruido.

Podemos destacar:

- Actividades de los habitantes de la ciudad (mercados, bares...).
- El tráfico. En el borde de una acera, hay un ruido de 90 decibelios (A) en una hora punta.
- Ferrocarril.
- Tráfico aéreo.
- Ruidos industriales.
- Actividades molestas en el interior de la vivienda (volumen de TV, radio,...)

El ruido es una forma de energía que se transmite por ondas a través de las moléculas del aire o de cualquier otro material, con una velocidad constante, característica del medio, y cuya intensidad disminuye con la distancia.

El oído distingue unas sensaciones sonoras de otras, debido a que aprecia tres características del sonido: **el tono, la intensidad y el timbre.**

La intensidad depende de la amplitud de la vibración, o sea por la forma de la onda, y se pueden clasificar en fuertes o débiles. Se mide en decibelios (dB). La intensidad máxima que el oído puede tolerar sin dañarse es de unos 80 dB.

El tono corresponde al número de ondas que cada segundo llegan al oído, o sea la frecuencia. El tono, tanto mas agudo, cuanto mayor es la frecuencia, y grave al revés, es decir cuanto menor es la frecuencia.

El timbre es la característica que nos permite distinguir los sonidos que tienen el mismo tono, pero que proceden de fuentes distintas.

La unidad de frecuencia es el Hertz (Hz), que es igual a una vibración por segundo. Para que el oído pueda detectar las ondas sonoras, la frecuencia de estas debe estar comprendida entre 20 y 20.000 Hertzios.

Los efectos que produce el ruido sobre el hombre se pueden clasificar en:

- Efectos fisiológicos:

- Pérdida de capacidad auditiva (sordera prematura).
- Elevación de la presión arterial.
- Aumento del ritmo cardíaco.
- Alteraciones hormonales.
- Tensión muscular (dolores de cabeza, dolor de espalda...).

- Efectos sobre las actividades:

- Sobre el sueño.
- Sobre la comunicación.
- Sobre el trabajo (evitar riesgos laborales).

- Efectos sociológicos:

- Ansiedad.
- Nerviosismo...
- Dificultad de comunicación...

El ruido es la molestia más frecuentemente citada por la población y denunciada al Defensor del Pueblo.

¿Qué podemos hacer?

- Ser conscientes del ruido que hacemos trabajando e intentar no alterar el lugar donde estamos.
- Analizar de dónde proceden los ruidos que no nos gustan. Pedir que bajen el volumen de algo que te molesta puede mejorar la situación (en el hogar, en lugares públicos...).
- Evitar, si se puede, los ruidos intensos y más si son prolongados.
- Las discotecas son causa de muchas pérdidas de oído prematuras.
- Evitar la musiquilla en lugares de trabajo, produce nerviosismo y no es mejor que el silencio.
- Llamar la atención a motorista que lleven suelto el silenciador.
- Comprobar niveles de ruido de los electrodomésticos. Es obligatorio en el etiquetado según las normativas vigentes y si no lo llevan expuesto, exigirlo.
- Estudiar niveles de ruidos del automóvil antes de adquirirlo.
- En las viviendas procurar que las condiciones de aislamiento sean las óptimas.
- Aislar por lo menos una habitación de la casa, en la que puedas estar tranquilo o haciendo ruido sin molestar (moqueta, cortinas, cojines...).
- En trabajos con niveles altos de ruido utilizar la protección debida (salud laboral).
- Tratar de mejorar la comunicación sobre todo en el hogar procurando mantener un nivel sonoro límite entre 40 - 45 decibelios (A). El nivel sonoro de la voz en el interior de una vivienda es del orden de 50 - 60 decibelios (A).
- Familiarizarnos con los niveles de ruidos habituales para así poder cuantificar y valorar el impacto al que estamos sometidos (ver tabla 1).

Tabla 1 NIVELES DE INTENSIDAD DE ALGUNOS RUIDOS CORRIENTES

- Umbral de sensación desagradable	120 decibelios
- Máquina remachadora	95
- Calle con mucho tráfico	70
- Conversación ordinaria	65
- Automóvil a velocidad moderada	50
- Radio moderadamente baja	40
- Conversación en voz baja	20
- Murmullo de las hojas	10
- Umbral de la sensación sonora0

Ondas electromagnéticas

Nos referimos a las torres de alta tensión, antenas de telefonía, y teléfonos móviles.

Se han realizado múltiples estudios sobre el efecto de las ondas electromagnéticas sobre los seres vivos, aunque ninguno ha llegado a conclusiones claras sobre si pueden o no producir enfermedades, pero tampoco lo han podido descartar por lo cual se sigue investigando.

Los efectos de las ondas electromagnéticas son de dos tipos:

- Térmicos (calor): de los cuales sí estamos protegidos por los aislantes de los emisores (torres, antenas...).
- Inductivos (los producidos por los campos magnéticos): de los cuales se desconocen sus efectos en la actualidad.

Las distintas Administraciones Públicas (Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Estado, Comunidad Europea..) son competentes en la regulación de las emisiones por parte de los distintos elementos mencionados, pero las directrices de cada una de ellas no son uniformes. En general suelen adoptar cifras por consenso de los estudios realizados, por ejemplo, en el caso de antenas de telefonía móvil lo máximo admitido es de 400 microwatios por metro cuadrado. Pero al no existir estudios concluyentes lo que dicta el sentido común son dos reglas básicas:

- Deberían ser las emisiones más bajas posibles.
- Los focos de emisión deberían situarse lejos de zonas de daño potencial.

Existen varias iniciativas en marcha:

- Enterramientos de las líneas de alta tensión para minimizar el efecto de las ondas (deben estar por lo menos a 1.5 metros bajo tierra).
- Situar las antenas de telefonía móvil con una distancia de protección (ésta será variable si la antena es única o si son varias). El establecimiento de dicha distancia es lo que está siendo objeto de debate público con gran alarma social.
- No ponerse el auricular del teléfono móvil inmediatamente después de marcar porque es el momento en que se está conectando con la antena y es el momento de máxima emisión de ondas. Se debe esperar hasta que aparece en la pantalla el número del receptor.
- No usar el teléfono móvil más de una hora al día.
- No hablar cuando la señal sea muy baja porque el emisor aumentará la potencia de emisión para conseguir el efecto.

Alimentación y salud



La alimentación es uno de los factores más importantes en lo que al desarrollo y bienestar físico se refiere. Pero también en lo referente a la salud, al rendimiento y productividad de los seres humanos y de las colectividades, y sus posibilidades de desarrollo futuro. Dieta y necesidades nutritivas están estrechamente relacionadas con la forma de vida de los individuos en su entorno natural.

A lo largo de la historia, en las diferentes culturas, la alimentación se ha caracterizado por multitud de condicionantes (aspecto físico de los alimentos, factores psíquicos, sociales, económicos, culturales, religiosos, etc.). Sólo recientemente (siglo XIX) se ha comenzado a centrar el interés en la relación entre dieta y su posible influencia sobre la salud.

La sociedad actual muestra un interés creciente por los problemas de nutrición y alimentación (queremos vivir más y en mejores condiciones, nos preocupamos más por la imagen).

Dicho interés va acompañado de una enorme cantidad de mitos y creencias erróneas. Esta confusión procede tanto del bagaje cultural como de los intereses de la industria y de una deficiente comunicación entre científicos y público.

El siguiente cuadro ilustra las relaciones entre los distintos implicados.

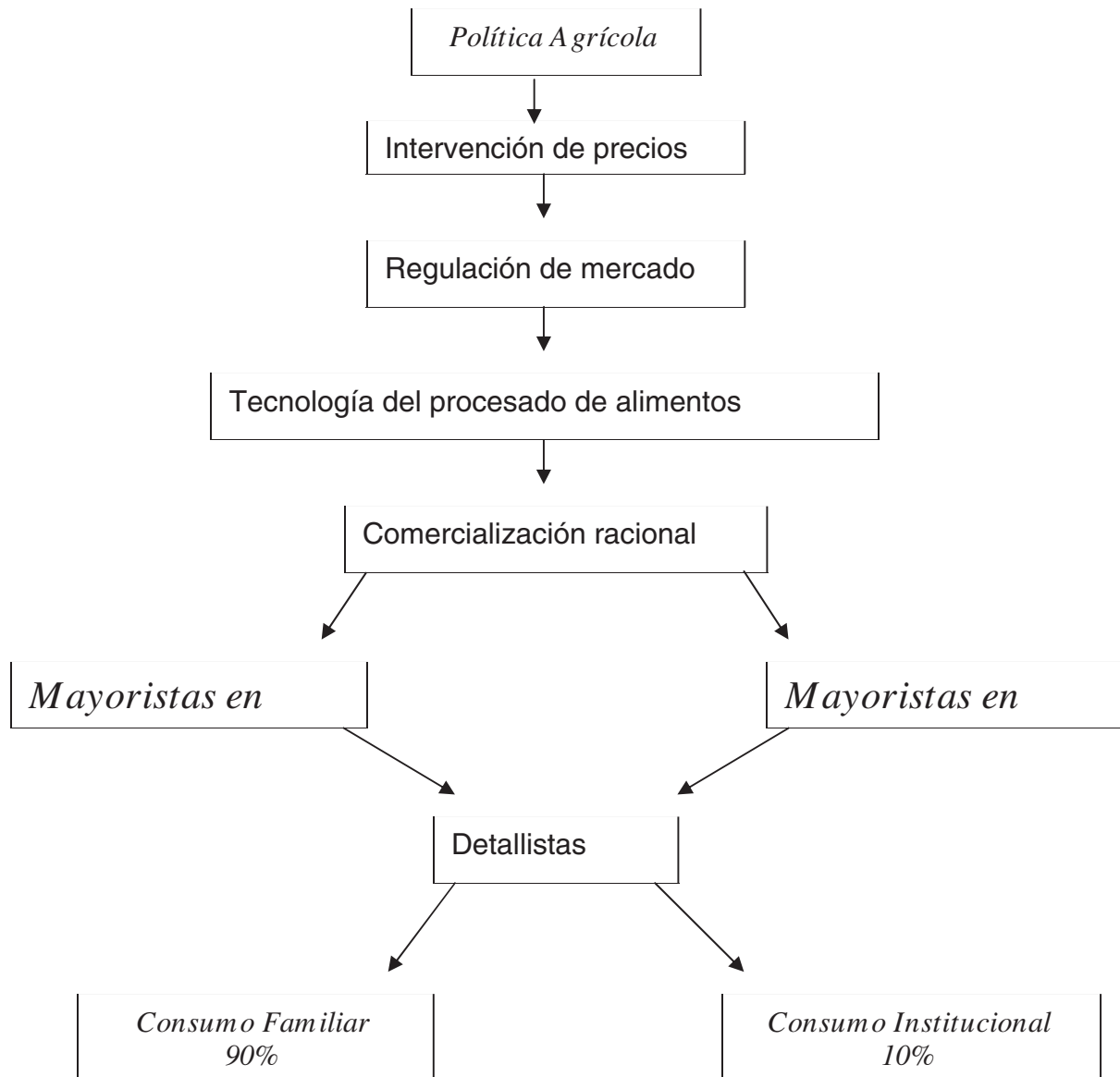


El porcentaje de presupuesto que se dedica a la alimentación es indicador del nivel de desarrollo de un pueblo (a mejor nivel económico, menor es el porcentaje que se dedica a alimentación y viceversa). También el tipo de alimento que consume la población indica su nivel de desarrollo.

Todos los países elaboran políticas nutricionales que, desgraciadamente, se centran más en aspectos económicos y políticos que en el interés por la salud de la población.

El objetivo global de toda política nutricional debería ser no sólo proporcionar alimentos a la población, sino también valorar el impacto de la dieta sobre la salud y fomentar dietas saludables.

La estructura a grandes rasgos de toda política nutricional es como sigue:



Hasta ahora, la mayor parte de las decisiones y actuaciones en materia de nutrición se han basado en consideraciones económicas y de mercado y en la conveniencia política. El resultado han sido pautas de producción que no tienen en cuenta las necesidades y la fisiología humana. Con la debida planificación será necesario en el futuro, que los productores modifiquen dicha producción de modo que se sitúe en la misma línea de los objetivos de las nuevas políticas nutricionales.

La Nutrición es la ciencia que analiza la alimentación en relación con la salud. Los alimentos en unas ocasiones pueden evitar la aparición de enfermedades y en otras ocasiones predisponer a las mismas.

A partir de la observación de enfermedades por carencia de ciertos nutrientes (escorbuto y vitamina C, etc.), la nutrición ha evolucionado a temas más complejos. Es evidente la relación entre factores nutricionales y ciertas enfermedades muy comunes. De hecho la alimentación juega un papel relevante en numerosos procesos crónicos, los más importantes relacionados con la susceptibilidad de intervención a través del consejo dietético son: cardiopatía isquémica, accidente cerebro vascular, hipertensión arterial y diabetes mellitus además de la obesidad. También participa en el desarrollo de otros problemas (algunos cánceres, osteoporosis, estreñimiento, anemias, etc.).

Se sabe que la modificación de los hábitos alimentarios llevándolos a patrones más saludables, puede contribuir notablemente a la disminución del riesgo de sufrir cierto número de enfermedades, y de disminuir las complicaciones en otras.

No hay datos de mortalidad directamente atribuibles a una alimentación inadecuada, pero se estima que un tercio de las enfermedades crónicas pueden deberse a trastornos de la alimentación.

Hoy la nutrición centra su atención en una nueva definición de salud como prevención de la enfermedad, en la cuál la alimentación juega un papel fundamental.

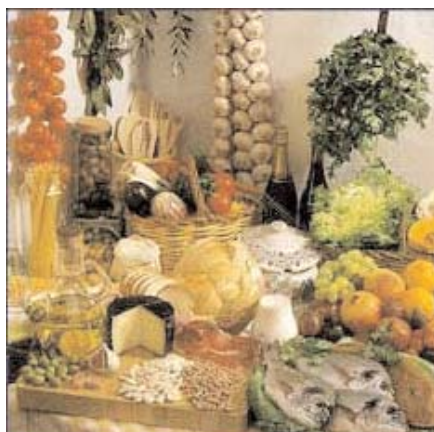
Desde este punto de vista de la alimentación como “herramienta” para preservar la salud y prevenir la enfermedad, y en orden a conseguirlo, las tendencias actuales en investigación sobre producción y distribución de alimentos se encaminan a conseguir alimentos que cubran las necesidades de sectores demográficos específicos (niñas y niños, personas mayores, etc.), mejorar las propiedades (como color, sabor, etc.) y sobre todo a la creación de una política de seguridad alimentaria para evitar cualquier tipo de contaminación.

Los tipos de contaminación que pueden afectar a los alimentos son:

- **Contaminación química.** Puede tener repercusiones tóxicas o provocar alteraciones biológicas en el consumidor.
- **Contaminaciones accidentales.** Vertidos al medio ambiente contaminando aire, agua, suelos, etc. De ellos:
 - Dioxinas: proceden de herbicidas, incineración de residuos urbanos.
 - Metales pesados: cadmio, mercurio, plomo.
 - Plaguicidas e insecticidas.
 - Medicamentos para animales: antibióticos, anabolizantes, tranquilizantes.
- **Contaminaciones derivadas de procesos tecnológicos.**
 - Ahumado: causa la presencia de benzopirenos, sustancias altamente cancerígenas.
 - Tratamientos térmicos: durante los mismos se producen transformaciones químicas, no siempre beneficiosas para la salud.
 - Envasado.
 - Alimentos transgénicos ó genéticamente modificados. Son alimentos a los que se ha alterado la composición genética para conseguir a corto plazo plantaciones resistentes a la sequías, al frío y las plagas y a largo plazo conseguir alimentos que actúen como inmunización frente a enfermedades (vacunas comestibles). Actualmente los estudios experimentales que hay sobre ellos son escasos. Los científicos se muestran escépticos ante los efectos secundarios y no tienen claro que su cultivo sea inocuo para la naturaleza (las semillas transgénicas no pueden volver a sembrarse) y para el consumo humano. La Unión Europea (Normativa 50/2000) obliga a etiquetar a los productos que lleven algún ingrediente producido a partir de algún cultivo modificado genéticamente. La FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) recomienda no generalizar su uso hasta que éstos no estén suficientemente estudiados, comprobados sus efectos a largo plazo, y se haya establecido una red de vigilancia.
- **Contaminaciones biológicas.** Producidas por todo tipo de microorganismos.

En España se ha producido un cambio en las costumbres alimenticias, reflejo del importante cambio experimentado desde los años 60-70 y en particular y sobre todo, de 1985 en adelante.

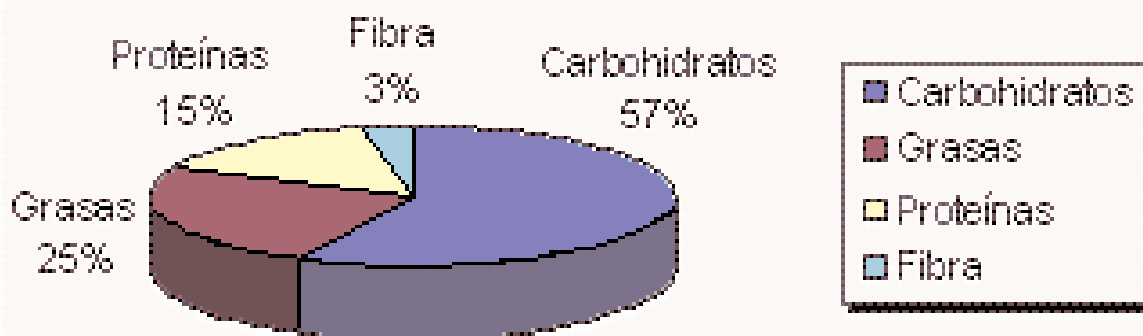
En la actualidad, se observa una disminución del consumo de productos tradicionales en nuestra dieta durante siglos como pan, arroz, legumbres, patatas, hortalizas, huevos y aceite, junto con



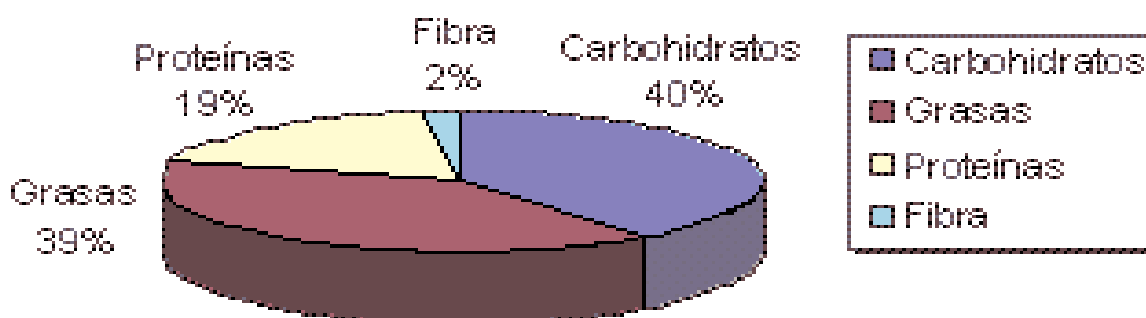
un espectacular aumento del consumo de carne y productos cárnicos, así como de leche y derivados lácteos produciéndose, en consecuencia, un incremento de más del doble en el consumo de grasas animales. También se observa un notable aumento del consumo de productos de elevada elaboración industrial (aperitivos, postres, alimentos precocinados, bollería, etc.) aspecto en el cual los medios de comunicación tienen un papel importantísimo, induciendo en gran medida al consumo de este tipo de alimentos.

En los siguientes gráficos podemos observar la dieta española actual y en qué medida ésta se aparta de lo que es una dieta equilibrada.

La dieta equilibrada (RDA)



La dieta de los españoles



Las evidencias de la eficacia del consejo alimentario por parte de los profesionales de la salud son pobres. Sin embargo, existen suficientes pruebas de que el consejo efectuado por personal entrenado es eficaz, especialmente para reducir el consumo de grasas en la dieta, sobre todo grasas saturadas, y en menor medida para conseguir una reducción de la ingesta de colesterol y aumentar el consumo de fruta, verdura y cereales.

El objetivo de esta guía es facilitar a los agentes de salud comunitarios una metodología que les habilite para crear sus propios grupos de educación para la salud en temas de alimentación.

La educación nutricional se puede llevar a cabo en diferentes ámbitos: familia, escuela, medios de comunicación. Y también trabajando con grupos específicos de población, adecuando la información y métodos a las características de los componentes de cada grupo.

La educación nutricional pretende conseguir que la sociedad adopte hábitos alimentarios correctos encaminados a la consecución de un estado de salud óptimo.

El centro de interés 2 de autocuidados también tiene un apartado que se puede consultar.

Higiene y habilidades para disminuir el riesgo

Los alimentos no sólo se contaminan por las manipulaciones que se realizan a nivel industrial para comercializarlos mejor, sino también pierden su capacidad para el consumo por la propia evolución del alimento, sobre todo si no sabemos manipularlos bien.

El control sanitario de los manipuladores constituye uno de los elementos básicos en la lucha de las enfermedades por transmisión alimentaria, destacando dos grandes líneas: el control médico analítico, y la educación sanitaria de los futuros manipuladores.

En la actualidad, y bajo los nuevos conceptos de salud es en la educación para la salud y más concretamente las prácticas higiénicas y en los hábitos adecuados, donde se está haciendo especial énfasis.

En 1983 se publica el Reglamento de Manipuladores de Alimentos, y se establece que para la obtención del carné todo manipulador deberá cumplimentar obligatoriamente un cuestionario sobre las materias relacionadas con la higiene en la manipulación, y en el caso de no superarlo deberá seguir un cursillo de educación para la salud donde se establecen las siguientes condiciones generales:

- Mantener la higiene en su persona, indumentaria y utensilios.
- Lavarse las manos con agua caliente y jabón tantas veces como lo requieran el puesto de trabajo, al empezar y finalizar una tarea y al cambiar de actividad durante la misma tarea.
- El manipulador aquejado de cualquier enfermedad y más aún de transmisión por vía digestiva deberá ser excluido de toda actividad, y es obligatorio cuando sólo se tenga sospecha poner el hecho en conocimiento de su superior.
- Cuando exista lesión cutánea proteger la lesión con vendaje impermeable.
- Se prohíbe durante la actividad:
 - Fumar y masticar goma de mascar
 - Comer en el puesto de trabajo
 - Usar prendas de trabajo distintas a las reglamentarias
 - Estornudar o toser sobre los alimentos
 - Se prohíbe además la estancia no justificada de personas extrañas a la actividad en los locales donde esta se desarrolla.
- El carné será personal e intransferible y tendrá una validez de 4 años. Tanto su expedición como la renovación y el material que se publique sobre novedades etc.. será gratuito.

Trabajo y salud

El trabajo ha sido causa de enfermedad y muerte para muchas personas durante toda la historia de la humanidad. Por definición, todas las enfermedades producidas por el trabajo son prevenibles, pero no se previene lo que no se conoce.

Por este motivo, se incluye en este centro de interés este apartado, ya que en la sociedad actual una parte importante de la vida gira en torno al trabajo o a la ausencia de él.

Los datos de siniestralidad laboral en nuestro país son alarmantes.

Riesgos para la salud derivados de las condiciones de trabajo

El trabajo puede conllevar riesgos para la salud que es necesario identificar y controlar adecuadamente.

Para ello, es necesario conocer la naturaleza del trabajo y de todos los elementos que influyen en él (técnicos, organizativos, económicos, sociales, etc...), lo que es especialmente complejo en una situación de cambio casi permanente como la que vive actualmente el mundo del trabajo, con una competencia creciente que obliga a realizar un esfuerzo continuo de adaptación que asegure la supervivencia de la empresa.

Esta evolución puede proporcionar ocasiones de mejorar las condiciones de trabajo y solucionar problemas de seguridad y salud de los trabajadores, e incluso de crear condiciones de desarrollo profesional, personal y social. Pero también pueden aparecer nuevos peligros que es preciso controlar.

Será necesario detectar, evaluar y actuar sobre todos los riesgos laborales existentes, tanto aquellos que pueden provocar un accidente de trabajo y/o una enfermedad profesional, como las situaciones causantes de fatiga mental, insatisfacción laboral, etc..y en general, cualquier posible daño para la salud de los trabajadores.

Los daños derivados del trabajo son enfermedades y lesiones sufridas con motivo u ocasión del mismo.

Debemos tener en cuenta que en el trabajo pueden existir elementos agresivos capaces de ocasionar trastornos que, sin ser de naturaleza física, puedan causar daño al trabajador. Estos pueden ser perniciosos para el equilibrio mental y social de los individuos e, incluso, llegar a materializarse en dolencias físicas o psíquicas.

Los aspectos a considerar en este apartado serían los relativos a la carga de trabajo, tanto física como mental.

La consecuencia de una carga de trabajo inadecuada es frecuentemente la fatiga. Estos factores pueden ocasionar también estrés e insatisfacción laboral.

La prevención es el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

¿Qué podemos hacer?

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar al trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la adecuada concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo de producción, sobre todo para atenuar el trabajo monótono y repetitivo, y reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando que se integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales del trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Las consecuencias de los riesgos son los accidentes de trabajo. Estos son los indicadores más inmediatos y evidentes de unas malas condiciones laborales y dada su frecuencia y gravedad, la lucha contra los accidentes es siempre el primer paso de toda actividad preventiva.

¿Qué influye en la salud del trabajador?

En todo sistema de trabajo se producen una serie de trastornos que pueden llegar a dañar a las personas, a los productos, a las máquinas e instalaciones.

Muchos son los factores determinantes de que existan riesgos de accidentes en los centros del trabajo.

Las causas de los accidentes normalmente no producen molestias (un hueco sin cubrir, un cable eléctrico sin proteger...), por lo que a veces no hay prisa en solucionarlas. En otras ocasiones se desconoce la existencia de un peligro por quienes están expuestos al mismo.

Por eso es importante conocer las causas que son origen de accidentes debidos a lugares de trabajo, equipos, productos e instalaciones y la actuación frente a las mismas para evitarlos.

Riesgos debidos al lugar de trabajo:

- Caídas al mismo nivel.
- Caídas a distinto nivel.
- Pisadas sobre objetos.
- Choques contra objetos inmóviles.
- Choques contra objetos móviles.

- Atropello con vehículos.
- Caída de objetos por desplome.
- Incendio.

Riesgos debidos a las herramientas (manuales y a motor):

- Contacto con elementos cortantes.
- Proyección de fragmentos volantes.
- Caídas por sobreesfuerzos.
- Contactos eléctricos.

Riesgos por exposición al ruido:

- Fatiga.
- Estrés.
- Pérdida permanente de agudeza auditiva.
- Interferencias en la comunicación oral, y en la recepción de las señales acústicas.

Riesgos por la organización del trabajo:

- Cambios de horarios de trabajo (turnicidad).
- Cambios de puesto, maquinarias...
- No respetar los descansos necesarios.
- Trabajar bajo presión de tiempo.

Riesgos psicológicos:

- Mala relación con los compañeros.
- Presión de jefaturas.
- Acoso moral, sexual.

En resumen:

El objetivo de la seguridad es mejorar las condiciones de trabajo hasta el punto de que sea imposible, o al menos muy difícil, accidentarse.

Organización del lugar de trabajo

Muchos de los accidentes pueden ser evitados con medidas elementales y de poco costo ,por ejemplo: almacenamiento adecuado de materiales, pasillos, corredores y escaleras de dimensiones adecuadas. El orden y la limpieza son principios básicos que propician la seguridad.

- La correcta señalización resulta eficaz como técnica de seguridad complementaria, pero nunca por sí misma elimina el riesgo.

- Los trabajos de mantenimiento deben ser planificados, eliminando la realización de operaciones puntuales y por personal no especializado.

- Hay que considerar los siguientes aspectos:

- Consignación de máquinas. Antes de trabajar en una máquina, hay que aislarlas de las redes de alimentación eléctrica, hidráulica o neumática desconectando y bloqueando el interruptor de alimentación y las válvulas de entrada. También hay que anular las energías residuales.
- Permiso de trabajo. Un permiso de trabajo es un documento que especifica el trabajo que hay que hacer y las precauciones que hay que adoptar al hacerlo. Los lugares en los que es necesario disponer de permiso de trabajo son, entre otros:
 - En la entrada a recipientes, espacios confinados o máquinas.
 - Trabajo con herramientas que pueda producir chispas cuando la atmósfera puede

ser explosiva.

- En la apertura o desconexión de recipientes que hayan contenido sustancias inflamables o tóxicas.
- En tejados y zanjas.
- Espacios confinados. Un espacio confinado es un recinto con aberturas limitadas para entrada y salida, con ventilación natural desfavorable, en el que pueden acumularse atmósferas tóxicas, inflamables o con deficiencias de oxígeno y que no está concebido para una ocupación continuada por parte del trabajador.

Vamos a revisar algunos de los elementos con los que podemos trabajar para valorar la repercusión que pueden tener en nuestra salud.

Las herramientas

Un adecuado uso de las herramientas repercutirá tanto en un trabajo bien hecho, como en nuestra integridad física. Las principales causas de lesiones son:

- Uso inapropiado.
- Inadecuación de las herramientas al trabajo.
- Herramientas defectuosas.
- Transporte y almacenamiento incorrecto.

Las máquinas

La seguridad en las máquinas tiene una importancia vital para mantener la integridad física y salud de los trabajadores. Para evitar estos accidentes el empresario deberá llevar a cabo diversas actuaciones:

- Adquirir máquinas seguras.
- Instalar, utilizar y mantener adecuadamente la máquina, siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Adiestramiento del trabajador en el uso de las máquinas: “que sea experto en su manejo”

La electricidad

Tipos de contactos eléctricos:

- Contacto directo: se produce con las partes activas de la instalación.
- Contacto indirecto: se produce con masas puestas accidentalmente en tensión.

Para evitar los contactos:

- Alejar los cables y conexiones de los lugares de trabajo y de paso.
- Usar los equipos de protección individual
- Recubrir las partes en tensión con material aislante.

Para evitar los contactos indirectos:

- Puesta a tierra.
- Interruptor diferencial.

Los incendios

La prevención de incendios es el conjunto de acciones tendentes a cortar el inicio del incendio mediante la eliminación de alguno de los tres factores del fuego: aire, comburente y combustible.

La protección contra incendios es el conjunto de acciones destinadas a completar la acción preventiva para que, en el caso de que se inicie el incendio, este quede reducido en su propagación y en sus consecuencias. Una buena protección viene en función de una buena detección, extinción y alarma.

Una vez iniciado el incendio, el tiempo de actuación es fundamental. Por ello es muy importante dotar al centro de trabajo de detección automática, o al menos hacerlo en aquellas zonas donde

el riesgo de incendio puede ser mayor.

No todos los fuegos son iguales, ni todos los agentes extintores son adecuados para todos los fuegos. El mal uso del agente extintor frente a un determinado tipo de fuego puede aumentar el problema en lugar de reducirlo.

Por tanto, es necesario conocer los diferentes tipos de fuego que se pueden presentar y la adecuación de cada uno de los agentes extintores frente al mismo; tal y como se refleja en la tabla 2.

Tabla 2 **AGENTE EXTINTOR RESPECTO A LA CLASE DE FUEGO**

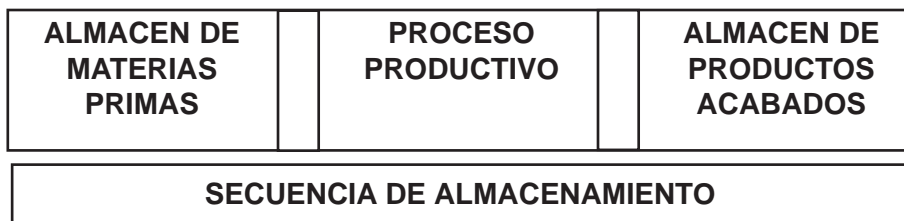
CLASES DE FUEGO		AGENTES EXTINTORES					
		AGUA A CHORRO	AGUA PULVER	ESPUMA FISICA	POLVO SECO	POLVO POLI	NIEVE CARBÓN
A	SÓLIDOS	2	3	2	-	2	1
B	LÍQUIDOS	-	1	2	3	2	1
C	GASES	-	-	-	2	2	-
D	METALES	-	-	-	-	-	-
E	ELÉCTRICOS	-	-	-	2	1	3
CLAVES:		3 MUY ADECUADO		2 ADECUADO		1 ACEPTABLE	

Almacenamiento

Desde el punto de vista prevencionista hay que considerar: los almacenes generales, los puestos de trabajo, el transporte y el manejo de materiales.

La mala ubicación de los almacenes, además de producir pérdidas de tiempo importantes, puede originar desplomes, atropellos, golpes, incendios, etc. Su buena ubicación mejora las condiciones de trabajo y la productividad.

El almacén de materias primas y el almacén de productos acabados deberán encontrarse en consonancia con el proceso productivo.



Recomendaciones de seguridad:

- Almacenar debidamente los objetos en sentido vertical sobre el nivel del suelo, de manera que no se descompensen.
- No dejar que los objetos sobresalgan de los montones o de los cajones donde se encuentren.
- No subir a los bastidores para llegar a las repisas superiores; utilizar una escalera.
- No apoyar los montones pesados en paredes estructurales.
- No deshacer los montones arrojando cosas desde arriba o desde abajo.
- No superar la carga de seguridad de bastidores, repisas o suelos.
- Calzar los objetos que puedan rodar, como los cilindros, y mantener los artículos pesados cerca del nivel del suelo.
- Proteger el material de la humedad y el calor.
- Inspeccionar los contenedores y los bastidores periódicamente. Evitar que sean dañados por las horquillas de las carretillas elevadoras u otros vehículos.

Transporte y manejo de materiales

En el transporte y manejo de materiales podemos emplear medios manuales o medios mecánicos.

- Transporte y manejo manual de materiales. El manejo manual de cargas, es una de las mayores causas de lesiones en el medio laboral.

Hay que diseñar y organizar el trabajo de forma que la manipulación de cargas manualmente sea mínima.

Los riesgos más habituales son:

- Sobreesfuerzos.
- Caídas al mismo y distinto nivel.
- Golpes y corte por objetos.

Siendo las causas más frecuentes:

- Una inadecuada manipulación de las cargas.
- La falta de visibilidad a la hora de transportar las cargas.
- La falta de preparación del trayecto a recorrer con las cargas.
- Transportar cargas excesivas sin estar capacitado para ello.
- No usar los E.P.I. adecuados.
- Transporte y manejo mecánico de materiales. Los equipos para levantamientos de cargas deben ser diseñados y contruidos de manera que siempre puedan ser utilizados en condiciones aceptables de seguridad.

EQUIPOS DE LEVANTAMIENTO DE CARGAS	
EQUIPOS ELEVADORES	ASCENSORES PLATAFORMAS ELEVADORAS MONTACARGAS GRUAS
ELEMENTOS AUXILIARES	APAREJOS CADENAS CABESTRILLOS GANCHOS HORQUILLAS

El peligro más frecuente que comportan estos equipos es el mal funcionamiento de algunos de sus elementos, lo cual puede originar roturas con posibilidad de consecuencias graves, ya sea por caída de objetos, caídas en altura, golpes o atrapamientos.

Las medidas preventivas para estos equipos las clasificaremos en tres apartados: normas básicas, método de trabajo y transporte interior.

- Normas básicas:

- Utilizar máquinas y elementos en buen estado y adecuados a la función que van a realizar.
- Llevar a cabo revisiones periódicas de todos los elementos cuyo deterioro puede suponer un riesgo.
- Comprobar, previamente, todos los elementos importantes antes de poner la máquina en funcionamiento.
- Todas estas normas también deberán ser aplicadas a los elementos auxiliares, cuerdas, cables, ganchos, cadenas, etc.

- Método de trabajo:

- La evaluación y descenso de cargas se hará lentamente, evitando todo arranque y parada brusca.
- No se dejarán cargas suspendidas.
- No se trasladarán cargas por encima de personas o puestos de trabajo.

- Se prohibirá que las personas permanezcan debajo de cargas izadas.
- Se situará al maquinista en una posición desde la que controle tanto la zona de carga como la de descarga.
- Los conductores deben poseer formación suficiente y adecuada, tanto teórica como práctica.
- Cuando no se estén utilizando las máquinas, se guardarán las llaves en lugar seguro.

- Transporte interior:

- Las zonas de circulación de materiales y personas estarán claramente delimitadas y, si es posible, separadas.
- Las zonas de circulación deberán estar libres de obstáculos.
- Las zonas de circulación y paso estarán bien iluminadas.
- La anchura de la zona debe ser la adecuada, en función de la máquina o vehículo.

Enfermedad profesional

Las enfermedades profesionales por definición legal, son aquellas causadas directa y exclusivamente por un factor de riesgo propio del medio de trabajo. Se trata de un concepto legal, ligado a la indemnización e implica una relación de causa directa entre actividad laboral y enfermedad.

En nuestro país, el reconocimiento e indemnización de las enfermedades profesionales está basado en un sistema de listado que define las enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos que tienen el riesgo de contraerlas. En este momento hay un total de 71 enfermedades profesionales con derecho a indemnización.

Este sistema en su momento, supuso una mejora en la tutela por parte del Estado de los problemas de salud de las y los trabajadores, ya que reconocía y catalogaba los daños producidos como consecuencia del trabajo y podría servir como guía de actividades preventivas. Así también se liberaba al trabajador o trabajadora de “tener que probar” que su dolencia estaba producida por el trabajo, y garantizaba la uniformidad de prestaciones para cada una de las enfermedades de la lista.

Sin embargo, en la actualidad, este sistema restrictivo supone una visión rígida de la relación entre trabajo y salud, ya que las alteraciones de ésta son cada vez de carácter mas inespecífico y en la mayoría de los casos no hay solo una causa. Por eso se está intentando ampliar el concepto al de **enfermedades relacionadas con el trabajo** donde se recojan ideas de cómo el trabajo puede causar enfermedades, agravarlas o acelerar su evolución. Tampoco se incluyen como enfermedades profesionales por falta de actualizaciones periódicas, nuevas enfermedades producidas por ejemplo por agentes de reciente aparición (como el síndrome de Ardistyl que es una enfermedad que apareció en profesionales que realizaban serigrafías utilizando pinturas que contenían productos químicos tóxicos produciendo entre los trabajadores un importante número de casos de fibrosis pulmonar, cuyo tratamiento fue un transplante de pulmón. Posteriormente estas sustancias dejaron de comercializarse).

Es importante comentar el incremento en el número de trabajadores que padecen en la actualidad acoso laboral o mobbing, que aunque no es un fenómeno nuevo, empieza a preocupar. Se define como aquella situación en la que una persona o varias ejercen una violencia psicológica extrema dentro del mundo laboral; con el objeto de intimidar, amedrentar, consumir emocional e intelectualmente a la víctima, y con el fin último de eliminarla de la organización. Los efectos del acoso moral sobre la salud son devastadores. La víctima padece estrés, nerviosismo, jaquecas o depresión y desarrolla enfermedades psicosomáticas (úlceras de estómago, colitis, insomnio, hipertensión arterial, enfermedades cutáneas... etc.). En la mayoría de los casos las víctimas de acoso se acogen a bajas de larga duración o incluso provocan su despido.

El problema de las enfermedades profesionales está infravalorado, ya que en este país la mayoría del tejido industrial corresponde a la pequeña y mediana empresa, donde los servicios de salud laboral son precarios o no existen y se acude al médico de Atención Primaria con lo cual

gran parte de las enfermedades relacionadas con el trabajo no se registran ni se declaran, limitando así la eficacia de las actuaciones preventivas.

“El primer paso para prevenir es conocer”.

Marco normativo. Instituciones y organismos competentes en salud laboral

Existen una serie de normativas básicas, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, relacionadas con los organismos competentes en salud laboral, que vamos a reflejar a continuación.

- En el ámbito internacional:
 - OIT (Organización Internacional del Trabajo).
 - OMS (Organización Mundial de la Salud).
 - Comité Económico y Social de la Unión Europea.
 - Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.
 - Comité consultivo para la seguridad, higiene y protección de la salud en el centro de trabajo.
 - Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo (sede en Bilbao).
 - CES (Confederación Europea de Sindicatos).
 - UNICE (Unión de Confederaciones de la Industria de la Unión Europea).

- En España:

Ley General de Sanidad

- Inspección de Trabajo: dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Tiene asignada funciones de vigilancia y control de la normativa de prevención de riesgos laborales.
 - INSH (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) órgano estatal con funciones de estudio de las condiciones de trabajo y prevención de riesgos.
 - Centros de seguridad e higiene en el trabajo dependientes de las Comunidades Autónomas.
 - INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social). Encargado de la gestión y administración de las prestaciones económicas de la Seguridad Social.
 - Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (FREMAP...).
 - Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, que depende del Ministerio de Sanidad a través del Instituto Madrileño de la Salud a cuya Subdirección General de Inspección Sanitaria se encuentra adscrito. Tiene como centro de referencia y formación la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.
- Hay también organismos de participación institucional:
 - Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: órgano tripartito integrado por los representantes de la Administración General del Estado, de las CCAA y de las asociaciones empresariales y sindicales. Es un órgano asesor.
 - Órganos de participación institucional de las CCAA que gestionan las competencias transferidas.
 - Comisión de control y seguimiento de mutuas.

Derivados de la ley 31/95 hay distintos reglamentos que regulan riesgos concretos o sectores de actividad determinado (manipulación manual de cargas, exposición de agentes biológicos, equipos de protección individual...), y donde se recogen las obligaciones de la empresa para con los trabajadores como:

- Realización de mapas de riesgos.
- Obligatoriedad de informar a los trabajadores de los riesgos con que trabajan.
- Vigilancia de la salud adaptada a los riesgos específicos.
- Medidas para controlar esos riesgos específicos.

Desempleo, precariedad laboral y salud

Particularmente importantes son hoy día todos los factores sociales que, como consecuencia de la crisis económica, están incrementando su acción sobre la salud de los ciudadanos.

La magnitud del efecto que el desempleo tiene sobre la salud es reconocida por la OMS y otras instituciones. Las consecuencias psicológicas, económicas sociales y culturales agravan las condiciones de vida del propio trabajador, su entorno familiar y social, existiendo una consistente asociación entre estar desempleado y tener mayor mortalidad, más enfermedades, peores conductas relacionadas con la salud y calidad de vida.

Pero no solo el desempleo pleno tiene consecuencias sobre la salud. En el momento actual con profundas transformaciones del mercado laboral, la inseguridad en el empleo o los empleos temporales, hace pensar de nuevo la relación entre trabajo y salud.

Desde el punto de vista de enfermedad física hay estudios que han demostrado que se producen aumentos de la tensión arterial, enfermedades coronarias, aumento de las cifras de colesterol, dolor de cabeza, aumentos o pérdidas de peso, dolores lumbares, cervicales, malas digestiones, estreñimiento, aumento de enfermedades respiratorias, dependencia de medicamentos, abuso de tóxicos (tabaco, alcohol...) etc...con mayor frecuencia en grupos de desempleados.

Los empleados con contratos temporales y aquellos que trabajan a turnos suelen estar expuestos a peores condiciones de trabajo, y el riesgo de accidentes es mayor.

Desde el punto de vista psicológico, el problema del desempleo exige un gran reajuste emocional. Se producen problemas por la pérdida de apoyos provistos por el empleo. El trabajo estructura el tiempo diario en una sociedad que no acepta el ocio como actividad principal. Ante su pérdida, las personas experimentan un sentimiento de privación psicológica, una vivencia de pérdida con amplias implicaciones en la salud mental. Así también la interrupción de los planes y estrategias del individuo frente al futuro que dan forma, dirección y propósito a la vida, es lo que provoca las consecuencias psicológicamente negativas del desempleo.

La fase mas crítica en cuanto a la salud mental se refiere, es el momento anticipatorio del despido, donde las reacciones y actitudes son debidas a la amenaza de pérdida y de la propia capacidad individual para afrontar esa pérdida. Existen variables psicológicas que pueden modificar los efectos: las dependientes de las características personales (autoestima, creencia en el control personal...) y otros relacionados con el apoyo social (compañeros y compañeras de trabajo, superiores jerárquicos...), pero es en esta fase donde las consultas por "nerviosismo o tensión", depresión o síntomas asociados como apatía, falta de energía, sentimientos de culpa, ansiedad, miedo, etc.. son frecuentes.

Cuando ocurre el despido se produce una reacción en 4 fases de duración variable:

- Fase de incredulidad. "No puede ser". No se acepta que les pueda afectar a ellos mismos. Existe desorientación y confusión.
- Fase de negación. Tiene la sensación de estar de vacaciones, pasando a la fase siguiente de forma gradual.
- Fase de angustia. En esta fase se han acabado la sensación de vacaciones, los primeros intentos para encontrar trabajo se han acabado o se entra a formar parte de esa zona precaria del mercado (empleo temporal) donde se prolongaría esa fase previa anticipatoria del despido. En esta fase los problemas de insomnio, irritabilidad, palpitaciones, malas digestiones, etc... son frecuentes. Esta fase puede durar meses o años, dependiendo de las circunstancias.
- Fase de resignación. "No vale la pena buscar trabajo". Se siente apático y con sentimiento de inercia. Puede pasar gran parte del día durmiendo, viendo la televisión, etc.. Suele haber una tendencia al aislamiento voluntario de la sociedad. La depresión, abuso de alcohol, drogas... y suicidio pueden aparecer con mas frecuencia en esta fase.

Estas respuestas psicológicas y físicas relacionadas con el trabajo pueden mejorar con el apoyo social. En la cultura de nuestro país, la familia es la primera proveedora de apoyo social y debe ser punto de partida para la creación de una red de ayuda que implique a asociaciones y distintas instituciones. La participación de las personas sin empleo en partidos políticos, sindicatos y asociaciones es realmente baja. Las tasas de desempleo deberían incluirse como criterios a tener en cuenta para la distribución de presupuestos, servicios y personal. En el caso de los recursos sanitarios sí deberían tenerse en cuenta particularmente a nivel de atención primaria y salud mental.

Algunas lecturas

- AAVV. Ley de aguas: análisis de la jurisprudencia constitucional; INAP, Madrid 1990.
- Amable M, Benach J. La precariedad laboral ¿ un nuevo problema de salud pública?. Gac Sanit 2000;14(6) :418-21.
- Bobillo M. Guía práctica de la Alimentación. Ed: Biblioteca práctica Pirámide.
- Button.J ¡Háztelo Verde! Mil ideas para poner ecología en tu vida cotidiana. Tratado del Medio Ambiente. E.R. Lofer S.A.
- Cañal, P; García, J.E.; Porlán, R.: Ecología y escuela. Teoría y práctica de la educación ambiental. Cuadernos de Pedagogía. Ed. Laia, 1981.
- Castillo Sánchez M^aD, León Espinosa de los Monteros M^aT. Educación sanitaria en Alimentación y Nutrición. Ed: Formación Alcalá, 2000.
- Comisión mundial del medio ambiente y del desarrollo. Nuestro futuro común. Alianza Editorial, 1988.
- Cueto Espinar, A; Rodríguez-Contreras,R y Martín Moreno,M. El hábitat humano. G. Piédrola Gil, M. Domínguez Carmona, P. Cortina Greus, R. Gálvez Vargas, A. Sierra López, Sáenz González M.C. y otros. Medicina Preventiva y Salud Pública 8^a edición. Barcelona: Salvat Editores S.A. 1989
- Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. Annu Rev Public Health 1996;17:449-65.
- Ecce ; Cursos de Salud 1 y2 Ed Gobierno de Canarias Las Palmas. 1983
- Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.
- Esteve, C: La ecología empieza en casa.. Editorial TIKAL. Madrid 1999
- Grande Covián F. La Alimentación y la Vida. Ed: Areté, 2000.
- Iriberrí A. “Transgénicos: ¿Podemos consumirlos con tranquilidad?”
<http://www.elmundosalud.com> (6/01/01)
- Macías Gutiérrez,B.E y Arocha Hernández. J. L. Salud Pública y Educación para la Salud. Canarias: ICEPSS Editores, S. L. 1996
- Naredo, J.M.: La economía en evolución, Historia y perspectivas de las categorías básicas del pensamiento económico, siglo XXI. Madrid, 1987, pp. 372-373.
- Organización Mundial de la Salud. Serie de Informe Técnicos, n° 765. Fomento de la Salud en las poblaciones trabajadoras. Ginebra, OMS,1988
- Prevención de Riesgos Laborales. Departamento de Prevención. Mutua Solimat. Toledo. 1999.
- Porrás Muñoz, :El acceso a la vivienda como condicionante de la exclusión social.. http://habitat.aq.upm.es/ch/go014_7.html
- Requejo Marcos A.M^a, Ortega Anta R.M^a. Nutriguía. Ed: Complutense, 2000.
- Sanz , JM : El ruido . Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo. Madrid 1998
- Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J, Mataix Verdú J. Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Ed: Masson S.A., 1995.
- Sosa N.M. y otros.: Educación ambiental. Sujeto, entorno y sistema. Amarú Ed., 1989.
- Torno M.J. “Los alimentos modificados genéticamente y la nueva epidemiología” Revista Española de Salud Pública 74(3)E
- World Resources Institute: Recursos Mundiales 2000. La Guía Global del Medio Ambiente. El cambio ambiental y la salud humana. Ecoespaña Ed., 2000.

Páginas web consultadas y web de interés sobre la tematica:

Guía para ayudar a promover una alimentación saludable del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS).

[http:// www.papps.org/guía/g4.htm](http://www.papps.org/guía/g4.htm)

Elaboración de folletos educativos para pacientes
<http://www.almirallprodesfarma.com/guies/educ.html>

Guía de Alimentación y Salud de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
<http://laisla.com/uned>

European Food Information Center (EUFIC) <http://www.eufic.org>

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)
<http://www.semergen.es>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)
<http://www.fao.org>

<http://www.todasmascotas.com.ar/biomas.htm>

Comunidad de Madrid -<http://www.comadrid.es>

Instituto Nacional del Consumo <http://www.consumo-inc.es>

Ayuntamiento de Madrid-<http://www.mambiente.munimadrid.es>

Sección de Seguridad Alimentaria de la Confederación Española de Consumidores y Usuarios (CECU) <http://www.seguridadalimentaria.org>

4.2. Diseñando el programa.

4.2.1. Objetivos y Contenidos

Objetivo General

Comprender la importancia para nuestra salud del entorno físico en el que nos movemos y aprender a intervenir en él para conservarlo y mejorarlo.

Contenidos

Hechos, conceptos y principios

- Comunidad de poblaciones en la que nos movemos.
- Medioambiente y salud.
- Desarrollo sostenible.
- Tipos de residuos y tratamiento de ellos.
- Tipos de contaminación del aire, el agua, el suelo, acústica y por ondas electromagnéticas.
- Situaciones de insalubridad que facilitan la transmisión de enfermedades por insectos y otros vectores.
- Claves de una alimentación saludable.
- Riesgos de la salud derivados de las condiciones de trabajo o de la falta de trabajo.
- Responsabilidad individual, del entorno familiar, de los agentes sociales y de las administraciones públicas sobre el cuidado del medio ambiente.

Actitudes, valores y normas

- Necesidad de conservar los recursos naturales.
- Necesidad de tratar bien el aire, el agua y el suelo.
- Valorar los problemas de los asentamientos urbanos.
- Importancia de la relación entre nuestro consumo y los residuos que producimos.
- Importancia del buen cuidado de los animales.
- Valoración positiva de dieta equilibrada.
- Actitudes para evitar accidentes laborales y enfermedades profesionales.
- Actitudes de reflexión sobre el problema del paro y la precariedad laboral.
- Actitudes para reclamar responsabilidades a individuos, agentes sociales y administraciones sobre el cuidado del medio.
- Actitud positiva a la protección del entorno natural social.
- Orientación protectora en la relación con el entorno.

Procedimientos

- Capacidad para valorar de forma crítica el desarrollo urbanístico saludable.
- Capacidad de ejecutar programas de reciclaje de residuos.
- Ser capaces de valorar los focos de contaminación acústica y por ondas electromagnéticas.
- Capacidad de reflexionar sobre actitudes hostiles hacia el medio (agua, contaminación acústica, por ondas electromagnéticas...).
- Habilidades para compartir nuestro medio con otros seres vivos.
- Habilidades de elegir alimentos seguros y de calidad.
- Ser capaces de usar elementos de protección individual en el ámbito laboral.
- Capacidad para actuar ante situaciones de desempleo y precariedad laboral.
- Identificación de formas de sanear el medio con cambios de actitudes individuales y colectivas.

4.2.2 Menú de actividades

MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Objetivo: Contribuir a relacionar el medio ambiente como factor condicionante de la salud y de la enfermedad, propiciar una actitud promotora y solidaria y promover responsabilidades individuales y colectivas para un desarrollo sostenible y saludable.

Actividad 1. Medio ambiente y salud.

URBANISMO, SANEAMIENTO Y SALUD

Objetivo: Reflexionar sobre nuestro entorno residencial y su relación con la salud de sus habitantes, detectar y analizar los riesgos más importantes y la forma de abordarlos y cómo propiciar un hábitat más saludable y seguro.

Actividad 2. Urbanismo, saneamiento y salud.

ALIMENTACIÓN Y SALUD

Objetivo: Reflexionar sobre los aspectos de la alimentación que tienen que ver con los condicionantes, los riesgos y problemas para la salud, los contaminantes y la manipulación de los alimentos para hacerlos más seguros.

Actividad 3. Alimentación y salud.

TRABAJO Y SALUD

Objetivo: Analizar el valor del trabajo, sus beneficios y posibles riesgos, los problemas del desempleo y como hacer más seguro nuestro entorno laboral.

Actividad 4. Trabajo y salud.

Modelo de secuenciación de actividades

	Investigando su realidad	Profundizando en el tema	Abordando la situación
Actividad 1	Material 1A; 1B; 1C;	Material 1D; 1E; 1F; 1G	Material 1H; 1I.
Actividad 2	Material 2A; 2B; 2C; 2D	Material 2E; 2F; 2G; 2H	Material 2I; 2J; 2K; 2L; 2M; 2N.
Actividad 3	Material 3A; 3B.	Material 3C; 3D	Material 3E; 3F.
Actividad 4	Material 4A; 4B; 4C; 4F.	Material 4D; 4E; 4G; 4H.	Material 4I; 4J

Actividad 1. Medio ambiente y salud

Con esta actividad se pretende relacionar el medio ambiente como factor condicionante de la salud y de la enfermedad, propiciar una actitud solidaria y promover responsabilidades individuales y colectivas para un desarrollo sostenible y saludable.

Entre otras técnicas y materiales se propone lo siguiente:

Qué entendemos por medio ambiente y ecosistema. Mediante una tormenta de ideas (Material 1 A) se pretende conocer lo que se sabe del tema para luego analizar los riesgos. Interesa en esta actividad identificar medio ambiente como el marco físico, químico y biológico en el que viven las personas, en otras palabras, las condiciones del aire, agua, suelo y clima (ver Centrando el tema).

Concepto individual de equilibrio biológico: Se indaga sobre lo que entienden por ello mediante el material 1 B.

Medio ambiente y salud. Detectar las vivencias o experiencias que los participantes tienen sobre los beneficios y los riesgos que el medio ambiente y sus cambios acontecidos por el modelo de desarrollo tienen para la salud. Para ello se puede utilizar la rejilla del Material 1C. Se aconseja trabajar primero en grupo pequeño para luego hacer una puesta en común recogiendo todas las aportaciones.

Clave: El medio ambiente es tanto un elemento beneficioso para la vida y la salud de los ciudadanos como generador de riesgos, enfermedad y muerte tanto en el mundo desarrollado como en los en vía de desarrollo. En estos 1 de cada 5 niños no viven para celebrar su 5º cumpleaños fundamentalmente por amenazas ambientales para su salud.

Desarrollo sostenible: Tras preguntar que entienden o saben por el termino se pasa a explicarlo brevemente. Se distribuye la definición dada por la Comisión Mundial del Medio Ambiente y Desarrollo (Material 1D) insistiendo en el concepto de necesidad y la idea de las limitaciones y se complementa remarcando los principales elementos para un desarrollo sostenible descritos en centrando el tema.

Se abre un debate a dos bandas entre los asistentes sobre el concepto, implicaciones y las tendencias actuales: Intensificar la agricultura, la industrialización y el incremento del uso de energía.

Riesgos ambientales y enfermedad: Hay dos categorías de peligros ambientales una por la falta de recursos ambientales esenciales y otro por la exposición a peligros en el medio ambiente. Se propone el análisis de textos sobre el tema (Material 1E). En una breve lección participada, con el Material 1F que se puede distribuir se exponen los aspectos más importantes de los riesgos y los productos químicos en el entorno humano peligrosos para la salud (material 1G).

¿Qué hacemos para cuidar el entorno? Para trabajar qué podemos hacer cada persona para cuidar el entorno, se plantea dividir el grupo grande en grupos pequeños (6 personas). Trabajar cada grupo unos 15 minutos y un portavoz expondrá las conclusiones del grupo en una puesta en común. A cada grupo se le entregan imágenes seleccionadas (Material 1H) con puntos de referencia sobre actitudes y objetos de uso cotidiano que por su uso adecuado o inadecuado pueden afectar al medio ambiente.

¿Qué pueden hacer los agentes sociales y las administraciones públicas? El método de trabajo será el mismo. Se divide el grupo grande en grupos pequeños (6 personas) trabajando durante 15 minutos con las imágenes propuestas en el Material 1I tras los cuales un portavoz que ha ido anotando las ideas surgidas expone las conclusiones al grupo en una puesta en común. Se deben dar claves para distribuir adecuadamente las responsabilidades de cada agente social remarcando que quien tiene más poder y recursos tiene más responsabilidades.

Material 1 A

Medio Ambiente y Ecosistema

¿Qué entendemos por?

Medio Ambiente

Ecosistema

Material 1B

Concepto individual de equilibrio biológico

Contesta a la siguiente pregunta:

Cuando se habla de equilibrio biológico, ¿qué entiendo yo que es?

Material 1C

Nuestro medio ambiente y la salud

Comenta tus experiencias y vivencias en relación con el medio ambiente del lugar donde resides, (ciudad, país o Europa) y la salud de tu comunidad.

Aspectos positivos o beneficios.

Aspectos negativos o perjudiciales

Material 1D

Desarrollo sostenible

Definición:

“Desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”

Informe Brundtland, 1982.

Comisión Mundial del Medio Ambiente y Desarrollo

Análisis del texto:

Identificar los conceptos fundamentales de la definición y debatir sobre el conflicto entre nuestras necesidades y las de las generaciones venideras si no se toman medidas protectoras.

Material 1E.

Conectar el medio ambiente y la salud.

“El medio ambiente, que sustenta la vida humana, es también una fuente importante de enfermedades para muchos habitantes del mundo. En los países menos desarrollados, uno de cada 5 niños no vive para cumplir su quinto cumpleaños por las amenazas ambientales para la salud evitables. Esos se traduce en 11 millones de muertes infantiles evitables cada año. Otros cientos de millones, niños y adultos, sufren enfermedades y discapacidades que arruinan su calidad de vida y sus esperanzas de futuro. Estas amenazas ambientales para la salud proceden principalmente de problemas tradicionales hace tiempo solucionados en los países más ricos, como la falta de agua limpia, saneamiento, vivienda adecuada y protección contra mosquitos y otros insectos y animales”. Veamos:

- El agua contaminada por excrementos no químicos sigue siendo una de las principales causantes de muerte en el mundo. La falta de agua, saneamiento e higiene adecuados se ha calculado que es responsable globalmente del 7% de la muertes y enfermedades.
- Las aglomeraciones urbanas y los ambientes interiores contaminados de humo procedente de la quema de combustible de biomasa para cocinar o calefacción contribuyen a las infecciones respiratorias que matan a seis millones de personas al año.
- La malaria mata de 1 a 3 millones de personas al año de las que el 80% son niños. Otras enfermedades transmitidas por mosquitos, como el dengue y la fiebre amarilla, afectan a millones más cada año obligando a la OMS a declarar al mosquito “Enemigo Público Número Uno”.

Aún más, en muchas regiones de reciente y rápida industrialización del mundo en desarrollo, las poblaciones corren un doble riesgo, al enfrentarse tanto a la agenda inconclusa de los problemas ambientales tradicionales para la salud, como a los problemas emergentes de la contaminación industrial.

.....En las regiones más ricas del mundo, como Europa, Norteamérica y Japón, aunque los peligros ambientales tienden a disminuir en general, de ningún modo han desaparecido.

- El asma está creciendo dramáticamente en los países desarrollados, y los factores ambientales parece que son los culpables, al menos en parte.
- Millones de personas en Europa y Norteamérica están expuestos aún a una atmósfera insalubre, y algunos contaminantes atmosféricos están resultando más difíciles de controlar de lo que se esperaba.
- Mientras tanto la contaminación biológica no es cosa del pasado.
- El incremento de viajes y del comercio proporciona nuevas oportunidades para la expansión o la reaparición de enfermedades infecciosas.

World Resources Institute: Recursos Mundiales.
El Cambio ambiental y la salud humana. Madrid 2000

Material 1F

Peligros ambientales y enfermedad

Estrecha relación entre las enfermedades /traumatismo y el medio ambiente

Enfermedades	Causas y medidas intervención
Mayoría de enfermedades transmitidas por insectos: malaria, dengue, Chagas, fiebre amarilla, leishmaniasis y esquistosomiasis	Modificar el medio ambiente para modificar los lugares de cría y alimentación de los vectores es una parte importante del control de estas enfermedades
Mayoría de enfermedades diarreicas, cólera, hepatitis A, lombrices intestinales	Factor de riesgo el hacinamiento en la vivienda Medidas: Adecuada provisión de agua, saneamiento, preparación y almacenamiento higiénico de alimentos.
Mayoría de infecciones de ojo y piel y enfermedades transmitidas por piojos	Mejora del suministro de agua para lavar y saneamiento. Higiene
Quemaduras accidentales, escaldaduras y otros traumas en casa y alrededores y tráfico	La incidencia de los traumas está claramente asociada al tamaño y calidad del hogar y el asentamiento o vecindario en el que se sitúa.
Enfermedades y traumas laborales	Mayoría relacionada con productos químicos tóxicos, así como una protección inadecuada de los trabajadores.

Relación significativa entre enfermedad y medio ambiente, pero también hay otros factores importantes.

Enfermedades	Factores y medidas de intervención
Infecciones respiratorias agudas	El hacinamiento, ventilación inadecuada y contaminación atmosférica ambiental y en locales cerrados aumentan incidencia y gravedad
Tuberculosis; meningitis por meningococo y fiebre reumática	El hacinamiento y la mala ventilación aumentan el riesgo de transmisión
Muchos trastornos psicológicos	Existe fuerte vinculación entre mala calidad vivienda y situaciones estresantes asociadas a ella, aunque también son importantes muchos factores no ambientales

Relación significativa entre enfermedad y medio ambiente, pero los medios más baratos de prevenirla no son ambientales

Enfermedades	Factores y medidas intervención
Sarampión y tosferina	Transmitidas por aerosol con aumento en hacinamiento. La inmunización de la población es eficaz y más barato
Tétano	Vacunación de toda la población es lo más barato. Control ambiental y medidas higiénicas
Ciertas formas de desnutrición como la falta de yodo, hierro y vitamina A	Provisión de suplementos en hierro, yodo y vitamina A en los alimentos básicos. Modificación dietética.

Fuente: Adaptado de David Satterthwaite et al, The Environment for Children: Earthscan Publications, Ltd, Londres 1996, pp 8-9

Material 1G

Productos químicos en el medio ambiente

Tabla: Contaminantes químicos en el entorno humano peligrosos para la salud

Productos químicos presentes en los alimentos y en el agua: <ul style="list-style-type: none">▪ Plomo (alimentos y agua potable por canalizaciones de plomo).▪ Aflatoxinas y otros tóxicos.▪ Nitratos en agua potable y su conversión en nitritos en el cuerpo.▪ Trazas de contaminantes en suministro de agua procedentes de agroquímicos.▪ Aluminio (alimentos y agua)▪ Arsénico y mercurio	Productos químicos presentes habitualmente en locales cerrados (casa/trabajo): <ul style="list-style-type: none">▪ Monóxido de carbono por quema incompleta de combustible fósiles.▪ Plomo de pinturas de juguetes.▪ Amianto del aislamiento de tejados y conductos aire acondicionado.▪ Humo de quema de carbón y madera.▪ Humo de tabaco.▪ Productos químicos potencialmente peligrosos usados sin salvaguardas para la salud.▪ Formaldehído de los materiales aislantes y conservación de maderas y adhesivos.▪ Mezcla de todos a nivel de traza.▪ Micro-contaminantes
Productos químicos presentes en las áreas urbanas al aire libre (ambiente): <ul style="list-style-type: none">▪ Plomo (gases escapes vehículos, pinturas exteriores.)▪ Dióxido de azufre, sulfatos y humo/ partículas en suspensión por la quema de carbón y aceites pesados por industria, plantas eléctricas y viviendas.▪ Óxidos de nitrógeno por emisiones de los vehículos de motor e industrias.▪ Hidrocarburos por vehículos, gasolineras y algunas industrias.▪ Ozono.▪ Monóxido de carbono por quema incompleta de combustibles.▪ Compuestos orgánicos volátiles.▪ Micro-contaminantes.▪ Mezcla de todos a nivel de traza.	Productos químicos que pueden contaminar los suelos: <ul style="list-style-type: none">▪ Compuestos de cadmio y mercurio y otros compuestos de metales pesados (residuos industriales);▪ Dioxinas, PCB, arsénico, plaguicidas órgano florados 8residuos industriales).

Fuente: Adaptado de David Satterhwaite et al, The Environment for Children: Earthscan Publications, Ltd, Londres 1996, p.41

Material 1H

¿Qué hacemos para cuidar el entorno?

Analiza las siguientes imágenes y valora cómo su uso adecuado o inadecuado puede afectar al medio ambiente.

- Radiadores. Para trabajar el tema del ahorro de energía con buen uso y buen aislamiento de la vivienda.
- Bombillas, luces de neón. Para trabajar el tema de bombillas de bajo consumo, interruptores de presencia...
- Lavadoras, frigoríficos, aparatos de aire acondicionado. Para trabajar el ahorro de agua y energía.
- Pequeños electrodomésticos. Para trabajar el ahorro de energía y lo necesarios que son respecto a su poco uso.
- Ducha, baño, cisterna de W.C., lavado de coche: Para trabajar el ahorro de energía y agua.
- Inodoro con residuos (tampones, preservativos...). Para trabajar la cadena de depuración.
- Televisión, radio, equipo de música. Para trabajar el tema de ruidos y el cuidado de la vista.
- Sprays de laca, desodorantes. Para trabajar el tema de propelentes de gases.
- Envases de comida rápida, bandejas de supermercado, platos de plástico. Para trabajar el tema de residuos y el uso de clorofluorcarbonados.
- Cazuelas con fondo difusor, sartenes con fondo difusor. Para trabajar el aprovechamiento de la fuente de calor para cocinar.
- Uso de carro de la compra, reciclado de bolsas. Para trabajar el tema de residuos.
- Paisaje de playa o montaña con basura, bronceadores flotando en el agua. Para trabajar el tema de residuos sólidos y aceites que manchan el agua.
- Buceo en el mar, barco de recreo. Para trabajar el tema de recoger basura y no maltratar el medio con actitudes agresivas.
- Pastillas, jarabes, sobres de antibióticos, etc... Para trabajar el tema de residuos peligrosos para microorganismos del suelo o del agua.
- Piscinas con productos de clorar, insecticidas y plaguicidas de jardín. Para trabajar el tema del impacto sobre el suelo, el aire y el agua.
- Ropa de distintos tejidos. Para trabajar el uso de fibras naturales.

Material 11

¿Qué podemos hacer los agentes sociales para cuidar el entorno?

Analiza las siguientes ideas:

- Comunidad de vecinos: edificios de espacios comunes donde se vea el ascensor, calefacción central, interruptores de los pisos, etc... Para trabajar ahorro de energía con iluminación, combustible de toda la comunidad.
- Obras en construcción. Para trabajar la idea de arquitectura bioclimática y materiales ecológicos.
- Extintores de incendios. Para trabajar el uso de productos que no afecten a la capa de ozono.
- Fumigando edificios, fumigando cosechas. Uso de productos contaminantes del suelo, agua y aire.
- Pescadores pescando, patrulleras del mar: Uso correcto de las artes de pesca, cumplimiento de plazos de veda.
- Coche, talleres de coches, desguace de coches. Para trabajar el uso del automóvil y el reciclado de los productos de mantenimiento y residuos que producen los coches.
- Ganaderos con vacas, ovejas. Para trabajar el uso del estiércol como fertilizantes.
- Muebles, papeles, periódicos... Para trabajar el uso de madera procedente de bosques con adecuada gestión ecológica.
- Vertederos ilegales. Para trabajar el tratamiento de residuos y la exigencia a las autoridades competentes de su actuación.
- Incineradoras, industrias contaminantes con chimeneas... Para trabajar el tema de necesidades de la industria y control de la administración.

Actividad 2. Urbanismo, saneamiento y salud.

Se pretende reflexionar sobre el entorno residencial donde vivimos, los aspectos más importantes del saneamiento ambiental, la vivienda accesible y saludable y qué podemos hacer para mejorarlo y hacerlo más saludable.

Para ello proponemos las siguientes técnicas y secuencia de trabajo pedagógico.

Nuestra vivienda, barrio, pueblo, ciudad. Se trata de que las personas expresen sus vivencias y experiencias de cómo se sienten y se encuentran en su lugar de residencia. Utilizamos la rejilla del Material 2A para trabajar en grupo pequeño y luego ponerlo en común.

Sobre problemas existentes: Como tarea para identificar problemas se propone que recojan datos e informaciones sobre problemas de su hábitat más cercano. Por ejemplo, fotos de casas, lugares públicos, notas de prensa, hoja parroquial, actas de juntas de vecino... Todo ello se aportará para trabajar en el taller.

Cuántos residuos producimos: Mediante el Material 2 B se propone un ejercicio de identificar la cantidad de residuos que se producen en una familia para con ello captar la importancia que puede tener el problema en una ciudad concreta o en una nación. Posteriormente con una lección participada se expone la magnitud del problema y los métodos de intervención existentes para eliminarlos.

Uso de la telefonía móvil. Se pide que trabajen con la rejilla del Material 2C e identifiquen posibles aspectos beneficios y negativos. Se divide el grupo grande en otros más pequeños de 6 personas y se nombra un portavoz que expondrá las conclusiones al conductor de la actividad durante la puesta en común. Luego se abre un debate público sobre la inocuidad de los propios teléfonos móviles o de las torres instaladas para su uso, de los peligros que supone su manejo de forma simultánea con otras actividades (conducción de vehículos, etc...) o de las interferencias en las relaciones sociales.

Uso de transporte: Identificar con el Material 2D, en qué medio nos desplazamos habitualmente con el objetivo de valorar el balance de la utilización de medios públicos o privados ya que los primeros son menos contaminantes y peligrosos.

Causas y responsabilidades de los problemas: Sobre los problemas aportados por los asistentes se propone analizar con cierta profundidad, como un caso o un análisis de textos (Material 2E), los factores que propician el problema y de quiénes son las responsabilidades tanto en su producción como en su solución.

Contaminamos el agua y el suelo: Utilizando como ejemplo el caso de la rotura de la presa (Material 2F) se analizan los efectos del problema y de quiénes son las responsabilidades.

Ruidos: Vivimos rodeados de mucho ruido, nuestra mente posee un mecanismo para bloquear lo que no quiere oír, pero el ruido continúa afectando a nuestra audición y salud, aún cuando no seamos conscientes de ello. Mediante el Material 2G pedimos que en grupo pequeño detecten los ruidos molestos en nuestra vida cotidiana, valoren su intensidad y la duración a la exposición de éstos con ayuda del apartado centrándonos en un tema y se planteen lo que se puede hacer tanto individualmente como colectivamente.

Animales domésticos: Con el caso del Material 2H, el caso de Julia, se pretende profundizar en los aspectos positivos y las dificultades que conlleva el tener animales domésticos de compañía y se analizan las responsabilidades que debemos tener a nivel individual y comunitario.

¿Qué podemos hacer con los residuos? Se propone que tras una breve exposición de lo expresado en centrando el tema se proceda a una mesa redonda en donde cada grupo argumenta y defiende cada uno de los tres objetivos básicos para afrontar la problemática de los residuos que se resumen en la conocida teoría de “Las tres R”, que hacen referencia a Reducir, Reutilizar y Reciclar siguiendo este orden de prioridad.

Vivienda, pueblo y/o ciudad saludable: Cómo construir un entorno saludable. Se pretende que entre los participantes adquieran habilidades para diseñar un entorno que satisfaga más sus necesidades y analizar su factibilidad.

Para cualquiera de los posibles ejercicios proponemos organizar grupos de 5 personas con la

mayor homogeneidad posible para que el diseño, la vivencia y experiencias a nivel de participación sean más amplias. Una vez formados los pequeños grupos y con el material disponible (ver Materiales 2I, 2J y 2K), se empieza a proponer sin discutir y poniéndose el grupo de acuerdo la forma de organización, ya que todas las aportaciones al grupo son importantes para la realización de la actividad. Dicha actividad será la realización de un collage. Se empapelarán las paredes de una sala y luego se construirá una ciudad.

Manejo de residuos sólidos urbanos: Los envases suponen aproximadamente un 40% del total de las basuras, y en muchas ocasiones tiene un coste ecológico mucho mayor que los productos a los que protegen por necesitar más energía en su construcción, por producirse mediante industrias más contaminantes, por utilizar materiales de difícil obtención en la naturaleza o por no degradarse fácilmente.

Para trabajar con este tema proponemos un ejercicio de habilidades analizando la compra habitual de uno o varios de los asistentes o una imaginaria en la que se elige el envase que desee y que está representado en la Tabla 1 (Material 2L).

Una vez realizada la compra se procede a evaluar la elección del envase, teniendo en cuenta la cantidad (es decir el porcentaje de envase respecto al producto que contiene) y también el material para lo cual tomaremos como base la dificultad en su reciclaje o eliminación. Una vez finalizado el análisis podemos seleccionar aquella compra que hubiera sido aconsejable desde el punto de vista ecológico.

¿Tenemos claro qué tirar en cada contenedor? Una vez finalizada esta fase analizaremos el manejo de los distintos tipos de envase que ha producido nuestro consumo. Haremos pequeñas fichas en las que escribiremos el nombre de todo aquello que podamos encontrar habitualmente en nuestras basuras y se repartirán entre los integrantes del grupo de forma que cada uno de ellos tendrá que decidir en que contenedor deposita el objeto que le ha correspondido (Material 2 M). Se facilita instrucciones en el Material 2N sobre qué depositar en cada tipo de contenedor. De todas maneras existen folletos divulgativos -Guías de reciclaje- en la mayoría de los Ayuntamientos en donde se explica todo el proceso y se facilitan instrucciones.

Material 2A

Nuestro hábitat y la salud

Comenta tus experiencias y vivencias en relación con el hábitat del lugar donde resides, (vivienda, comunidad de vecinos o barrio) y la salud tuya y de tu familia.

Aspectos positivos:

- Para ti

- Para tu familia

Aspectos negativos o perjudiciales:

- Para ti

- Para tu familia

Material 2B

¿Cuántos residuos producimos diariamente?

Efectuar un calculo aproximado de la cantidad de residuos que producimos diariamente en nuestra familia.

Número de personas que la componen:

Tipo de residuos más frecuentes.

Orina:

Heces:

Agua contaminada o usada:

Ducha.

Lavadoras.

Limpieza doméstica

Papeles

Alimentos

Embalajes.

Cantidad total a la semana de toda la familia:

Material 2C

Uso de la telefonía móvil

“Comenta tus opiniones acerca del uso cotidiano de la telefonía móvil”.

Beneficios

Perjuicios

Material 2D

Desplazamientos y medio de transporte.

¿Qué medio utilizas diariamente para realizar los desplazamientos habituales?

Actividad	Transporte público	Transporte privado: coche,...	Andando
Compras			
Trabajo			
Ocio			

Material 2E

Causas y responsabilidades.

Se trabaja con los casos o problemas aportados por los participantes en los días anteriores seleccionando algunos de ellos para cada uno de los grupos.

Casos

Problema aportado

Preguntas:

- ¿Qué tipo de problema es?
- ¿Qué causas lo producen?
- ¿De quién es la responsabilidad?
- ¿Qué podemos hacer para solucionarlo?

Material 2F

Contaminamos el agua y el suelo

Analiza y comenta el siguiente artículo.

EL MUNDO, martes 28 de abril de 1998

Las autoridades agravan el desastre de Aznalcóllar permitiendo verter el agua tóxica que quedaba en la presa.

Gustavo Catalán Deus. Enviado especial. Aznalcóllar (Sevilla).

Doñana no tiene salida. Mientras la ministra de Medio Ambiente inspeccionaba en un helicóptero -junto al delegado del Gobierno en Andalucía- la zona afectada por la ola negra de las minas de pirita, alguno de la propia Administración central dio autorización a la empresa minera -a petición de la Junta de Andalucía- para lavar la balsa rota.

Así, durante 48 horas se han vertido al cauce de un arroyo que aún no estaba contaminado, 200 metros cúbicos de agua tóxica cada hora. Un vertido que también ha llegado al Guadiamar y, a través de éste, al entorno de Doñana.

Nuevo vertido. La primera noticia que tuvo este periódico de este sobrevertido -que desde la tarde del sábado a ayer lunes a las 14:00 horas ha arrojado otros 5.000 metros cúbicos de agua-, la obtuvo de una persona que trabajaba en el interior del Parque Nacional de Doñana. Pese a que se conocía por parte del Ministerio de Medio Ambiente, la Confederación Hidrográfica del Guadalquivir, y la propia Junta, la orden de paralizarlo se logró sólo tras conocerse públicamente qué estaba ocurriendo.

Ayer por la tarde, los aliviaderos de la balsa rota seguían vertiendo. Según pudo ver EL MUNDO, una pareja del Seprona de la Guardia Civil se acercó al lugar para comprobar que eso era así. Aunque salía mucha agua, los guardias apreciaron que había bajado el nivel. Las bombas se habían parado una hora antes. El Seprona ha obtenido muestras de este vertido, que adjuntará a la denuncia que ayer mismo presentó en el Juzgado de Sanlúcar la Mayor.

El fiscal investiga las causas de la rotura. La Fiscalía de Sevilla ha solicitado a la Guardia Civil un informe sobre las causas que provocaron la rotura del muro de una presa de agua y residuos tóxicos de la empresa Minas de Aznalcóllar (Sevilla). Quiere conocer, según fuentes fiscales, si ocurrió por un corrimiento de tierra, o por el uso de materiales inadecuados al construirla.

Bombeo de líquidos de la balsa para facilitar su sellado: El Gabinete de Emergencia de la provincia de Sevilla consideró ayer oportuno bombear líquidos contenidos en la balsa fracturada en la mina de Aznalcóllar, en su zona de depósito de piritas, «valorando de manera determinante la inestabilidad de los lodos» que contiene.

Esta decisión, según un comunicado emitido ayer por la noche por el Gabinete, se ha adoptado «una vez que la Confederación Hidrográfica del Guadalquivir (CHG) ha dado su autorización oficial por considerarlo de fuerza mayor», informa Efe.

Para este organismo, «de esta manera se podrán realizar las labores de sellado e impermeabilización de la fractura», al tiempo que precisa que se están haciendo controles y evaluaciones del vertido y se desarrollan actuaciones que permitan el tratamiento, por procedimientos extraordinarios, para depurar el líquido que aún está en la balsa.

Indica además el comunicado, que la CHG está desembalsando agua de las presas situadas Guadalquivir arriba para mejorar la calidad de las aguas en el cruce de la desembocadura del Guadiamar con este río y equilibrar los aportes contaminantes del vertido de las minas de Aznalcóllar.

Preguntas:

- ¿Qué efectos crees que ha producido el vertido de material tóxico al río?
- ¿De quién es la responsabilidad de lo que ha pasado?
- ¿Cómo han actuado los distintos implicados en el accidente?

Datos reales que podemos aportar:

- Afectación de más de 80 km de cauces de ríos y llegando hasta el mar.
- 4000 hectáreas de tierras envenenadas con 1800 millones de pesetas en pérdidas agrícolas.
- 30 toneladas de animales muertos.
- 40000 millones de pesetas gastados en labores de recogida de lodos y restauración ecológica.
- Elevadas concentraciones de cadmio cobre, plomo y arsénico en moluscos y crustáceos.
- Afectación del parque natural de Doñana .
- Pérdida de suelos fértiles.
- Pérdidas de jornadas laborales para el personal temporero del campo.
- Riesgos potenciales para la salud de las personas.
- Paralización de la actividad minera y consiguiente regulación de empleo de los trabajadores de la mina.

Material 2G

Ruidos

- Enumera los ruidos molestos que tienes en tu vida cotidiana.
- Valora la intensidad de estos ruidos y la duración a la exposición.

- ¿Qué podemos hacer?:
Individualmente

Colectivamente

En la escuela

En el trabajo

En la ciudad

En el pueblo

Material 2H

El perro de Julia

Julia es una niña de 8 años que recibe como regalo de Reyes un perro labrador de 5 meses. Ella está encantada. Sus padres le explican que como el perro es suyo deberá contribuir con toda la familia de la que ahora forma parte a cuidarlo, alimentarlo, pasearlo, llevarlo al veterinario para vacunar y desparasitarlo...

Julia se compromete, pero algunos días que hace frío a ella no le apetece salir y prefiere jugar con sus amigos en casa. Durante las vacaciones de verano, mientras estaban en el campo, Julia comenzó con fiebre alta y manchas en la piel.

El médico les dijo a sus padres que debían mirar si el perro tenía alguna garrapata porque podía ser que hubiera picado también a Julia y le hubiera transmitido la enfermedad.

Preguntas:

- ¿Te parece real esta historia?
- ¿Cómo influye el nuevo miembro de la familia en :
 - la vivienda familiar
 - la economía familiar
 - la responsabilidad de los miembros de la familia
 - el cuidado del entorno (calle, vecinos...)
 - la salud de la familia ?

Material 2I

“Una ciudad saludable”

Organización

Una vez formados los pequeños grupos y con el material disponible se empieza a proponer sin discutir, y poniéndose el grupo de acuerdo, la forma de organización, ya que todas las aportaciones al grupo son importantes para la realización de la actividad. Dicha actividad será la realización de un collage. Se empapelarán las paredes de una sala y luego se construirá una ciudad.

Prepara el siguiente material:

- Rollo de papel estraza.
- Chinchetas.
- Pegamento.
- Tijeras.
- Pinturas.

Además de todo aquel material que las y los participantes creen que puede ser necesario para la construcción de la ciudad saludable. Unos ejemplos: tetra-brick, botes, hojas de los árboles, coches, semáforos, etc...

Estructuración.

Podemos seguir el siguiente gráfico aunque cada grupo puede diseñar su propia ciudad saludable:

- **Zona residencial:** hay elevada población, está bien comunicada, zonas comerciales e industriales.
No existe actividad industrial, espacios abiertos y próxima a zonas recreativas.
- **Zonas Verdes y de recreo:** deben de estar ajardinadas y bien distribuidas con una mínima extensión de 4m cuadrados. Jardín de barrio, Parques urbanos, Zonas de deporte.
- **Zona comercial:** está situada en núcleos urbanos, suelen disponer de jardines y paseos.
- **Zona industrial:** apartada de centros residenciales y comerciales. Agrupación de empresas industriales. Industrias peligrosas deberán garantizar la seguridad de la población.

Material 2J

“Un pueblo saludable”

Prepara el siguiente material:

- Pegamento.
- Tijeras.
- Pinturas.
- Cualquier otro material que las y los asistentes al taller crean que puede ser útil para el diseño de un pueblo saludable.

Organización:

En pequeños grupos y con el material cada cual expresará su forma de organizar este pueblo saludable. Con todas las propuestas se llegará a una puesta en común y al diseño del mismo.

La propuesta nuestra a seguir es una maqueta.

Estructuración.

Aportamos una forma de gráfico a seguir, ya que como hemos dicho anteriormente queda abierta toda posibilidad de diseño de otros modelos:

- **Casco antiguo:** es el centro del pueblo donde se suelen encontrar todos los monumentos arquitectónicos. Las calles deben de ser peatonales. La población no es muy elevada. Existen comercios, pero son tiendas pequeñas.
- **Zona residencial:** suele estar ubicada alrededor del casco antiguo formada por población que vive en casas bajas o pequeños edificios de comunidad.
- Las zonas verdes suelen encontrarse cerca de las casas, no hay grandes zonas comerciales.
- **Zona comercial:** se encuentra situada dentro de la zona residencial y suelen ser medianos comercios como pequeños supermercados que no disponen de jardines ni grandes paseos.
- **Zona industrial:** se encuentra concentrada en polígonos destinados para la industria a las afueras del pueblo.

Material 2K

“Una vivienda saludable”

Organización:

La actividad a desarrollar será individual, a cada persona se le proporcionará una plantilla con una caja vacía, con el siguiente enunciado: “construye tu casa saludable”.

Prepara el siguiente material:

- Folios.
- Lápices.
- Bolígrafos.
- Rotuladores...

Estructuración.

Se pretende que cada persona identifique los elementos necesarios para su casa “sana y ecológica”:

- Orientación.
- Materiales de construcción.
- Luminosidad.
- Tamaño.
- Instalaciones sanitarias (WC).

Material 2L

Manejo de residuos sólidos urbanos

De manera imaginaria haz la compra que necesitas para tu hogar considerando los diferentes envases que existen en el mercado.

Has de considerar los siguientes aspectos con referencia a los envases de los alimentos:

- Aconsejables: por su fácil reutilización o sencillo reciclado son vidrio retornable, cartón, papel, y vidrio desechable.
- Desaconsejables: por su difícil y a veces imposible reciclaje, la emisión de sustancias tóxicas en su incineración, o la gran cantidad de recursos que se consumen en su fabricación: hojalata, cartón tratado, plástico y aluminio.

Se ha de seleccionar aquella compra que hubiera sido aconsejable desde el punto de vista ecológico.

	Leche	Lentejas	Tomate	Refrescos
Vidrio retornable	Botella			
Cartón y papel		A granel	A granel	
Vidrio desechable		Tarros de cristal	Tarros de cristal	Botellines
Hojalata	Condensada	Precocinados	Triturado, frito	Latas refrescos
Cartón tratado	Tetra brik		Tetra brik	Tetra brik
Plástico	Bolsa	Bolsa	En bandeja de plástico	Botellas
Aluminio	Condensada en tubo			Latas de refresco

Material 2M

¿Tenemos claro qué tirar en cada contenedor?

Enumera todos los productos que manejamos habitualmente que introducirías en cada uno de los contenedores:

Contenedor amarillo

Contenedor azul

Contenedor verde

Contenedor gris-naranja

Contenedores especiales

Material 2N

Instrucciones para uso de contenedores

- **Contenedor amarillo:** bolsas, botellas y envases de plástico, bandejas de corcho blanco, latas de conserva, botes de bebida, chapas y tapas de metal, briks.
- **Contenedor azul:** todo tipo de papel y cartón.
- **Contenedor verde:** botellas envases y objetos de vidrio.
- **Contenedor gris-naranja:** Materiales de residuo de nuestros alimentos, restos orgánicos.
- **Contenedores especiales:** hay contenedores especiales para la recogida de otros materiales que son distintos en las diferentes poblaciones y no tienen el mismo color ni la misma forma. Son por ejemplo los usados para la recogida de pilas.

En cualquier caso siempre podemos dirigirnos a nuestro Punto Limpio más cercano donde encontraremos contenedores para todo tipo de material (medicinas y restos sanitarios, pinturas, insecticidas, productos tóxicos, etc) y personal que nos ayudará en caso de duda.

Actividad 3. Alimentación y salud.

Se pretende con esta actividad reflexionar sobre los aspectos de la alimentación que tienen que ver sus condicionantes, los riesgos para la salud, sus problemas, los contaminantes y la manipulación de los alimentos para hacerlos más seguros. En el Centro de Interés 2 sobre Autocuidados se trabaja el tema desde una visión complementaria.

Para tratar este tema proponemos entre otras las siguientes técnicas.

Qué es la alimentación: Iniciamos la tarea pedagógica con una tormenta de ideas (Material 3A) sobre lo que entienden por alimentación y si saben diferenciarlo del concepto nutrición y que factores influyen en la forma de alimentarnos. Se enmarcan las diferencias entre ambos conceptos y la importancia de los factores socioculturales, económicos y los gustos personales en la forma de alimentarnos.

Vivencias y experiencias sobre la alimentación: Mediante la rejilla del Material 3B investigamos cómo viven la alimentación y qué posibles problemas detectan en relación consigo mismo, con la familia y con la sociedad en su conjunto. Interesa remarcar que es una actividad compleja, que produce satisfacción pero que supone un esfuerzo y además existen muchos factores que la condicionan

Experiencias tenidas con la alimentación: Se propone que los participantes busquen y aporten fotos, recortes de prensa, historias, anuncios, chistes y demás recursos informativos sobre aspectos de la alimentación en su casa, barrio, ciudad que recojan los diversos aspectos y condicionantes de la alimentación. Con todo lo que aporten se hará un mural para remarcar los aspectos que más les preocupan.

Condicionantes de la alimentación: Con una lección participada se pretende profundizar sobre los condicionantes de la alimentación y los distintos agentes que intervienen en el proceso de la política nutricional de un país. Para ello se puede utilizar la documentación de centrando sobre alimentación y salud.

Mitos de la alimentación: Con el Material 3C -mitos publicados en el periódico El País- se pretende abrir un debate sobre algunos de los mitos que se divulgan sobre la misma. Se pueden ampliar con los que los participantes ellos mismos aporten. Se aclaran dudas y se plantean los interrogantes oportunos.

Problemas de la alimentación: Es aconsejable introducir alguna actividad pedagógica que nos permita reflexionar y profundizar sobre algunos de los problemas, de ámbito mundial, sobre la alimentación tanto por exceso y por defecto. Para ello se pueden utilizar algunas notas de prensa o informes de organismos internacionales que hacen referencia al tema. Este problema es evitable con cambios en las políticas internacionales. Se facilita en el Material 3D una información publicada en El País. A nivel mundial se utilizan indicadores para medir el componente nutricional de los riesgos ambientales y que son: % de niños que están por debajo del peso, número total de calorías disponibles por personas y % de población con riesgos por déficit de vitamina A o Yodo.

Manipulación de los alimentos: Mediante una lección participada desarrollamos el proceso de manipulación de los alimentos y los tipos de contaminantes que pueden afectarles, así como las medidas a tomar para la correcta manipulación de los mismos.

Elegir platos seguros: Con este ejercicio se pretende que los educandos adquieran habilidades para manipular con mayor seguridad los alimentos. Se comenzará mostrando las tablas guías que se describen en el Material 3D. Posteriormente en grupos deberán clasificar los platos de diversos menús (Material 3E) por su alto o bajo riesgo de contaminación o según estén tratados de forma correcta o no. Al final se hará una puesta en común con evaluación colectiva del ejercicio señalando los aspectos que se deban corregir.

Material 3 A

La alimentación

¿Qué es la alimentación?

¿Qué es nutrición?

¿Qué factores influyen en la forma que nos alimentamos?

Material 3 B

Experiencias sobre la alimentación

La alimentación es una actividad humana importante que satisface una necesidad esencial de la persona pero también supone un esfuerzo y un trabajo.

Comenta las vivencias y experiencias que tienes sobre ella tanto positivas como las negativas.

En relación contigo mismo:

Con tu cuerpo.

Con tus emociones y gustos

En relación con tu familia.

Con tu economía

Con la convivencia familiar

En relación con la sociedad:

Con el desarrollo económico.

Con los medios de comunicación.

Material 3 C

Mitos y leyendas de la alimentación.

Lectura y debate:

El País, domingo 24 de marzo de 2002.

En temas de alimentación todo el mundo opina. No faltan recetas del vecino ni las recomendaciones de amigos que lo han probado todo. Aquí presentamos algunos de los mitos y leyendas de la rumorología alimentaria:

- Hay alimentos prohibidos.
- La carne roja es mejor para la salud.
- Lo fresco y natural es mejor que lo congelado y más sano.
- Las vitaminas engordan y estimulan apetito.
- Las partes más pálidas de las verduras son las mejores.
- La piel de la fruta aporta más fibra.
- El microondas daña los alimentos.
- Trocear mucho los alimentos es bueno.
- Los frutos secos son malos para el colesterol.
- El aceite de oliva es bueno en general.
- Los yogures enteros son mejores que los desnatados.

Preguntas:

¿Qué opináis?

¿Qué aspectos debemos aclarar?

¿Qué suele haber detrás de los mitos?

Material 3 D.

Un grave problema de la alimentación. El hambre.

500 millones de personas pasan hambre, según la OMS.

Efe Ginebra.

Más de 500 millones de personas sufren malnutrición crónica y no consumen suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades básicas, según muestra un informe presentado ayer en Ginebra (Suiza) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

El estudio precisa que casi mil millones de seres humanos corren en la actualidad el riesgo de desnutrición en los países pobres y que anualmente mueren 13 millones de niños menores de cinco años por enfermedades relacionadas directa o indirectamente, con el hambre y la malnutrición. La OMS y la FAO señalan que la producción alimentaria mundial resulta, sin embargo, suficiente para los habitantes de la Tierra: se dispone productos para abastecer a todos con una media de 2600 calorías por persona y día, mientras que se recomienda unas 2000 calorías diarias para las personas que no trabajan.

Además, el informe indica que el 28% de la población mundial padece anemia y carencia de hierro en su dieta.

El País, 14 de Mayo de 1992, pagina 26

Preguntas:

- ¿Qué os parece esta noticia?
- ¿Cuáles son las causas de este grave problema?
- ¿Qué os parece este problema carencial con respecto al que sufren las sociedades de la opulencia como la obesidad?

Material 3E

Instructivo para la manipulación de los alimentos

ALTO RIESGO DE CONTAMINACIÓN	RIESGO MEDIO DE CONTAMINACIÓN	BAJO RIESGO DE CONTAMINACIÓN
Carne picada Carne o aves rellenas Vísceras, hígado Mollejas Pescado y marisco fresco y cocinado Huevos y leche fresca Mayonesa casera Queso fresco y natas	Cerdo, cordero y ternera en piezas. Pollo y pavo en piezas Leche esterilizada Yogures Frutas y verduras frescas Mantequilla Embutidos Bollería y pan de molde.	Pan y harina. Arroz y legumbres. Aceite de oliva. Quesos curados. Mayonesa industrial. Mermelada y miel.

MANIPULACIONES MENOS SEGURAS	MANIPULACIONES MÁS SEGURAS
Recongelar alimentos ya descongelados Usar tablas de cortar alimentos de madera. Congelar carne picada o procesada (embutido) Descongelar a temperatura ambiente. Guardar las conservas en lata cerca del horno. Probar los alimentos con los dedos. Servir la tortilla en el plato donde se batieron los huevos. Tomar los alimentos templados tras haber sido cocinados. Descongelar bajo el chorro de agua.	Cocinar las verduras sin descongelar. Tomar las carnes y el pescado bien cocinado. Tomar la fruta en compota o almíbar. Lavarse bien las manos antes de manipular los alimentos. Cocinar los alimentos de una sola vez, no por “etapas”. Congelar los alimentos cuanto antes tras cocinarlos. Lavar la verdura por inmersión. Evitar las migas o restos alrededor de los envases de arroz, harina o pastas.

Material 3F

Elegir platos seguros

Clasifica los siguientes platos, dependiendo de la seguridad en el proceso de elaboración.

A modo de ejemplos:

“La sopa del día”

Fiable: si ha estado refrigerada y se toma muy caliente.

No Fiable: si lleva huevo.

“Ensaladilla Rusa”

Fiable: si está bien refrigerada y la mayonesa es industrial.

No Fiable: nunca templada o con mayonesa casera.

“Canelones”

No Fiable: por contener leche y carne picada 2 alimentos de alto riesgo

Continúa con el resto del menú:

“Huevos fritos con jamón”

Fiable:

No fiable:

“ Filete a la plancha”

Fiable:

No fiable:

“Tortilla española”

Fiable:

No fiable:

“Carne rellena”

Fiable:

No fiable:

“Menestra de verduras”

Fiable:

No fiable:

“Frutas frescas”

Fiable:

No fiable:

“Paella valenciana”

Fiable:

No fiable:

“Natillas, arroz con leche”

Fiable:

No fiable:

“Merluza frita”

Fiable:

No fiable:

“Tartas industriales”

Fiable:

No fiable:

Actividad 4. Trabajo y salud.

Se pretende reflexionar sobre la función del trabajo en la vida de las personas y su relación con la salud o la enfermedad, analizando los factores de riesgo más importantes, la problemática del desempleo y empleo precario; propiciar una actitud preventiva y facilitar habilidades de protección.

Para abordar este tema existen diversas técnicas pedagógicas y entre ellas proponemos las siguientes:

Tenemos trabajo y cómo es: Intentamos captar la valoración que los participantes tienen sobre el trabajo, ya sea remunerado o no. Para ello se puede utilizar una tormenta de ideas como la del Material 4A y/o una rejilla de análisis como el Material 4B para trabajar en grupo y luego recoger la opinión en grupo grande. Posteriormente se puede reflexionar sobre el peso del trabajo en el proyecto vital de cada uno con el Material 4 C.

Riesgos para la salud: Mediante una lección participada con la información de “centrando el tema” se insiste en los aspectos más importantes por un lado analizando los distintos riesgos y por otro lado las consecuencias como los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

Siniestralidad en España: Desgraciadamente nuestro país es uno de los de más alta siniestralidad de la Unión Europea. Con el análisis de los datos de la tabla del Material 4D se pretende reflexionar sobre este grave problema abriendo un debate entre los educandos sobre las causas de la misma que se recogerán en la pizarra o rato folios para concluir señalando las responsabilidades de los distintos agentes intervinientes. También se pueden utilizar textos de documentos informativos sobre el tema o notas de prensa sobre accidentes laborales acontecidos.

María en la oficina: Con el caso del Material 4E se busca analizar todos los factores desencadenantes de estrés en el trabajo. Los educandos en grupos pequeños serán capaces de identificar mediante la lectura y discusión grupal del caso los posibles elementos facilitadores de estrés de una trabajadora durante su jornada laboral. Posteriormente se hace puesta en común en donde el coordinador docente resume y señala los aspectos claves del problema.

Desempleo y salud. En primer lugar interesa recoger las experiencias que se tiene si se ha estado en el desempleo o se conoce lo acontecido en algún familiar. Valorar qué aspectos positivos y negativos tiene en la vida de la persona (Material 4F). Trabajando individualmente por escrito durante 6-7 minutos y haciendo una puesta en común en grupos pequeños (6-8 personas) con un portavoz que recogerá las conclusiones que luego se expondrán en el grupo grande. El moderador de la sesión recoge en una pizarra las distintas conclusiones aportadas por los portavoces de forma general en dos columnas para que sea más gráfico; una de ellas recogiendo los aspectos conflictivos de estar desempleado o con empleo precario y otra con aspectos enriquecedores (si existen) de estar desempleado o con empleo precario.

Con posterioridad planteamos analizar y debatir sobre los modelos sociales respecto al desempleo (Material 4G)

La familia como apoyo: Se propone un ejercicio de teatro por grupos (juego de roles Material 4H) con actitudes respecto a una situación desencadenante cuando en una familia hay un miembro de ella desempleado. Los componentes de la familia pueden variar según las necesidades propuestas por el grupo. Por ejemplo tenemos una familia compuesta por el padre, la madre, un hijo/a de aproximadamente 20-30 años y un hijo/a de 5-6 años. La situación desencadenante del conflicto puede no estar relacionada directamente con el tema del trabajo pero sirve para poner de manifiesto como influye en la dinámica de una familia. Así la situación desencadenante es la siguiente, se termina de comer, hay que quitar la mesa y llevar al hijo/a pequeño al colegio.

Analizar las ventajas e inconvenientes de cada respuesta con un guión de observación que cada uno va rellenando durante la escena o en los 3-5 minutos que dejan después. Se hace puesta en común de las distintas observaciones.

Decálogo de medidas preventivas para disminuir los riesgos laborales. Se propone la lectura detallada del Material 4I para abrir un debate sobre el tema y como está funcionando realmente en nuestro país. Interesa remarcar la importancia de la prevención y de una nueva concepción del trabajo.

Marco normativo e instituciones sobre salud laboral. Se debe facilitar a los asistentes la normativa vigente de salud laboral en España y darles información de qué instituciones tienen competencias sobre el tema y a dónde deben acudir. Se propone una breve lección facilitando un instructivo con la información incluida en “centrando el tema”.

Dispositivos de protección individual. Introducción en el tema sobre los dispositivos de protección individual y la importancia de los mismos como se remarca en el texto de “centrando el tema”. Se propone para adquirir habilidades se señalen los dispositivos de protección individual para cada profesión con el Material 4J. También se puede hacer con un fieltro para poner en pared y recortables adhesivos de profesiones y de dispositivos de protección individual. Puesta en común sobre las personas que deben usar cada uno de ellos, se irán colocando los dibujos alusivos a una profesión en el lado izquierdo del fieltro y en concordancia en la parte derecha se los relacionará con su correspondiente protección individual.

Material 4A

Trabajo.

¿Cómo definirían lo que es el trabajo?

¿Tienes trabajo?

Diferencia entre trabajo y empleo remunerado.

¿Porqué y para qué trabajamos?

Material 4B.

¿Cómo vivimos nuestro trabajo?

Comenta tus vivencias y experiencias en relación con el trabajo que tienes o hayas tenido.

Aspectos positivos.

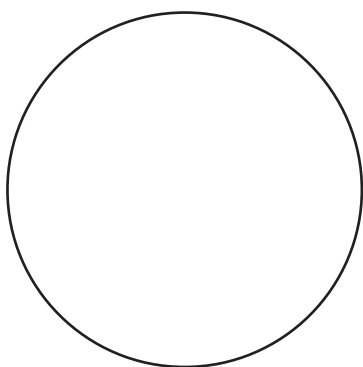
Aspectos negativos.

Material 4C

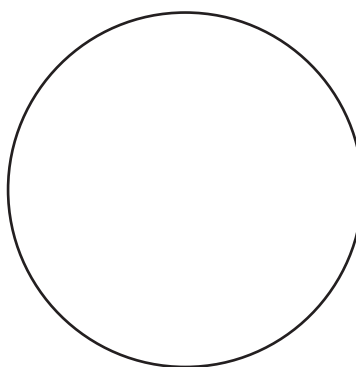
El trabajo y el proyecto de vida.

En el círculo 1 de la izquierda señalamos, como en porciones de queso, qué parte de nuestro tiempo diario dedicamos al trabajo con respecto a la atención a la familia, a nuestra pareja, relaciones con amigos/as y actividades de ocio. En el círculo de la derecha reflexionamos y señalamos lo que nos gustaría que en realidad fuera nuestro proyecto vital con la distribución ideal de las mismas actividades.

Círculo 1



Círculo 2



Material 4D

Siniestralidad laboral en España

ÍNDICES DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES EN JORNADA DE TRABAJO CON BAJA, POR SECTOR Y SECCIÓN DE ACTIVIDAD

SECTOR Y SECCIÓN DE ACTIVIDAD	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	37,0	33,8	30,4	31,2	33,9	34,8	36,8	38,9	42,5	43,3

SECTORES

Agrario	11,3	10,6	10,9	12,3	13,7	14,3	16,5	17,0	17,0	15,9
No agrario	42,4	38,7	34,3	34,9	37,6	38,5	40,4	42,6	46,5	47,3
Industria	67,0	62,4	51,3	53,3	57,2	57,1	59,4	61,1	66,4	66,4
Construcción	77,0	68,4	73,0	76,7	85,7	90,6	93,7	99,8	107,5	107,9
Servicios	23,4	22,4	21,2	21,4	22,8	24,1	25,6	27,0	29,3	30,3

SECCIONES

Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	-	-	-	-	-	12,8	15,1	15,7	15,7	14,7
Pesca	-	-	-	-	-	41,0	43,1	42,6	43,7	39,0
Industrias extractivas	-	-	-	-	-	200,4	194	172,8	192,3	187,6
Industria manufacturera	-	-	-	-	-	54,5	57,1	59,9	65,0	65,1
Producción y distribución de energía, gas y agua	-	-	-	-	-	25,7	25,6	25,5	26,9	27,2
Construcción	-	-	-	-	-	90,6	93,7	99,8	107,5	107,9
Comercio, reparación vehículos y artículos domésticos	-	-	-	-	-	29,8	30,5	31,7	35,7	37,3
Hostelería	-	-	-	-	-	37,5	39,2	40,8	45,6	47,9
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	-	-	-	-	-	38,7	40,0	41,1	43,9	45,7
Intermediación financiera	-	-	-	-	-	3,3	3,2	3,0	3,3	3,5
Actividades inmobiliarias y de alquiler,	-	-	-	-	-	25,3	30,8	31,4	32,6	31,3
Administración Pública, Defensa, Seg. Soc.,	-	-	-	-	-	19,4	20,6	21,5	23,0	22,7
Educación	-	-	-	-	-	8,1	9,0	8,7	7,9	7,9
Actividades sanitarias y veterinarias, se rvicios sociales	-	-	-	-	-	19,3	19,4	18,1	18,5	19,8
Otras actividades sociales; servicios personales	-	-	-	-	-	14,3	14,4	19,8	21,9	24,0
Hogares que emplean personal doméstico	-	-	-	-	-	34,4	24,9	19,0	15,5	17,0

ÍNDICE DE FRECUENCIA: = $\frac{\text{Accidentes} \times 106}{\text{Horas trabajadas}}$.

Análisis de la tabla:

¿Qué os parecen los datos?

¿Qué factores pueden estar interviniendo en estas tasas?

¿De quien o quienes es la responsabilidad?

¿Qué se puede hacer?

Material 4E

María en la oficina

Caso.

María, de 35 años de edad, lleva trabajando 2 años en una gestoría. Hace un mes Paco, su jefe, la ha destinado a un despacho en la planta sótano, junto a los archivos generales.

El despacho de María se encuentra al final de un estrecho pasillo. Es una habitación bastante desangelada que no dispone de ventanas.

Antes de estar en este departamento, María estaba como una administrativa mas en la segunda planta de la empresa con vistas a la plaza de San Vicente. Su departamento era uno de los más concurridos y el ambiente era bastante distendido, ya que siempre estaba Cristina con algún chiste o contando el último capítulo de Operación Triunfo que habían echado por la TV.

Desde el primer día en su nuevo destino, María comenzó a notar dificultad para conciliar el sueño, situación que comenzó a generarle cierta angustia.

Debido a que a su mejor amiga, Eva, ya no la veía con la frecuencia que solía hacerlo porque ahora sus turnos de desayunos y comidas no coincidían; no podía contarle su situación.

Según pasaban los días, María continuaba con dificultades para dormir y tenía problemas con sus digestiones a tal punto que tuvo que darse de baja.

Cuando algún compañero de la oficina fue a verla a su casa, ella comentaba que no tenía ganas de volver a trabajar, pero no sabía explicar por qué.

Preguntas:

¿Crees que esta historia es real?

¿Qué crees que le ocurre a María?

Si estuvieses en su situación ¿qué harías?

Material 4F.

Salud y desempleo

Identifica los aspectos favorables y las dificultades que conlleva el estar sin empleo.

ASPECTOS CONFLICTIVOS DE NO TENER EMPLEO	ASPECTOS ENRIQUECEDORES DE NO TENER EMPLEO

Material 4G

Modelos sociales respecto al desempleo

Analiza las siguientes frases sobre el desempleo:

- No hay trabajo.
- No trabaja porque no quiere.
- Por ese sueldo yo no voy a hacer ese trabajo.
- Después de todo lo que he estudiado y con la experiencia que tengo creo que merezco un puesto de trabajo adecuado.
- En ninguna empresa quieren trabajadores mayores porque no rinden y están siempre de baja.
- Este trabajador es conflictivo porque es sindicalista y si lo contratamos en la empresa no va a traer mas que follones.

Añade cualquier otra frase u opinión que se te ocurra.

Material 4H

La familia como apoyo

Se termina de comer, hay que quitar la mesa y llevar a la hija pequeña al colegio.

Madre: *papá, quita la mesa que tengo que llevar a tu hija al colegio.*

Padre: *que la quite el hijo que está aquí igual que yo ¿no lo hice yo ayer?*

Posibles respuestas según esté el padre, la madre o el hijo/a parado (se proponen tres tipos aunque pueden surgir varias en el grupo y que posiblemente serán más enriquecedoras porque estarán más cercanas a ellos):

- Madre 1 (nerviosa y con malestar). No sé por qué dices eso, creo que todos habéis comido, además si pudiera ni te lo habría pedido, aunque si te vas a poner así ya lo haré yo cuando vuelva.
- Madre 2 (gritando y de mal talante). Ya estoy harta, todo el día discutiendo quién hace qué....No sólo vas a quitar la mesa sino que también antes de irte con tus amigos vas a fregar los platos y recoger la cocina, no lo voy a hacer yo todo en esta casa, faltaría más.
- Madre 3 (negociando). Entiendo que te sientas mal porque crees que estoy siendo injusta contigo pero papá-hijo tiene una entrevista de trabajo y yo voy a llevar a tu hermana al colegio, aunque si quieres podemos organizarlo de otra forma, tú llevas a tu hermana al colegio y yo recojo.

Analiza las diferentes contestaciones.

- ¿Qué situación o comportamiento molesta o crea problemas?.
- ¿Qué sentimiento provoca cada situación o comportamiento?.
- ¿Qué consecuencias puede tener esa situación o comportamiento en la madre, el padre, el hijo mayor y la hija pequeña?

Material 4I

Decálogo de medidas preventivas para disminuir los riesgos laborales y sus consecuencias.

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar al trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la adecuada concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo de producción, sobre todo para atenuar el trabajo monótono y repetitivo, y reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando que se integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales del trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores
- Incorporar la salud laboral en las empresas.

Material 4J

Dispositivos de protección individual

Relaciona mediante flechas, las diferentes profesiones con los dispositivos de protección que deben tener para conseguir seguridad laboral en su puesto de trabajo.

Las profesiones	Dispositivo protección individual
Secretaria con ordenador	Casco
Ingeniero en obra	Tapones de protección auditiva
Obrero con martillo neumático	Gafas
Soldador	Calzado antideslizante
Trabajador en altura	Guante de red metálico
Limpiadora	Pantalla de protección visual
Trabajador de fábrica que ordena paquetes	Arnés de sujeción
Carnicero	Guantes de vinilo o látex
Enfermero	Calzado con punteras reforzadas
Pulidor	Delantal plomado
Trabajador colada de metal	Mascarilla protección de polvo
Técnico de Rx	Delantal, visera, guantes



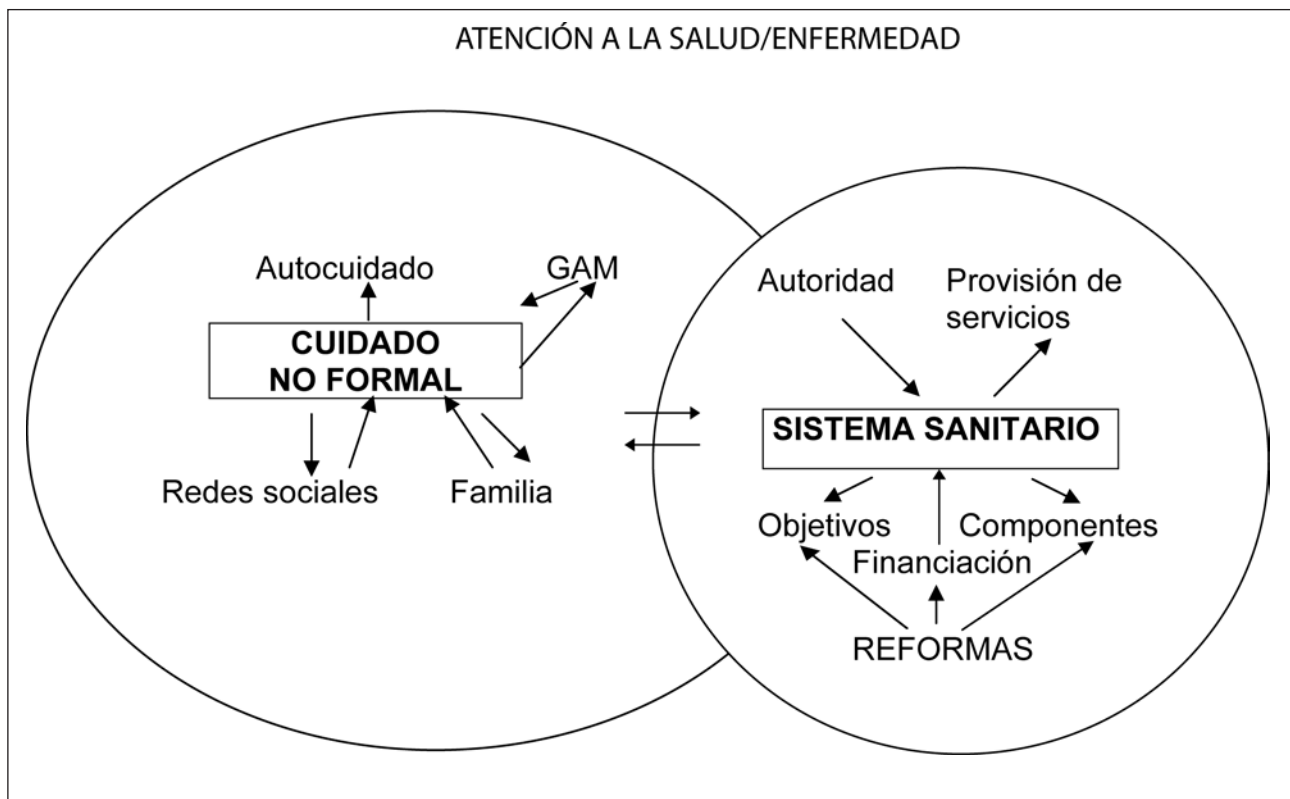
**CENTRO DE INTERÉS 5:
MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD**

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 5. MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

5.1 Centrándonos en el tema	324
Introducción	325
La atención no institucional o no formal	325
Cuidado no formal	325
Redes sociales	327
Atención Institucional: Sistemas Sanitarios	330
Sistema Sanitario Español	332
Enmarque histórico	332
Características sociopolíticas	334
Componentes	334
Provisión de Servicios: Atención primaria y especializada	338
El Sistema Nacional de Salud y su reforma	350
Algunas lecturas	358
5.2 Diseñando el programa	359
5.2.1 Objetivos y contenidos	359
Objetivo general	359
Contenidos	359
Hechos, conceptos y principios	359
Actitudes, valores y normas	359
Procedimientos	359
5.2.2 Menú de actividades	360
Proceso de secuenciación de actividades	361
Actividad 1. Cuidado no formal	362
Material 1 A: Qué es cuidar	363
Material 1B y 1B bis: Cuidador no formal	364
Material 1C: Sobre el cuidado	365
Material 1D: Experiencias de cuidadores	366
Material 1E: El cuidado no formal	367
Material 1F: Importancia del cuidado no formal	368
Material 1G: Valores sobre el cuidar	369
Material 1H: Aumento de las necesidades del cuidado no formal	370
Material 1I: Perfil de la persona que cuida	371
Material 1J: Entrevista sobre la carga de la cuidadora o cuidador	372
Actividad 2. La red social y atención a la salud	374
Material 2 A: Qué es para ti la red social	376
Material 2B: La red social	377
Material 2C: Cuestionario para identificar la red social en salud	378
Material 2D: Redes sociales de atención a la salud	379
Material 2E: Modelos de familia	380
Material 2F: Cuestionario Apgar familiar	381
Material 2G: Los grupos de ayuda mutua	382

Actividad 3. Los Sistemas Sanitarios	383
Material 3A: ¿Qué es para mí un sistema sanitario?	384
Material 3B: Definición de sistema sanitario	385
Material 3C: Utilización de los servicios sanitarios	386
Material 3D: ¿Para qué sirven los sistemas sanitarios?	387
Material 3D bis: Objetivos del sistema sanitario	387
Material 3E: ¿Quién es la OMS?	388
Material 3F: Diferentes modelos de sistemas sanitarios	390
Material 3G: Algunos indicadores de los modelos sanitarios	391
Actividad 4. El Sistema Sanitario Español	392
Material 4A: ¿Cómo me siento con mi sistema sanitario?	394
Material 4B: Comparación entre el modelo actual y el anterior	395
Material 4C: Opiniones de políticos, gestores y profesionales	396
Material 4C bis: Opinión de un profesional	397
Material 4D: Grado de satisfacción de nuestro sistema sanitario	398
Material 4E y 4E bis: Nuestra historia	399
Material 4F: Características sociopolíticas	400
Material 4G: Artículos de la Ley de Sanidad y de la Constitución	401
Material 4H: Resumen de nuestro sistema sanitario	402
Material 4I: Prestaciones básicas	404
Actividad 5. Atención Primaria de Salud. Centro de salud.	405
Material 5 A: ¿Qué es para mí la Atención Primaria?	406
Material 5B: Definición de Atención Primaria de Salud	407
Material 5C: ¿Qué significa para mí el centro de salud?	408
Material 5D: Información de mi centro de salud y EAP	409
Material 5E: Modelo de un folleto de un centro de salud	410
Material 5F: Algunos problemas	412
Material 5G: Ficha de problemas	413
Material 5H: Propuestas de mejora	414
Actividad 6. Atención especializada. Centros de especialidades y hospitales	415
Material 6A: ¿Qué es para mí la Atención Especializada?	416
Material 6B: Algunas definiciones	417
Material 6C: Mi experiencia en un centro de especialidades extrahospitalario	418
Material 6D: Vivencia ocurrida en un hospital	419
Material 6D bis: Vivencia ocurrida en el servicio de urgencias del hospital	420
Material 6E: Problemas de los centros de especialidades	421
Material 6F: Problemas de los hospitales	422
Material 6F bis: Problemas de las urgencias	423
Material 6G: Ficha informativa	424
Material 6H: Propuestas de mejora para el sistema	425
Actividad 7. Las reformas sanitarias	426
Material 7A : Funcionamiento del sistema sanitario español.	428
Material 7A bis: Funcionamiento del sistema sanitario español	429
Material 7B: Debate entre lo público y lo privado	430
Material 7C: El estado facilitador	431
Material 7C bis: Garantía de equidad y calidad	432
Material 7D: Trípticos sobre fundaciones y plan estratégico	433
Material 7E: Escenario de futuro de nuestro sistema sanitario	435

5.1 Centrándonos en el tema



Introducción

La atención a los problemas de la salud/enfermedad de los individuos de una comunidad evoluciona históricamente según los modelos culturales de la salud y la enfermedad, sus factores determinantes, los patrones epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, el modelo y el nivel de desarrollo económico y social alcanzado y el desarrollo científico técnico de las ciencias de la salud.

Todo ser humano se cuida para desarrollarse, vivir autónomamente y satisfacer sus necesidades. Ante los distintos problemas de salud, enfermedades, riesgos y daños reaccionan mediante acciones que intentan controlarlos y superarlos.

Esta atención a la salud tiene varios componentes esenciales: uno los que se producen por uno mismo (autocuidado), los que aportan la red social más cercana- familia y amigos- (cuidadores no formales), los de los grupos de ayuda mutua y por último, cuando desbordan las capacidades anteriores, se acude al conjunto de servicios de atención formal existente en una comunidad concreta.

La atención no institucional o no formal

Los cuidados en su forma más habitual son las acciones cotidianas que cada persona realiza por sí misma, conceptualizado como autocuidado, con el objetivo de mantener un funcionamiento integral y continuo, con independencia de la situación de salud en que se encuentre. Se consideran hoy día parte del proceso asistencial de cualquier enfermedad o problema de salud y que no implica la presencia o la hegemonía de lo sanitario.

Tanto las necesidades de cuidado como las acciones de autocuidado están enmarcadas por los condicionamientos particulares de cada persona: características biológicas, condiciones fisiológicas, peculiaridades de comportamiento, aspectos culturales, económicos y filosóficos.

Las características de intensidad del autocuidado por un lado, y por otro el que la autonomía en su satisfacción se consigue en las primeras etapas de la vida, hacen que un interés especial de la persona sea la independencia en la satisfacción de sus necesidades de autocuidado.

Por otra parte, las personas mantienen permanentes y variadas relaciones sociales que van desde las más básicas (familiares), hasta las más sofisticadas (grupos cultivados de élite), y desde lo individual a las relaciones de grupo, implicando una red de relaciones que produce una serie de beneficios a todas las personas.

Todo esto hace que se haya concebido y percibido como más natural y de más normalidad y comodidad el hecho de que la ayuda en el autocuidado o en la sustitución del mismo se lleva a cabo por personas cercanas al ámbito de lo cotidiano, porque son acciones que pertenecen a lo íntimo, cotidiano y a la esfera de la independencia y autoimagen.

La pérdida en la satisfacción del autocuidado ocurre cuando los requisitos del mismo precisan de conocimientos que la persona no posee o requiere de una capacidad que no se dispone o existen circunstancias en las que no se desea realizarlos. Cuando se pierde la autonomía por el autocuidado la persona busca el apoyo de familiares o cercanos en primer lugar, después en el sistema sanitario y en algunas ocasiones de formas alternativas de atención.

Sobre el autocuidado (Se trata más extensamente en el Centro de Interés 2)

Se define como el conjunto de actividades no oficializadas y la toma de decisiones relacionadas con la salud, que comprenden la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios, se realizan en el contexto social normal de la vida cotidiana, que incluye cuatro componentes: individual, familiar, entorno social y grupos de ayuda mutua.

A la autoayuda se la define como al conjunto de medidas llevadas a cabo por las personas para promover, mantener o restaurar el estado de salud propio o de una comunidad determinada.

Cuidado no formal

La existencia e importancia de los cuidados no formales ha sido puesta de manifiesto por diversos estudios (M^a Angeles Duran, Lucía Mazarrasa y otros) y es una realidad que se debe contemplar y abordar en colaboración con el sistema formal de cuidados y que puede concretarse en los siguientes puntos:

1. Las acciones de autocuidado tienen un impacto definitivo en las respuestas humanas, tanto en situación de salud como de enfermedad.

2. Las actividades de cuidados informales representan una parte cuantitativa muy importante. Estos estudios demuestran que entre un 75 y un 85% del tiempo empleado en cuidado de la salud es ofrecido como asistencia informal, frente al 25-15% que dedica el sistema de salud formal (incluyendo lo público y lo privado). Gran parte de los costes sociales de la enfermedad se asumen fundamentalmente en hogares y esto no va a cambiar sino al revés.
3. Las dificultades de autocuidado son cubiertas por cercanos con un alto nivel de satisfacción para quien los recibe, ya que se ofrecen con un buen grado de aproximación a sus hábitos y costumbres y dentro de un ambiente de intimidad.
4. El sistema formal de salud es insuficiente en enfoque, estructura y recursos para ofertar la totalidad de los cuidados que se precisan y no en todos los casos es el sistema de atención que más garantía ofrece y que solucione todos los problemas.
5. Los cuidados no formales tienen una serie de necesidades que deben ser tenidas en cuenta por el sistema y los cuidadores formales para proporcionarles el asesoramiento y apoyo necesarios.

Sobre las personas cuidadoras no formales

Las más frecuentes y por importancia decreciente son: la familia, amigas/os, vecinas/os y compañeras/os. Son verdaderos agentes de salud comunitaria. Desarrollan una relación de ayuda, pueden desempeñar un papel importante en la resolución de problemas de salud y tener una influencia positiva sobre la persona a la que cuidan.

Sirven para:

- Potenciar hábitos saludables.
- Ayudar a otros cuando tienen dificultades de independencia.
- Asumir la atención de personas inmediatamente después de procesos que requieren atención profesional.

En la actualidad existe un aumento progresivo de personas con necesidades de ayuda por:

- Aumento de envejecimiento poblacional.
- Aumento de población de enfermos e incapacitados en proporción a la población sana.
- Aumento de personas con incapacidad que son atendidas en el ámbito doméstico por recibir una asistencia muy limitada por parte del sistema formal.
- Políticas sanitarias, sociales y económicas de disminuir los costes del sistema formal en ciertos aspectos y permitir el crecimiento en otras partidas.
- Cambios de roles en la familia tradicional.

El interés creciente por el cuidado no formal o institucional tiene diversas motivaciones o puntos de vista según los diversos agentes:

- Para los gobiernos y los aseguradores, por el aumento creciente de los costes sanitarios y la visión más economicista de buscar alternativas más baratas sin medir su coste y beneficio.
- Para los profesiones, para afrontar patologías crónicas incurable, introducir medidas preventivas y modificar comportamientos en salud en donde la responsabilidad y participación del ciudadano ayudan a mejorar aliviar el peso de la atención institucional y su capacidad de respuesta.
- Para el ciudadano, ante la constatación de las limitaciones de la medicina sofisticada y de las posibles yatrogenias del sistema muestra mayor interés por otras terapias alternativas y el autocuidado.
- Para las mujeres, que se ven con mayor carga social para seguir con el papel de cuidadoras sin recibir un adecuado reconocimiento ni apoyo profesional y comunitario.

Necesidades de los cuidadores no formales

Un requisito imprescindible es el poder disponer de tiempo para la dedicación y de ahí que las personas cuidadoras más habituales sean las mujeres amas de casa, personas paradas y jubiladas.

Todas estas personas están sujetas a presiones cada vez mayores por múltiples razones:

- No contar con los conocimientos necesarios que sustentan sus actuaciones. La información procede muchas veces de fuentes muy heterogéneas y escasamente del sistema formal.
- Necesidad de adaptarse a enfoques culturales muy dispares, siendo la referencia para el cuidado los hábitos y costumbres de quien les necesita, que son muy diversos según los condicionantes.
- Recursos limitados y no siempre los adecuados, sobrecarga personal y económica. Suplen con la voluntariedad, el sobre esfuerzo y la obligación e imaginación.
- Cómo compatibilizar con el desarrollo de su propio proyecto vital y personal.
- La falta de reconocimiento real y objetivo por parte de a quienes se ayuda, del resto de la familia y del sistema formal de atención, y no sólo cuando le conviene o es de utilidad.
- Los cambios sociales y de valores afectan a los contextos familiares, sociales y laborales y al papel que cada uno está dispuesto a asumir en el cuidar.

La OMS estableció en 1983 una serie de recomendaciones sobre el cuidado no formal a la salud que incluía los siguientes puntos:

- Reconocimiento por parte de los gobiernos, profesionales sanitarios y la propia comunidad de la importancia de la responsabilidad y participación individual y familiar en el abordaje de los problemas de la salud. Considerarlo como un recurso comunitario esencial.
- Educación en general y para la salud como instrumento clave para potenciar y capacitar a la población en el cuidado de la salud.
- Investigación médica para profundizar en el papel de lo social y comunitario en el proceso de la salud y la enfermedad. Conocer las diversas culturas de la salud y alternativas para su abordaje. Analizar su eficacia y eficiencia.
- Remover las barreras existentes en los sistemas formales para la participación y responsabilidad del individuo, familia y comunidad en el proceso de atención a todos los niveles.
- Facilitar y promover los grupos de ayuda mutua.
- Desarrollar programas de apoyo para los cuidadores no formales.

Por lo tanto, la necesidad de programas de apoyo por parte de los sistemas formales de asistencia, que además de contar con especialidades concretas para cada situación deberán incluir:

- Conocimientos y habilidades sobre la propia salud que ayude a las personas a vivir más felizmente y situarles en condiciones óptimas para consigo misma, y para ayudar a los cercanos que los precise.
- Conocimientos y habilidades para gestionar los problemas de salud colectivos, para participar en la planificación y ejecución de los programas de salud, así como en las decisiones políticas que afectan a cambios ambientales y de los servicios de salud y sociales

Redes Sociales

La persona es un ser social inmerso en multitud de grupos o redes, entendidas estas como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, que le permiten mantener su identidad social y creadas para satisfacer necesidades afectivas y sociales.

La red social de que dispone una persona influye en su salud al promover el acceso a la información sobre la salud, motivar el desarrollo de comportamientos adaptativos, y ser apoyo social entendido como la percepción de alguien en quien se confía.

El apoyo social de una persona está condicionado entre otros factores por sus características individuales, tipo de vida, carácter, formas de relacionarse, estabilidad, sentimiento de reciprocidad y se concreta en la cantidad de apoyo social a la que tiene acceso y al grado de satisfacción que le proporciona.

Los estudios sobre la influencia del apoyo social en la salud sugieren que actúa como protec-

tor y existe una importante relación entre soporte emocional y bienestar físico y psicológico. Cuanto mayor sea la red de relaciones de una persona y mayor su cohesión con las redes sociales, más oportunidades de apoyo social tendrá, tanto en situaciones de salud como de enfermedad. Los patrones de redes sociales varían a lo largo del ciclo vital, en cuanto a enfoque, cantidad, intensidad y complejidad. Estos cambios se reflejan en la magnitud de satisfacción emocional y apoyo social que la red social proporciona a cada persona.

El apoyo social influye de manera muy especial en los siguientes problemas de salud: depresión, malestar psicológico, suicidio, tuberculosis, hipertensión, enfermedades coronarias, artritis, accidentes múltiples, complicaciones en el embarazo, episodios de enfermedades de todo tipo, mortalidad más elevada en viudos y ancianos.

Por otro lado las personas que están en peores situaciones, debido a enfermedades, incapacidades, acontecimientos vitales como la muerte de familiares, separación o divorcio, cambios de vida social y laboral, jubilación o desempleo, pobreza o disminución de los recursos económicos, marginación, ancianidad, tienen dificultades para mantener las redes sociales de apoyo, lo que a su vez puede intervenir desfavorablemente en el estado de salud de la persona.

Todo ello ha supuesto tomar en consideración el contexto de las relaciones sociales como elemento que caracteriza a la salud como proceso social.

Sobre la familia

La familia es una de las unidades básicas de la sociedad, considerada hoy día como toda unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, y como grupo que cumple funciones vitales propias como la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. En la actualidad las tipologías de familia se han modificado y diversificado con los cambios en las relaciones de pareja, su duración, las modalidades de contrato matrimonial y convivencia, el tamaño y la paternidad compartida. Todo ello supone nuevos retos para el desarrollo personal y familiar que precisan de mayor reflexión e investigación.

Sin menoscabo de las innumerables investigaciones y literatura sobre el papel que juega la familia en la salud, bien poco ha sido definido en términos de certeza científica como práctica adquirida y difundida entre los profesionales sociosanitarios.

La familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve, como afirma T.J. Litman. Por un lado debemos conocer cómo la familia genera y transmite las enfermedades, por ejemplo las enfermedades infecciosas o la patología cardiovascular o las alteraciones de la salud mental. En muchos casos la familia es decisiva a los efectos de la aparición de la enfermedad en cuanto sistema y contexto relacional, en lo que se refiere tanto a su interior como al exterior. Todas las investigaciones epidemiológicas, los censos y los estudios demuestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son superiores entre las personas que tienen situaciones familiares más débiles, conflictivas, fragmentadas, o que no pueden contar con una familia disponible como recurso. Estas situaciones son un factor de crecimiento de la susceptibilidad (o riesgo) hacia las enfermedades, tanto físicas como psíquicas. El sistema de respuestas que una familia da cuando surge una enfermedad en su seno puede contribuir a agravar la enfermedad y la situación en su conjunto.

Por otro lado, y cada vez con mayor insistencia, se analiza la contribución de la familia a la prevención, curación y rehabilitación. Se ha puesto en evidencia que una familia bien organizada y capaz de afrontar con competencia y serenidad sus problemas puede tanto prevenir muchas enfermedades, como acelerar y mejorar los procesos de curación y rehabilitación. Es la fuente de cuidados fundamental para sus miembros. Educación para el autocuidado y de apoyo social; en el hogar se resuelve la mayor parte de los problemas de salud sin recurrir a los servicios médicos, ya que se ofrecen cuidados informales prestados principalmente por mujeres; también intervienen en las decisiones sobre el uso de servicios y en el seguimiento de tratamientos. En pocas palabras es un recurso básico, aunque no siempre exista una plena reciprocidad entre sus miembros.

Conocer la estructura y la dinámica de la relación familiar ayuda a entender mejor las conductas de las personas, convirtiéndose en un importante aliado que hay que tener siempre presente en el proceso de atención. Hay que tener en cuenta el carácter siempre ambivalente, dinámico

e interrelacional de la familia en todo este proceso. Podemos identificar tipos de familia “de riesgo” o de “capaces de promocionar salud”.

La red primaria por excelencia es la familia, influyendo su funcionamiento en las posibilidades que sus miembros van a tener para integrarse y participar en otras redes sociales, así como en la salud de sus componentes.

Los grupos de ayuda mutua (GAM)

La OMS definió, en 1983, los grupos de ayuda mutua como un grupo de personas que sienten que comparten un problema de salud y que se unen para mejorar su salud.

La ayuda mutua es, en ciertos aspectos, tan vieja como la humanidad. A lo largo de la historia existieron formas muy variadas de apoyo mutuo, desde la familia, la tribu, el clan, la aldea, las comunidades religiosas, los sindicatos, las mutuas, hasta los sistemas colectivos de seguridad social.

A partir de la década de los setenta existe una tendencia ascendente en potenciar el movimiento de los grupos de ayuda mutua y del voluntariado como recursos para la atención sanitaria por una serie de factores sociales (tabla 1).

Tabla 1 FACTORES SOCIALES PROMOTORES DE LOS GAM

- Los procesos de constitución de las grandes urbes.
- Las migraciones.
- Cambios en la estructura de los grupos primarios.
- Aislamiento y la soledad.
- Incorporación de la mujer al mercado laboral.
- Cambios de la epidemiología. Aumento de expectativa de vida. Patologías crónicas y del envejecimiento. Discapacitados.
- Crisis del modelo de atención a la salud.
- Insatisfacción por la atención recibida ante problemas socio sanitarios complejos e invalidantes.
- Crisis de los modelos económicos y del Estado del Bienestar.
- Las políticas neoliberales, recortes presupuestarios públicos y procesos privatizadores.

Estos grupos suelen ser reducidos, de personas iguales, trabajan de forma voluntaria, se ayudan mutuamente en el problema que les afecta, no suelen tener una estructura jerárquica, con recursos muy limitados, se reúnen periódicamente, son personas ajenas a las profesiones sanitarias e independientes de los profesionales que pueden ser asesores. Sus funciones y tipos de GAM se aprecian en la tabla 2. En todas las Comunidades Autónomas existe un directorio con todos los GAM existentes.

Tabla 2 FUNCIONES Y TIPOS DE GAM

FUNCIONES	TIPOS
<ul style="list-style-type: none"> - Solidaridad, pertenencia a grupo y apoyo emocional. - Intercambio de información y experiencias. - Cambios de actitudes y hábitos. - Reivindicaciones sociales. - Luchar contra marginación y estigmatización. - Creación de servicios de formación, ocio, asesoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - De enfermedades crónicas, raras y enfermedades congénitas. - De afectados por adicciones. (alcohólicos, drogodependientes). - Afectados por situaciones especiales (viudedad, inmigrantes, jubilados, divorciadas/os, mujeres maltratadas). - De familiares y cuidadores de enfermos (cáncer, Alzheimer).

Aunque existen algunos estudios que vienen a demostrar que no siempre los grupos de ayuda

mutua tienen un efecto positivo sobre sus miembros, ya que son muy variados y probablemente no adecuados para todos los problemas y personas, sin embargo, en general, se puede asegurar que las personas que participan en estos grupos se adaptan mejor a sus problemas.

Entre los efectos positivos conocidos están las mejoras en el sentimiento de auto competencia, en el conocimiento de la enfermedad, en la autonomía personal y el autocuidado, en la utilización de los servicios formales y en la efectividad e integralidad de los programas de intervención, además de disminuir la ansiedad y la soledad y dar mayor seguridad.

Entre los profesionales sanitarios se pueden dar diversas actitudes, desde la ignorancia, el desinterés o el rechazo, hasta el apoyo, estímulo y colaboración, dependiendo de cómo se perciban en el marco de su modelo de atención a la salud.

Atención Institucional: Sistemas Sanitarios.

Concepto básico

El concepto “sistemas de salud” abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Se entiende por actividad o acción de salud todo acto, tanto en el ámbito de la salud personal como de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo es mejorar la salud.

Qué objetivos debe tener y qué funciones desempeña

Los objetivos fundamentales que la OMS establece son los siguientes:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven. Es este objetivo la razón de ser de un sistema de salud e, indudablemente su meta primordial o definitoria. El logro a conseguir ha de ser una buena salud para toda la población garantizando la equidad, y por lo tanto se introduce como objetivo específico el reducir las desigualdades de salud.
- Responder a las expectativas de las personas. Es un objetivo instrumental. El logro a conseguir es la capacidad de respuesta que significa, entre otras, reducir el daño a la dignidad y la autonomía personales, el temor y la vergüenza que la enfermedad a menudo lleva aparejado, y por otro lado aumentar la eficiencia del sistema sanitario.
- Brindar protección financiera frente a los costos de la mala salud a individuos, familias y comunidades. El logro de los sistemas de salud es conseguir la equidad en las contribuciones financieras, aumentar la justicia en la financiación y provisión de la asistencia sanitaria.

Las funciones que debe desempeñar se pueden resumir en :

- Rectoría y autoridad. Definir los objetivos del sistema y las prioridades, garantizar la salud pública de la colectividad, establecer el marco general legislativo y organizativo y la alta inspección. Ocupa lugar especial porque abarca la supervisión de las demás funciones con efectos directos o indirectos en todos los resultados. En general la ejercen los poderes públicos (gobiernos y administraciones del Estado)
- Financiamiento. Recaudación de los recursos económicos necesarios y su distribución que garantice la equidad. Incluye los diversos sistemas de aseguramiento de los riesgos de la salud existentes. De esta función se desprende la de compra de los servicios necesarios para cumplir con los compromisos establecidos.
- Creación de recursos. Inversiones en tecnología e investigación. Formación y capacitación del personal sanitario.
- Prestación de servicios. Los que realizan las intervenciones para resolver los problemas de salud.

Importancia y evolución de los Sistemas Sanitarios

A pesar de la gran controversia y debate los importantes avances efectuados en el conocimiento de lo que es la salud y sus determinantes es lo que ha permitido valorar la importancia y el peso del sistema sanitario, considerándose de alrededor del 15%, en el resultado final del nivel de salud de la población.

La cuantificación y calificación de los sistemas de atención a la salud se ha quedado la mayo-

ría de las veces reducido a una valoración de una parcela del mismo, más relacionada con la atención sanitaria formal e institucional sin cuantificación y valoración expresa de la atención no formal.

Es un hecho bien establecido que el sistema de salud de un país forma parte de su estructura política y social.

El desarrollo de cualquier sistema sanitario en el mundo está condicionado por los factores expuestos en la tabla 3.

Tabla 3 **FACTORES CONDICIONANTES DEL SISTEMA SANITARIO**

- Niveles de salud y patrón de morbilidad y mortalidad de la población.
- Nivel de desarrollo alcanzado. Renta por persona.
- Modelo de desarrollo económico.
- Valores, creencias e ideología dominante.
- Desarrollo alcanzado científico técnico y de las Ciencias de la Salud
- Modelo de organización social.

El análisis de la evolución de los sistemas de salud modernos y sus diversas etapas de reformas muestran sin lugar a dudas que en general han contribuido a mejorar la salud de la mayoría de la población mundial durante el siglo XX. Los sistemas de salud ejercen una influencia mayor y más decisiva que nunca en la vida de la gente.

Es a ellos a quien se debe una parte no muy grande del aumento de la esperanza de vida, de la mejora de salud y así como su influencia en la vida y bienestar de millones de personas. Por ello, subsisten enormes diferencias entre el potencial de los sistemas de salud y su desempeño real, y a pesar de los logros y buenas intenciones en el último siglo no sólo no se ha logrado reducir las desigualdades en salud que existen entre ricos y pobres, sino que en realidad las desigualdades se amplían. También se deben considerar los errores, yatrogenias y dependencias que han generado.

Han existido sistemas de salud de un tipo u otro desde el momento en que la gente se empeñó en intentar proteger su salud y tratar las enfermedades. En estos últimos 100 años se han producido importantes cambios en la creación de servicios sanitarios organizados con varias líneas evolutivas y que coincidiendo con los análisis efectuados internacionalmente por Milton Roemer podrían resumirse en:

- Confrontación entre modelos liberales o neoliberales y socialistas en la responsabilidad en el cuidado de la salud. “Lo individual versus lo colectivo”.
- Lucha por el reconocimiento del derecho a la protección a la salud.
- Crecimiento progresivo en cantidad y calidad del sector. El aumento y preocupación por el coste de los sistemas.
- Mayor responsabilidad por parte de los poderes públicos en la protección a la salud y la organización de servicios.

Para algunos el sistema sanitario ideal debe cumplir los criterios expuestos en la tabla 4.

Tabla 4 **CRITERIOS PARA UN SISTEMA SANITARIO IDEAL**

- Enfocado a las necesidades de salud de la comunidad.
- Orienta los servicios sanitarios a esas necesidades.
- Coordina e integra la atención en todas las fases de la enfermedad.
- Utiliza los incentivos financieros y la estructura organizacional para alinear los objetivos de política sanitaria, con los de la comunidad y con los de los gestores y de los profesionales.
- Está orientado hacia la mejora continua.
- Está abierto a colaborar en todas las iniciativas que contribuyan a mejorar la salud de la población.

Modelos de servicios sanitarios. Hay diversos tipos que resumimos en la tabla 5.

En cada país predomina uno de ellos, aunque también suelen convivir varios.

Tabla 5 **MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS**

FUNCIONES	SISTEMA NACIONAL	SEGUROS SOCIALES	LIBERAL PRIVADO	BENEFICIENCIA
Autoridad	Estatal	Estatal	Estatal	Estatal mínima
Financiación	Impuestos del Estado. Privada minoritaria	Cuotas obligatorias a empresarios y trabajadores.	Contribución individual o aseguradoras privadas o públicas	Estatal y ayuda internacional
Pago de los usuarios si lo utilizan	No o copagos mínimos para ciertas prestaciones	Copago generalizado según prestaciones	Todo	No o mínimas contribuciones
Cobertura	Universal de toda la población	Cotizantes y las personas que dependen de ellas	El que contrata el seguro o paga	Servicios para pobres o problemas de salud
Objetivos	Salud	Asistencial	Asistencial	Asistencial mínimos
Prestación servicios	Pública prioritaria.	Mixta pero predominio privada	Privada prioridad pública limitada Libre mercado	Públicos mínimos y de ONG.
Organización de los servicios	Atención Primaria. Atención Especializada. Gestión pública.	Cajas de seguros. Atención primaria y especializada	Hegemonía de especialistas Gestión privada	Prioridad primaria Servicios básicos
Ejemplos de países	Inglaterra España Cuba	Alemania. Francia	EEUU Chile	Tercer mundo. Ruanda. Somalia.
Principales problemas	Fiscales Amplitud de prestaciones Listas de espera Participación	Cobertura. Diferentes prestaciones. Copagos. Gestión Calidad.	Control social Cobertura Prestaciones Inequidad Gasto global consumismo	Prestaciones mínimas. Cobertura mínima. Calidad Temporalidad.

Fuente: Elaboración propia

Sistema Sanitario Español

El sistema sanitario español actual es el resultado de una serie de factores socioculturales, sanitarios y políticos que han ido evolucionando a lo largo de nuestra historia y que puede y debe ser considerado como un gran logro social. En los estudios comparativos de los diferentes Sistemas Sanitarios en el ámbito internacional, el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Estado Español es considerado un sistema eficiente, equitativo y de cobertura universal.

Enmarque histórico

Es posible identificar una serie de etapas como las más significativas en la historia de este siglo:

Primera etapa: final de siglo XIX y comienzo del XX

Primera Ley de Sanidad en 1855 basada en el libre ejercicio profesional de los médicos y en donde cada individuo es responsable de su propia salud. En el sector público se crea una estructura asistencial para atender a las personas pobres y diversos programas de higiene pública, vacunaciones, baños, etc., dependientes del Ministerio de Gobernación, que cobran fuerza a comienzos de siglo con la creación de la Dirección General de Sanidad tras la publicación en 1904 de la

Instrucción General de Sanidad Pública.

Aparecen las organizaciones corporativas estructuradas en Colegios provinciales de médicos, farmacéuticos y veterinarios.

Segunda etapa: República

Se estructura un sistema dual de abordaje de la problemática de la salud:

- La asistencia sanitaria personal sobre la enfermedad con una organización diferenciada por un lado para atender a la población sin recursos económicos, el sistema de beneficencia pública, y por otro lado un sistema privado o con coberturas mutuales o de seguros para la población con recursos.
- La problemática de salud pública como el abordaje de epidemias, control de enfermedades infecciosas, higiene pública, era asumida por las instituciones del Estado.

Se inician algunas experiencias de participación comunitaria en temas de salud.

Tercera etapa: Dictadura

Periodo autárquico

- Aprobación de la Ley del 14 de Diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para los trabajadores, germen del modelo bismarkiano de Seguridad Social.
- Fortalecimiento de la Sanidad Pública con la aprobación de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional en 1944 que crea los Cuerpos de funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local (médicos, farmacéuticos, practicantes, veterinarios, matronas, tocólogos y odontólogos) y los “partidos sanitarios” en donde se realizan funciones de sanidad pública y las asistenciales personales de la población incluida en la beneficencia pública

Desarrollismo económico (del 60 al 70)

- Desarrollo científico técnico. Hegemonía de lo biomédico.
- Aumento de la formación universitaria de profesionales.
- Introducción de la formación postgraduada vía MIR (Médico Internista Residente) para profesionales sanitarios.
- Expansión de la red de atención especializada de servicios hospitalarios.
- Aparición de movimientos sociales reivindicativos por la democracia y mejoras en la calidad de vida.

Cuarta etapa: Democracia de 1978 al 2000

Periodo inicial. Hasta 1982. Conciencia de necesidad de reformas del sistema sanitario

- Aprobación de la Constitución de 1978 en la que se consiguen los derechos fundamentales de los ciudadanos como son el derecho a la salud y el derecho a la participación en la vida social y política.
- Consolidación de la democracia parlamentaria y del Estado de las Autonomías.
- Incorporación de España en la Unión Europea, y por lo tanto la aceptación progresiva de las políticas económicas neoliberales y de sus valores socioculturales.
- Cambios de los niveles de salud y de los patrones epidemiológicos y la aparición de epidemias como la del síndrome de Aceite Tóxico, la de la infección por el HIV-SIDA y las drogo-dependencias.
- Cambios demográficos como la caída de la tasa de natalidad y el envejecimiento de la población.

Periodo 1982-86. Diseño del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Se inician transferencias de competencias. Se legisla sobre la Atención Primaria con una concepción integral y se diseña el SNS desde el Ministerio Sanidad y Consumo.

Aprobación de la Ley de Sanidad de 1986 con el objetivo de elevar el nivel de salud y disminuir desigualdades.

Periodo 1987-1991. Desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986

Crecimiento y consolidación del sistema sanitario público español. Cambio de modelo de Seguridad Social al Modelo Beveridge, basado en derecho a la salud y responsabilidad pública. Universalización de la asistencia. Integración de redes. Creación de los Servicios Regionales de

Salud en las CCAA. Extensión parcial de la reforma de AP.

Periodo 1992- 2000. Reformas

- Descentralización de competencias. Política de contención y reducción del gasto público.
- Reformas en el Estado del Bienestar. Aplicación de las políticas neoliberales en el sector salud.
- Cambios en la gestión de los servicios públicos. Descapitalización y privatización.
- Aumento de la sanidad privada. La reforma de la AP se enlentece y debilita.

Características sociopolíticas

Las más interesantes a destacar son:

1. El alto valor atribuido a la salud en el ámbito cultural y sociopolítico en nuestro país, tal como queda de manifiesto en la conciencia colectiva así como en el conjunto de leyes y normas o en los pactos políticos de los agentes sociales.

En la Constitución Española de 1978 se establece como derecho fundamental el derecho a la vida (artículo 15), y la protección a la salud (artículo 43) como uno de los principios rectores de la política social y económica.

En la Ley General de Sanidad (LGS) (Ley 14/1986 de 25 abril) igualmente se regula el derecho a la protección a la salud de todos los españoles así como a extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

2. La finalidad última del sistema de salud es la satisfacción de necesidades y la resolución de los problemas dirigidos a mejorar el estado de salud de la población. En la LGS (art. 3) se establece por ello, que el sistema sanitario se orientará prioritariamente a la promoción de la salud, que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población, garantizando una cobertura universal y un acceso igualitario a la misma, y por último, que la política de salud se orientará a la superación de los desequilibrios tanto territoriales como sociales.

3. La responsabilidad en la garantía del derecho a la protección a la salud, corresponde además de a los ciudadanos, a las Administraciones Públicas del Estado y a las Comunidades Autónomas, siendo claves tanto en cuanto a la financiación como en la planificación y provisión de los servicios. El valor de la solidaridad, profundamente arraigado en nuestra conciencia colectiva, queda de manifiesto en la hegemonía existente de lo público sobre lo privado en la atención de la salud.

Se crea así el **SNS**, que está financiado por los presupuestos generales del Estado y de las Comunidades Autónomas, conformado por la suma de los Servicios de Salud creados por cada Comunidad Autónoma, más los recursos aportados por el nivel central y en el que se acepta además, la concurrencia y complementariedad de la sanidad privada.

4. Es un modelo de atención a la salud integral sobre la base de un abordaje biopsicosocial del individuo, la familia y la comunidad, del desarrollo de actividades preventivas, promotoras, curativas, cuidadoras y rehabilitadoras así como de la participación activa de los propios ciudadanos en el cuidado de su salud.

5. La importancia de la regionalización en la toma de decisiones en los temas de salud. Nuestra Constitución reconoce el derecho de las nacionalidades y diseña un modelo de **Estado de Autonomías** con distribución de poderes, competencias, funciones y recursos entre las distintas estructuras de poder. Por otro lado, y para una utilización racional de los recursos, y garantizar la accesibilidad a los servicios se define un marco territorial con criterios geográfico-poblacionales, el **Área de Salud**, para la ubicación de los servicios de salud, tanto del nivel primario como especializado, necesarios para atender a la población de ese territorio.

6. La participación del ciudadano ya sea en el cuidado de su salud como en la formulación de la política sanitaria, en el control de su ejecución y el funcionamiento de los servicios de salud. En los artículos 10 y 11 de la LGS de 1986 se definen por primera vez los derechos y los deberes de los ciudadanos en relación con el tema.

Componentes

1. Autoridad y rectoría del Sistema

La LGS, concibe al SNS, como el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades

Autónomas, coordinados por el Ministerio de Sanidad y Consumo; servicios en los que se integran las distintas redes sanitarias públicas bajo la responsabilidad principal de las Comunidades Autónomas.

Por otro lado reconoce la asistencia sanitaria privada como complementaria y subsidiaria de la protección pública.

Por lo tanto es un sistema mixto, pero con una marcada hegemonía de lo público.

- *Marco Legislativo*

Existe una amplia legislación, tanto de etapas históricas anteriores que todavía son vigentes como recientes, que hace referencia a temas de salud pública y de servicios sanitarios.

Las más importantes y significativas se especifican en la tabla 6. Unas son de ámbito estatal y otras son las desarrolladas por las Comunidades Autónomas en aplicación de sus competencias respectivas.

Tabla 6 **MARCO LEGISLATIVO**

- Constitución Española 1978.
- Ley General de Sanidad de 1986.
- Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública (Ley 3/86).
- Ley General de la Seguridad Social. Decreto 2065/1974 se aprueba el texto refundido de la Ley.
- Ley 7/1985 Reguladora de las Bases de Régimen Local.
- Ley 30/1984 sobre Medidas para la Reforma de la Función Pública.
- Leyes Orgánicas de los Estatutos de Autonomías de todas las Comunidades Autónomas.
- Leyes Autonómicas de creación de los Servicios de Salud.
- Ley 37/1962 sobre Hospitales. Normas reguladoras.
- Ley 24/1982 sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.
- Ley 13/1986 de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica.
- Ley 1990 del Medicamento.
- Real Decreto de 1993 de Financiación selectiva del Medicamento.
- Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS.
- Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales.
- Ley de Usuarios y Consumidores.
- Ley 6/1997 sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Central del Estado.
- Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el SNS.
- Ley 50/1998, de 30 Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

La Ley General de Sanidad es la norma básica de todo el sistema sanitario que desarrolla el derecho a la salud establecido en la Constitución española de 1978. En ella se definen los objetivos, funciones, orientaciones generales, actuaciones prioritarias, competencias de las administraciones públicas y estructura organizativa general del sector público, actividad sanitaria privada, productos farmacéuticos y docencia e investigación.

Señalamos de los principios generales los artículos 3 y 6 en la tabla 7.

Tabla 7 LEY GENERAL DE SANIDAD Principios generales

Artículo 3:

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Artículo 6: Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción del paciente.

- *Marco Territorial*

Competencias del Estado

El Estado tiene competencia exclusiva en sanidad exterior, bases de la Sanidad, coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos y la alta inspección tal como establece el artículo 149.1.16 de la Constitución y la LGS. Al Ministerio de Sanidad y Consumo le corresponde la acción del Estado en relación con esas materias. Es autoridad y rectoría.

Coordinación interterritorial

La LGS crea el Consejo Interterritorial del SNS como órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y la administración estatal. Funciona en pleno y en comisiones.

La ley le atribuye funciones en materia de coordinación de las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como de los principios básicos de la política de personal. Por otro lado también le asigna funciones en materia de planificación y aquellas que puedan serle confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios.

Comunidad Autónoma

El artículo 41 de la LGS dispone que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado le transfiera o delegue. Las competencias asumidas en el ámbito sanitario son en materias de sanidad e higiene, Seguridad Social (funciones de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica, salvo las normas que regulan el régimen económico de la misma), productos farmacéuticos y ordenación farmacéutica.

Recientemente todas las CCAA han asumido el mismo nivel de competencias en el ámbito sanitario tras recibir en el 2002 las transferencias del sistema asistencial de la Seguridad Social (INSA-LUD).

Cada Comunidad Autónoma legisla sobre la ordenación de su territorio, crea su Servicio de Salud y define su mapa sanitario.

Corporaciones Locales

Las competencias de las corporaciones locales en materia sanitaria, vienen recogidas en la Ley 7/85, de 2 de abril, reguladoras de las bases del régimen local, y en el artículo 42 de la LGS. En este artículo se da la posibilidad de participar en la gestión y control de las Áreas de Salud, mediante su participación en el Consejo de Dirección del Área. Por otro lado se prevé la integración de centros, servicios y establecimientos sanitarios en el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

2. Financiación.

El sistema sanitario español es de financiación mixta, pero fundamentalmente pública. En el 2000 era de un 70% público y 30% privado, pero estos porcentajes varían según las políticas económicas y las etapas históricas.

La LGS dedica su Capítulo Quinto a regular las cuestiones relativas a la financiación pública del SNS (tabla 8)

Tabla 8 **LEY GENERAL DE SANIDAD Fuentes de Financiación del Sistema Nacional de Salud**

- Con cargo a las cotizaciones sociales (Seguridad Social).
- Mediante transferencias del Estado con cargo a sus Presupuestos Generales.
- Mediante tasas por las prestaciones de determinados servicios.
- Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

El Sistema Sanitario del Estado Español con anterioridad a la LGS de 1986, era un modelo de Seguridad Social financiado fundamentalmente por las cotizaciones sociales (70 al 80%) y con una aportación limitada con cargo a los Presupuestos Generales del Estado (PGE). A partir de la aprobación de la Ley cambia sustancialmente el modelo de financiación, para ser coherente con la cobertura universal, pasando a ser prioritaria la aportación del Estado vía PGE (98.5%) a partir de los presupuestos del año 1999.

La asignación financiera correspondiente a cada Comunidad depende de la población protegida, con criterios correctores como la insularidad, dispersión y ciertas características.

En 1997 según los datos de la Encuesta Nacional de Salud el 99,4% de la población tenía cobertura pública, siendo la mayoritaria la de la Seguridad Social con 94.8%, el 2,3% las Mutuas del Estado con seguridad social, el 2.3% Mutuas del Estado con seguro privado y 0.9% beneficencia. El 8.9% de la población tenía complementariamente seguro médico privado y el 2% seguro médico concertado por la empresa.

- *Gasto Sanitario*

Dimensión general. Las informaciones disponibles son diversas y contradictorias. En el informe de la OMS 2000 con estimaciones de 1997 da un 8% del PNB, el 70.6% público y 29,4% privado. Las cifras del gasto sanitario público son comparables a las de otros países comunitarios, situándonos un poco por debajo de la media. En la tabla 9 mostramos la distribución del gasto sanitario público y privado en estimaciones efectuadas con diversas fuentes de información no siempre coincidentes.

Tabla 9 **DISTRIBUCIÓN GASTO SANITARIO 2000**

INSTITUCIONES		SERVICIOS		CONCEPTOS gasto privado	
Sistema Nacional Salud	89%	Hospitales y AE	54%	Farmacia	35 %
Mutualismo Administrativo	4%	Atención Primaria	17%	Dentista	27%
Corporaciones locales	3%	Farmacia	19%	Serv. Médicos	20%
Empresas colaboradoras	< 1%	Administración	3%	Seguro privado	13%
Mutua AT	2%	Transp. y Subvención	1%	Hospitales	3%
Adm. Estado y OAAA	2%	Salud Pública	1%	Enfermeras y otros	2%
		Inversiones	4%		
		Investigación	1%	<i>Concurrente público</i>	<i>42 %</i>
				<i>No concurrente</i>	<i>58 %</i>
SISTEMA PÚBLICO (71-74%) (5.4-5.7% PIB)					
SISTEMA PRIVADO (30-27%) (1.9-2.3 % PIB)					

Fuentes: Elaboración propia. Estimaciones de informaciones de OMS (2000), OCDE 1999, Elola (1994-2000) y Ministerio de Sanidad y Consumo (IGAE)1997.

Según los PGE del 2000 la media del gasto por persona para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social fue de 697,82 ? en todo el territorio con una desviación entre 652.75 ? de la Rioja a 846,8 ? de Ceuta y Melilla.

- Gasto sanitario privado. Los del 2000, señalan que del 7% del PIB, el 1,47% del PIB (21% del total) son gasto efectuado a escala privada por el conjunto de la sociedad. Según la encuesta de presupuestos familiares (EPF-1995) el gasto de los hogares en sanidad es de 3% del gasto total medio por hogar, lo que supone unas 504,45 ? anuales. De ellas, casi la mitad se dirige a servicios médicos y otros servicios no hospitalarios (27% a gastos de dentista), y otro 35% para medicamentos y otros productos farmacéuticos. El resto, corresponde a pago de seguros no obligatorios por enfermedad o accidente. En los últimos años se aprecia un crecimiento lento y sostenido del gasto sanitario privado mayor que el público.

- Recursos económicos empleados en el sector sanitario público. El conjunto de las Administraciones Públicas (Administración General del Estado, de la Seguridad Social, Administración Autónoma y Local) empleó en el 2000 más de 4,7 billones de pesetas, cifra que representa un 5,8 del Producto Interior Bruto (PIB).

- Recursos destinados a la asistencia sanitaria pública. La provisión de servicios sanitarios, y la atención a las necesidades sanitarias de la población sería el producto resultante de los recursos económicos empleados por el SNS. Sin embargo dicho producto, en el ámbito de un sistema de protección social, es difícilmente cuantificable, tanto por su diversidad, como por el hecho de que no toda asistencia financiada por recursos públicos es de provisión pública.

Los recursos se destinan a las siguientes funciones: gasto público, consumo provisión pública, prestaciones sociales, gastos de capital y transferencias corrientes. De la información referida en la tabla 9 destaca el gran peso que representa la atención Especializada (54,% del total gasto público), seguida del gasto farmacéutico (19%) y Atención Primaria (17,%). Las inversiones suponen el 4%, la docencia-investigación un 1,%, traslado de enfermos el 1,1% y los gastos de administración un 3% del gasto total público.

- Aseguramiento privado. Alrededor de un 15% de la asistencia pública se provee por medios privados. Es el caso de los centros y servicios concertados con el Insalud y las Comunidades Autónomas, de las compañías de seguro libre, de las mutualidades de funcionarios y la asistencia a través de las mutuas patronales. En 1997 había en España censadas 200 compañías aseguradoras sanitarias, de las cuales 87 cubren riesgos de enfermedad y 113 de asistencia sanitaria. Las 5 primeras suponen el 3,57% de las entidades y acaparan el 58% del volumen de las primas. El número de asegurados en el ramo de enfermedad ascendía a 9.190.955 de habitantes. La actividad del sector de seguro sanitario se distribuye, geográficamente de una forma desigual correspondiendo a Cataluña y Madrid alrededor del 25 y 48% de las pólizas.

Alrededor del 15% de la población española dispone de un seguro sanitario privado adquirido por cuenta propia o a través del mutualismo administrativo (al que corresponde el 80%) o de corporaciones locales.

Es un sector en expansión debido a las políticas económicas neoliberales de restricciones en el gasto y en los recursos públicos, aumento del mercado e iniciativa privada en el sector de la salud, y la liberalización de los servicios.

Provisión de Servicios

3.1. Prestaciones

Se especifican en las tablas siguientes las prestaciones definidas para cada nivel asistencial y para el conjunto del SNS.

Tabla 10 **PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

ATENCION PRIMARIA			
Prestaciones Generales			
<p>Asistencia sanitaria en las consultas, centros de Salud y en el domicilio del enfermo. Indicación o prescripción, y la realización en su caso de pruebas y medios diagnósticos básicos.</p> <p>Actividades en materia de educación sanitaria, vacunaciones y otras medidas programadas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.</p> <p>Administración de tratamientos parenterales, curas y cirugía menor.</p> <p>Aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos.</p> <p>Remisión o derivación de los pacientes a la asistencia especializada.</p> <p>Tratamiento de rehabilitación básicas.</p> <p>Indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos.</p>			
Prestaciones Específicas			
ATENCIÓN A LA MUJER	ATENCIÓN DE LA INFANCIA	ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO	ATENCIÓN SALUD BUCODENTAL
<p>Seguimiento embarazo.</p> <p>Preparación parto.</p> <p>Visita puerperal.</p> <p>Diagnóstico precoz.</p> <p>Cáncer ginecológico y de mama.</p> <p>Tratamiento de complicaciones.</p> <p>Menopausia.</p>	<p>Revisiones del niño sano.</p> <p>Vacunaciones.</p> <p>Educación sanitaria a padres, tutores, maestros y cuidadores.</p>	<p>Atención médica y de enfermería de forma continua en consulta y domicilio, si se requiere.</p>	<p>Información, educación, medidas preventivas y asistenciales.</p> <p>Tratamiento en procesos agudos .</p> <p>Exploración a embarazadas.</p>

Fuente: Ministerio Sanidad y Consumo. Real Decreto 63/1995 de 20 enero
BOE número 35 de 10 febrero de 1995

Tabla 11 **PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

ATENCIÓN ESPECIALIZADA
<p>Asistencia ambulatoria especializada en consultas Incluida la realización de procedimientos quirúrgicos menores.</p>
<p>Hospital de día Incluida Cirugía Mayor en cuanto no requiera estancia hospitalaria.</p>
<p>Hospitalización Incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamiento y procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen.</p>
<p>Atención de la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica Incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, las psicofarmacoterapias y psicoterapias individuales de grupo o de familiares y la hospitalización. Se excluye el psicoanálisis y la hipnosis.</p>
<p>Atención de Urgencia en los hospitales Se prestará durante las veinticuatro horas del día, a pacientes no ingresados.</p>
<p>Otros servicios y prestaciones Hemoterapia. Diagnóstico y tratamiento de infertilidad. Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo. Diagnóstico por imagen. Laboratorios. Litotricia renal. Planificación familiar. Radiología intervencionista. Radioterapia. Transplantes.</p>

Fuente: Ministerio Sanidad y Consumo. Real Decreto 63/1995 de 20 enero
BOE número 35 de 10 febrero de 1995

Tabla 12 **PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS		
<p align="center">Prestación ortoprotésica</p> <p>La prestación está regulada por un catálogo específico e incluye: Prótesis quirúrgicas fijas. Prótesis ortopédicas permanentes o temporales. Vehículos para inválidos.</p>		
<p align="center">Transporte Sanitario</p> <p align="center">En situaciones de urgencia o imposibilidad física del interesado.</p>		
<p align="center">Tratamientos dietoterápicos complejos</p> <p>En trastornos metabólicos congénitos de hidratos de carbono o aminoácidos.</p>		
<p align="center">Oxigenoterapia a domicilio</p>		
SERVICIOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SANITARIA		
<p>Información al paciente y familiares o allegados de sus derechos y deberes en particular para la adecuada prestación del consentimiento informado. Tramitación de los procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del proceso asistencial. Expedición de los partes de baja, confirmación y alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos. Informes de alta al finalizar la hospitalización o el informe de consulta externa. documentación o certificación de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil. A petición de interesado comunicación o entrega de un ejemplar de su historia o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de conservación en el Centro Sanitario. La expedición de informe o certificados sobre el estado de salud que deriven del resto de las prestaciones sanitarias o sean exigibles por disposición legal o reglamentaria.</p>		
PRESTACIÓN FARMACÉUTICA		
<p>Contribución de los usuarios a la financiación del Gast o Farmacéutico.</p>		
<p align="center">Farmacia Hospitalaria</p> <p>Medicamentos dispensados en internamiento o proceso de atención especializada 0%.</p>		
<p align="center">Recetas Médicas</p> <p align="center">Reglamentación Real Decreto 83/1993 de 22 Enero.</p>		
Población protegida por la Seguridad Social	Población de Mutualidades Públicas	Colectivos específicos
Pensionistas y beneficiarios 0 %	Pensionistas y beneficiarios 30 %	Afectados Síndrome
No pensionistas y beneficiarios 40 %	No pensionistas y beneficiarios 30 %	Tóxico 0 %
		SIDA 10%

Fuente: Ministerio Sanidad y Consumo. Real Decreto 63/1995 de 20 enero
BOE número 35 de 10 febrero de 1995

En nuestro SNS se determinan que las Comunidades Autónomas planifiquen con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades de cada territorio. Para ellos se definen dos criterios de racionalización:

- La regionalización de los recursos. La definición del Área de Salud como el marco geográfico poblacional donde se deben ubicar los recursos y servicios necesarios para atender de forma integral a la población incluida en ese territorio. Dentro del ámbito del Área se delimitan las zonas básicas de salud que es el marco geográfico poblacional de actuación del nivel primario de atención. Cada Comunidad Autónoma ha establecido de acuerdo a sus competencias su mapa sanitario. En 1995 el Ministerio de Sanidad y Consumo tenía contabilizadas 126 Áreas de Salud y 2488 Zonas Básicas de Salud en el conjunto del Estado Español.

- Los niveles de atención a la salud. Se refieren especialmente a la atención a las personas y quedan concretados en dos:

- el nivel primario que se lleva a cabo por los Equipos de Atención Primaria en los Centros de Salud. Estos desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica.
- el nivel especializado que se lleva a cabo por los Equipos de Atención Especializada que realizan su labor tanto a nivel extrahospitalario como en los Hospitales del SNS.

En cada Área de Salud hay al menos un hospital de referencia y uno o varios centros extrahospitalarios. Estos centros desarrollarán además de tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

Para ciertas patologías o aplicación de tecnologías complejas como trasplantes cardíacos o hepáticos que no pueden ser ofertados en todas y cada una de las Áreas se establecen hospitales de referencia superespecializada para atender a la población de varias Áreas de Salud.

Funciones de la salud pública. En coordinación con los anteriores niveles asistenciales existen las funciones y actividades de salud pública como promoción y programas de salud, información sanitaria, veterinaria, vigilancia epidemiológica, sanidad ambiental, laboral y seguridad alimentaria que se desarrollan a través de los servicios específicos existiendo diversidad de estructuras organizativas entre las comunidades autónomas.

3.2. Gestión.

Nos referimos al conjunto de procesos de administración y gestión que son necesarios para un correcto funcionamiento y organización del SNS, el cual permite a su vez actuar con eficacia, celeridad, economía y flexibilidad tal como queda recogido en el artículo 7 de la LGS. La modalidad de la gestión depende de la historia, cultura, valores sociales y estructura de poder de nuestro país.

Vicente Ortún diferencia la gestión sanitaria por niveles y ámbitos de actuación en los siguientes aspectos:

- Microgestión, la que realizan los profesionales con sus pacientes.
- Mesogestión se corresponde con la gestión de los servicios sanitarios (hospital, centro de salud, caja de seguro o aseguradora privada).
- Macrogestión que corresponde al ámbito de actuación del sistema sanitario y de las políticas de salud pública.

Una función del sistema es el aseguramiento que tiene que ver con la compra de los servicios a los proveedores en beneficio de un colectivo. En nuestro sistema la provisión de los servicios se lleva a cabo por el sector público hegemonícamente los Servicios Regionales de Salud, pero también intervienen las Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales, la Mutualidades Públicas de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y las entidades colaboradoras, (en el año 2000 alrededor de 2.5 millones de personas ó el 6% de la población total), y por otro lado en el sector privado las aseguradoras sanitarias. El SNS, a través de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, cubre a la casi totalidad de la población española. En la Encuesta Nacional de Salud de

España de 1997 el 99,4% de la población refería tenerla.

En el SNS se está produciendo en el momento actual un proceso de descentralización en la gestión desde la Administración Central de las CCAA, y por otro lado una separación entre las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios del SNS. Hasta ahora dominaban estructuras de toma de decisiones muy centralizadas y jerarquizadas, primero en el Estado a nivel central, y después en las Comunidades Autónomas. Para la gestión de los distintos servicios de salud de cada Área de Salud, se crearon dos órganos gerenciales diferenciados, uno del nivel primario, que gestiona los centros de Atención Primaria y otro del nivel especializado, que gestiona el hospital y los centros de Atención Especializada Extrahospitalaria.

Recientemente, de acuerdo con las políticas neoliberales, se están incorporando nuevas formas de gestión de carácter empresarial y privadas que han dado lugar a debates y posturas enfrentadas.

En lo que respecta a la participación ciudadana en el SNS, que se analizará más profundamente en el Centro de Interés 8, queda limitada por un lado a participar en el proceso electoral de elección de los representantes en los órganos parlamentarios de las diversas estancias de poder, y por otro a formar parte de una representación controlada y limitada en los escasos órganos asesores y consultivos establecidos en la LGS.

Tabla 13 **TIPOLOGÍA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SNS**

- Centros de Atención Primaria.
- Centros de Atención de urgencias extrahospitalarias.
- Centros Especializados Extrahospitalarios.
- Hospitales.
- Farmacias
- Servicios de Salud Pública,
- Laboratorios de Salud Pública.
- Redes Saneamiento.
- Centros de Alta Tecnología.

3.3. Servicios de salud

En un sistema de salud hacen falta muchos tipos de servicios. Dentro del sistema sanitario español se delimitan los siguientes (tabla 13):

3.3.1 Centros de Atención Primaria.

Han recibido diferentes denominaciones como consultorios, ambulatorios, clínicas, centros de promoción de salud y Centros de Salud siendo ésta la que tiene actualmente mayor aceptación en especial en el sector público.

¿Qué es un Centro de Atención Primaria?

Es la estructura física diseñada para la prestación de los servicios del nivel de atención primaria.

Las funciones del centro de salud que vienen definidas en el artículo 64 de la Ley de Sanidad. Consta de espacios para la realización de las consultas de los distintos profesionales, salas de espera, atención de urgencias, realización de técnicas de enfermería, salas de usos múltiples y gimnasio, aseos y almacenes, área de admisión, administración y archivo, sala de reuniones, biblioteca y despachos de coordinación. En ellos realizan su actividad los Equipos de Atención Primaria (EAP) formados esencialmente por médicos de familia, pediatras, enfermeros, auxiliar de enfermería, personal administrativo y celadores.

Como apoyo a los EAP básicos se han ido constituyendo otras unidades que conviven en los locales diseñados para tal efecto como son:

- Unidad de salud materno infantil y atención a la mujer, con inclusión de pediatras y matronas.
- Unidad de atención odontoestomatológica, con inclusión de odontoestomatólogos e higienistas dentales.
- Unidad de trabajo social, con la inclusión de trabajadores sociales.
- Unidad de fisioterapia, con inclusión de fisioterapeutas y gimnasio rehabilitador.

En el documento de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad de 2001 se recoge que en el Sistema Nacional de Salud existen 2356 Centros de Salud además de alrededor de 2500 consultorios locales y 200 consultorios de medicina general y pediatría, si bien se reconoce que la información no es completa.

En el sector privado la atención del nivel primario se realiza fundamentalmente en consultas particulares ubicadas en domicilios particulares o locales específicos, si bien en los últimos años también se van creando centros de salud con una mayor amplitud de servicios y profesionales.

3.3.2 Centros de Atención de Urgencias Extrahospitalarias

En la actualidad existen diversas modalidades de Centros de Atención de Urgencias. A modo de síntesis:

- Centros de Urgencias o PAC (Punto de Atención Continuada de la red del Insalud) ubicados en los propios centro de salud y/o ambulatorios o diferenciados de los mismos pero atendiendo a la misma población en las horas que los Centros de Salud permanecen cerrados. En el medio urbano en general atienden a la población de varias zonas básicas y funcionan en horario nocturno y días festivos, a partir de las 21,00 hasta las 8,00 horas y festivos. En el medio rural atienden a la población de la denominada zona básica. El personal lo componen profesionales médicos y de enfermería y en ocasiones celadores o conductores, algunas veces de los propios EAP o personal específico contratado para dicho servicio.
- Centros Coordinadores de Urgencias .Son estructuras de coordinación de la atención de urgencias de amplios territorios, como pueda ser una CCAA o un Área de Salud que constan de un sistema de telecomunicación y de transporte sanitario con ambulancias básicas o UVI móviles y van dotadas de personal sanitario y no sanitario. Se mantienen en relación con los centros de salud y los hospitales.

3.3.3. Centros de Especialidades Extrahospitalarios (CEE).

Son las estructuras físicas para los servicios de atención especializada extrahospitalaria del SNS.

Tienen una importante tradición en la atención del Sistema de Seguridad Social. Constan de locales para consulta, curas y realización de medios diagnósticos como análisis, electrocardiograma o electroencefalogramas, estudios radiológicos, endoscopias y rehabilitación. En estos centros desarrollan su actividad personal médico especializado y de enfermería, además de personal administrativo y celadores que dependen de las Gerencias de Especializada de cada Área de Salud.

En la Estadística de Establecimientos sanitarios de 1995 existían censados 183 Centros de especialidades.

En ocasiones este tipo de centros desarrollan actividades monográficas especializadas como las de Salud Mental o de Planificación Familiar.

3.3.4. Hospital

Existen diversas definiciones de hospital. En España está considerado como tal, todo aquel establecimiento que tenga como finalidad principal la prestación de asistencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los enfermos ingresados en el mismo, aunque normalmente presten atención ambulatoria y urgente.

Son estructuras altamente complejas y arquitectónicamente especializadas de un alto coste, tanto en su construcción como en su mantenimiento y funcionamiento. En ellas existen áreas diferenciadas de hospitalización especializada, consultas externas, urgencias, servicios centrales de medios diagnósticos y terapéuticos, rehabilitación, alta tecnología, servicios de mantenimiento, cocinas, lavandería, almacenes, archivos, biblioteca y docencia, áreas de admisión, administración y de dirección.

En la Ley General de Sanidad se establece que al menos debe existir un Hospital por cada Área de Salud. Hospital y CAE (Centros de Atención Especializada) son estructuras donde se prestan la atención especializada del nivel secundario.

Según el Catálogo Nacional de Hospitales de 31 Diciembre de 1999 el número total de hospitales en España era de 798, con un total de camas instaladas de 162.608. La relación de camas por cada 1000 habitantes es de 4. En los últimos años ha habido un descenso progresivo de este

indicador. En 1995 era 4.4 para pasar en 5 años a 4 por 1000 habitantes. Esta red hospitalaria del Estado se ha desarrollado durante un periodo de varias décadas por lo que los centros difieren en aspectos estructurales, funcionales y de hospedaje. En la tabla 14 y 15 se aprecian la relación de hospitales, camas y el funcionamiento de las mismas por CCAA.

Según la actividad asistencial predominante del hospital existen, de mayor a menor cantidad de camas, los siguientes tipos de hospitales: generales, psiquiátricos, geriátricos y larga estancia, centros quirúrgicos, monográficos, materno-infantiles y otras actividades. Por el tamaño y número de camas existen diversos grupos. El 82,3% de las camas son de agudos, el 10,4% de asistencia psiquiátrica y el 7,3% de larga estancia.

El Sistema público gestiona o administra 109.833 camas, lo que supone el 67.5% del total de camas instaladas, y representa una relación de 2,7camas/1000 habitantes. Para asegurar la prestación a toda la población protegida el SNS completa su oferta estableciendo conciertos con centros públicos (Comunidades Autónomas, Diputaciones, Cabildos, Ayuntamientos y otras entidades), privados sin ánimo de lucro (como las dependientes de Cruz Roja e Iglesia) y privados no benéficos.

Tabla 14 RECURSOS SANITARIOS ESTADO ESPAÑOL
Número de hospitales y camas 1999. Dependencia funcional y finalidad
Concepto

Concepto	Número de hospitales	Número de camas
Dependencia funcional		
Pública	352	111.719
Privada benéfica	134	21.541
Privada no benéfica	312	29.348
Total	798	162.608
Finalidad Asistencial		
General	471	124.121
Quirúrgica	72	4.773
Materno/Infantil	13	1.107
Monográfica	43	3.449
Psiquiátrica	87	16.871
Geriatría y/o larga estancia	106	11.898
Otros	6	389
Total	798	162.608

Públicas incluye SNS, CCAA, Mutuas accidentes, Defensa, Administraciones locales y otras públicas

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales. 1999

Tabla 15 **ÍNDICES DE FUNCIONAMIENTO EN LOS HOSPITALES**
Camas y hospitales por CCAA.1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Grado de Ocupación	Estancia Media	Camas por 1000 hab.	Hospital 100000 hab.	Capacidad Media
Andalucía	73,2	08,4	3.2	1,2	269,2
Aragón	75,3	11,2	5.0	2,3	219,2
Asturias	78,8	10,7	4.2	1,8	228,2
Baleares	72,4	08,1	4.2	3,0	139,4
Canarias	80,4	15,5	5.0	3,0	166,7
Cantabria	77,3	13,0	4.7	1,9	250,1
Castilla-Mancha	76,1	10,1	3.2	1,8	177,5
Castilla-León	76,6	13,0	4.0	2,3	175,0
Cataluña	82,5	11,9	5.1	2,9	171,9
C.Valenciana	71,4	08,0	3.0	1,5	199,1
Extremadura	76,3	11,8	4.1	1,8	229,3
Galicia	79,0	11,3	4.0	2,0	200,9
Madrid	73,9	10,6	4.4	1,5	301,1
Murcia	74,2	08,9	3.6	2,1	168,2
Navarra	76,4	10,7	4.7	2,6	179,4
País Vasco	77,7	10,8	4.2	2,4	176,2
La Rioja	83,9	12,1	3.5	1,5	231,0
Ceuta	65,5	06,1	3.6	2,7	134,0
Melilla	61,5	08,3	5.3	3,5	150,5
Total	76,7	10,5	4.0	2,0	217,8

Fuentes :Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

Catálogo Nacional de Hospitales de 1999. Ministerio de Sanidad.

3.3.5. *Farmacias.*

Es un recurso privado extrahospitalario que realiza una función mixta pública-privada. El SNS concierta con las farmacias la dispensación y distribución de los medicamentos prescritos por los servicios públicos del sistema necesarios para la atención de la población, además de realizar una actividad educativa e informativa en temas de salud. En el medio rural colaboran en las actividades de salud pública.

3.3.6. *Servicios de Salud Pública.*

Son estructuras diseñadas para desarrollar una serie de actividades denominadas de salud pública, como puedan ser programas de información sanitaria, educación para la salud, inmunizaciones, epidemiología y vigilancia epidemiológica, controles de medio ambiente y etc...

En general son servicios de Área de Salud que apoyan a las actividades que deben realizar los centros de salud y hospitales y realizan sobretodo funciones de planificación, dirección y evaluación.

3.3.7. *Otros.*

Existen otra serie de servicios como Laboratorios de Salud Pública, Centros de alta tecnología, redes de saneamiento, y otros de diversas administraciones para realizar actividades muy específicas.

3.4. Equipos y suministros.

Nuestro SNS tiene una gran cantidad y variedad de equipos, suministros, medicamentos y demás materiales requeridos hoy día para el diagnóstico y tratamiento de los más complejos problemas de salud.

El catálogo Nacional de Hospitales de 1999 refiere que había 456 equipos de Tomografía Axial

Computerizada (TAC-11,6 por millón de habitantes), 181 equipos de resonancia magnética (4,6 por millón habitantes), 221 equipos de gamma cámaras (5,6 por millón), 138 salas de hemodinámica (3,5 por millón), 137 equipos de angiografía digital (3,5 por millón/hab.), 69 equipos de litotricia extracorpórea (1,75 por millón de hab.) y 141 equipos de Megavoltaje (3,6 por millón de hab.). La distribución por CCAA es muy desigual.

La iniciativa investigadora, innovadora, de producción, distribución y venta de estos recursos corresponde a la iniciativa privada a través de las industrias correspondientes. La industria electro-médica y la farmacéutica tienen un amplio desarrollo, unos fuertes beneficios y un amplio poder para influir en las decisiones de política sanitaria.

Cualquier innovación conseguida por la industria es introducida muy rápidamente en el SNS y hasta hace muy poco con muy escasos controles administrativos y de política sanitaria. En 1995 se aprueba el Real Decreto 63/1995 de 20 Enero sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el que en su disposición adicional primera establece que para la Sanitaria del Estado.

El SNS compra y financia, en su gran mayoría, este tipo de recursos necesarios para el funcionamiento de sus servicios. La Administración sanitaria del Estado establece una serie de normativas para este tipo de recursos como la Ley del Medicamento.

La partida presupuestaria correspondiente al gasto farmacéutico constituye en el SNS una cantidad muy importante, siendo uno de los países de nuestro entorno que más gasta porcentualmente en este concepto.

3.5. Personal sanitario.

Constituye el principal activo del Sistema Nacional de Salud, tanto por la función clave que realizan, como por su importancia en términos económicos, ya que representa algo más del 50% del volumen total del gasto sanitario, además de tener un papel protagonista en las decisiones sobre la utilización y por tanto el gasto de otros recursos. Se estima que en el conjunto de las organizaciones públicas prestan servicio directo más de 400.000 empleados, de los que la mitad, son profesionales sanitarios (facultativos y no facultativos). En la tabla 16 se pueden apreciar los indicadores más importantes que se han podido conseguir.

Tabla 16 **RECURSOS PERSONAL SANITARIO EN ESTADO ESPAÑOL. 1995**

TIPO DE RECURSOS	INDICADOR
PERSONAL SANITARIO COLEGIADO	
Médico	4,1
Farmacéutico	1,0
Enfermera	4,24
Matrona	0,17
Fisioterapeuta	0,07
Odontoestomatólogo	0,3
por 1000 Habitantes	
PERSONAL SANITARIO EN SECTOR PÚBLICO	
Atención Primaria	
Médico/1000 hab.	0,7
Enfermera/1000 hab.	0,6
Hospitales:	
Médico contratado/1000 hab.	1,1
Médico contratado/cama funcionante	0,4
Enfermera/cama funcionante	0,8
Auxiliar enfermera/cama funcionante	0,6
PERSONAL SANITARIO EN SECTOR PRIVADO	
Atención Primaria	
Médico primer nivel	0,1
Hospitales	
Médico contratado/1000 hab.	0,2
Médico contratado/cama funcionante	0,1
Enfermera/cama funcionante	0,3
Auxiliar enfermera/cama funcionante	0,3

Fuente: Ministerio Sanidad y Consumo: Sistema Nacional de Salud. Datos y Cifras 1995

- *Categorías de personal.* El sector salud reúne, cada vez en mayor medida, un número diverso de profesionales que son los que permiten dar respuesta a las diferentes funciones que debe desarrollar el sistema, tanto en el nivel asistencial como en el de la sanidad pública y de la organización de recursos y servicios.

Entre los licenciados universitarios, el personal médico es el más numeroso, y tradicionalmente mejor identificado por la sociedad en cuanto a sus funciones. Realizan su actividad en los servicios de atención primaria, especializada y de salud pública, siendo tanto el crecimiento como el incremento en la diversidad de las especializaciones paralelo al desarrollo de la ciencia y la técnica. Además de este grupo de profesionales han existido de siempre, farmacéuticos y veterinarios. Más recientemente, y como consecuencia del abordaje más integral de la salud de las personas, de la complejidad creciente de la tecnología y de la propia organización del sistema, se han ido incorporando otros profesionales de otras ramas de las Ciencias, como es el caso de odontoestomatólogos, psicólogos, biólogos, e incluso físicos, químicos, arquitectos, economistas e ingenieros.

Dentro del grupo de Diplomados Universitarios e Ingenieros técnicos, el personal de enfermería constituye sin duda el grupo más importante y numeroso, y el que progresivamente ha ido adquiriendo un papel más relevante y específico. En este sector se integran las matronas, fisioterapeutas y los trabajadores sociales; estos últimos, de incorporación más reciente, aparecen para dar respuesta desde el sector a los problemas de tipo social. El personal auxiliar de enfermería constituye un sector de diferente cualificación, pero de gran ayuda en la realización de las tareas asistenciales.

El papel cada vez más importante de la prevención y la rehabilitación ha individualizado profesiones como la higiene dental, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. Por otro lado, el importante desarrollo de la técnica requiere integrar a ingenieros técnicos, técnicos de informática, radiología, laboratorio y anatomía patológica. Igualmente, la complejidad de las organizaciones propiamente necesita de un sector creciente de personal técnico en gestión, contabilidad, documentación y administración. Finalmente recordar a otro sector importante de personal no facultativo, y que constituye el entramado indispensable para un correcto funcionamiento como es el personal de los servicios generales, de mantenimiento, celadores,...

- *Integración en el sistema.* Las formas de integración en nuestro sistema sanitario público son la funcionarial, estatutaria y la laboral.

En los últimos años y dentro de los procesos de reforma sanitaria, aparecen otras formas de contratación con mayor flexibilidad y mayor precariedad en el empleo, además de la contratación por vía de empresas intermediarias privadas.

- *Formación.* La formación "pregrado" del profesional sanitario se realiza en las distintas facultades y escuelas de las Universidades existentes en el Estado Español dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia y de las CCAA con competencias transferidas. La gran mayoría de los centros de formación son públicos, si bien en los últimos años se constata un aumento de centros privados, tanto universitarios como de otras categorías.

La conocida formación postgrado de profesionales sanitarios especialistas por la vía de los médicos internos y residentes (M.I.R.) se introduce en nuestro país a partir de los años 70 y supone un cambio importante en la capacitación del personal médico.

El año 1977 fue importante para la enfermería al modificarse su plan de estudios de Diplomatura.

Cabe señalar finalmente que, en lo que respecta a la formación continuada del personal, se basa fundamentalmente en el esfuerzo voluntarista de los profesionales al que se añaden como complemento algunos programas hasta el momento muy limitados y deficitarios que son propiciados por instituciones públicas, colegios profesionales y sociedades científicas.

3.6. Conocimientos sobre salud.

Es un recurso importante para todos los sistemas nacionales de salud. Se desarrolla a través de las investigaciones biomédicas y sobre sistemas de salud.

En nuestro país la importancia otorgada a la investigación pública no es mucha según la financiación en que está sustentada (1% del gasto sanitario total), a pesar de que la LGS señala como una de las funciones del sistema sanitario, la del fomento de la investigación en función de las polí-

ticas nacionales de investigación y salud. Financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado, se articula por el Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico (Plan Nacional de I+D). El gasto total de investigación en ciencias médicas en España, según la Estadística de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico fue de 111.330 millones de pesetas en 1999 que representa el 13,4% del gasto total en investigación.

-Evaluación global:

El Ministerio de Sanidad y Consumo realiza estudios de satisfacción sobre el sistema sanitario. La sanidad es considerada como un área de alta prioridad en el interés de los ciudadanos y ciudades. En la tabla 17 se pueden apreciar la valoración efectuada por los ciudadanos/as en Octubre de 2000.

Tabla 17 **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**
Encuesta de Satisfacción. Octubre 2000

Pregunta	Porcentaje de respuestas
▪ El sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	▪ 46,8%
▪ El sistema necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan	▪ 26,1%
▪ En general, el sistema funciona bastante bien.	▪ 19.2%
▪ Nuestro sistema está tan mal que necesita rehacerlo completamente.	▪ 6.5%
▪ No sabe	▪ 1.1%

En los estudios comparativos de los diferentes Sistemas Sanitarios en el ámbito internacional, **el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Estado Español está considerado como un sistema eficiente, equitativo y de cobertura universal.**

En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 referido a cómo mejorar el desempeño de los sistemas de salud se puede apreciar el buen lugar que ocupa el sistema sanitario español (tabla 18) .

Tabla 18 **LOGROS Y DESEMPEÑOS DEL SISTEMA SALUD ESPAÑOL**
Estimaciones para 1997. OMS

CONCEPTO	ÍNDICE	POSICIÓN
Logros de las metas		
Salud:		
-Nivel EVAD	72,8	5
-Distribución.		
Igualdad de la supervivencia infantil	0,978	11
Capacidad de respuesta		
-Nivel	6,18	34
-Distribución	0,995	3-38
Equidad contribución financiera	0,971	26-29
Logro global de las metas	91	19
Gasto Sanitario per capita	1211	24
Desempeño global del Sistema	0,968	6
En relación con el nivel de salud global del Sistema Salud	0,972	7

EVAD: Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad

Fuente: OMS. Informe sobre Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas sanitarios.

El diagnóstico de los problemas de nuestro sistema sanitario se centraría en el momento actual en :

1. Inequidad en la distribución de recursos y niveles de salud entre colectivos y regiones.
2. Financiación: política restrictiva, criterios de distribución y preocupación por el incremento del gasto y su deficiente control sobre el gasto(en especial el farmacéutico).
3. Excesiva centralización y burocratismo,
4. Preocupación por la ineficiencia del sistema.
5. Evidencia sobre variaciones injustificables en la actividad clínica y sus costes unitarios.
6. Falta de coordinación entre niveles complementarios de la asistencia sanitaria (primaria, especializada, urgencias..).
7. Listas de espera y dilación en el acceso a los servicios.
8. Bajo impacto del incremento del gasto sanitario en la mejora del estado de salud de la población.
9. Medicalización creciente de problemas sociales.
10. El modelo de atención “socio-sanitario”.
11. Insatisfacción ciudadana por la “impersonalidad” y “burocratismo” en la provisión de los servicios.
12. Escasa participación y asimétrica distribución del poder entre los distintos agentes intervinientes.
13. Amplitud de las prestaciones que se ofrecen en el sistema y la incorporación de las nuevas demandas y/o tecnologías.
14. Deficiente atención de la población inmigrante y de la población marginal.

El Sistema Nacional de Salud y su reforma

Durante las dos últimas décadas, la política sanitaria en Europa ha estado cada vez más presionada por el aumento de los costes sanitarios, la necesidad de mejorar la eficacia y eficiencia del sistema y la convergencia con Europa, condicionamientos que están teniendo un reflejo importante en los cambios en los sistemas de salud. La mayoría de los cambios responden a controlar los costes. Buena parte del debate actual de la reforma sanitaria gira en torno a la relación entre solidaridad y limitación de costes.

¿Cuál es la definición de reforma?

Este término se ha hecho cada vez más popular, pero no existe una definición universalmente aceptada. Es útil diferenciar entre lo que puede entenderse por reformas estructurales y cambios incrementales. Según los expertos, la Reforma del sector sanitario busca cambiar políticas sanitarias y las instituciones a través de las cuales estas se ponen en marcha.

Lo típico de los sistemas sanitarios, sin embargo, es estar inmersos en un proceso continuo de cambio operativo cotidiano.

Presiones a favor de la Reforma.

Dos grandes tipos de factores han jugado en ello un papel importante:

1º Presiones exógenas/contexto de la reforma. Están afectando al marco general en el que se formulan las políticas sanitarias. Factores políticos, ideológicos, sociales, históricos, culturales y económicos, todos ellos a tener en consideración para comprender el contexto de presiones a favor de la reforma.

Los valores y las normas sociales influyen sobre los principios rectores. El nivel de desarrollo económico afecta al volumen de recursos.

Factores intersectoriales como dotación de viviendas, seguridad social, medioambiente... junto con otros como educación, calidad de los sistemas de información... también están presentes.

Papel de los valores y normas sociales. Los servicios asistenciales, como otros sistemas de servicios, reflejan las aspiraciones sociales y culturales más profundamente arraigadas del conjunto de la ciudadanía.

Entre **las normas nucleares**, un indicador clave de los valores normativos es la propia concepción de la naturaleza de la asistencia sanitaria. En algunas se define como un bien colectivo o

social, es decir, vinculado a una concepción de solidaridad. En los círculos de elaboración política, la asistencia sanitaria cada vez más se considera como una mercancía que se compra y se vende; esta concepción de la asistencia sanitaria como mercado no ha sido adoptada por la ciudadanía de ningún país.

Un segundo grupo de normas arraigadas tiene que ver con el papel del Estado en el sector sanitario que en Europa ha jugado un papel importante en la financiación y provisión de servicios públicos.

Un tercer grupo de normas es la rendición de cuentas. Un sistema sanitario tiene responsabilidades en diversos planos políticos, económicos y sociales.

La estabilidad de los grandes sistemas sociales como el sanitario, depende de la congruencia entre los valores de esa sociedad (sistema de creencias dominantes) y la estructura social y física de las instituciones asistenciales.

El Sistema de creencias dominantes, implica más bien cierta estabilidad en la permanente tensión cotidiana entre los valores y creencias divergentes de una sociedad. Entre los factores que estarían en juego para comprender mejor esta tensión estarían:

- Valores. Hay tres valores en tensión entre sí: la equidad, la autonomía individual y la eficiencia.
- Comprensión de los fenómenos como la vida, el dolor, la muerte, la enfermedad, la salud, constituye una forma de interpretar los objetivos del sistema sanitario.
- Asignación que se da a los recursos: prevención y curación, atención primaria u hospitalaria, público o privado...
- Métodos de regulación: tecnocrático basado en expertos, de autorregulación profesional en los que el médico es el centro del sistema, basado en el mercado, o democrático y participativo.

Realidad macroeconómica. La estructura y estado del conjunto de la economía nacional es así mismo un poderoso determinante del carácter de la reforma sanitaria.

En la Unión Europea se está recortando el gasto público para reducir sus déficit presupuestarios al nivel fijado por el Tratado de Maastricht. Los economistas plantean que para que los países sigan siendo competitivos en una economía mundial globalizada, es obligatorio reducir los niveles de gasto de los sectores públicos y así liberar capital para la inversión privada. Estas presiones macroeconómicas están forzando a los sistemas sanitarios públicos a dar pasos atrás, independientemente de lo eficiente o efectivo que sea.

Presiones sociales y demográficas.

- El envejecimiento de la población, especialmente de los muy ancianos, hace que se necesite un mayor volumen de servicios sanitarios, con el consiguiente aumento del gasto global, situación que preocupa a los gobiernos.
- El desarrollo tecnológico se ha acelerado. Los nuevos procedimientos acarrearán costes importantes de personal, nuevas instalaciones, adquisición de nuevos equipos...
- Expectativas de los ciudadanos y pacientes. Los/as ciudadanos/as de toda Europa exigen un enfoque de prestaciones de servicios sanitarios más orientada al paciente. Aumentan las presiones ciudadanas para disminuir tiempos de demora y se exige calidad en los servicios.
- Exigencias políticas. Los políticos suelen buscar soluciones a corto plazo, rápidas a los problemas, coincidiendo con los ciclos electorales.
- Estrategias de gestión corporativa. A partir de 1980, las iniciativas de la reforma sanitaria están incorporando ideas sobre gestión, desarrolladas en el sector privado como la descentralización a sub-unidades, contratación a fuentes externas...

2º Factores intrínsecos de la reforma. Retos para la salud. Conjunto de presiones que tienen que ver con problemas existentes de salud y del sector sanitario, incluyendo los retos específicos.

Uno de los factores de cambio es **el cambiante patrón de las patologías**. Aumentará aun más el nº de personas afectadas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia y, especialmente entre las mujeres, fracturas.

Los cambios demográficos de la población, por envejecimiento de la misma, no sólo tienen con-

secuencias sobre la necesidad de mayor atención sanitaria, sino que también producen cambios en los patrones de morbilidad, apareciendo además mayor nº de personas con trastornos múltiples.

Los cambios alimenticios y los estilos de vida, siguen constituyendo otro desafío, así como el aumento de las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes.

El patrón de enfermedades en Europa, posee por tanto implicaciones para la reforma del sector sanitario como serían:

- Necesidad de reconocer que los servicios sanitarios tienen un impacto limitado sobre las principales causas de patologías. El estado de salud global viene determinado por cuatro factores interrelacionados entre sí: susceptibilidad genética, la conducta y estilos de vida, el sistema sociosanitario y la situación medioambiental.
- Es necesario la existencia de fuertes servicios de Salud Pública con capacidad para efectuar seguimientos de las tendencias de las enfermedades y apoyar el desarrollo de programas integrados para hacerlos frente.
- Los servicios sanitarios deben responder a ello, incorporando mecanismos para hacer frente a las principales amenazas contra la salud.

Por otra parte, **el gasto público** sigue siendo la fuente dominante de financiación sanitaria en la mayoría de los países de Europa. Entre los componentes del gasto sanitario que han supuesto más aumento del gasto están las nuevas tecnologías y los productos farmacéuticos. El gasto sanitario es el componente más dinámico, con tasas de crecimiento superiores, tanto a las del PIB como a las del gasto sanitario total.

¿Cuáles son los retos actuales para el sector sanitario? :

-Limitación a la ganancia en salud. Muchos responsables políticos consideran necesario para maximizar la ganancia en salud desviar recursos del ámbito curativo al preventivo y de la asistencia hospitalaria a la primaria, pero se han visto incapaces de hacerlo frente a las estructuras de poder y de asignación de recursos.

En muchos países la cooperación entre el sector sanitario y otros sectores claves de influencia en el sector salud, siguen siendo inadecuados.

- Crecimiento de las inequidades en asistencia sanitaria. La preocupación sobre las inequidades de los servicios sanitarios en términos de acceso a la asistencia necesaria y de buena calidad, ha sido sustituida por la contención de los costes como mayor prioridad. La situaciones de desigualdad están creciendo incluso en países con sistemas sanitarios públicos . Los analistas atribuyen al menos parte de estos incrementos a las consecuencias de las reformas competitivas con orientación de mercado.

- Relación coste-efectividad inadecuada. Estudios de investigación cuestionan la idoneidad y/o la relación coste-efectividad de diferentes procedimientos clínicos. Los avances en los campos de la evaluación tecnológica y económica han hecho posible comenzar a determinar exactamente qué servicios se deben de restringir.

- Actuación ineficiente del sistema sanitario. Los responsables de las políticas sanitarias de Europa han terminado, por diferentes causas, siendo de la opinión de que sus respectivos sistemas sanitarios no funcionan de manera eficiente a nivel micro.

- Calidad de los servicios. La calidad ha asumido una importancia creciente tanto midiendo el valor de servicio, como a modo de instrumento estratégico en un periodo de mayor competencia entre hospitales. Su importancia también se pone de relieve en las encuestas de satisfacción de los usuarios.

- Elección y transparencia. Los ciudadanos ya no se conforman con ser sujetos pasivos del sistema sanitario, reclaman cada vez ser tenidos en cuenta, como sujetos activos. La concesión de poder al ciudadano pone en juego varias dimensiones: sus derechos frente a los servicios, su capacidad de elección de médicos y centro, su participación en la toma de decisiones clínicas y su participación en la toma de decisiones en política sanitaria.

Generaciones de reformas de los sistemas de salud.

A lo largo del siglo XX, se han dado tres generaciones de reforma en el Sistema de Salud.

- La primera generación se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención

sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente en los años 40 y 50 en los países más ricos y un poco después en los más pobres. Para finales de los 60 muchos sistemas fundados 10 ó 20 años antes estaban sometidos a fuertes presiones. Los costos se incrementaban, especialmente a costa de la atención hospitalaria. Quienes más utilizaban los servicios de salud seguían siendo los que tenían mejor situación económica. Demasiadas personas seguían dependiendo de sus propios recursos para pagar los servicios de salud, que no siempre eran de buena calidad.

Por tanto existía la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera los sistemas más eficientes, en función de los costos, más equitativos y más accesibles.

- La segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud un camino para mejorar la accesibilidad a la población. La experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades en los años previos llevó a un fuerte compromiso para garantizar que todos los habitantes recibieran un mínimo de servicios de salud, alimentos y educación, junto con un suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico. Éstos eran los elementos claves, junto con la insistencia en medidas de salud pública, la prevención en relación con la curación, los medicamentos esenciales y la educación de la gente a través de los trabajadores comunitarios de salud. Éste fue el espíritu de la conferencia sobre atención primaria de salud de la OMS/UNICEF, celebrada en 1978 en Alma-Ata, donde se adopta la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de “salud para todos”.

La multiplicidad de significados del término “atención primaria” y sus consecuencias a menudo contradictorias para la política, explican por qué no hay un solo modelo de atención primaria y por qué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países que aportaron las primeras pruebas de que podía lograrse un mejoramiento sustancial de la salud a un costo asequible.

- En la tercera generación de reformas, que se están dando en la actualidad, se incorporan las ideas de responder más a la demanda, haciendo hincapié en el aspecto financiero y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Éstas tentativas reflejan los profundos cambios políticos y económicos que se han ido produciendo en el mundo. La intervención estatal estaba perdiendo credibilidad en todas partes, lo que ha conducido en general a dejar la situación en manos de las fuerzas del mercado. Desde el punto de vista ideológico, esto significa asignar mayor importancia a la capacidad de decisión y a la responsabilidad individual. Por el lado político, significa limitar las expectativas acerca de lo que deberían hacer los gobiernos para ajustarse mejor a su capacidad financiera y de organización.

Los principios del neoliberalismo impregnan las políticas económicas y sociales. El informe del Banco Mundial de 1987 sobre financiación de los servicios sanitarios en los países en desarrollo, hace hincapié en los siguientes puntos:

- Trasladar a los usuarios los gastos en los usos de prestaciones.
- Ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo.
- Utilizar de forma eficaz los servicios privados.
- Descentralizar los servicios sanitarios públicos.

En definitiva, acortar presupuestos y privatizar servicios.

En el informe sobre desarrollo mundial en 1993, las 3 premisas que subyacen en ese documento pueden resumirse:

- El gobierno solo debe ocuparse de los problemas de salud cuando los privados no puedan o no quieran resolverlos.
- Los servicios sanitarios públicos son ineficaces y no equitativos, mientras que los privados son eficaces y equitativos, ya que obedecen a las leyes del Mercado.

Estas 2 premisas se presentan como postulados ideológicos, ya que en ningún momento se demuestra su validez.

- Los recursos públicos son limitados.

A partir de aquí se propone una nueva distribución de responsabilidades respecto a la salud de la población. La responsabilidad del Estado quedaría restringida para aquellas actividades que no generen plusvalía y para aquellos problemas de salud que por su importancia contribuyan a aumentar la carga global de morbilidad, sobre todo a la población de más bajos recursos.

Las estrategias que marca son:

- Introducción de las fuerzas del mercado en el sector sanitario.
- La correcta asignación de recursos públicos con criterio de eficacia, con medidas de alta eficacia y bajo costo. De este modo, la inversión pública en salud debe limitarse a acciones de bajo costo y que permitan ganar un mayor número de años de vida saludable.

En los países desarrollados que ya contaban con cobertura sanitaria para toda la población, aunque se sigue manteniendo el financiamiento de la atención sanitaria los cambios van en la línea de separar la financiación de la provisión de servicios.

Política sanitaria. Reforma sanitaria en Europa.

En la década de los 80, con la llegada al poder de gobiernos conservadores en Europa, se inicia una nueva etapa política y económica con el objetivo de salir de la crisis económica para solucionar la llamada crisis fiscal del Estado e incrementar la tasa de beneficio, centrada en el individualismo y el mercado libre que priman sobre las necesidades sociales y colectivas.

Las medidas que se empiezan a llevar a cabo tienen que ver con la disminución de la intervención del Estado, la libertad de mercado, la disminución de las prestaciones sociales y el aumento de la flexibilidad salarial, despido libre y trabajo precario.

Se desarrollan estrategias económicas privatizadoras de los servicios públicos y de recorte en los programas de ayuda social. En el intento de aumentar las tasas de ganancias, se restringen las inversiones en aquellos servicios que se consideran menos rentables para la productividad, lo que forzosamente tiene consecuencias en el desarrollo y viabilidad de las políticas sociales. Se producen así recortes importantes en las áreas socio-sanitarias.

Dos consideraciones surgen de estas políticas neoliberales:

1.- La que apunta a que el Sistema Sanitario es en sí mismo causa de crisis económica.

2.- Se hace referencia a las grandes dificultades de gestión y de financiación del sistema. Esto obligaría a formas de gestión más adecuadas introduciendo elementos correctores inspirados en el Mercado.

Las repercusiones de la aplicación de estas políticas, las podríamos centrar en tres dimensiones:

- En el plano económico, se caracteriza por la privatización de la financiación pública. Lo que se pretende es un incremento de la financiación privada de las necesidades sociales. Esto se lleva a cabo mediante las siguientes medidas:

- Recortes presupuestarios del gasto público
- Limitaciones de las prestaciones del sistema, reduciéndolas a las básicas, o introduciendo criterios para la inclusión de nuevas prestaciones.
- Aumentar la participación económica obligatoria del usuario, en forma de copagos, tasas para acceder a las prestaciones, cuotas complementarias o en forma de desgravaciones fiscales, o la incorporación de seguros complementarios.
- Incentivación de la inversión privada, para que aumente el porcentaje del gasto sanitario global a expensas del sector privado, y el papel del mercado y del consumo en la satisfacción de las necesidades en salud de la población.
- Se crean políticas fiscales favorecedoras a la iniciativa privada y la introducción de instrumentos desregularizadores del sistema público para permitir la expansión del sector privado.

- En el plano sanitario., se caracteriza por priorizar:

- Objetivos sobre la enfermedad, limitando las actuaciones preventivas, promotoras o rehabilitadoras.
- Objetivos centrados en la contención del gasto y la gestión eficiente de los servicios.
- Ruptura del aseguramiento único, obligatorio y universal. Se parte de la conveniencia de fraccionar el aseguramiento obligatorio público, estableciendo sistemas en los que la ciudadanía pueda elegir opciones alternativas al SNS. Esto puede generar la selección negativa de riesgos, el aumento de la desigualdad, la disminución de los recursos públicos, la ruptura de la solidaridad y el aumento del gasto sanitario.
- La privatización de la provisión de los servicios con un incremento de la provisión privada y

la desregulación del sistema sanitario público con la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, la privatización de la gestión de centros públicos y la introducción de la competitividad y mecanismos de mercado;

- En la política de personal se introducen elementos de mayor flexibilidad y precariedad en el empleo y alternativas de contratación parcial o por vía de empresas privadas de servicios. • Por último se produce una redistribución del poder con mantenimiento de un peso fundamental de los sectores profesionales médicos, de las industrias, de la farmacia, de la electromedicina, de la informática y de las aseguradoras; y reforzando el papel de la tecno-estructura y de los partidos políticos pero dejando muy limitado el papel de la comunidad y de la población.
- Se controla y limita la participación de la población y de los trabajadores del sector salud, en la planificación, gestión y evaluación del sistema. Se ofrece la libertad de elección individual del médico y hospital como alternativa de democratización del sistema.

- En el plano social, es la que tiene más repercusiones, y se centra en la creencia de la enfermedad como resultado de la responsabilidad individual, haciendo al individuo culpable de su enfermedad. Se configura una creencia que culpabiliza al individuo en el desencadenamiento de la enfermedad, exonerando a la estructura socioeconómica que se considera como una constante ajena al proceso de enfermar, y es la sociedad, el medio ambiente social, el que en gran medida determina las actitudes y el comportamiento individual.

Junto con el cuestionamiento del intervencionismo estatal y de los servicios públicos, ha surgido lo que se ha llamado “cultura somática”, que ha puesto en marcha todo un mercado del “bien-estar”. Desde el sector salud, no se influye sobre políticas sociales, sino que se actúa sobre la “conciencia individual”, con el fin de influir sobre su comportamiento.

Por otra parte, cada vez se introduce con mayor fuerza, por los instrumentos habituales del mercado, los estímulos a los consumos de bienes, servicios y productos tecnológicos producidos por las industrias ampliamente rentables.

La reforma sanitaria en España.

El Sistema de Salud en el Estado Español se encuentra, al igual que en otros países europeos, enfrentado a múltiples y variados cambios. La reforma del sistema sanitario español no es estrictamente identificable con una acción puntual, se trata más bien de un proceso en el que se han producido cambios no todos en el mismo sentido.

El inicio de la reforma del sistema sanitario español se sitúa en la etapa de la transición española en la que comenzaron cambios en el sistema sociopolítico:

En 1991 el Informe Abril, ya proponía medidas muy controvertidas para modernizar la organización y gestión interna del sistema sanitario: introducir instrumentos y métodos de gestión empresarial en el sistema público, dar mayor autonomía de gestión a los centros públicos y mayor responsabilidad a sus gestores, y agilizar el conjunto del sistema con la separación de las funciones de autoridad sanitaria (financiación), compra de servicios (aseguramiento) y provisión de los mismos (prestación de la atención sanitaria).

El ya citado Informe Abril fue tajante sobre la conveniencia de dotar a los hospitales y centros sanitarios públicos de métodos de gestión empresarial que los hicieran más eficientes. El paradigma dominante es impulsar la competencia entre centros y establecer un mercado interno de proveedores mediante la separación de financiación y provisión. Se asume como un axioma que dicha separación redunde en mejorar la eficiencia del sistema y la satisfacción de los usuarios.

Diez años después, los aspectos fundamentales en los que se ha centrado la reforma han sido los siguientes:

- Separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios. En este sentido se enmarca el impulso del contrato-programa, así como la introducción de costes por proceso o la contabilidad analítica para la elaboración de presupuestos sanitarios.

- Aprobación en el año 1995 del Catálogo de Prestaciones Sanitarias financiadas a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, vinculando la inclusión de nuevas prestaciones a la existencia de dotación presupuestaria.

- Planificación de la asistencia sanitaria a través de Contratos de Gestión para cada Centro hospitalario y Centro de Salud.
- Introducción de conceptos como coste por proceso o la contabilidad analítica para la elaboración de presupuestos sanitarios.
- Mediante dos Decretos Ley (1993 y 1998), exclusión de la financiación pública de una larga lista de fármacos, algunos de los cuales con efecto terapéutico demostrado y excluyendo algunos, pero no todos, de dudosa utilidad terapéutica.
- La Subcomisión parlamentaria recomienda en 1998 la aprobación de un Decreto Ley de Financiación Selectiva de Prestaciones Sanitarias que definiría cuáles serían las prestaciones básicas de carácter estatal y cuáles quedarían sometidas a la decisión de cada CCAA.
- Empresarización de la Gestión. El ritmo en que se ha ido implantando las nuevas modalidades de gestión y los cambios legislativos que conlleva, ha sido distinto:
 - Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 y 1996, que posibilita los Consorcios y empresas públicas sometidas a derecho privado.
 - Decreto de Estructura Organizativa de Osakidetza 1996.
 - Empresas Públicas en Andalucía desde 1993
 - Fundaciones y Sociedades públicas en Galicia.
 - Ley 15/1997 que habilita al Gobierno del Estado a crear para la gestión de los centros sanitarios cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho: empresas públicas, consorcios o fundaciones.
 - Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999 que incluye la posibilidad de creación de Fundaciones.
 - Real Decreto 29/2000, que establece el reglamento de las nuevas formas de gestión.

Queda así dibujado un panorama sobre las distintas formas de gestión que amparan la introducción de la gestión mercantil en todos los centros sanitarios y socio sanitarios públicos, mediante una variedad de fórmulas jurídicas, regidas todas ellas por el Derecho Privado: Fundaciones, consorcios, sociedades estatales.

En este contexto, el Insalud en 1997-98 hace público su plan estratégico que marca las líneas futuras donde debe orientarse el Sistema Nacional de Salud que se pueden resumir en los siguientes puntos claves:

- Descentralizar funciones y responsabilidades administrativas que permita separar las funciones de compra y provisión de servicios.
- Dotar de personalidad jurídica a los centros para una autonomía de gestión.
- Facilitar la elección de los usuarios.
- Desarrollar una competencia regulada dentro del sistema.
- Corresponsabilizar e implicar a gestores, profesionales y usuarios en el alcance de objetivos de mejora, buscando el tratamiento más adecuado para igual nivel de eficacia
- Realizar la mejora continua y la gestión de la calidad total en la prestación de servicios, alentando la auto evaluación y la auditoria externa de resultados.

Críticas que se están realizando al Plan Estratégico del Insalud.

- El Mercado Sanitario. Se dice que se creará un mercado “regulado”, pero todo apunta a que se trata de un mercado mixto público-privado. Ya algunos expertos señalan que los mercados mixtos favorecen el crecimiento del sector privado a expensas del público.
 - Los problemas que emergerían en un mercado sanitario serían:
 - Es difícil definir cuál es el producto sanitario.
 - Puede llegarse a producir una selección de riesgos (dirigir la atención a problemas poco importantes marginando los que son más costosos y graves, que el sistema público estaría obligado a atender).
 - Se plantearán problemas de integración de los niveles asistenciales; Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) por la competitividad que generaría la dinámica de mercado. Tal competitividad no asegura la equidad del sistema, y podría dar lugar a efectos perversos

como el aumento del uso inadecuado de la tecnología, asimetría de la información, inducción de demanda por parte de los proveedores etc... De hecho, la propia OMS indica en 1997: "En los países en que se realizaron experiencias de mercado hay actualmente un movimiento de vuelta de las posiciones radicales (incentivos de mercado) a la original de la coordinación y cooperación planificadas del sector público".

- Se aumentarán los costes administrativos y de gestión.

- Separación entre compra y provisión, esta política aumenta la burocracia del sistema y, por tanto, los gastos administrativos, así como el poder de los intermediarios, ya que suponen un complejo sistema de pago, precisado de un gran aparato burocrático-administrativo, obviamente más costoso, añadiendo problemas de definición de patologías complejas. Es un sistema ya usado en USA, paradigma del mercado, con una escasa eficiencia ya conocida.

- Fragmentación de la red sanitaria. Se propugna una red sanitaria en la que cada centro tenga personalidad jurídica, lo que puede dejar los centros de AP en manos privadas. Se defiende la creación de sociedades médicas (obviando a los profesionales), que podrían, mediante contratos, hacerse cargo de la atención de una población, sin definirse si tal población podría expresar su opinión al respecto. En los hospitales, las "nuevas formas de gestión" posibilita fragmentar la red pública, pudiendo ser privatizados "por parcelas":

- Recursos Humanos. Se cita la necesidad de renovar y adecuar los recursos humanos y materiales de los centros, lo que lleva implícita la posibilidad de la reducción de plantilla, con lo que ello puede suponer de reducción de la calidad de la atención a la población.

No se aborda la dedicación exclusiva, algo muy importante en la implantación del mercado: ¿cómo es posible la competencia entre agentes que tienen intereses en el sector público y en el privado?.

En cuanto a las retribuciones, se producirá un aumento de las variables, y en AP se señala un sistema que puede acabar con la desaparición del salario base, pasando a ser la retribución sólo variable. Esto potencia las actuaciones innecesarias (pago por acto) o desincentiva las actuaciones, aunque sean precisas, ya que es conocido que una retribución variable superior al 30-40% incide negativamente sobre la asistencia.

Algunas lecturas

Aranda Regules, JM; Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1994.

Benito,LF; Cercadillo,M; Cortés,P; Jordán,M y col : Guía de cuidadores: Aprender a cuidarse para cuidar mejor. Ed Insalud Area 1 Madrid Atención Primaria. 1999

Constitución Española de 1978. BOE del 29-12-1978. Biblioteca el Sol. Madrid 1991.

Donati, Pierpaolo: Manual de Sociología de la Salud. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1994.

Durán. M^a. Angeles: Salud y Sociedad. Algunas propuestas de Investigación. Salud 2000 Madrid.

Elola Somoza, Javier: Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Ed. SG Editores. Barcelona 1994.

Elola Somoza, Javier: Política Sanitaria Española. Ed. Díaz de Santos. Madrid 2001.

FADSP :

Fernández de Trocóniz,M^a; Montorio, I y Díaz, P: Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Dos volúmenes. Ed Imsero. Madrid, 1997

Mazarrasa, L y cols: Biblioteca Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 1996.

MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO: Centro de Publicaciones, Documentación y Biblioteca.

Ley General de Sanidad. Ed. anotada. Madrid,1986.

Serie Colección de Atención Primaria. Publicadas en,198486. Ed. 1989.

Los objetivos de la Salud para todos. Madrid, 1987.

Organización del Equipo de Atención Primaria. Insalud. S. General. Madrid, 1990.

Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud. Datos y Cifras. Madrid 1995.

Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Madrid 1997.

Plan de Salud. Madrid 1995.

OMS. Salud 21. Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid 1998.

El sector sanitario en España: un análisis de situación. Indicadores económicos y sociales. Madrid 2001.

Sistema Nacional de Salud en cifras 2002. España. Centro de Publicaciones. 2001

OMS :Serie "Salud para todos". Ginebra. Contiene los siguientes números:

Alma Ata 1978. Atención Primaria Salud. 1978.

Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 (SPT2000). Principios básicos y cuestiones esenciales. 1979.

Estrategia mundial de la Salud para todos en el año 2000. 1981.

Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra. 2000.

Perez Jarauta y Echauri,M: Cuidar y cuidarse. Gobierno de Navarra. 2001

Roemer, Milton I. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud. Ed. Siglo XXI. Madrid. 1980.

Saltman, R.B; Figueras, J: Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las Estrategias Actuales. Ed. Ministerio Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid 1997.

Sánchez Moreno, A. y col : Enfermería Comunitaria. 3 volúmenes. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid 2000.

INFORME SESPAS 2000: La salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo/ editores: Carlos Álvarez Dardet y Salvador Peiró. Granada. Escuela Andaluza Salud Pública 2000.

Starfield, Barbara: Primary Care. Concept, evaluation and policy. New York. Oxford University Press. 1992.

Starfield, Barbara: Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed Masson. Barcelona.

5.2. Diseñando el programa

5.2.1. Objetivos y contenidos.

Objetivo General

Ser capaces de identificar todos los componentes que intervienen en el proceso de atención a los problemas de salud del individuo, familia y comunidad, analizar y valorar el peso de su contribución para la resolución de los problemas, mejorar la salud y adquirir habilidades para utilizar adecuadamente los sistemas de atención, y mejorar y defender el sistema sanitario público.

Contenidos

Hechos, conceptos y principios

- Atención no institucional a la salud: autoayuda-autocuidado; cuidado no formal (no institucional) y grupos de ayuda mutua.
- Red social de apoyo: la familia y los amigos.
- Cuidadores no formales: tipologías y principales problemas.
- Atención formal o institucional. Sistemas Sanitarios: concepto, objetivos y modelos existentes.
- Sistema Sanitario Español: enmarque histórico, características esenciales, organización básica e indicadores principales.
- Atención primaria de salud: concepto, características esenciales, recursos y organización.
- Reformas sanitarias: razón de ser y modelos de reformas.
- Políticas neoliberales en los sistemas sanitarios.

Actitudes, valores y normas

- Reconocimiento de la cantidad y calidad de la atención no formal y en especial del papel de la familia y la mujer en el cuidado de la salud.
- Valoración de los modelos dominantes de atención a la salud, la no-formal y la institucional, en nuestra sociedad.
- Tolerancia, flexibilidad y refuerzo positivo referente al autocuidado y cuidado no institucional.
- Equilibrio armónico entre la atención no-institucional y la institucional. Autonomía y dependencia saludable.
- Tener la predisposición a la defensa y mejora del sistema público como valor de solidaridad y justicia social. Reivindicación del derecho a la salud.
- Actitud crítica y reflexiva de los modelos de reformas sanitarias planteadas en el momento actual.
- Actitud positiva al cambio para mejorar, si es necesario.

Procedimientos

- Aprender a analizar y medir el valor cuanti-cualitativo de la atención no institucional.
- Identificación, sistematización e interpretación del rol, modelo y valores de los cuidadores no-formales y de la red social de apoyo.
- Adquirir habilidades para remover barreras para el cuidado no formal e impulsar y acrecentar la red social.
- Identificación, sistematización e interpretación sobre puntos fuertes y débiles del sistema sanitario público español.
- Adquirir habilidades para utilizar los recursos del sistema sanitario.
- Adquirir criterios para canalizar las reformas necesarias del sistema de atención. Ventajas y desventajas de las propuestas.

5.2.2. Menú de actividades

ATENCION A LA SALUD NO FORMAL O NO INSTITUCIONAL

CUIDADO NO FORMAL

Objetivo: Contribuir a conocer lo que se define como atención informal de la salud, analizar su importancia y promover su valoración positiva y la adquisición de habilidades de análisis.

Actividad 1: Cuidado no formal.

RED SOCIAL Y ATENCIÓN A LA SALUD

Objetivo: Identificar la red social en salud, sus componentes más importantes y su relación con la salud y adquirir habilidades para su fortalecimiento y utilización.

Actividad 2: Red social.

ATENCIÓN INSTITUCIONAL A LA SALUD

SISTEMAS SANITARIOS

Objetivo: Analizar lo que es un sistema sanitario y sus objetivos, conocer las características esenciales de los diferentes tipos de modelos de servicios sanitarios existentes y de la OMS y sus funciones, y adquirir habilidades para su valoración crítica.

Actividad 3: Sistema Sanitario.

SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Objetivo: Contribuir a conocer la historia, características y recursos del sistema sanitario español, analizar sus puntos fuertes y las debilidades, reforzar actitudes positivas, reflexivas, críticas y participativas y adquirir habilidades para mejorar su utilización.

Actividad 4: Sistema sanitario español

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD- CENTRO DE SALUD

Objetivo: Contribuir a conocer las características del nivel de atención primaria de salud de nuestro país, analizar sus puntos fuertes y débiles con una actitud constructiva y participativa, y adquirir habilidades para su mejor utilización.

Actividad 5: Atención primaria. Centro de Salud.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Objetivo: Contribuir a conocer las características del nivel de atención especializada de nuestro país, analizar sus puntos fuertes y débiles con una actitud constructiva y participativa, y adquirir habilidades para su mejor utilización.

Actividad 6: Atención Especializada

REFORMAS SANITARIAS

Objetivo: Analizar las razones de la llamada crisis del sistema sanitario actual, conocer y valorar las distintas propuestas de reformas, promover una actitud positiva, reflexiva y crítica hacia el sistema público y adquirir habilidades para su defensa y mejora.

Actividad 7: Las reformas sanitarias.

Proceso de secuenciación de las actividades

Actividad	Investigando	Profundizando	Abordando
1.Cuidado no formal	Materiales 1A; 1B; 1B bis; 1C;	Materiales 1D; 1E; 1F; 1G;	Materiales 1I; 1J
2.Redes sociales	Materiales 2 A; 2C	Materiales 2B; 2 D; 2E	Materiales 2F; 2G
3.Sistema Sanitario	Materiales 3 A; 3C; 3D;	Materiales 3B; 3Dbis; 3E;	Materiales 3F ; 3G;
4.SS Español	Materiales 4 A;4B; 4C; 4D	Materiales; 4C, 4Cbis; 4E ; 4Ebis; 4F; 4G.	Materiales 4G; 4H; 4I
5.Atención Primaria	Materiales 5 A; 5C;	Materiales 5B; 5D; 5E; 5F	Materiales 5F; 5G; 5H
6.Atención especializada.	Materiales 6 A; 6C; 6D; 6Dbis;	Materiales 6B; 6E; 6F; 6Fbis;	Materiales 6G; 6H.
7.Reformas sanitarias	Materiales 7 A; 7Abis;	Materiales 7B; 7C; 7Cbis; 7D.	Material 7D; 7E

Actividad 1. Cuidado no formal

Se trata de que los participantes reflexionen sobre lo que es y significa el cuidado no formal (llamado por otros informal) en la atención a los problemas de salud y enfermedad del individuo, familia y comunidad y valore sus aspectos positivos y dificultades.

Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Cuidar es...: de forma individual reflexionar qué es cuidar (Material 1 A), se anota en un papel para luego comentarlo en grupo mediante una tormenta de ideas. Se recogen las opiniones de todos y se resumen los aspectos más significativos.

También se puede hacer que en grupos pequeños o individualmente definan qué es un cuidador no formal e identifiquen a qué cuidadores no formales de la salud conocen en su ámbito familiar o social más cercano y les haya impactado de alguna forma (Material 1B) o que identifiquen y describan brevemente alguna de las actividades que han realizado en su vida como cuidadores no formales de la salud de alguna persona (Material 1 B bis). Luego se hace puesta en común.

Clave: Interesa remarcar la importancia que tiene el cuidado no formal que es una actividad constante de la persona. También que los cuidadores más frecuentes y por importancia decreciente son la familia, amiga/o, vecina/o y compañero/a.

Cómo me siento como cuidador en pequeños grupos deben comentar individualmente las vivencias y experiencias que ha tenido cada uno como cuidador, reflexionando sobre los aspectos positivos, negativos y sus dificultades mediante la rejilla del Material 1C sobre el cuidado.

Por otro lado se pueden analizar las experiencias de lo que opinan y sienten distintos cuidadores en su tarea que se presentan en el Material 1D.

Los cuidadores informales sirven para... En grupos pequeños se leen las actividades de la lista (Material 1 E), para elegir las que entran dentro del cuidado no formal para después comentarlo en el grupo grande. Recordar mediante una breve lección lo que se comenta en centrando el tema para lo que sirven: potenciar hábitos saludables, ayudar a otros cuando tienen dificultades de independencia y asumir la atención de personas después de procesos que requieren atención profesional.

Peso e importancia del cuidado no formal. Se pretende que la población valore la importancia y repercusión en la sociedad del cuidado no formal. Se puede hacer mediante el estudio de casos concretos (Material 1F). En pequeños grupos se analiza el caso en el que se ve el peso y el papel de una persona cuidadora. Como alternativas se pueden utilizar narrativas de otros casos similares de la vida real o textos narrativos o noticias de periódicos o análisis de frases (Material 1G) abriendo un debate entre los asistentes.

Clave: Se debe recordar que, en la mayoría de los estudios efectuados, entre un 75 al 85% del tiempo empleado en el cuidado de la salud es ofrecido como asistencia no formal, frente al 25 % que dedica el sistema de salud formal. Por otro lado, esta demanda va a ir en aumento como se analiza en centrando el tema, pero se debe analizar los puntos de vista diferentes que tienen los distintos agentes intervinientes.

Modelo dominante. Se pretende profundizar sobre el modelo dominante de cuidador o cuidadora existente en nuestro contexto social, los factores condicionantes del mismo y si existen indicios de cambio. Se propone abrir un debate a dos bandas sobre el aumento de las necesidades de cuidado no formal (Material 1H) y las implicaciones que esto puede tener para el sistema de cuidados no formal. También se puede distribuir el texto sobre “el perfil del cuidador” del Material 1I analizándolo en pequeños grupos para luego realizar una puesta en común.

Clave: Están apareciendo nuevos valores relacionados con nuevas formas de cuidar: la importancia de la calidad de vida, el desarrollo personal, el ocio y la individualidad, la democratización del funcionamiento familiar, las obligaciones del “Estado de Bienestar”...En este marco de fenómenos, valores sociales y servicios de apoyo, cada grupo familiar y cada persona se plantea y toma decisiones diferentes sobre cómo cuidar a su familia.

Carga del cuidador. Se facilita un modelo de cuestionario de entrevista sobre la carga del cuidador (Material 1J) para que los participantes lo cumplimenten individualmente en el taller o se lo lleven a casa para aplicarlo con alguno de sus familiares o vecinos cuidadores con el objetivo de valorar la carga del cuidado. Posteriormente en grupo grande se analizan los resultados obtenidos.

Nota final: En el Área 1 del Insalud de Madrid existe una Guía de cuidadores: “Aprender a cuidarse para cuidar mejor”, que se puede consultar para trabajar con cuidadores de una forma más profunda pudiendo constituir por sí sólo este tema motivo de un taller de formación específico.

Material 1 A

Qué es cuidar

Escribe qué entiendes por cuidar

Material 1 B

Cuidador no formal

- ¿Qué es un cuidador no formal?

- Identifica algún cuidador no formal que hayas conocido, a quién cuidaba y qué tareas más importantes hacía.

Material 1 B BIS

Cuidador no formal

- Describe brevemente alguna de las actividades que has realizado en tu vida como cuidador no formal de la salud de alguna persona.

Material 1 C

Sobre el cuidado.

Exprese sus vivencias y experiencias como cuidador no formal de algún familiar.

- Aspectos positivos:

- Aspectos negativos:

- Dificultades:

Material 1D

Experiencias de cuidadores

- Satisfacción de cuidar. “Cuando ya estás agotada te queda el cariño. Ella no quiere más que estar conmigo, y yo con ella..., la verdad es que nos hacemos compañía”.
- Cambios en las relaciones familiares, inversión de papeles, ahora los padres son cuidados. Falta de tiempo con los hijos y familia. Cambios en el tiempo libre, sentimientos de tristeza y culpa. “Yo al ser hija única, me ha tenido siempre muy acaparada, lo que quiere es que estén ellos antes que mi marido, que los padres son lo primero. Mi marido parece un viudo, no puedo ir nunca con el a ninguna parte”.
- Cambios en la salud, las personas que cuidan visitan más al médico, y tarda más en recuperarse de las enfermedades. Edad media de cuidadores principales es de 52 años y un 20% mayor de 65 años. “De tirar con el peso de esta mujer... porque es un cuerpo muerto ya. Cuando yo cojo a esta mujer a veces que me dan unos chasquidos en las caderas...Yo sola con ella ya no puedo. Tengo una artrosis en la rodilla que estoy fatal”.

Material 1 E

El cuidado no formal

Elegir de las siguientes actividades cuáles entran dentro del cuidado no formal:

- Ayudar a la madre a hacer la comida.
- Limpieza de la casa.
- Jugar al fútbol o hacer deporte.
- Acompañar a un enfermo a ir al médico.
- Administrar la dosis de insulina a un diabético.
- Bañar al padre que está encamado y enfermo.
- Arreglar un grifo en tu casa.
- Administrar un analgésico a un familiar con dolor.
- Acompañar al banco al abuelo.
- Dar de comer a los nietos cuando no están los padres.
- Enseñar a limpiarse los dientes a tu hijo.

Material 1 F

Importancia del cuidado no formal

La historia de María

María de 50 años vive con su marido y sus hijos, Carlos de 18 años y Laura de 15 años. Ella no trabaja fuera de casa y es la que habitualmente se dedica a hacer las labores de la casa, recibiendo poca ayuda de sus hijos, que están estudiando por la mañana, y del marido que llega por la noche de trabajar.

Hace un mes su suegra con Alzheimer de 85 años, se ha caído en su casa y se ha fracturado la cadera, por lo que se encuentra imposibilitada para valerse por sí misma, y deciden los hijos que su madre no puede estar sola por lo que se va a vivir a temporadas a casa de los 2 hijos.

María antes que estuviera su suegra en su casa, acudía dos días en semana a gimnasia, y por la tarde acudía al Centro de la Mujer y realizaba cursos de formación de adultos. Ahora se encuentra con que tiene que cuidar a su suegra prácticamente durante todo el día y además compaginarlo con las labores del hogar.

Esta situación hace que María se encuentre muy sobrecargada, ya que no recibe ayuda del resto de la familia.

Preguntas:

- ¿Te parece real esta historia?

- Identificar quién es el cuidador en este caso. ¿Qué otros cuidadores son posibles?

- ¿Cómo se le ayudaría para compaginar mejor los derechos de María a su tiempo libre con las tareas del cuidar?

- ¿Cómo se ampliaría la red social de apoyo?

Material 1 G:

Valores sobre el cuidar.

Extraído de Pérez Jarauta y Echauri, M: Cuidar y cuidarse. Gobierno de Navarra. 2001

Estas son frases sobre el cuidar que se comentan en nuestra sociedad. ¿Qué se piensa sobre esto entre la gente que te rodea?

Nuestra sociedad ha asignado a las familias y más a las mujeres el cuidado de las personas.

El cuidado de las personas no es una obligación familiar sino de los servicios públicos.

Cuidar a alguien es un trabajo no pagado...y se valora muy poco en nuestra sociedad.

Las mujeres tienen más capacidades naturales para cuidar.

En la vida actual hay muchas maneras de organizarse para cuidar.

Material 1 H

Aumento de las necesidades de cuidado no formal.

En la actualidad existe un aumento progresivo de personas con necesidades de ayuda por :

- Aumento de envejecimiento poblacional.
 - Aumento de población de enfermos e incapacitados en proporción a la población sana.
 - Aumento de personas con incapacidad que son atendidas en el ámbito doméstico por recibir una asistencia muy limitada por parte del sistema formal
 - Políticas sanitarias, sociales y económicas de disminuir los costes del sistema formal en ciertos aspectos y permitir el crecimiento en otras partidas.
 - Cambios de roles en la familia tradicional.
-
- Analizar y debatir sobre las implicaciones que va a tener este aumento de la demanda de cuidado.

Material 1 I

Perfil de la persona que cuida.

En pequeños grupos se analiza el texto sobre “el perfil del cuidador”, de la guía “Cuidar a los que cuidan” de la Universidad Autónoma de Madrid.

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% del total) y están casados (77%).
- De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son nueras de la persona cuidada.
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años).
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%).
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%).
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%).
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%).

Preguntas:

- ¿Qué os parece el texto. ¿Estáis de acuerdo?

- ¿Cuáles son las razones de este modelo?

Material 1 J

Entrevista sobre la carga de la cuidadora o el cuidador (Zarit y Zarit, 1982)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0= Nunca 1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastantes veces
4= Casi siempre 5= Siempre

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4 5
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0 1 2 3 4 5
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4 5
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4 5
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4 5
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4 5
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4 5
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0 1 2 3 4 5
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4 5
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4 5
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4 5
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4 5
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4 5
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4 5
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4 5
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4 5

17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4 5
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4 5
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4 5
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4 5
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4 5
22. Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0 1 2 3 4 5

Izal y Montorio (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. Del J. Peña (eds.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona.

Actividad 2. La red social y atención a la salud.

Se pretende identificar la red social en salud, sus componentes más importantes y su relación con la salud y adquirir habilidades para su fortalecimiento y utilización.

Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas, entre ellas .

Qué es la red social. Mediante una tormenta de ideas (Material 2 A) en pequeños grupos se discuten las ideas y se intenta elaborar entre todos una definición. El educador o educadora recoge todas las ideas devolviendo posteriormente al grupo lo escrito en la pizarra y hará una breve exposición teórica sobre la red social en salud señalando los más importantes: familia, vecinas/ os y grupos de ayuda mutua

Factores que influyen el apoyo social. Análisis de texto: el educador o educadora presenta un texto para que cada uno analice el material individualmente y posteriormente lo trabaje en pequeños grupos. Nos servimos del material elaborado en centrándonos en el tema sobre redes sociales (Material 2 B). También se puede utilizar la técnica de un caso con una historia y sus preguntas en la que se valoren los distintos factores que intervienen.

Claves: El apoyo social influye de manera muy especial en la prevención de las enfermedades y ante los acontecimientos vitales estresantes. A mayor apoyo social mayor grado de bienestar en el individuo.

Sobre la familia. Se introduce el tema mediante una exposición de la familia y su importancia en la red social de la salud de cada uno de nosotros. Ver centrándonos en el tema. Mediante un cuestionario (Material 2C) para rellenar por cada uno de los asistentes se intenta identificar la red social de cada persona para luego conjuntamente hacer una puesta en común dibujando en la pizarra o rotafolios el entramado de la red social en salud de todo el grupo (Material 2 D) que nos sirve de apoyo para la exposición.

Sobre los modelos de familia. Para analizar algunos de los distintos modelos de familia que existen en su labor de cuidar y sus repercusiones en la salud se puede realizar mediante un “juego de roles” de modelos de familia (Material 2 E). Se divide el grupo grande en grupos pequeños que correspondan a los modelos de familia. Cada grupo hace una representación ante los demás que hacen de público. Es aconsejable que para cada representación existan al menos dos observadores. Al final de la representación se valora lo que cada uno ha sentido y sobre la valoración de los aspectos positivos y negativos que se hace de cada modelo, y la repercusión que tiene para la salud de los distintos miembros de la familia en la función de cuidar. Interesa remarcar la importancia de la red y de la colaboración entre todos.

Adquirir habilidades para evaluar la función familiar. Se pretende que cada miembro conozca el cuestionario Apgar familiar y lo aplique sobre algún caso que conozca de una familia (Material 2 F) y que pueda evaluar las cinco áreas de la función familiar, reflexionando después en el grupo los resultados. También se puede hacer el ejercicio presentando un caso figurado sobre alguna familia y aplicar el cuestionario o utilizar a nivel individual el cuestionario como instrumento de auto-valoración.

Clave: Las cinco áreas que se analizan son:

- Adaptabilidad, o capacidad de movilización de recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas ante acontecimientos vitales estresantes o en periodos de crisis.
- Cooperación o participación, que es la implicación de los miembros de la familia en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.
- Desarrollo o capacidad de apoyar y asesorar la maduración física y emocional y la autorrealización de los miembros.
- Afectividad o expresión de cariño o amor entre los miembros de la familia.
- Capacidad de resolución, entendida como compromiso de dedicar tiempo a atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociables al compromiso de compartir unos ingresos y un espacio

Nota: Cada pregunta se puntúa con un valor de 0 a 2 sobre una escala de Likert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normo funcionales, entre 4 y 6 indican disfunciones familiares leves, y de 3 ó menos disfunciones familiares graves.

Clave: cómo influye el recurso/apoyo familiar en nuestra vida.

Los grupos de ayuda mutua. Mediante una lección se explica lo que son los grupos de ayuda mutua, los factores que los promueven, las funciones que desarrollan y los diversos tipos de GAM existentes. Para ello nos ayudamos con el material de Centrándonos en el tema y se abre un debate sobre el tema y las experiencias que los participantes tienen. Como sugerencia se puede invitar a un miembro de un GAM que haga una exposición breve de su organización. Para conocerlos proponemos el siguiente ejercicio (Material 2 G).

Clave: El trabajo realizado nos sirve como base para la promoción y divulgación de estos grupos de ayuda mutua, tan importantes en nuestra sociedad.

Material 2 A

Qué es para ti la red social.

- Comenta en una o dos palabras qué te sugiere la palabra red social:

-Identifica los elementos más importantes de tu red social para la atención de la salud:

Material 2 B

La red social.

Comenta este texto

La persona es un ser social inmerso en multitud de grupos o redes, entendidas estas como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, que le permiten mantener su identidad social y creadas para satisfacer necesidades afectivas y sociales.

La red social de que dispone una persona influye en su salud al promover el acceso a la información sobre la salud, motivar el desarrollo de comportamientos adaptativos y ser apoyo social entendido como la percepción de alguien en quien se confía.

El apoyo social de una persona está condicionado entre otros factores por sus características individuales, tipo de vida, carácter, formas de relacionarse, estabilidad, sentimiento de reciprocidad y se concreta en la cantidad de apoyo social a la que tiene acceso y al grado de satisfacción que le proporciona.

Los estudios sobre la influencia del apoyo social en la salud sugieren que actúa como protector y existe una importante relación entre soporte emocional y bienestar físico y psicológico. Cuanto mayor sea la red de relaciones de una persona y mayor su cohesión con las redes sociales, más oportunidades de apoyo social tendrá, tanto en situaciones de salud como de enfermedad. Los patrones de redes sociales varían, a lo largo del ciclo vital, en cuanto a enfoque, cantidad, intensidad y complejidad. Estos cambios se reflejan en la magnitud de satisfacción emocional y apoyo social que la red social proporciona a cada persona.

El apoyo social influye de manera muy especial en los siguientes problemas de salud: depresión, malestar psicológico, suicidio, tuberculosis, hipertensión, enfermedades coronarias, artritis, accidentes múltiples, complicaciones en el embarazo, episodios de enfermedades de todo tipo, mortalidad más elevada en viudos y ancianos.

Por otro lado las personas que están en peores situaciones, debido a enfermedades, incapacidades, acontecimientos vitales como la muerte de familiares, separación o divorcio, cambios de vida social y laboral, jubilación o desempleo, pobreza o disminución de los recursos económicos, marginación, ancianidad, tienen dificultades para mantener las redes sociales de apoyo lo que a su vez puede intervenir desfavorablemente en el estado de salud de la persona.

Todo ello ha supuesto tomar en consideración el contexto de las relaciones sociales como elemento que caracteriza a la salud como proceso social.

Material 2 C

Cuestionario para identificar la red social en salud

Cuando tenemos un problema de salud que nos preocupa ¿cómo lo abordamos?

- Define los pasos que sueles hacer por orden de prioridad e importancia:

1. Uno mismo.
2. La familia (quiénes y orden).
3. Amigas/os y vecinos/as.
4. Grupos de ayuda mutua o voluntariado.
5. Sistema sanitario.
6. Otros métodos alternativos.

- Por orden de prioridad. ¿Cuáles de ellos me dejan más satisfecho?

Material 2 D.

Redes sociales de atención a la salud

- Valoración y reflexión sobre el cuadro

SISTEMA DE AYUDA PROFESIONAL	
Servicios sociales	Salud-Educación

SISTEMA DE AYUDA NATURAL ORGANIZADA		
Asociaciones- Grupos de apoyo	Sistema de Ayuda Natural Familia Amigos Vecinos	Persona que necesita ayuda autocuidado

Apoyo no formal

Apoyo no formal

Apoyo formal

Material 2 E

Modelos de familia

Juego de roles sobre modelos de familia

Consiste en la representación del modelo de familia tradicional y el modelo actual a través del juego de roles, papel del padre, madre, hijos frente al cuidado y su representación social. Se divide el grupo grande en grupos pequeños que correspondan a los modelos de familia.

En la familia tradicional : la clave sería que el cuidado recae en la mujer y esta se encuentra muy sobrecargada.

En la familia actual: en la que se tienden a compartir cada vez más los cuidados (hombres y mujeres).

Personajes:

Padre: Ángel de 43 años de edad;

Madre: Ana de 39 años;

Hijo: Miguel de 15 años.

Abuelo: Andrés de 79 años.

Situación:

Hace 1 semana que Andrés ha tenido que trasladarse al domicilio de su hijo por problemas de salud, donde necesita atención y cuidados. Cómo se organiza la familia en las distintas situaciones descritas (juego de roles).

Los actores deben remarcar en su representación los aspectos más importantes y estri-

dentes de su papel.

Material 2 F

Cuestionario APGAR familiar

PREGUNTAS	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
A) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
B) ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
C) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
D) ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanece juntos?			
E) ¿Siente que su familia le quiere?			

Nota: Casi nunca =0; a veces = 1 ; casi siempre = 2

Material 2G

Los grupo de ayuda mutua.

Tarea:

En pequeños grupos recaba información en tu zona sobre asociaciones o grupos que estén relacionados en temas de salud. Teniendo una entrevista con los representantes de cada grupo, conociendo fines, funcionamiento, lugar de encuentro, actividades, n ° de asociados y sus características.

Posteriormente en el grupo grande se pondrá en común la información obtenida.

Actividad 3: Los Sistemas Sanitarios

Los participantes deberán conocer lo que son los sistemas sanitarios, sus objetivos, sus características esenciales y los modelos de servicios existentes, y adquirir habilidades para su valoración.

Qué es un sistema sanitario. Comenzar con una puesta en común de lo que se entiende por un sistema sanitario mediante una tormenta de ideas (Material 3 A). Cada participante debe dar su opinión y se hace una puesta en común con un cierre en donde se resume con la definición que da la OMS (Material 3B) que se puede distribuir y analizar tras la lectura.

Experiencias de utilizar diversos servicios sanitarios. Interesa conocer las experiencias que han tenido al ser atendidos en un servicio público y/o privado, analizando los aspectos positivos de satisfacción y los problemas y aspectos negativos. Se puede utilizar para ello una rejilla de análisis (Material 3 C).

Para qué sirven los sistemas sanitarios. Los participantes en pequeños grupos, mediante la técnica Phillips 6/6 (Material 3D), aportan una idea a cerca de lo que piensan de para qué sirven los Sistemas Sanitarios y qué objetivos deben tener según su experiencia y conocimientos. Posteriormente se hace una puesta en común de las ideas y se comparan con las definidas por la OMS en el Material 3D bis que se reparte entre los asistentes. Se puede ampliar con los aspectos tratados en centrándonos en el tema.

Organización Mundial de la Salud. Mediante una breve exposición se debe explicar lo que es la organización, cuando se crea, quienes forman parte de ella, de quién depende, qué objetivos tiene y qué contribuciones más importantes ha realizado. Para ello se puede utilizar el breve material explicativo (Material 3E).

Funciones de un Sistema Sanitario. En una breve exposición se remarcan las funciones de los sistemas sanitarios: autoridad y rectoría, financiación y aseguramiento y la provisión de servicios (ver Centrándonos en el Tema).

Modelos de Sistemas Sanitarios: Se propone que para abordar este tema se utilicen en una lección participada la tabla de Centrándonos el Tema sobre modelos de servicios sanitarios en donde se han seleccionado los cuatro más clásicos remarcando las diferencias más importantes entre ellos (Material 3F). Interesa remarcar la evolución histórica de los sistemas y los condicionantes sociopolíticos de los mismos (Ver tabla 3 sobre factores condicionantes de la evolución de los sistemas sanitarios que aparece en el texto).

Indicadores generales más significativos de los modelos. Se reparte el material entre los asistentes y se abre un debate sobre el significado de las diferencias de los distintos indicadores (Material 3G).

Clave: Importancia de remarcar que los sistemas sanitarios con mayor financiación pública y provisión de servicios públicos muestran mejores logros globales. Se pueden ampliar datos y ejemplos de países acudiendo a las fuentes de información señaladas.

Cuál es el sistema sanitario ideal. Se propone que en grupos pequeños se hagan propuestas por las participantes de cuales serían para ellos los criterios o las características que debería cumplir el sistema sanitario que nos gustaría tener. Posteriormente se hace una puesta en común intentando llegar a una síntesis de consenso tras analizar la viabilidad de las propuestas. En la tabla 4 de Centrándonos en el Tema se presenta una propuesta.

Material 3 A

Qué es para mí un Sistema Sanitario:

- ¿Qué es un sistema sanitario?

- ¿Qué modelos de servicios sanitarios conoces?

Material 3B

Definición de Sistema Sanitario (OMS)

El concepto sistemas de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.

Se entiende por actividad o acción de salud todo acto, tanto en el ámbito de la salud personal como de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo es mejorar la salud.

- Analiza el texto. ¿Qué te parece?.

- Identifica los elementos claves de la definición.

Material 3 C

Utilización de los servicios sanitarios

Expresa tus vivencias al ser atendido en un servicio sanitario público o privado concreto.

- ¿Qué tipo de servicio?

Aspectos positivos de la atención recibida.

- en la resolución técnica del problema:
- en el trato:
- en lo económico:
- en el ambiente general:

Problemas y aspectos negativos

- en la resolución técnica del problema:
- en el trato:
- en lo económico:
- en el ambiente general:

Material 3D:

Para qué sirven los sistemas sanitarios

¿Para qué deben servir los sistemas sanitarios? Sus objetivos.

Material 3D BIS

OBJETIVOS según la OMS (Informe 2001)

Los objetivos fundamentales que la OMS establece son los siguientes:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven.
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera frente a los costos de la mala salud a individuos, familias y comunidades.

Nota: se utiliza el texto para su comparación con lo que opinan los participantes.

Material 3 E

QUIÉN ES LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Fuente: Web de la OMS

La relación con Naciones Unidas

La organización sanitaria internacional depende de la Organización Mundial de la Salud con la que colaboran otros organismos internacionales (OIT, UNICEF, FAO, UNESCO), dependientes también de la ONU.

Los fundamentos de la OMS:

La OMS es un “organismo especializado, dependiente de la ONU, encargado de dirigir y coordinar las actividades sanitarias internacionales”. Tiene su sede en Ginebra.

La OMS define sus principios fundamentales en su Carta Magna o Constitucional (Nueva York 1946):

- La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El disfrutar del mayor grado de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo hombre, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de los hombres y los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, especialmente transmisibles, constituyen un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia primordial; la capacidad de vivir en armonía en un mundo en incesante cambio, es indispensable para este desarrollo.
- La difusión por todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- La información de la opinión pública y la cooperación activa por parte del público, son importancia capital para el desarrollo de la salud.
- Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, responsabilidad que sólo puede ser asumida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales.

La Estructura de la OMS.

1) La Asamblea Mundial de la Salud, a la que España pertenece desde el año 1951, se reúne con carácter ordinario una vez al año. 2) El Consejo Ejecutivo. 3) La Secretaría Permanente. 4) Las Oficinas Regionales, son seis: en Europa, Mediterráneo Oriental, Asia, Pacífico, África y América. 5) Los Comités de Expertos, que comprenden 44 cuadros de expertos en los que participan más de 12.000 científicos, estos comités constituyen organismos fundamentales para la OMS.

La OMS genera comunicaciones que utiliza para difundir sus trabajos con distinto formato y periodicidad, los clasifica en: publicaciones técnicas, publicaciones de epidemiología y estadística y publicaciones oficiales.

Las funciones.

Son muy amplias, y se podían resumir en la siguiente cita “conducir a todos los pueblos al nivel de salud más elevado posibles”. La lista específica es mucho más extensa, pero destacaremos la capacidad de la Asamblea o el Consejo para convocar Conferencias para cualquier asunto en que la OMS tenga competencias. Entre las conferencias celebradas destacaremos la celebrada en Alma-Ata (U.R.S.S) “Conferencia sobre Atención Primaria de Salud” en 1978, que estableció el marco de desarrollo del actual sistema de Atención Primaria.

Las actividades.

No existen campos de la prevención, del tratamiento y de la readaptación que escapen a la OMS, pero sus esfuerzos se concentran en algunas acciones marco, entre las que cabe destacar algunas:

- Acción contra las enfermedades transmisibles.
- Atención a ciertas enfermedades crónicas.
- Acción para la protección de la familia
- Promoción de la salubridad del medio ambiente.
- Elaboración de estadísticas sanitarias.
- Ayuda a la investigación biomédica y en salud pública.
- Ayuda en materia de medicamentos.
- Ayuda a la formación del personal sanitario y a la organización de los servicios de salud.
- Control de toxicomanías.

Material 3F

Diferentes modelos de sistemas sanitarios

- Modelo Liberal y de seguros privados: (EEUU)
- Modelo Sistemas de seguros sociales: (Francia, Alemania)
- Modelo de Beneficencia Pública: (Tercer Mundo)
- Modelo Sistema Nacional de Salud: (Modelo Beveridge, Inglaterra, España)

MODELOS DE LOS PAISES DE LA UNION EUROPEA		
SERVICIO NACIONAL SALUD	SEGURIDAD SOCIAL	MIXTOS
Gran Bretaña Irlanda Suecia Finlandia Dinamarca Italia España	Alemania Austria Francia Benelux	Portugal Grecia

Preguntas:

- Características esenciales. Financiación, gestión, provisión.
- Logros.
- Problemas y dificultades.

Material 3G

Algunos indicadores de los modelos sanitarios

Indicadores más significativos de los modelos de Servicios Sanitarios				
Indicadores	Modelos de Servicios Sanitarios			
	S.N.S	S.S.	Liberal	Beneficencia
Salud				
- Mortalidad < 5 años/ 1000 habitantes.	6	5,8	8	170
- Esperanza de vida al nacer (años).				
Hombres	75,3	73,7	73,8	41,2
Mujeres	82,1	80,1	79,7	42,3
- Años potenciales de vida perdidos (antes 70 años por 100.000).				
Mujeres	2.788	2.646	3.970	n.d.
Hombres	5.346	5.833	7.267	n.d.
Equidad:				
- Población cubierta por sanidad pública.	99,9	93,6	45	30
- Igualdad de la supervivencia infantil.	0,978	0,977	0,966	0,437
- En la contribución financiera	0,971	0,978	0,954	0,951
Financiación sanitaria.				
- GST % PNB	8	10,5	13,7	4,3
- % GSP/GST	70,6	77,5	44,1	50,1
GT per cápita (dólares)	1211	2365	3724	35
Legitimación social.				
- %Población satisfecha.	56	68	n.d.	n.d
- %Población que desea cambio.	4	12	33	n.d.
Desempeño del sistema				
-Global: Índice sobre 1.	0,968	0,902	0,838	0,327
- Posición que ocupa en mundo.	6	25	37	172
-Respecto al nivel de salud: Índice.	0,972	0,836	0,774	0,240
- Posición en el mundo.	7	41	72	181

SNS: Sistema Nacional Salud. Ejemplo España; SS: Seguridad Social. Ejemplo Alemania. Liberal: Estados Unidos. ; Beneficencia: Ejemplo Ruanda.

GST: gasto sanitario total; GSP: gasto sanitario público ; GT: gasto total por persona

Fuentes : OCDE: Health Data (1999).

OMS: Informe sobre Salud en el mundo 2000

Actividad 4. El sistema sanitario español

Se pretende contribuir a conocer la historia, características y recursos del sistema sanitario español, analizar sus puntos fuertes y las debilidades, reforzar actitudes positivas, reflexivas críticas y participativas y adquirir habilidades para su mejor utilización.

Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Cómo nos sentimos con nuestro sistema sanitario. Se pretende que los participantes expresen individualmente en pequeños grupos cómo se sienten a nivel general por las vivencias y experiencias que han tenido por sus contactos con el sistema sanitario español, para en un tiempo posterior hacer una puesta en común y resumir lo expresado. Para ello, se puede utilizar la rejilla del Material 4 A o la del Material 4 B que hace referencia al presente con el pasado.

Qué opinan los ciudadanos, políticos y gestores del sistema sanitario. Mediante el análisis de textos y artículos de opinión de personas relevantes (Material 4 C; 4C bis) o los resultados de encuestas de opinión (Material 4 D) se contrasta con la opinión de los participantes. Se pretende con ello ver las diferentes opiniones existentes que suelen ser debidas a las diferencias de conocimientos, edad y sexo, sector social, lugar que ocupa en el sistema e intereses que puedan tener, y grado de utilización del sistema. El trabajo se hace en pequeños grupos para luego realizar una puesta en común.

Nuestra historia. Parece importante hacer un esfuerzo de análisis de los acontecimientos más importantes de la historia reciente del sistema español, por las importantes implicaciones que han tenido todos los agentes intervinientes en las distintas etapas. Proponemos para ello que se comience con una tormenta de ideas para que todos aporten sus opiniones (Material 4 E) o hagan un esfuerzo de búsqueda informativa entre personas mayores, y posteriormente una breve exposición utilizando el contenido de centrándonos en el tema sobre etapas evolutivas del Sistema Sanitario del Estado Español que puede utilizarse como material para su distribución.

Características sociopolíticas del sistema sanitario español. Se inicia con una tormenta de ideas en grupo grande en la que cada uno aporte una característica sobre nuestro sistema sanitario (Material 4 E bis). El coordinador o coordinadora del grupo cierra y complementa los aspectos que no hayan sido señalados.

Para profundizar sobre este tema se propone un debate sobre los contenidos expuestos en el Material 4F. Se forman dos grupos que trabajan con el material, uno defiende y argumenta las características definidas en el texto y el otro critica y busca los defectos o insuficiencias que aprecia en ellas. Se da un tiempo de trabajo en grupo para preparar el debate y luego se hace un debate abierto a dos bandas moderando el coordinador o coordinadora, y al final resume las conclusiones a las que se lleguen y refuerza los aspectos más significativos de nuestro sistema. Se puede ampliar con el texto de centrándonos en el tema.

Marco legislativo. Mediante una breve exposición del marco general legislativo existente que se expone en centrando el tema en las tablas 7 y 8 se debe insistir en la legislación básica más importante y en especial en la Ley General de Sanidad y en la Constitución Española de 1978. Proponemos que luego en grupos se lean los artículos más importantes de la Constitución y de la Ley General de Sanidad (Material 4G) para posteriormente en grupo grande hacer una puesta en común en donde remarquemos los objetivos y finalidades más importantes de nuestro sistema sanitario.

Componentes del sistema sanitario. Mediante una breve lección se describen los elementos más importantes del sistema con la ayuda del material existente en centrándonos en el tema. Se puede facilitar un resumen sintético como el expuesto en el Material 4H y se debe propiciar el contestar a las dudas y preguntas. Aspectos concretos sobre la Atención Primaria y Especializada se tratan en las actividades 5 y 6.

Procedimientos para utilizar mejor el sistema sanitario. Se pueden facilitar informaciones claves sobre aspectos concretos como:

- Acceso al sistema sanitario público. Documentación necesaria.

- Tarjeta Sanitaria. Cómo y en dónde obtenerla.
- Puerta de entrada para ser atendido de forma normal y de urgencias.
- Prestaciones básicas establecidas por ley. Material 4I (tablas 10, 11 y 12 existentes en Centrándonos en el Tema que se pueden facilitar a los participantes).
- Libre elección de médico y especialista. Normativa y forma de aplicarla.
- Reintegro de gastos. Tramitación.
- Documentos de derivación entre servicios y niveles asistenciales.

Se sugiere facilitar a los participantes unas breves instrucciones en forma de fichas.

Material 4A

¿Cómo me siento con mi sistema sanitario?

- Expresa tus sentimientos con respecto a las vivencias o experiencias que has tenido cuando has utilizado los servicios sanitarios públicos.

- Aspectos positivos.

- Aspectos negativos.

¿Has percibido alguna diferencia en la atención hacia tu salud ahora, respecto a hace 20 años?

Material 4B

Comparación entre el modelo actual y el anterior

CAMPOS	ANTES	AHORA
Se abarcan más campos de atención a la salud (promoción, prevención, curación, rehabilitación) hacia tu persona.		
Accesibilidad a los servicios. <ul style="list-style-type: none">- Física.- Horaria.- Cultural.- Tiempo.		
Sientes que la atención se hace más de una forma continuada o limitada		
Crees que existe más participación ciudadana en el cuidado de la salud.		
Nivel de coordinación de los profesionales: <ul style="list-style-type: none">- médico y enfermera de atención primaria.- especialistas.- hospital.		
Sobre la aportación económica que haces a la financiación del sistema sanitario		
Nivel técnico de la atención que recibimos.		
La organización de los servicios.		

Material 4C

Opiniones de políticos, gestores y profesionales

EFE.Madrid. 20 Julio 2002

Los españoles demandan un trato más personal entre médico y paciente

Fundación Josep Laporte han llevado a cabo una encuesta en España y otros 8 países de la UE para conocer la opinión de los europeos sobre sus sistemas de salud. En España se constata una preocupación creciente por las listas de espera y sus consecuencias.

Los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud reclaman una atención más personalizada por parte de sus médicos y critican el poco tiempo que el facultativo les dedica.

Este es uno de los resultados más destacados de una encuesta realizada por la Fundación Josep Laporte sobre “El paciente del futuro”, que tiene como objetivo conocer la opinión de los usuarios sobre su sistema de salud.

La encuesta, que se ha efectuado también en otros ocho países europeos, constata una preocupación creciente por las listas de espera y sus consecuencias, aunque en España lo más llamativo es la petición de un trato más personal y mayor y mejor información por parte de los médicos.

La noticia impresa era todavía mas contundente decía literalmente que los pacientes se quejaban del trato impersonal, rutinario y superficial por parte de los médicos, responsabilizando de tal situación a la sobrecarga asistencial que los médicos tienen por un exceso de pacientes y no disponer de tiempo suficiente para atenderlos. Seguía el artículo diciendo que los pacientes valoraban mucho la confianza depositada en “su médico” y creían necesario una mejor comunicación entre médico y paciente.

Según el responsable del estudio, Albert Jovell, en España los servicios de urgencia se convierten en la vía de acceso más rápida para conseguir una asistencia sanitaria. También destaca el hecho de que la medicina alternativa apenas se menciona, algo que si ocurre en otros países europeos.

Preguntas:

- ¿Qué os parece el texto?
- ¿En qué aspectos estáis de acuerdo y en cuáles en desacuerdo?
- ¿Qué otros aspectos añadiríais?

Material 4C BIS

Opinión de un profesional.

ACERCAR NUESTROS HOSPITALES A LA EXCELENCIA

Carlos Ponte Mitelbrun, Vicepresidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos. Asturias 2002.

Desde hace demasiados años los hospitales públicos están expuestos a fuertes tensiones y perplejidades, como expresión de un estado de cosas que oscila entre el prestigio por la solvencia técnica y las críticas más severas a deficiencias muy elementales. Las contradicciones son poderosas y crecientes: estructuras y organización obsoletas; gestión de resultados a corto plazo y de turno partidista; ausencia de cauces democráticos y de consenso profesional... La consecuencia de un modelo anclado en los años 60, que en su día - merced a la creación del MIR, el impulso de las especialidades y la jerarquización de los servicios, entre otras, por entonces, importantes innovaciones - permitió un gran salto adelante de la medicina hospitalaria. Sin embargo, esta arquitectura organizativa, oxidada por múltiples inercias e incapacidades, se ha convertido en un verdadero obstáculo para conseguir una mayor calidad y unos mejores resultados en el trabajo hospitalario. Una situación que no estimula la profesionalidad ni propicia el trabajo en equipo.

Sin duda nuestros hospitales necesitan cambiar, y hasta ahora, las iniciativas de cambio han sido pocas y casi siempre sesgadas en una misma dirección, la de orientar nuestros hospitales hacia la competencia, como si fueran empresas indiferenciadas del sector servicios. Por lo tanto, parece ineludible hacer un replanteamiento del hospital, un esfuerzo sustentado en la convicción del hospital como institución pública, apoyado en un análisis riguroso que incorpore las evidencias disponibles en política hospitalaria, con el propósito y la determinación de reconfigurar los hospitales de agudos en la perspectiva de la excelencia. Una tarea que no admite demora y en la que los profesionales tenemos que tener voz propia.

Reflexionando sobre nuestra actividad.

La primera preocupación es indagar cual es la capacidad, la calidad de producción y los logros de los hospitales. Necesitamos conocer en que medida eligen lo más eficaz, con el mayor beneficio en las condiciones reales de aplicación, mediante el menor coste y con suficiencia ante las demandas potenciales de la población. Esta aproximación nos indicara el nivel o grado de excelencia de nuestros hospitales. Exactamente el mismo proceso que seguimos para evaluar una decisión clínica: la opción por el mejor resultado, dentro de la máxima calidad, con la mayor eficiencia y en un marco de justicia distributiva. Por lo tanto, igual en la práctica clínica que en la evaluación de un recurso sanitario, la excelencia es la referencia necesaria.

Preguntas:

- ¿Qué os parece el texto?
- ¿En qué aspectos estáis de acuerdo y en cuáles en desacuerdo?
- ¿Qué otros aspectos añadiríais?

Material 4D

Grado de satisfacción de nuestro sistema sanitario.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PREGUNTA	PORCENTAJE DE RESPUESTAS
-El sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios.	46,8%
-El sistema necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan.	26,1%
-En general, el sistema funciona bastante bien.	19.2%
-Nuestro sistema está tan mal que necesita rehacerlo completamente.	6.5%
-No sabe.	1.1%

Encuesta de Satisfacción. Octubre 2000

Se pueden utilizar los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud en los apartados que valoran la opinión y grado de satisfacción de la población o de las investigaciones del CIS (Centro de Investigación Sociológica).

Material 4E

Nuestra historia

Aporta un hecho o acontecimiento histórico que conozcas o que hayas oído a los padres o personas mayores y que tenga que ver con el sistema sanitario español.

Material 4E BIS

Características del Sistema Sanitario Español.

Aportar cada uno una característica que conozcáis del sistema sanitario español o que os parezca más importante (por ejemplo que atiende a la enfermedad, que promueve la salud, que es público, que hay hospitales...).

Material 4F

Características sociopolíticas del sistema sanitario español.

Las más interesantes a destacar son:

- El alto valor atribuido a la salud en el ámbito cultural y sociopolítico en nuestro país.
- La finalidad del sistema de salud es la satisfacción de necesidades de toda la población y la resolución de los problemas dirigidos a mejorar el estado de salud de la población.
- La responsabilidad en la garantía del derecho a la protección a la salud, corresponde además de a los ciudadanos, a las Administraciones Públicas del Estado y las Comunidades Autónomas, siendo claves tanto en cuanto a la financiación como en la planificación y provisión de los servicios.
- El valor de la solidaridad, profundamente arraigado en nuestra conciencia colectiva, queda de manifiesto en la hegemonía existente de lo público sobre lo privado en la atención de la salud.
- Es un modelo de atención a la salud integral sobre la base de un abordaje biopsicosocial del individuo, la familia y la comunidad, del desarrollo de actividades preventivas, promotoras, curativas, cuidadoras y rehabilitadoras, así como de la participación activa de los propios ciudadanos en el cuidado de su salud.
- La importancia de la regionalización en la toma de decisiones en los temas de salud.
- La participación del ciudadano tanto en el cuidado de su salud como en la formulación de la política sanitaria, en el control de su ejecución y el funcionamiento de los Servicios de Salud.

Preguntas:

¿Qué os parecen las características definidas?

- ¿Creéis que existe alguna otra? ¿cuál o cuales? Argumentarlas.

Material 4G

Lectura de textos

Artículos de la Ley de Sanidad y de la Constitución

- Artículo 15. Derecho a la vida

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

- Artículo 43. Protección a la salud

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Artículo 3 y 6 de la Ley de Sanidad

LEY GENERAL DE SANIDAD. Principios generales

Artículo 3:

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Artículo 6: Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción del paciente.

Preguntas:

¿Qué os parecen los artículos?

¿Qué aspectos son los más característicos?

¿Qué aspectos os gustan más y cuáles menos?

- Material para leer en grupos y comentar en grupo grande.

Material 4H

Resumen de nuestro Sistema Sanitario

El sistema sanitario español actual es el resultado de una serie de factores socioculturales, sanitarios y políticos que han ido evolucionando a lo largo de nuestra historia y que puede ser considerado como un gran logro social.

En el periodo de un siglo tuvo diversas etapas, la primera de un modelo de beneficencia y liberal con medidas de higiene y salud pública, la segunda de un modelo de seguridad social y la tercera, la actual, de un modelo de sistema nacional de salud.

Características sociopolíticas. Las más interesantes a destacar son:

- El alto valor atribuido a la salud en el ámbito cultural y sociopolítico.
- La finalidad del sistema de salud es la satisfacción de necesidades de toda la población y la resolución de los problemas dirigidos a mejorar el estado de salud de la población. La cobertura es universal.
- La responsabilidad en la garantía del derecho a la protección a la salud, corresponde además de a los ciudadanos, a las Administraciones Públicas del Estado y las Comunidades Autónomas, siendo claves tanto en cuanto a la financiación como en la planificación y provisión de los servicios.
- Es un modelo de atención a la salud integral sobre la base de un abordaje biopsicosocial del individuo la familia y la comunidad, del desarrollo de actividades preventivas, promotoras, curativas, cuidadoras y rehabilitadoras.
- La regionalización en la toma de decisiones. Comunidades Autónomas y áreas de salud.
- La participación del ciudadano tanto en el cuidado de su salud como en la formulación de la política sanitaria y en el control de los Servicios de Salud.

Funciones y componentes del sistema sanitario.

- **Autoridad y Rectoría del Sistema.** La Ley General de Sanidad (LGS), norma básica, concibe al SNS, como el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, coordinados por el Ministerio de Sanidad y Consumo; servicios en los que se integran las distintas redes sanitarias públicas bajo la responsabilidad principal de las Comunidades Autónomas. Por lo tanto hay competencias del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales.

Por otro lado reconoce la asistencia sanitaria privada como complementaria y subsidiaria de la protección pública.

Por lo tanto es un sistema mixto, pero con una marcada hegemonía de lo público.

- **Financiación y aseguramiento.** El sistema sanitario español es de financiación mixta pero fundamentalmente pública. El 99,4% de la población tiene cobertura pública, el 8.9% tenía complementariamente seguro médico privado y el 2% seguro médico concertado por la empresa (año 1999). Todavía el aseguramiento es mayoritariamente público pero se está propiciando la introducción de aseguramientos privados para ciertos sectores y problemas de salud.

La fuente de financiación pública principal es la fiscal con pequeñas aportaciones de contribuciones sociales y las tasas de prestaciones. El gasto sanitario total es el 8% del PNB (año 2000:70% público y 30% privado). La media del gasto total por persona era de 1211 dólares siendo el público de unos 850.

La distribución del gasto público es la siguiente: atención Especializada (54,% del total), gasto farmacéutico (19%), atención Primaria (17,%), inversiones (4%), la docencia-investigación 1,%, y los gastos de administración (3%).

- **Provisión de Servicios.** Las prestaciones del SNS, que son amplias y abarcan las gran mayoría de las necesidades, están establecidas en la LGS y el Real Decreto 63/95 sobre ordenación de prestaciones sanitarias.

La provisión de los servicios se lleva a cabo hegemonícamente por el sector público de los Servicios Regionales de Salud distribuidos en los territorios de las CCAA en base al Área de Salud como el marco geográfico poblacional donde se deben ubicar los recursos y servicios necesarios

para atender de forma integral a la población incluida en ese territorio. Alrededor de un 15% de la asistencia pública se provee por medios privados y concertados.

En 1995 el Ministerio de Sanidad y Consumo tenía contabilizadas 126 Áreas de Salud y 2488 Zonas Básicas de Salud en el conjunto del Estado Español.

Se delimitan dos niveles de atención a la salud a las personas:

- el primario que se lleva a cabo por los Equipos de Atención Primaria en los Centros de Salud. Estos desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica.

- el nivel especializado que se lleva a cabo por los Equipos de Atención Especializada que realizan su labor tanto a nivel extrahospitalario (CEE) como en los Hospitales del SNS. En cada Área de Salud hay al menos un hospital de referencia y uno o varios Centros extrahospitalarios.

En coordinación con los anteriores niveles asistenciales existen las funciones y actividades de salud pública que se desarrollan a través de los servicios específicos.

La gestión del sistema es fundamentalmente pública si bien se están produciendo cambios con la incorporación de nuevas formas de gestión, entre ellas la privada.

Dentro del sistema sanitario español se delimitan los siguientes Servicios de salud: 2356 centros de atención primaria (centros de salud) y 2500 consultorios locales, 183 centros de especialidades extrahospitalarios(CEE), 798 hospitales con 162.000 camas (4 camas por 1000 habitantes), servicios y laboratorios de salud pública, farmacias y centros de alta tecnología.

Existen alrededor de 400.000 empleados en el SNS, de los cuales el 50% es personal sanitario. Hay 4 médicos y enfermeras colegiadas por 1000 habitantes, de los cuales alrededor de 0,6 por 1000 hab. están en atención primaria. La formación “pregrado” del profesional sanitario se realiza en las distintas facultades y escuelas de las Universidades existentes en el Estado Español y la postgrado de los médicos por vía MIR.

En los estudios comparativos de los diferentes Sistemas Sanitarios en el ámbito internacional, **el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Estado Español está considerado como un sistema eficiente, equitativo y de cobertura universal.**

Material 4I

Prestaciones básicas

Utilizar las tablas 10, 11 y 12 sobre Prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud incluidas en el texto de centrándonos en el tema que se pueden distribuir como material para los asistentes.

Actividad 5. Atención Primaria de salud. Centro de Salud

Contribuir a conocer las características del nivel de atención primaria de salud de nuestro país, analizar sus puntos fuertes y débiles con una actitud constructiva y participativa, y adquirir habilidades para su mejor utilización.

Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Qué es la Atención Primaria de Salud. Mediante una tormenta de ideas se pide a los participantes que expongan lo que es la Atención Primaria de Salud y la actividades que se realizan en este nivel (Material 5A) y después el educador /a resume la opinión de todos y complementa con la definición de la OMS en la conferencia de Alma Ata de 1978 (Material 5B) que se puede distribuir para propiciar un análisis de texto en el grupo grande en donde quede claro el peso importante que debe tener este nivel asistencial en el conjunto del sistema. Conviene recordar lo que dicha conferencia significó a nivel internacional en la historia de los sistemas sanitarios.

Qué experiencias tenemos con nuestro Centro de Salud. Se intenta que expresen lo que sienten con respecto a la atención que reciben en el centro de salud mediante la rejilla del Material 5C. Trabajo individual con puesta en común en grupo pequeño para posteriormente verlo en el grupo grande en donde recogemos todas sus opiniones y valoraciones para abordarlas posteriormente.

Cómo es mi centro de salud y el equipo de atención primaria. Se pretende que en pequeños grupos, formados por personas que están atendidas en el mismo centro o cercanos y similares en tipología, identifiquen las partes estructurales de un centro de salud y el personal que trabaja en él y las funciones que realizan (Material 5D). Se hace una puesta en común y el educador o educadora cierra con una breve exposición o lección participada de los aspectos claves no aclarados, para lo que se puede ayudar con lo expuesto en Centrándonos en el Tema y distribuyendo un pequeño folleto explicativo de los que es un centro de salud (Material 5E: contenidos de un folleto del Centro de Salud Campo de la Paloma de Madrid. Se puede utilizar cualquier otro que se tenga) y complementariamente hacer una visita programada al Centro para conocer al personal y los espacios si no se conocen. Esta actividad deberá hacerse siempre que un centro se inaugure o que un grupo de población comience a ser atendida en el centro de salud. Debe facilitarse el encuentro para facilitar el conocimiento mutuo.

Prestaciones de la atención primaria. Se facilita una copia de la tabla 10 de centrándonos en el tema en donde vienen detalladas todas las prestaciones establecidas en el Real Decreto que las aprueba. Se les explica y se abre un espacio para resolver y aclarar dudas.

Analizando y profundizando sobre problemas del Centro de Salud. Con la técnica de los casos o de narraciones de experiencias o reclamaciones se pueden tratar de analizar con mayor profundidad algunos de los problemas más habituales de los centros de salud o concretarse en algún aspecto particular de los entresacados en la rejilla de la primera actividad (Material 5F).

También se puede utilizar la técnica de juego de roles o una dramatización con alguno de los problemas en donde la representación la hacen varios de los participantes siendo el resto observadores de lo que ocurre. Tras la actividad se realiza una puesta en común y el educador o educadora concluye.

Clave: Hay que analizar la importancia o no del problema, los factores que lo favorecen remarcando que cada problema tiene varios: los problemas estructurales generales, organizativos propios del centro y área, personales y de uso de los recursos de los profesionales y de la población, tanto en el ámbito del propio centro, como de otros niveles de decisión, y proponer alternativas de solución y la responsabilidad de las mismas. Todos tenemos parte de responsabilidad.

Habilidades para mejorar el uso del Centro de Salud. Esta actividad está abierta a tratar aspectos concretos que mejoren la utilización del servicio y la satisfacción de la población que acude a nuestro centro. Se explicará brevemente cómo hacerlo y se facilitará que se practique, y para ello debe facilitarse una ficha con un breve instructivo que deberá hacerse para los problemas priorizados (Material 5G).

Propuestas de mejoras Mediante la técnica de grupo de discusión se propone que con un trabajo en pequeños grupos los participantes propongan sugerencias para la mejora del funcionamiento y resultados del centro de salud (Material 5H).

Material 5A

¿Qué es para mí la Atención Primaria?

- Expresa brevemente lo que es para ti la Atención Primaria de Salud.

- Identifica alguno de los recursos y actividades de atención primaria en nuestro país que conoces

Material 5B

Definición de Atención Primaria de Salud

La Conferencia Internacional de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) adoptó la siguiente definición:

La Atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Componentes esenciales:

- educación sobre los principales problemas de salud,
- métodos de prevención y lucha correspondientes,
- promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada,
- abastecimiento de agua potable y saneamiento básico,
- asistencia maternoinfantil con inclusión de la planificación de la familia,
- inmunización contra las principales enfermedades infecciosas,
- prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales,
- tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes,
- suministro de medicamentos esenciales,
- medicina tradicional.

Material 5C

¿Qué significa para mí el Centro de Salud?

Expresar las experiencias y vivencias tenidas en el Centro de Salud:

- Importancia de este nivel en el sistema sanitario para ti:
- Aspectos positivos:
- Aspectos negativos:
- Dificultades:
- Cambios más importantes percibidos entre este centro de salud y en donde era atendida antes (ambulatorio, consultorio de medicina general o local....)

Material 5D

Información de mi Centro de Salud y Equipo de Atención Primaria.

Centro de Salud

- Localización: Dirección y teléfono:
- Edificación (nueva construcción o remodelación):
- Zona básica de influencia con población que atiende:
- Espacios diferenciados: Por plantas, tipos de consultas y áreas comunes:
- Servicios básicos:
 - Unidad de admisión y de administración.
 - Unidad de Atención familiar (UAF: Medico y enfermera).
 - Pediatría.
 - Áreas de curas, urgencias y extracciones.
 - Unidades de apoyo:
 - Trabajo social.
 - Fisioterapia.
 - Atención odontoestomatológica.
 - Matrona.
- Accesibilidad:
 - Mecanismo para inscribirse y ser atendidos.
 - Horario de funcionamiento

Equipo de Atención Primaria

- Número total:
- Tipo de profesionales y trabajadores:
- Funciones que realizan:
- Directivos del equipo: coordinador, responsable de enfermería, jefe de la unidad administrativa.

Material 5E

Modelo de folleto de un Centro de Salud

CENTRO DE SALUD CAMPO DE LA PALOMA
Dirección Gerencia Área 1. Atención Primaria
Insalud. Madrid

Atención Primaria de Salud:

- Primer nivel de asistencia.
- Proximidad geográfica.
- Atención integral, personal y globalizadora.
- Actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, familia y comunidad.

Servicios de los Equipos de Atención Primaria:

Generales

- Consulta de medicina, pediatría y enfermería.
- Atención domiciliaria.
- Atención programada.
- Técnicas de enfermería: análisis, ECG, espirometrías.

En adulto y ancianos

- Consultas generales.
- Programas preventivos y vacunaciones: gripe, tétanos, hepatitis B.
- Programa de atención a crónicos : Hipertensión, diabetes, bronquíticos y otras patologías.
- Atención domiciliaria a paciente inmovilizados/ terminales.
- Educación para la salud

Al niño

- Vacunación infantil.
- Salud bucodental.
- Educación para la salud.
- Pruebas metabólicas a los recién nacidos.
- Controles periódicos hasta los 14 años.
- Programa de salud escolar.

A la mujer

- Educación maternal .
- Anticoncepción oral.
- Visita domiciliaria puerperal.
- Prevención de cáncer ginecológico.

Unidad administrativa

- Información general.
- Cita previa de Atención Primaria.
- Citación especialistas y hospital.
- Citación al hospital.
- Tarjeta sanitaria individual.
- Recepción de reclamaciones.

Unidades de apoyo

- De salud Mental.
- De fisioterapia.
- De trabajo social.
- De preparación al parto.
- De atención odontológica.

Atención urgente

- De lunes a viernes de 8 a 21 horas en CS Campo de la Paloma
- Noches y festivos: Punto atención continuada: CS Federica Montseny. Avda Albufera 285. Teléfono 061

Atención de sábados

- Se realiza atención de 9 a 17 horas en el CS Federica Montseny. Teléfono: 91 3909975

INFORMACIÓN GENERAL

ZONA BÁSICA QUE COMPRENDE CON LAS CALLES ASIGNADAS

COLABORACIÓN VECINAL

CONSEJO DE SALUD

TELÉFONOS DE INTERÉS

Material 5F

Algunos problemas de los Centros de Salud

Historia

1. Dificultades para el acceso telefónico, la entrada en las consultas y las demoras en la atención del centro de salud.
2. El trato recibido y el tipo de comunicación entre población y profesionales. Por ejemplo la información que se nos da, las explicaciones, cómo nos escuchan, el uso del teléfono para resolver problemas.

Se puede también trabajar sobre un caso o utilizar una reclamación o la experiencia propia del grupo sobre otros temas como:

- Sobre listas de espera para ser intervenido de cataratas, prótesis de cadera, hernia inguinal... o ser visto en consulta por los especialistas.
- Sobre el trato recibido y la comunicación entre población y profesionales.
- Sobre el uso de recursos (medicamentos, análisis, radiografías).
- Sobre las instalaciones.

Preguntas:.

- Historia real. Importancia del problema
- Factores que intervienen en el problema o problemas
- Relación entre los factores.
- Alternativas de solución a nivel:
 - personal.
 - de centro.
 - del área.
 - del SNS.

Material 5G

Ficha de problemas

- Accesibilidad al Centro. Geográfica. Horaria. Acceso telefónico.
- Documentación necesaria. Tarjeta Sanitaria.
- Citaciones al Centro de Salud.
- Atención de urgencias, los de “sin cita” y avisos.
- Libro de reclamaciones.
- Documentos de derivación a especialistas.
- Citaciones para especialistas.
- Recetas.
- Historias clínicas.

Material 5H

Propuestas de mejoras

Se propone que en pequeños grupos, y teniendo en cuenta los problemas planteados en actividades anteriores, se hagan propuestas de mejoras sobre:

- Estructura del centro.
- Profesionales del equipo.
- Programas a realizar y evaluación de los mismos.
- Relaciones con atención especializada.
- Trato humano y comunicación.
- Accesibilidad.
- Información.
- Reclamaciones.
- Detección de problemas.
- Otras.

En las propuestas deben de analizarse:

- Metas y objetivos.
- Niveles de responsabilidad para su ejecución.
- La viabilidad de las mismas.
- Acciones a realizar.
- Cronograma.

Actividad 6: Atención Especializada: Centros de Especialidades y Hospitales.

En esta actividad se quiere contribuir a conocer las características del nivel de atención especializada de nuestro país, analizar sus puntos fuertes y débiles con una actitud constructiva y participativa, y adquirir habilidades para su mejor utilización.

Qué es la Atención Especializada. Mediante una tormenta de ideas se pide a los participantes que digan lo que es para ellos la Atención Especializada y las actividades que se realizan en este nivel (Material A), y después el educador/a resume la opinión de todos y complementa los aspectos no aclarados. A través del análisis de las definiciones (Material 5B) se debe hablar de los Centros de Especialidades Extrahospitalarios, de los hospitales y de los Servicios de Urgencias (ver Centrándonos en el Tema) señalando el papel que tiene en el proceso de atención a la salud.

Qué experiencias tenemos con nuestro Centro de Especialidades Extrahospitalarias y Hospital. Se intenta que expresen lo que sienten con respecto a la atención que reciben en el centro de especialidades (antiguos ambulatorios) y/o en el hospital mediante una rejilla (Materiales 6C, 6D y 6D bis). Trabajo individual con puesta en común en grupo pequeño para posteriormente verterlo en el grupo grande en donde se recogen y sistematizan todas las aportaciones.

Cómo son los centros de especialidades y los hospitales. Mediante una breve lección y utilizando el material de centrándonos en el tema se explica brevemente lo que son estos recursos, personal que trabaja en ellos, qué tipo de actividades realizan, características de su organización interna y lugar que ocupan en el área sanitaria y en el conjunto del sistema sanitario. Remarcar que son recursos muy costosos, que se utilizan con una frecuencia menor que atención primaria y abordan otras fases de los problemas de salud, y que deben funcionar coordinadamente con los centros de salud. Se puede facilitar como material los datos globales de recursos existentes del texto o sobre datos concretos que se tengan del área de salud correspondiente.

Prestaciones de la atención especializada. Se debe facilitar a todos los participantes la tabla 11 de Prestaciones Sanitarias del Sistema Sanitario sobre atención especializada que aparece en el texto de centrándonos en el tema, y se les explica las prestaciones definidas en el Real Decreto. Se aclaran dudas mediante un coloquio.

Analizando y profundizando sobre problemas del nivel de atención especializada. Con la técnica de los casos o de narraciones de experiencias o reclamaciones se pueden tratar de analizar con mayor profundidad algunos de los problemas más habituales de los Centros de Atención Especializada y Hospitales, o concretarse en algún aspecto particular de los entresacados en la rejilla de la primera actividad (Material 6E, F y F bis). También se puede utilizar la técnica de juego de roles o una dramatización con alguno de los problemas en donde la representación la hacen varios de los participantes, siendo el resto observadores de lo que ocurre. Tras la actividad se realiza una puesta en común y el educador/a concluye.

Clave: Hay que analizar la importancia o no del problema, los factores que lo favorecen, remarcando que cada problema tiene varios: los problemas estructurales generales, organizativos propios del centro y Área, personales y de uso de los recursos de los profesionales y de la población, tanto en el ámbito del propio centro como de otros niveles de decisión, y proponer alternativas de solución así como la responsabilidad de las mismas. Todos tenemos parte de responsabilidad.

Habilidades para mejorar la utilización del centro de especialidades, hospital y urgencias. Esta actividad está abierta a tratar aspectos concretos que mejoren la utilización del servicio y la satisfacción de la población. Se explicará brevemente cómo hacerlo y se facilitará que se practique (Material 6G).

Propuestas de mejora. Mediante la discusión en grupo se propone que con un trabajo en pequeños grupos, los participantes propongan sugerencias para la mejora del funcionamiento y resultados de los Centros de Atención Especializada (Material 6H).

Material 6A

Qué es para mí la Atención Especializada

Expresa brevemente lo que es para ti la Atención Especializada.

Identifica alguno de los recursos de Atención Especializada en nuestro país, que conozcas.

Material 6B

Algunas definiciones

Definiciones:

- **Centros de Especialidades Extrahospitalarias (CEE).** *Son las estructuras físicas para los servicios de atención especializada extrahospitalaria del SNS.*

Tienen una importante tradición en la atención del Sistema de Seguridad Social. Constan de locales para consulta, curas y realización de medios diagnósticos como análisis, electrocardiograma o electroencefalogramas, estudios radiológicos, endoscopias y rehabilitación. En estos centros desarrollan su actividad, personal médico especializado y enfermería, además de personal administrativo y celadores que dependen de las Gerencias de Atención Especializada de cada Área de Salud.

En ocasiones, este tipo de centros desarrollan actividades monográficas especializadas como las de Salud Mental o de Planificación Familiar.

- **Hospital.** Existen diversas definiciones de hospital, en España está considerado como tal todo aquel establecimiento que tenga como finalidad principal la prestación de asistencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los enfermos ingresados en el mismo, aunque normalmente presten atención ambulatoria y urgente.

Son estructuras altamente complejas y arquitectónicamente especializadas de un alto coste, tanto en su construcción como en su mantenimiento y funcionamiento. En ellas existen áreas diferenciadas de hospitalización especializada: consultas externas, urgencias, servicios centrales de medios diagnósticos y terapéuticos, rehabilitación, alta tecnología, servicios de mantenimiento, cocinas lavandería, almacenes, archivos, biblioteca y docencia, áreas de admisión, administración y dirección.

- **Centros Coordinadores de Urgencias.** Son estructuras de coordinación de la atención de urgencias de amplios territorios, como pueda ser una CCAA o un Área de Salud que constan de un sistema de telecomunicación y de transporte sanitario con ambulancias básicas o UVI móviles y van dotadas de personal sanitario y no sanitario. Se mantienen en relación con los centros de salud y los hospitales.

Material 6C

Mi experiencia en un centro de especialidades extrahospitalario

Expresa las experiencias y vivencias tenidas en el centro de especialidades:

- Aspectos positivos.

- Aspectos negativos.

- Dificultades.

- Cambios más importantes percibidos entre este centro y en donde te atendían antes (ambulatorio, hospital....).

Material 6D

Vivencia ocurrida en un Hospital

Expresar las experiencias y vivencias ocurridas en el hospital (consultas externas y hospitalización:

- Aspectos positivos.

- Aspectos negativos.

- Dificultades.

- Cambios más importantes percibidos entre este centro y en donde te atendían antes (ambulatorio, hospital....).

Material 6D BIS

Vivencia ocurrida en el servicio de urgencias del hospital

Expresar las experiencias y vivencias ocurridas en el servicio de urgencias del hospital:

- Aspectos positivos.
- Aspectos negativos.
- Dificultades.
- Cambios más importantes percibidos en los últimos años.

Material 6E

Problemas de los centros de especialidades

Historia, reclamación o experiencia de los participantes:

- Sobre las listas de espera en la atención.
- Sobre el trato recibido y la comunicación entre población y profesionales.
- Sobre las relaciones entre el nivel primario y especializado.

Preguntas:

- Historia real. Importancia y frecuencia del problema.
- Factores que intervienen en el problema o problemas.
- Relación entre los factores.
- Alternativas de solución en el ámbito personal, del centro y del Área o SNS.

Material 6F

Problemas de los hospitales

Historia, reclamación o experiencia de los participantes:

- Sobre la atención y trato recibido, y la hospedería.
- Sobre la calidad técnica.
- Sobre la información y la comunicación entre población y profesionales.

Preguntas:

- Historia real. Importancia y frecuencia del problema.
- Factores que intervienen en el problema o problemas.
- Relación entre los factores.
- Alternativas de solución: en el ámbito personal, del centro y del Área o SNS.

Material 6F BIS

Problemas de las urgencias

Historia, reclamación o experiencia de los participantes:

- Sobre la atención y trato recibido.
- Sobre la calidad técnica.
- Sobre la información y la comunicación entre población y profesionales.
- Sobre la masificación y el uso de las urgencias.

Preguntas:

- Historia real. Importancia y frecuencia del problema.
- Factores que intervienen en el problema o problemas.
- Relación entre los factores.
- Alternativas de solución: en el ámbito personal, del centro y del Área o SNS.

Material 6G

Ficha informativa

Se trata de confeccionar una ficha donde aparezcan los siguientes aspectos:

- Accesibilidad al centro. Unidades de admisión. Acceso telefónico y físico.
- Consultas externas.
- Hospitalización.
- Hospitalización a domicilio.
- Documentación necesaria. Tarjeta Sanitaria.
- Citaciones desde Atención Primaria y Atención Especializada.
- Libro de reclamaciones.
- Documentos de derivación a especialistas y hospitales.
- Recetas. Responsabilidades. Uso hospitalario. Visado Inspección.
- Historias clínicas.
- Informes de alta.
- Alta voluntaria.
- Consentimiento informado.

Material 6H

Propuestas de mejora para el sistema

Se propone que en pequeños grupos, y teniendo en cuenta los problemas planteados en actividades anteriores, se hagan propuestas de mejora sobre:

- Estructura de los servicios.
- Servicios de hospitalización.
- Profesionales.
- Listas de espera.
- Programas a realizar.
- Relaciones con primaria y otros especialistas.
- Trato humano y comunicación.
- Información.
- Otras.

Propuestas que deben analizarse:

- Metas y objetivos.
- Niveles de responsabilidad para su ejecución.
- La viabilidad de las mismas.
- Acciones a realizar.
- Cronograma.

Actividad 7. Las reformas sanitarias

En esta actividad se pretende conocer y analizar lo que es una reforma, los factores que la promueven y las distintas propuestas de reformas, promover una actitud positiva, reflexiva y crítica hacia el sistema público y adquirir habilidades para su defensa y mejora.

Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas.

Cómo funciona nuestro sistema sanitario. Facilitar que los participantes expresen primero en pequeños grupos y luego en el grupo grande sus vivencias y experiencias y valoraciones sobre nuestro sistema sanitario mediante la rejilla del Material 7A ó 7A bis. Interesa obtener la mayor información posible de lo que piensan de los distintos aspectos del sistema.

¿Es necesaria la reforma de nuestro sistema sanitario actual? Se plantea reflexionar y analizar la necesidad de reformas o cambios de nuestro sistema sanitario, de dónde parten y a qué responden las políticas de reforma que se están planteando actualmente en Europa y en España. Este tema se puede trabajar con el Material 7B y 7C.

Con el Material 7B, se sugiere abrir un debate entre lo público y lo privado. En dos grupos, uno prepara la defensa de lo público y sus razones y otro grupo defiende las razones del sector privado. Dos personas de cada grupo intervendrán en una mesa redonda, siendo el educador/a el moderador de la discusión. Se contemplará al final del debate un resumen donde se establezcan las diferencias entre ambos sectores.

Con el Material 7C, se analizan textos: sobre opiniones y valoraciones de expertos se identifican las razones para unos y otros sobre la situación actual de los sistemas sanitarios y sus alternativas de futuro. Este análisis se realizará por grupos, posteriormente se realizará una puesta en común, donde un representante de cada grupo expresará la opinión del grupo. Al final se realizará una síntesis de las opiniones expuestas.

Claves: Remarcar que todo sistema sanitario necesita cambios incrementales para adecuarse a las necesidades y demandas cambiantes, pero diferenciarlo de las reformas que buscan modificaciones sustanciales en los objetivos del sistema. Analizar los factores que intervienen en las necesidades de la reforma (ver Centrando el Tema).

Conviene dejar claro la diferencia entre el Sistema Nacional de Salud actual y los cambios de política sanitaria que se proponen.

Reforzar e insistir en los aspectos de conflictos de intereses entre demandas y necesidades crecientes y la limitación de los recursos, en la oferta de los servicios públicos y privados, en el mercado.

Sobre las reformas propuestas en el Estado Español. Breve exposición mediante una lección participada de los aspectos más significativos según se exponen en centrándonos en el tema. Los aspectos más importantes tienen que ver con la gestión privada de los servicios públicos, las nuevas formas de gestión, la libre elección de médico y hospital, el servicio público o privado.

Visiones contrapuestas. Se puede trabajar analizando textos o documentos informativos en donde se aprecien las diferentes visiones existentes. El Material 7D son tres folletos diferentes, el del Insalud, el de la coordinadora de sanidad de Vallecas, movimiento social de barrio, y el de la Asociación de Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), organización profesional, que fueron divulgados cuando la administración aprobó el Plan Estratégico del Insalud (ver Centrándonos en el Tema).

Clave: es interesante hacer ver que existen posiciones enfrentadas o visiones contrapuestas ante las propuestas de cambio motivadas por ideologías diferentes que generan problemas. Profundizar sobre las diferencias existentes.

Propuestas de mejoras del Sistema Sanitario. Se propone mediante un trabajo grupal en dos sesiones. En la primera se abre un debate en donde todos los participantes deben de dar su opinión y dibujen el escenario de cómo puede quedar nuestro sistema sanitario con una perspectiva de futuro si siguen las tendencias actuales con el Material 7E. Al finalizar se pone en común.

En un segundo tiempo, cada participante aporta de 3 a 5 propuestas o sugerencias por donde

deberían ir las reformas del sistema sanitario, para conseguir fortalecerlo y satisfacer nuestras expectativas. Se debe finalizar resumiendo y agrupando las propuestas que han obtenido más apoyo, contrastando las opiniones mediante un coloquio o mesa redonda en donde se analizan los pro y los contra de las distintas propuestas. Pensamos que es interesante analizar las diferencias que puede haber entre la opinión, y soluciones que pueden dar los políticos y gestores del sistema sanitario, así como los participantes en el taller.

Material 7 A

Funcionamiento del Sistema Sanitario Español

Expresa tus valoraciones de cómo funciona el sistema sanitario español actual:

- Aspectos positivos:

- Aspectos negativos:

- Dificultades:

- En qué hemos mejorado:

- En qué se ha empeorado:

Material 7A Bis

Funcionamiento del Sistema Sanitario Español

Expresa tus valoraciones de cómo funciona el sistema sanitario español actual en los siguientes aspectos:

- Trato personal.

- Calidad técnica.

- Relaciones entre los servicios y niveles asistenciales.

- Prestaciones asistenciales: qué falta y que sobra.

- Atención Primaria.

- Atención Especializada.

- Atención de urgencias.

Material 7B

Debate entre lo público y lo privado

Guiones de trabajo:

SISTEMA PÚBLICO	SISTEMA MIXTO - PRIVADO
<ul style="list-style-type: none"> El Derecho a la salud constituye un derecho social básico de la persona. De ahí la necesidad de tener que ser tutelado y garantizado por el Estado y sus Instituciones, de forma tal que se posibilite la mayor igualdad, tanto en los niveles de salud, como en el acceso a los servicios sanitarios. La asistencia sanitaria es un bien social, en el cual la provisión de servicios a cada individuo es también valiosa para la comunidad en su conjunto. Por tanto, los servicios sanitarios deben tener una financiación, provisión y gestión pública Financiación pública a cargo de los Presupuestos Generales del Estado y de cobertura universal. La participación ciudadana se asociaría más a tomar en cuenta los puntos de vista de los ciudadanos, mediante una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, lo que supondría una democratización de los servicios sanitarios, y aumento en la rendición de cuentas de la propia profesión médica y del Estado. Descentralización política y administrativa en la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> La salud debe ser más un bien privado que no un asunto de interés público. La enfermedad es fundamentalmente el resultado de la responsabilidad individual. Los incentivos de mercado se basan por naturaleza en asumir que todo servicio es una mercancía susceptible de ser vendida en un mercado abierto. Los mecanismos de mercado obtienen mejores resultados que los públicos, a favor de una mejor eficiencia y calidad de la gestión de las Instituciones asistenciales. Recorte del gasto público y aumento de la participación individual, ya sea mediante tasas, cuotas, seguros médicos... La participación ciudadana se asocia más a la preocupación por hacer que cada individuo pueda escoger. Entronca con la soberanía del consumidor y la importancia de que el Sistema se ajuste a las demandas individuales de los usuarios. Sustituir a la autoridad pública en la toma de decisiones por sociedades privadas para mejorar la eficiencia en la gestión de las Instituciones.
<p>VENTAJAS:</p> <p>1º Equidad: los modelos públicos son los únicos capaces de asegurar un mínimo de equidad en las prestaciones sanitarias y en el acceso a las mismas. Los privados generan mayores discriminaciones según el nivel socioeconómico.</p> <p>2º Calidad: los modelos públicos aseguran la calidad de las prestaciones por encima del coste de las mismas, mientras que el mercado tiende a disminuir las prestaciones para abaratar costes.</p> <p>3º Universalidad: sólo un modelo público es capaz de adecuar los recursos existentes a las necesidades de los ciudadanos.</p> <p>4º Los gastos administrativos y de gestión son mucho más elevados en los sistemas mixtos o privados.</p> <p>5º Los sistemas públicos permiten intervenciones profesionales más independientes, ya que no están tan sometidas a los intereses económicos.</p>	<p>VENTAJAS:</p> <p>1º Los mecanismos de Mercado obtienen mejores resultados que los públicos, a favor de mayor eficiencia y calidad en la gestión de las Instituciones sanitarias.</p> <p>2º La participación del usuario es más real al aumentar su capacidad de elección.</p> <p>3º Los Centros sanitarios que hagan bien su trabajo, atraerán a más gente y obtendrán mayores ingresos. El objetivo es un sistema donde el dinero fluya allí donde se realiza el trabajo de mejor calidad.</p> <p>4º Se garantiza el mejor rendimiento del dinero de los contribuyentes.</p> <p>5º Mayor motivación de los profesionales con mecanismo de competencia.</p>

Material 7C

El Estado facilitador.

Francesc Hernández (Doctor en C. Económicas) El País, 10 de enero 1999.

Analizando textos:

El Estado de bienestar, paradigma de paz social y de prosperidad genuinamente europea, se tambalea por los enormes gastos que significa la redistribución de la renta vía los Presupuestos Generales del Estado. El papá Estado se ha visto obligado a hacerse cargo de todo lo que estuviera en crisis y a satisfacer una gran cantidad de servicios públicos como contrapartida al pacto entre los agentes sociales. Pero esta filosofía tiene un freno, que es el de la carga impositiva que está dispuesta a asumir una sociedad para garantizar el mantenimiento de un gasto público por encima de sus posibilidades mediante el recurso del endeudamiento.

La disciplina presupuestaria a la que obliga la UE y la globalización de la economía han conseguido dos cosas en esta etapa de bonanza económica: primera, la virtualidad de contener el gasto público sin superar un tope que podría perjudicar las otras economías europeas interconectadas, y segunda, la necesidad de producir a costes lo más bajos posibles, dada la competencia de países terceros que no se ajustan a la lógica de los parámetros occidentales.

En este contexto, la trama industrial del Estado, llámese INI o SEPI, empieza a tener un valor anacrónico, ya que lo que ha de hacer el Estado es garantizar que las empresas privadas puedan actuar en un marco abierto, estable y facilitarse la labor de crear riqueza y puestos de trabajo. Este Estado facilitador es el que inicia en toda Europa el proceso de las privatizaciones de los grandes monopolios y empresas públicas con dos objetivos básicos: primero, reducir la nómina de los funcionarios públicos a su cargo, y segundo, y no por ello menos importante, rebajar la carga de deuda pública mediante la venta de activos que tenían un atractivo inversor para los particulares.

La apuesta de los líderes políticos ha tenido una doble virtualidad. En primer lugar, desprenderse de las empresas públicas, y en segundo lugar, buscar nuevas fórmulas de gestión de los servicios públicos.

.....

La coexistencia de lo público y de lo privado en la satisfacción de las necesidades sociales (sanidad, educación..) es una realidad tan arraigada que lo que nos hemos de preguntar es cuál de los dos modelos es mejor, más barato y socialmente más útil. En otras palabras, la filosofía de la empresa privada es producir para obtener beneficios y, cada vez más, producir con calidad para mantener satisfecho al cliente.

Aplicar esta filosofía al sector público no significa que se esté privatizando el servicio que se ofrece. En el futuro creo que se está dibujando un panorama en el que se ampliará considerablemente la tendencia hacia la gestión privada de lo público en toda su extensión.

Reflexión:

- ¿Qué os parece el texto?
- ¿En qué aspectos estáis de acuerdo?
- ¿En cuáles discrepáis y por qué?

Material 7C BIS

Garantía de equidad y calidad

Marciano Sánchez Bayle. FADSP. El País, 10 de enero 1999.

Se propugna la gestión privada en la provisión de los servicios públicos utilizando tres argumentos: la competencia favorecería una mejor asignación de recursos, la gestión privada permitiría una mayor eficiencia, y se acabaría con las elites funcionariales.

.....

Existen razones de peso para propugnar una gestión pública de los servicios básicos:

1.- La protección de los derechos fundamentales. La salud, la educación, etc. están reconocidas tanto por la Declaración de los Derechos Humanos como por la Constitución Española. Se trata de derechos de todos los ciudadanos, sin excepción, que precisan de protección efectiva, en todos los casos, y en todo el territorio del Estado, y son los poderes públicos los que tiene que garantizarlos.

2.- La equidad y la solidaridad. Los servicios públicos suponen un esfuerzo solidario de todos, los más sanos con los más enfermos, los que tienen mayores ingresos con los más desfavorecidos. Son un pilar básico de la cohesión social. Si finalidad es responder a las necesidades de los individuos, para que todos reciban las atenciones que precisen, sin tener en cuenta su raza, su nivel socioeconómico o su ubicación geográfica. Este principio se quiebra cuando aparecen intereses empresariales que buscan la ganancia y no la equidad.

3.- La calidad del servicio. Sólo los servicios públicos permiten asegurar una elevada calidad, sobre todo en aquellos en que la calidad aparece como "intangible", difícil de percibir para los ciudadanos. La red pública opta por la calidad, que es costosa, y la privada, más bien por la hostelería. Cuando hay complicaciones importantes, los enfermos son derivados al sector público que soluciona los problemas. Esta práctica produce una transferencia económica de lo público a lo privado, ya que éste se especializa en lo rentable y lo público corre con las pérdidas. Pero ¿qué pasará cuando se impongan los criterios privados en toda la red sanitaria?. La autonomía profesional, fundamentalmente para que cada enfermo reciba las atenciones que precise, choca con los criterios de ahorro y control del gasto de los gerentes, como se ha comprobado en EEUU o Gran Bretaña.

4.- La privatización de la gestión lleva a la privatización de los servicios públicos. Cada sistema tiene su propia lógica. La gestión privada propone introducir la lógica del mercado y la competencia, la mercantilización de los derechos básicos, que dejan de serlo y se convierten en capacidad de compra.....

5.- La gestión privada acaba con los sistemas de participación y control.....

Señalar que la gestión de los servicios públicos es consustancial con su propia esencia y finalidad, no quiere decir que todo deba seguir igual y que no sean susceptibles de mejora. Los servicios públicos deben transformarse continuamente, pues las necesidades sociales que atienden también están en cambio permanente, y existen mecanismos para ello, pero siempre dentro del ámbito de solidaridad y atención de calidad a las necesidades de la población que son su razón de ser.

Reflexión:

- ¿Qué os parece el texto?
- ¿En qué aspectos estáis de acuerdo?
- ¿En cuáles discrepáis y por qué?

Material 7D

Trípticos sobre las Fundaciones o sobre el Plan Estratégico

Análisis de textos de las diferentes visiones .

FADSP o de la Coordinadora de Sanidad de Vallecas. Insalud.

**DE TODOS
Y PARA TODOS.**

El Plan Estratégico del INSALUD se ha realizado para que todo el mundo, tanto profesionales como directivos y ciudadanos, conozcan hacia dónde vamos y cómo debemos avanzar para la consecución de los objetivos de mejora del INSALUD.



INSALUD
Calle Alcalá, 56. 28014 Madrid
OFICINA DE INFORMACIÓN
Tel.: 91 - 338 00 07

**PLAN ESTRATEGICO
DEL INSALUD.**

Es el documento del Instituto Nacional de Salud que define sus líneas de actuación para los próximos cuatro años.

Por un lado, el Plan Estratégico recoge los cambios necesarios para incrementar la satisfacción del paciente a través de:

- La mejora continua de la calidad asistencial.
- La progresiva elección de centros y facultativos.
- El inicio de una participación eficaz y responsable del ciudadano en la sanidad.

Por otro lado, el Plan presenta las medidas que posibilitan mejorar la organización de los centros sanitarios, permitiendo pasar de un modelo rígido y burocrático a otro más flexible y ágil para:

- Adecuar los recursos disponibles a los cambios continuos que demanda nuestra sociedad.
- Incrementar la motivación y participación de los profesionales en todas las decisiones de los centros sanitarios.

Todo ello sin abandonar el carácter público y sin renunciar al principio básico de equidad y garantía en la cobertura de las prestaciones.

UN PLAN CON MUCHO CONTENIDO.

El Plan Estratégico plantea introducir cierto grado de **COMPETENCIA** dentro del marco sanitario, para ganar eficiencia y mejorar la capacidad de elección del paciente.

Para conseguir esta competencia se procederá a la separación de las funciones de compra (Administración) y provisión (Centros Sanitarios) y asimismo, en las relaciones que se establezcan entre los compradores y los proveedores de servicios sanitarios, se incluirá todo un sistema de incentivos.

La competencia entre proveedores se logrará mediante LA **AUTONOMÍA DE GESTIÓN DE LOS PROPIOS CENTROS**. Los centros asistenciales podrán gestionar y administrar sus recursos, pudiendo aplicar sus propios criterios para adaptar la organización del centro a sus propias características y a las necesidades de la población. Esta mayor libertad organizativa conllevará la mejora de la calidad asistencial y la estimulación profesional.

Esta autonomía de gestión se alcanzará tras el paso previo del centro sanitario por un **PROCESO DE HOMOLOGACIÓN** que analice la situación organizativa, funcional y técnica del centro y por tanto, permita tomar la decisión de autonomía con plena garantía y seguridad.

El Plan propugna la **IMPLICACIÓN, MOTIVACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES** en la gestión de los centros sanitarios. Para ello se introducen mecanismos de incentivación vinculados a la obtención de resultados y se desarrolla una política de recursos humanos coherente con la autonomía de gestión de las instituciones sanitarias, respetando, en todo caso, la idiosincrasia de cada centro y la permanencia de los derechos adquiridos de sus profesionales.

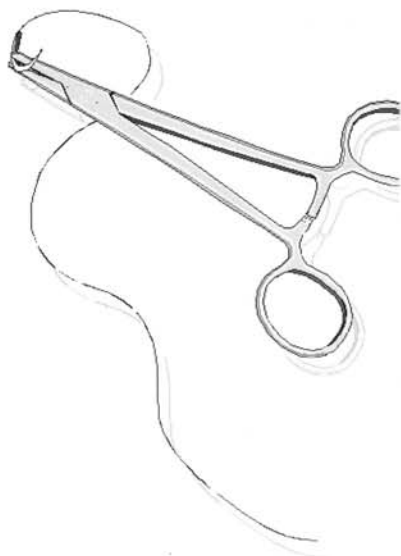
En este sentido, se plantea una flexibilización del modelo estatutario actual, de forma gradual y pactada con las organizaciones sindicales, en la que se establezca entre otras innovaciones:

- Una vinculación más directa del personal a su centro.
- Un sistema que otorga la competencia para la contratación de su personal.
- En las Instituciones de nueva creación, con personalidad jurídica propia, se dará la opción voluntaria al personal estatutario de integrarse en el régimen laboral (con derecho a reserva de puesto de trabajo estatutario durante un plazo de tres años).

EL NEGOCIO DE UNOS POCOS CON LA SALUD DE TODOS

En resumen, el Plan Estratégico que plantea el INSALUD está hecho para que unos pocos hagan negocio con la salud de todos.

Por eso es importante tu movilización, porque defendemos un Sistema Sanitario Público, de calidad, con integración de niveles, y con participación eficaz de profesionales y usuarios.



La sanidad pública está en peligro

TODOS SOMOS NECESARIOS
PARA SU DEFENSA



FEDERACION DE ASOCIACIONES
PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA

C/ Loeches, 6. Bajo D. 28008 Madrid
Tel.: 559 62 11 • 541 18 91. Fax: 541 37 76

PLAN ESTRATEGICO DEL INSALUD

PRIVATIZANDO LO QUE ES DE TODOS



FEDERACION DE ASOCIACIONES
PARA LA DEFENSA
DE LA SANIDAD PUBLICA

PLAN ESTRATEGICO DEL INSALUD.

El INSALUD ha realizado un folleto propagandístico autotitulado «Mejorando lo que es de todos» que, en teoría, pretende dar información sobre los planes del Gobierno para la red sanitaria pública. No obstante, este folleto de título demagógico carece de información al respecto, y confunde a esta con lo que es pura y simple propaganda, demostrando un gran desprecio hacia la capacidad intelectual de los profesionales de la Sanidad Pública y hacia la población.

LOS VERDADEROS OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATEGICO DEL INSALUD.

El Plan Estratégico del INSALUD es un instrumento que tiene tres objetivos fundamentales:

- Fragmentar el sistema sanitario público para favorecer su posterior privatización.
- Introducir un sistema de competencia entre centros que ha fracasado en Gran Bretaña, y que rompe totalmente con la integración e integralidad de la atención sanitaria.
- Poner en marcha lo que los actuales responsables del INSALUD llaman un «modelo flexible», y que supone el empeoramiento de las condiciones de trabajo de los profesionales del sector, y la limitación de las prestaciones asistenciales a aquellas que se consideran «rentables».

SU CONTENIDO ES DESREGULADOR Y PRIVATIZADOR

El Plan Estratégico quiere instaurar la COMPETENCIA entre los centros sanitarios, pero se nos oculta cuales son los resultados que ésta ha producido en otros países.

- La introducción de la competencia en el sistema sanitario, acaba primero con la colaboración y cooperación que debe existir entre los distintos centros y niveles de la Sanidad Pública, y luego con el trabajo en equipo, sustituyéndolo por actuaciones individuales.
- La competencia también supondrá la consecución de más recursos para aquellos centros que sean capaces de atraer más pacientes y de patologías más «rentables», con lo que se disminuirá los recursos de los centros con menor capacidad de atracción y en las zonas geográficas menos pobladas. Paralelamente se favorecerá la «selección de riesgos» que se concretará en la desatención de aquellos problemas de salud que son más costosos.
- La investigación, la docencia y las labores de prevención y promoción se verán postergadas en aras a lo meramente asistencial, porque la visión economicista de los responsables del INSALUD no es capaz de comprender la importancia y la imbricación de todas ellas para el avance y el mantenimiento de la calidad asistencial.

- La autonomía de los centros solo pretende la fragmentación de la red pública (que primero puede ser por centros, pero que acabará en servicios y unidades) con lo que se facilitará la presencia de los intereses del sector privado y su posterior privatización.

Cuando se habla de motivación y participación, tenemos que saber que en realidad se trata de:

- La desaparición de los pocos mecanismos de participación y control hasta ahora existentes (Juntas Técnico-Asistenciales, Comisiones de Participación, etc.), como ha sucedido en Alcorcón y Manacor.
- Se pretende vincular la mayoría de la retribución a conceptos variables en razón de objetivos impuestos por las gerencias.
- La pretendida flexibilidad significa en realidad:
 - Una disminución drástica de las plantillas.
 - Empeoramiento de las condiciones de trabajo (horario, etc.) y aumento de la precariedad laboral.
 - Sistemas de selección «viciados» en los que contará cada vez más el enchufe y el amiguismo.
 - Imposibilidad de traslados entre centros al ser estos empresas independientes.

Material 7E

Escenario de futuro de nuestro sistema sanitario

Primera parte:

- Aspectos positivos, ventajas o mejoras posibles.
- Aspectos negativos, deterioros esperables o desventajas.

Segunda parte:

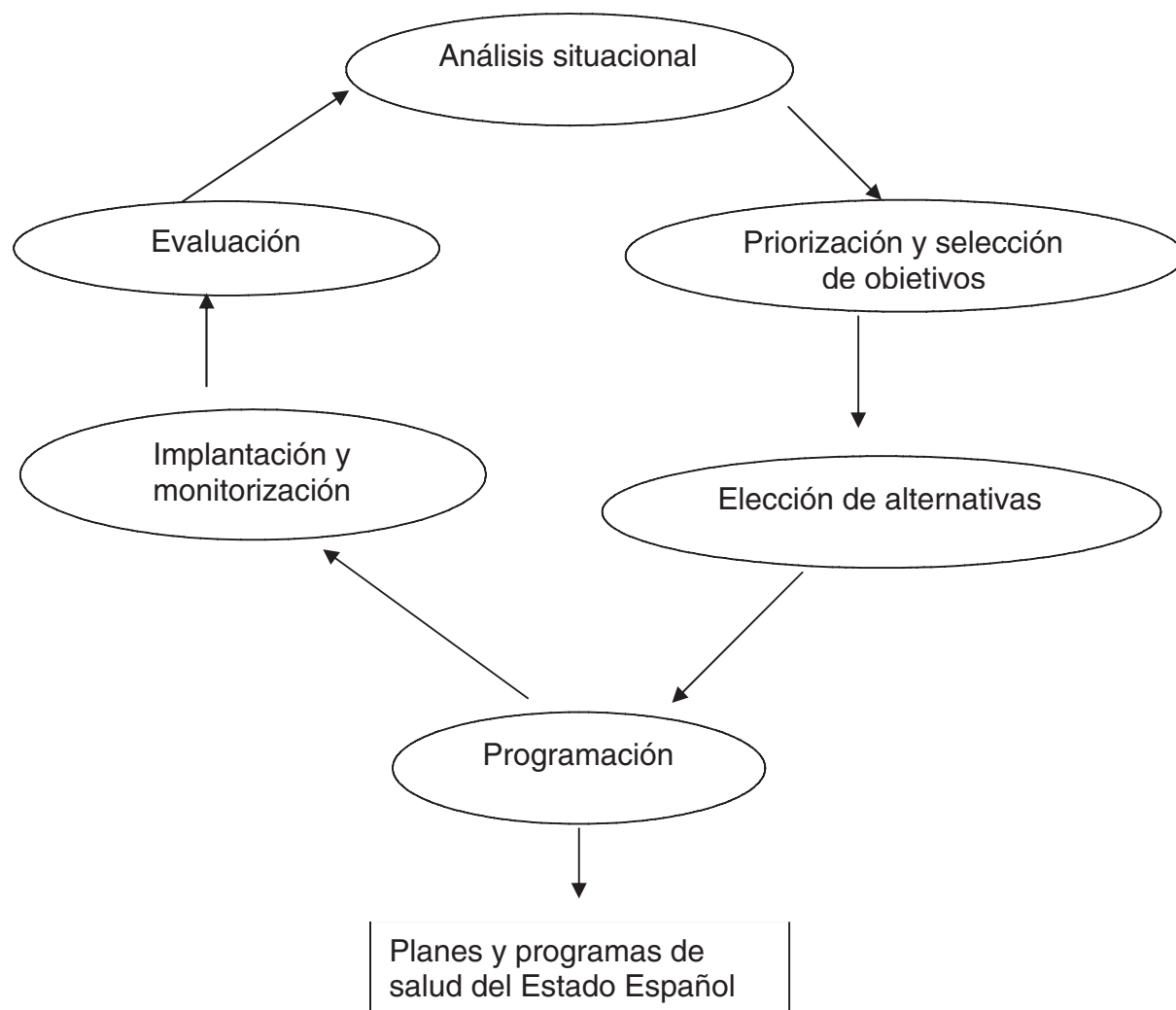
- Propuestas y alternativas.
- Cada participante debe aportar de 3 a 5 ideas.

**CENTRO DE INTERÉS 6:
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE SALUD**

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 6: PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE SALUD

6.1 Centrándonos en el tema	438
Concepto general de planificación	439
Etapas:	439
Análisis de situación	440
Determinación de prioridades	442
Elaboración y desarrollo del programa	442
Planes y programas de salud en España	444
Concepto e importancia de la evaluación	446
Algunas lecturas	448
6.2 Diseñando el programa	449
6.2.1 Objetivos y contenidos	449
Objetivo general	449
Contenidos	449
Hechos, conceptos y principios	449
Actitudes, valores y normas	449
Procedimientos	449
6.2.2 Menú de actividades	450
Proceso de secuenciación de las actividades	450
Actividad 1. Planificar y sus etapas	451
Material 1A: ¿Qué entiendo por planificar?	453
Material 1B: ¿Qué entiendo por programar?	454
Material 1C: Juego de programar	455
Material 1D: Objetivos de salud en el siglo XXI	456
Material 1E: La rayuela de la planificación y sus variantes	457
Material 1F: Planificar su propio ocio	458
Actividad 2. Análisis de situación y priorizar	459
Material 2A: Problemas detectados	461
Material 2B: Árbol de causalidad	462
Material 2C: Barómetros de valores	463
Material 2D: Para qué me sirve la información	464
Material 2E: Decisiones en políticas de salud	465
Material 2F: Priorizar qué hacer con un dinero ahorrado	466
Material 2G: Necesidad de priorización	467
Material 2H: Priorización en grupo	468
Actividad 3. Desarrollo de un programa de salud.	469
Material 3 A: Programa una lista de compra	470
Material 3B: Programas que conozco	471
Material 3C: ¿Qué opino de los programas que conozco?	472
Material 3D: ¿Cómo puedo realizar un programa de salud?	473
Material 3E: A modo de ejemplo de un programa	474
Actividad 4. Evaluación	475
Material 4A: ¿Qué entiendo por evaluar?	476
Material 4B: Tiro al blanco	477
Material 4C: ¡Evaluemos!	478

6.1.- Centrándonos en el tema.



Concepto general de planificación

Planificar es algo consustancial al ser humano. Habitualmente cuando nos planteamos hacer algo importante y que deseamos que salga bien, al principio dedicamos un tiempo a valorar lo que vale la pena y cómo llevar adelante nuestro proyecto. Esto, que es importante para cualquier actividad, también puede aplicarse a todo lo que tiene que ver con la salud. El objetivo final será siempre hacer lo que realmente se debía hacer, de la mejor manera posible, y con el mejor empleo de los recursos disponibles. Una sociedad debe poder y saber decidir cómo emplear sus limitados recursos de manera que consiga los mejores avances posibles en el estado de salud de sus miembros.

De esta manera, en el contexto sanitario podríamos decir que **planificar es el proceso de selección de los recursos y servicios sanitarios para conseguir objetivos determinados según un orden de prioridades establecido, permitiendo elegir las soluciones óptimas entre muchas alternativas**. No obstante, el concepto de planificación está sujeto a continuos cambios, con pequeños matices y enfoques según los autores.

Etapas de la planificación:

Toda planificación puede dividirse en diferentes etapas. Simplificando y agrupando varias de ellas podríamos dejar cuatro grandes etapas que nunca deben faltar en este proceso.

1. Análisis situacional.
2. Determinación de prioridades.
3. Elaboración y desarrollo del programa.
4. Evaluación.

Pero antes de profundizar en estos puntos es bueno recordar que puede planificarse desde diferentes niveles. Estos niveles pueden presentarse desde distintos puntos de vista. Uno de ellos puede ser según el nivel organizativo en el que se toman las decisiones. Estos niveles van a influir-se mutuamente, de manera que por ejemplo, unas directrices aprobadas por la Unión Europea o la Organización Mundial de la Salud, pueden marcar objetivos que posteriormente pueden ser desarrollados en el ámbito del barrio por un profesional sanitario determinado. De un modo esquemático podríamos resumirlos así:

Nivel	Ejemplo
- Internacional.	- Organización Mundial de la Salud.
- Supranacional.	- Unión Europea.
- Nacional, estatal o central.	- España.
- Regional o autonómico.	- Comunidad de Madrid.
- Área de salud.	- Área 1 de Madrid.
- Equipos de Atención Primaria.	- E.A.P. Vicente Soldevilla.
- Profesional.	- Profesional médico o de enfermería.

Otro modelo para estudiar los diferentes tipos y niveles de planificación puede verse en la Tabla 1:

Tabla 1					
TIPOS Y NIVELES DE PLANIFICACIÓN					
Tipo	Duración	Fin	Nivel de actuación	Formalización	Ejemplos de objetivos
Normativa	Larga	Determinación del modelo.	Gobierno nacional y organizaciones internacionales.	Política de salud.	Mejorar los niveles de salud de la población.
Estratégica	10 años	Determinación de las grandes orientaciones y fines.	Ministerio y Consejerías de Salud.	Plan de salud.	Disminuir las complicaciones por diabetes.
Táctica	3-5 años	Disposición de recursos.	Áreas de salud	Programa de salud.	Programa de seguimiento de personas con diabetes.
Operativa	1 año	Utilización de recursos.	Centros de salud, Hospitales.	Gestión de las actividades.	Realización de educación sanitaria sobre dieta.

Por último, no debemos olvidar que además de los aspectos más estrictamente técnicos, la planificación se encuentra influenciada por el contexto sociopolítico de cada momento histórico. Un sistema con predominio liberal capitalista lleva a que las tomas de decisión se hagan según la ley de la oferta y la demanda, dejando que la “mano invisible” del mercado distribuya los recursos y primando la libertad individual por encima de la igualdad. En este modelo se tiende a planificar lo menos posible. Por otra parte, los sistemas con una mayor tendencia a primar la igualdad tenderán a intentar planificar las intervenciones sanitarias en todos los niveles, para asegurar en la medida de lo posible unos niveles de salud dignos a toda la población.

Podríamos decir que planificar es todo el proceso y ahora vamos a concretar un poco más en todo lo relacionado a la programación, que se refiere ya a algo más concreto y cercano al trabajo diario en relación con la población.

De esta manera podemos decir que programar es una herramienta necesaria para el desarrollo de cualquier tipo de intervención que aborde problemas de salud, con el objetivo de conseguir mejoras en la salud dentro de una Comunidad. Se debe abordar la Programación como una metodología de trabajo, y no como la simple elaboración de programas de salud. Siempre se programa dentro del contexto de una Planificación y pueden realizarse programas que mejoren la salud de la población desde los servicios no exclusivamente sanitarios. Por ejemplo, un programa de ayuda social a domicilio para personas mayores mejorará los niveles de bienestar de estas personas; un programa para mejorar la formación y los derechos de los trabajadores precarios puede disminuir los accidentes en el trabajo mejorando así la salud de éstos.

En la programación debemos tener en cuenta:

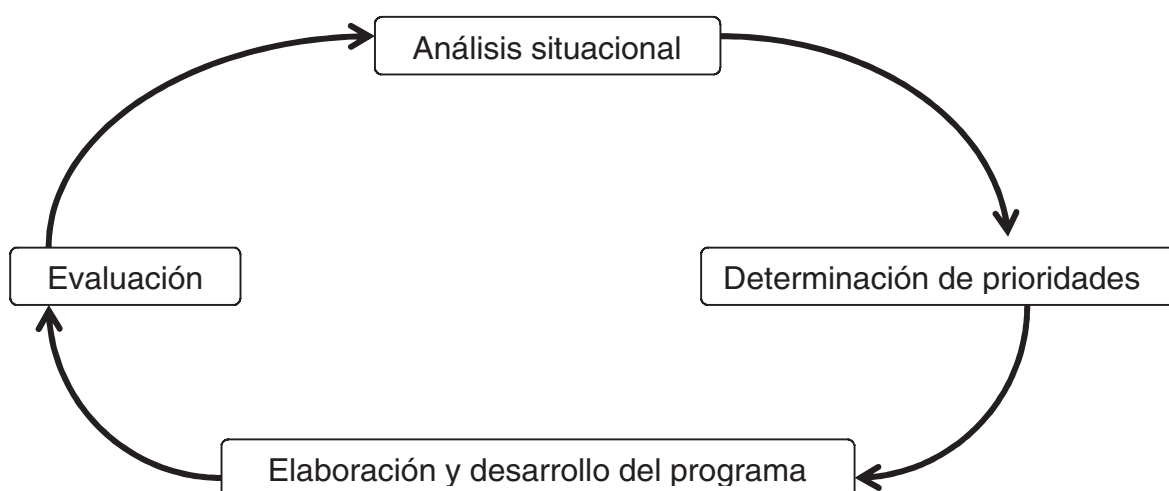
- A nivel central conocer los recursos que tenemos.
- A nivel de Centro de Salud rentabilizar recursos.

Análisis de situación

Como hemos visto, planificar es tomar decisiones que permitan cambios. Pero para tomar estas decisiones la información es necesaria. De esta manera, el análisis de la situación (diagnóstico de salud de la comunidad, determinación de necesidades, ver la realidad, identificación y definición de problemas...) forma parte de todo proceso de planificación. Primero debemos conocer lo mejor posible cuál es nuestra situación para saber qué debemos cambiar. Es el primer paso, ya que antes de nada es importante saber cuál es nuestra realidad, cuáles son los principales problemas.

Por tanto, podemos colocar al análisis situacional como primer paso de un proceso continuo y dinámico de planificación como vemos en la figura 1:

Figura 1: Análisis situacional



Hay muchas definiciones sobre lo que es un análisis de la situación o diagnóstico de salud. Turabian lo define de la siguiente manera:

“Diagnóstico de salud es el proceso de valorar y definir las necesidades, oportunidades y recursos involucrados en la iniciación de programas de salud comunitaria. Es un proceso dinámico, que comparte estadísticas cuantitativas de salud y enfermedad e indicadores demográficos, con información cualitativa sobre factores sociodemográficos, culturales y políticos.”

Ahora bien, este análisis puede hacerse sobre grandes zonas geográficas como por ejemplo un Estado o una región, o sobre entidades más pequeñas. En este sentido hay autores como San Martín que dan mucha importancia a los análisis de situación que se hacen a pequeña escala, como los que tienen lugar en barrios, o zonas rurales ya que la información que nos proporcionan es más fácilmente aplicable a estos estudios hechos en los barrios o en el entorno del pueblo. A este respecto comenta lo siguiente:

“Diagnósticos de salud comunitaria son aquellos estudios globales que conducen a establecer un cuadro epidemiológico de conjunto de las interrelaciones entre la salud de la comunidad y las condiciones de vida sociales de esa misma comunidad. Estos estudios, locales y reales, son los únicos que satisfacen a una planificación también real basada en las necesidades de salud de las comunidades. Los estudios nacionales son útiles para orientar la política de salud de un país o para comparaciones internacionales, pero sus resultados son muy generales y se miden por promedios nacionales que impiden su uso en la realidad concreta de las comunidades, porque los promedios son abstractos.”

Hay diferentes aspectos que deben estar en un análisis de la situación de salud de una comunidad:

- Demografía, incluyendo todo tipo de tasas vitales.
- Las causas de morbilidad y mortalidad (por grupos de edad y sexo).
- Uso de servicios sanitarios.
- Nutrición, dieta, crecimiento de niños...
- Estudio social, cultural y socioeconómico.
- El patrón de liderazgo y de comunicación en esa sociedad.
- Salud mental, causas habituales de estrés...
- Medio ambiente, especialmente estado del agua, vivienda y vectores de enfermedades.
- Conocimiento, actitudes y prácticas de la población respecto a las actividades relacionadas con la salud.
- Epidemiología detallada de cualquier patología frecuente.
- Recursos y servicios disponibles para el desarrollo social, tanto los sanitarios como los no sanitarios como servicios sociales, educativos, económicos...
- Implicación de la población en el cuidado de su propia salud.
- Razones de los errores de los programas de salud en el pasado y probables dificultades que serán encontradas en el futuro.

Aparte de estos aspectos más o menos teóricos sobre el análisis situacional debemos tener en cuenta diversos puntos prácticos:

- La información necesaria no debe ser únicamente reducida a números. También es importante el aspecto “cualitativo”. Cómo se sienten las diferentes personas implicadas, por qué ocurren las cosas...
- La selección de la información no es un proceso totalmente objetivo. Las y los participantes tienen siempre sus ideas preconcebidas y sus valores, y eso afectará al lugar donde van a poner su atención. No obstante, hay una serie de aspectos que siempre deben estar presentes en un análisis situacional como acabamos de ver.
- La información de que disponemos no será siempre el 100% fiable y exacta, pero debemos aprender a trabajar con lo que hay, conociendo sus posibles lagunas. “El diagnóstico comunitario es un arte, no una ciencia, especialmente cuando los medios son escasos”. Es saludable recordar a quienes dicen:

- La información que tienes no es la que quieres.
- La información que quieres no es la que necesitas.
- La información que necesitas no es la que puedes conseguir.

- Es positivo que en este proceso participen el mayor número de sectores posibles: población, sanitarios, gestores, administración...

Determinación de prioridades

Pero una vez que hemos detectado los principales problemas o necesidades de la población, ¿es posible intervenir sobre cada uno de ellos?, ¿disponemos de los recursos (dinero, personal, edificios, máquinas...) para resolverlos todos de una vez?. Se suele decir que las necesidades son infinitas y los recursos disponibles limitados. Habrá, por tanto, que decidir qué problemas serán priorizados y en qué orden. No estamos quitando importancia a algunos problemas, sino ordenándolos para ver hasta dónde podemos llegar con los recursos que tenemos. En este sentido, podemos decir que la priorización es el paso más importante de la planificación y al cual muchas veces no se presta la debida atención.

Para **priorizar** se han diseñado diferentes metodologías que se fundamentan en la aplicación de criterios. Los más frecuentes (entre muchos otros) son los siguientes:

- **Frecuencia o magnitud:** se refiere a si el problema afecta a mucha población o a poca.
- **Gravedad:** ¿el problema provoca muchas muertes o severas minusvalías?...
- **Vulnerabilidad:** valora la existencia de soluciones reales al problema ("un problema que no tiene solución nunca es priorizable").
- **Coste de las soluciones:** valora la cantidad de recursos necesarios para su solución.
- **Aceptabilidad:** estudia si la población aceptaría las soluciones propuestas.
- **Tendencia del problema:** valora si el problema va progresivamente a peor, o tiene una tendencia espontánea a mejorar.
- **Percepción que la población tiene del problema:** Es importante saber la preocupación que tiene la gente sobre este problema. Será más fácil actuar cuanto más preocupe un problema, y en caso contrario, o habrá que informar adecuadamente o podrá fracasar la intervención.

Lo importante es tener claro que siempre es necesario priorizar y compartir los criterios de decisión que se han tenido en cuenta aplicando metodologías participativas. Si la objetividad no existe busquemos al menos la subjetividad compartida. Recordemos siempre los siguientes puntos:

- En la priorización suelen entrar (no siempre explícitamente reconocidos) aspectos ideológicos (según el concepto de salud que se emplee, el valor que se de a la equidad del sistema...).
- Un problema muy frecuente y grave que no tenga solución disponible no será nunca priorizable para un programa de intervención pero probablemente deba serlo para un programa de investigación.
- No caer nunca en la "parálisis por análisis": por tener miedo a hacerlo mal no hacerlo. Lo importante es caminar, siendo por supuesto conscientes de nuestras limitaciones.

Elaboración y desarrollo del programa

Programa es un conjunto organizado de actividades y servicios para una población definida, empleando los recursos necesarios para alcanzar objetivos y metas. Todo programa suele estar formado por las siguientes fases:

- Justificación del programa.
- Determinación de objetivos, metas.
- Determinación de la población diana.
- Determinación de las actividades, elección de materiales y recursos.
- Determinación de sistemas de registro.
- Evaluación que se realiza a lo largo de todo el proceso.

A la hora de diseñar los programas, es fundamental tener en cuenta la participación de la comunidad no sólo en las actividades sino en todo el proceso de decisión y ejecución. Asimismo debemos intentar que sean integrales (promocionales, preventivos, asistenciales y rehabilitadores) y multidisciplinarios.

Hay diferentes tipos de Programas:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| - Dirigidos a un grupo poblacional: | Programa del Niño.
Programa de la Mujer
Programa del Anciano. |
| - Dirigidos a problemas de salud: | Programa Cardiovascular.
Programa de salud bucodental. |
| - Dirigidos a un medio concreto: | Programa del Medio Ambiente.
Programa de Atención Domiciliaria.
Programa de Salud Escolar. |

Todo Programa debe constar de:

- Objetivos generales y específicos.
- Actividades dirigidas a:
 - Individuos.
 - Redes sociales.
 - Equipo de salud.
 - Responsables políticos de salud y Administración.
- Recursos humanos, materiales y económicos.
- Evaluación.

Justificación del programa. Para actuar sobre un determinado problema de salud a través de un programa debemos plantearnos por qué se hace la intervención, la importancia y valoración social del problema, a cuántas personas afecta, si se puede intervenir, y si nuestra intervención será eficaz. En ocasiones se contempla en el análisis de situación realizado previamente.

La demanda puede surgir de los profesionales sociosanitarios que se plantean qué se puede hacer para mejorar el estado de salud de la población, o en otras ocasiones procede de la comunidad, que solicita una actuación sobre una necesidad detectada.

Determinación de objetivos. Una vez realizada la priorización de problemas se deben determinar los objetivos del programa que vamos a realizar: tanto los generales como los específicos.

El objetivo general describe o define el resultado que queremos alcanzar en términos de salud (comúnmente mejorar el estado de salud). Los objetivos específicos son concretos, cuantificables y describen cómo conseguir el resultado. Por otro lado, las metas son objetivos definidos en cantidad y tiempo. Los objetivos deben ser adecuados a la realidad, que se puedan llevar a cabo, medibles y evaluables.

Determinación de la población diana. Consiste en definir las personas o grupo a las que va dirigida la acción de nuestro programa. Por ejemplo en un programa de prevención del cáncer de mama la población diana podría ser “todas las mujeres de 50 a 65 años del Área 1 de Madrid”.

Determinación de las actividades. Consistiría en la selección de la acción más adecuada para el logro del objetivo. Deben ser concretas y responder a las preguntas siguientes:

- ¿Qué actividades se van a realizar?.
- ¿A quién va dirigida la actividad? (Población diana).
- ¿Cómo se van a desarrollar?.
- ¿Con qué recursos materiales y económicos se realizarán?.
- ¿Quién lo hará?.
- ¿Dónde se realizará?.

- ¿Cuándo se hará?
- ¿Cómo se evaluará?

Por ejemplo, en un programa de detección precoz del cáncer de mama responderíamos así a estas preguntas:

- Actividad: captación de las mujeres por carta a domicilio según padrón municipal, realización de la mamografía y envío de resultados al médico de cabecera.
- ¿A quién? Mujeres de 50 a 65 años residentes en el Área 1 de Madrid.
- ¿Cómo? Realización en mamógrafos móviles que se desplazarán al Área.
- Recursos: Mamógrafo, salarios y material de oficina.
- ¿Quién lo hará? Sanitarios y administrativos de la Comunidad de Madrid del Instituto Madrileño de Salud y de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer.
- ¿Dónde? En mamógrafos móviles, centros de especialidades y consultas de hospital.
- ¿Cuándo? Del 1 de enero de 2000 a 31 de diciembre de 2004.

En este momento debemos recordar que un programa puede incluir actividades de diferentes tipos. (Tabla 2)

Tabla 2. Tipos de actividades de un programa.

<p>➤ Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacunaciones. - Diagnóstico precoz. - Actividades sobre medio-ambiente.
<p>➤ Curación y rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de diagnóstico y seguimiento de diferentes procesos: hipertensión arterial, diabetes...
<p>➤ Participación comunitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consejos de salud. - Grupos de ayuda
<p>➤ Formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Docencia e Investigación.

Determinación de sistemas de registro. Al diseñar el programa se debe pensar qué tipo de registros se van a utilizar, dónde se va a recoger la información. Los registros han de ser simples y sencillos de cumplimentar, de fácil comprensión y lectura. La información que se recoja debe ser útil para el desarrollo del programa, facilitar el seguimiento y monitorización del mismo. Una adecuada monitorización nos permitirá detectar problemas lo antes posible y eso exige una adecuada coordinación interna y externa. Durante la puesta en marcha del programa es muy importante la difusión del mismo para la sensibilización de la población diana. Asimismo al inicio debemos valorar cómo se va a desarrollar la captación de esta población y favorecer su participación.

Planes y programas de salud en España.

En España, la Ley General de Sanidad indica la obligatoriedad a las Comunidades Autónomas de elaborar sus Planes de Salud. También prevé la posibilidad de elaboración de planes estatales y conjuntos. Establece asimismo la formulación del Plan Integrado de Salud que recogerá en un documento único los diferentes Planes de Salud.

En el momento actual existe el Plan de Salud del Ministerio de Sanidad (1995) y los Planes de algunas Comunidades Autónomas que han ido apareciendo desde 1991 como Asturias (1995), Andalucía (1993 y 1999), Canarias (1997), Galicia (1998). Hasta la fecha el Estado español no dispone de un Plan Integrado de Salud como marca la ley. A modo de ejemplo presentaremos distintos aspectos del Plan de Salud del Ministerio de Sanidad:

OBJETIVOS PRIORITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

- 1) Equidad en el acceso: misma accesibilidad para una misma necesidad.
- 2) Eficacia – efectividad: resolver el máximo número de problemas con una determinada cantidad de recursos.
- 3) Equidad en los recursos: los mismos recursos para la misma necesidad.
- 4) Eficiencia microeconómica: óptima producción de servicio por cada recurso.
- 5) Equidad financiera: distribución equitativa del gasto.
- 6) Eficiencia macroeconómica: adecuación del gasto a la riqueza nacional.
- 7) Satisfacción de la población.
- 8) Eficacia de nivel: capacidad de resolver problemas por nivel de asistencia.

Tras realizar un diagnóstico de salud del país, el Plan propone las siguientes áreas de intervención como prioritarias:

Envejecimiento.	Enfermedades transmisibles.
Infección VIH / SIDA.	Tuberculosis.
Enfermedades cardiovasculares.	Diabetes mellitus.
Cáncer.	Salud materno-infantil.
Enfermedades respiratorias.	Salud mental.
Enfermedades digestivas.	Salud buco-dental.
Trastornos del aparato locomotor.	Accidentes.

Finalmente, en cada área, establece medidas de intervención en tres apartados:

- Promoción y prevención.
- Asistencia y formación.
- Coordinación entre diferentes sectores de la Administración y la sociedad.

Programas de Salud

Actualmente en España, en Atención Primaria, entre otros, se trabajan de forma habitual los siguientes programas:

- ✓ Programa de salud infantil:
 - Diagnóstico precoz, detección de enfermedades que producen retraso mental en el recién nacido.
 - Programa de vacunación.
 - Salud en la escuela.
 - Atención al niño.
 - Salud bucodental.
- ✓ Programa de la mujer:
 - Diagnóstico de cáncer de cervix.
 - Diagnóstico de cáncer de mama.
 - Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio y genital.
 - Planificación familiar.
 - Embarazo y seguimiento. Preparación al parto.
 - Climaterio y Menopausia.
- ✓ Programa del adulto:
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes.
 - EPOC (Bronquitis crónica).
 - Hipercolesterolemia.
 - Cuidados paliativos, atención al paciente terminal.

- Alcohol. Tabaco.
- Vacunación del adulto.
- ✓ Programa del anciano.
- ✓ Programas de educación para la salud en grupos.
- ✓ Programa de atención domiciliaria.
- ✓ Programa de actuación sobre VIH / SIDA.

En todos los programas se contemplan actividades de prevención, atención, rehabilitación y educación para la salud.

Concepto e importancia de la evaluación.

La evaluación debe ser una poderosa herramienta de análisis y mejora del conjunto de actividades llevadas a cabo en el proceso de planificación y programación en salud.

Es una actividad continua, por lo que se realizará a cabo a lo largo de todo el proceso, expresando siempre los elementos que se irán a evaluar y cómo se desarrollará; todo ello nos permitirá obtener la información necesaria para adecuar todas las actividades de planificación del proceso real.

Evaluar nos va a servir para medir el grado de consecución de las metas y objetivos planteados: identificar problemas y poder resolverlos, valorar los programas y plantear su continuidad o modificarlos, mejorar la distribución de los recursos y la infraestructura sanitaria.

Enfoques de evaluación. Métodos cuantitativos y cualitativos.

Una vez determinado qué y quiénes vamos a medir, es preciso definir cómo lo vamos a hacer y qué enfoques vamos a utilizar. Estos pueden ser:

- *Métodos cualitativos*: intentan interpretar el sentido del programa para quienes participan en él, para el equipo que lo lleva y también para las personas a las que el programa no llega; descubrir los efectos del programa y entender por qué se producen. Los métodos se basan en la observación intentando medir actitudes y comportamientos.
- *Métodos cuantitativos*: parten de una idea previa de los efectos que se quieren detectar y que se deben medir de forma sistemática, usando instrumentos de medida estandarizados: por ejemplo el número de participantes, el número de actividades...

Los enfoques cualitativos responden a preguntas relacionadas con el porqué de un programa y conducen al análisis de las palabras y los significados. Los enfoques cuantitativos responden al cuánto y conducen al análisis de los números. En la tabla 3 se aportan varios de ellos.

Tabla 3. Métodos cuantitativos y cualitativos

Métodos cuantitativos	Métodos cualitativos
Cuestionarios, encuestas cerradas.	Observación.
Análisis de historias clínicas.	Entrevistas.
Indicadores de salud.	Grupos de debate.
Ficheros.	Diarios personales.
Indicadores educativos.	Cuestionarios abiertos.
Escalas de actitudes.	Análisis de contenido.

¿Quién evalúa?

La evaluación deben realizarla quienes vayan a utilizar los resultados, todas las personas implicadas en el programa: planificadores, gestores, realizadores del programa, pacientes y usuarios.

La realización por evaluadores internos tiene la ventaja de que lo conocen mejor, colaboran activamente en la evaluación al sentirla como suya. La participación de evaluadores externos tiene la ventaja de dar una visión más objetiva.

El estilo de evaluación interno o externo depende del tipo de programa o actividades que se quieran evaluar y del propósito de la evaluación.

¿Qué se evalúa?

Al programar la evaluación debemos valorar los siguientes aspectos:

- Estructura → Recursos.

- Proceso → Actividades.
- Resultados → Objetivos en salud.

La estructura. Valora la adecuación de los objetivos, si los recursos humanos, materiales, financieros, asignados al programa son suficientes en número y cumplen la calidad requerida.

El proceso. La evaluación del proceso mide el alcance de un programa, a qué población llega del grupo diana, si se han realizado las actividades previstas y si han sido adecuadas. Es importante también tener en cuenta las actitudes y comportamientos de las personas implicadas (profesionales o usuarios) que podremos valorar por métodos de observación participada o entrevista no dirigida.

Los resultados. Implica valorar la consecución de los objetivos y de efectos no previstos. Podemos comprobar los cambios que han tenido lugar en la población objeto del programa y valorar también los resultados de salud en la población general.

Tenemos que tener en cuenta el concepto de eficacia que mide los efectos del programa sobre los individuos en condiciones ideales, teóricas; la efectividad o resultados conseguidos en condiciones reales, al llevar a cabo el programa y la eficiencia: relación entre costes y beneficios, obtener los mejores resultados en relación con los recursos empleados.

La valoración de resultados la podemos hacer en términos cuantitativos (indicadores de salud, tasas de mortalidad, tasas de prevalencia) o en términos cualitativos que tienen en cuenta la opinión y satisfacción de los usuarios del programa: por ejemplo medir la calidad de vida.

¿Cuándo se evalúa?

Durante todo el proceso, en la definición y diseño del proyecto, durante la ejecución y al final del programa.

- Previo al inicio del programa, valoraremos la evaluabilidad:
 - Ver si se puede realizar la evaluación.
 - Identificar quién la va a realizar.
 - Especificar las metas y efectos esperados.
 - Acordar los objetivos, metas que se pueden medir y probar.
 - Garantizar que los efectos del programa se pueden cumplir.
 - Garantizar que el programa se puede cumplir.
- A lo largo del desarrollo del programa lo evaluaremos para adaptarlo durante su puesta en marcha.

Una vez finalizado el programa obtenemos información sobre la ejecución, el funcionamiento y los resultados del programa a corto y a medio plazo.

Algunas lecturas:

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias. 2ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1989.

Astorga A, Van der Bijl B. Manual de diagnóstico participativo. 2ª ed. Buenos Aires: Humanitas-CEDEPO; 1991.

Gálvez R, Sierra A, Sáenz MC, Gómez LI, Fernández-Crehuet J, Salleras L, et al. Medicina preventiva y salud pública. Décima ed. Barcelona: Masson; 2001.

Green A. An introduction to health planning in developing countries. Oxford: Oxford Medical Publications; 1992.

Vargas L, Bustillos G, Marfán M. Técnicas participativas para la educación popular. Madrid: Popular; 1993.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organizaciones y práctica clínica. Harcourt Brace 1998.

Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de salud. Masson 1993.

Guía educativa para promover la salud de las mujeres en la madurez. Instituto de salud pública. Gobierno de Navarra 1995.

Documento de salud para todos en el siglo XXI para Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Documento de investigación prioritaria para el programa de Salud Para Todos de la OMS. Ministerio de Sanidad 1989.

6.2. Diseñando el programa

6.2.1 Objetivos y contenidos.

Objetivo general:

Comprender la importancia de una planificación en salud, conocer sus técnicas más importantes y aprender a intervenir según esta lógica, en el marco institucional actual.

Contenidos:

Conceptos, hechos y principios:

- Etapas principales de un proceso de planificación.
- Finalidad de la planificación.
- Concepto de diagnóstico de salud, análisis de la situación y priorización de necesidades.
- Elaboración de un programa.
- Proceso y técnicas de evaluación.
- Planes de salud y programas en España.

Actitudes, valores y normas:

- Sentir la necesidad de que el trabajo en salud sea planificado.
- Valoración de los aspectos cualitativos y cuantitativos de la realidad, importancia de la comunicación multidireccional.
- Valorar la participación de todos los que intervienen en la planificación y puesta en marcha de los programas.
- Comprender la necesidad de la evaluación como una actividad continua.

Procedimientos:

- Profundizar en las causas de los problemas y priorizar entre ellos.
- Tener la capacidad de organizar la ejecución de un programa.
- Diseñar, elaborar un programa de salud para una necesidad definida.
- Ser capaces de evaluar un programa.
- Identificar algún programa de tu zona de salud.

6.2.2. Menú de actividades

PLANIFICACIÓN Y SUS ETAPAS

Objetivo: Contribuir a adquirir conocimientos sobre el concepto de planificación, programación y sus etapas, favorecer la necesidad de la planificación en el trabajo en salud y adquirir habilidades.

Actividad 1: Planificar y sus etapas.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PRIORIZACIÓN

Objetivo: Aprender a determinar los principales problemas de salud y profundizar en sus causas. Valorar los aspectos cualitativos y cuantitativos de la realidad, y la importancia de la comunicación multidireccional. Conocer el concepto de priorización de necesidades, aprender a priorizar entre diferentes problemas de salud.

Actividad 2: Análisis de situación y priorización.

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SALUD

Objetivo: Conocimiento de la elaboración de un programa, adquirir habilidades para diseñar y elaborar un programa de salud para una necesidad definida y conocer los programas de salud existentes en España.

Actividad 3: Desarrollo de un programa de salud

EVALUACIÓN

Objetivo: Reflexionar sobre el proceso de evaluación, realizar la evaluación de una actividad o programa.

Actividad 4: La evaluación.

Proceso de secuenciación de las actividades

Actividad	Investigando su realidad	Profundizando en el tema	Abordando la situación
1. Planificación y sus etapas	Materiales 1A; 1B	Materiales 1C; 1D	Materiales 1E;1F
2. Análisis de situación y priorización	Materiales 2A; 2B	Materiales 2B; 2C; 2D; 2E; 2F	Materiales 2G; 2H
3. Desarrollo de un programa de salud	Materiales 3A; 3B	Materiales 3B; 3C	Materiales 3D; 3E
4. La evaluación	Material 4A	Material 4 B	Material 4 C

Actividad 1. Planificación y sus tapas.

Se trata de profundizar sobre el concepto de planificación, programación y sus etapas, favorecer la necesidad de la planificación en el trabajo en salud y adquirir habilidades.

Para ello se pueden trabajar con diversas técnicas pedagógicas y entre ellas con las siguientes:

Qué es planificar y programar: Comenzamos investigando lo que el grupo piensa que es planificar y programar mediante una tormenta de ideas (Material 1A). En grupo grande se lanza la pregunta de qué significa para cada uno la palabra planificar y los participantes deben responder en forma de palabras o frases breves sin que esté permitido discutir sobre las opiniones de los demás. El/la educador/a las va escribiendo sobre un papelógrafo a la vista de todos. Al final puede darse la oportunidad de explicar el significado de alguna de las intervenciones si fuera preciso. También puede trabajarse este material a nivel individual para posteriormente comentarlo en grupos de 4-6 personas donde un portavoz recogerá las opiniones para luego pasar al grupo grande, donde se realizará una puesta en común de todos los grupos y se discutirán las aportaciones.

Lo mismo puede realizarse con la palabra programar. Se divide al grupo grande en grupos de 6 y tienen seis minutos para discutir sobre una pregunta nombrando previamente un moderador y un secretario mediante la técnica del Phillips 6/6 (Material 1B). Pasado el tiempo los secretarios hacen una breve exposición de las conclusiones al grupo grande y a partir de ahí puede discutirse grupalmente.

Juego de programar: Para entender un poco más en profundidad lo que es programar y para qué puede servir se propone al grupo realizar un juego de construcción colectiva mediante la utilización de cualquier juego infantil como un “castillo”, “un avión”..(Material 1C). Se forma un pequeño grupo de cuatro personas que realizan el trabajo y el resto observa la actividad. Se da un tiempo para realizar el trabajo y después una puesta en común de la observación y de cómo se han sentido los del grupo. Clave: sirve para remarcar la importancia de programarse adecuadamente para obtener unos resultados en un tiempo determinado utilizando eficazmente los recursos que tenemos.

Planificación: Mediante una breve lección se explica lo que es la planificación y programación de salud, objetivos que persigue, tipos y niveles y las etapas según se puede ver en “centrándonos en el tema”. Clave: Se debe remarcar su importancia, relacionarlo con la aplicación de la racionalidad científica y explicando que es una función muy importante de los sistemas sanitarios y sociales para poder conocer bien los objetivos que se persiguen, utilizar ordenadamente y eficientemente los recursos y evaluar.

Objetivos de salud en la planificación sanitaria: Se propone leer individualmente los objetivos de Salud para todos en el Siglo XXI de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que aparecen en el Material 1D. Análisis de texto para posteriormente trabajar sobre ellos y analizar nuestras expectativas. Estos objetivos están asumidos y ratificados por el Gobierno español y deben orientar las decisiones de éste en todo lo que se refiera a la planificación sanitaria. Otra manera de trabajar el Material 1D es pedir a los y a las participantes que se dividan en grupos pequeños y ordenen los objetivos según la importancia que ellos les atribuyen. Posteriormente se expondrá y se argumentará en el grupo grande los motivos que les han llevado a ordenarlos de esa manera. No es necesario llegar a un consenso, ya que puede haber diferentes puntos de vista a la hora de priorizar estos objetivos.

Etapas de la planificación:

Se trata de conocer las diferentes etapas que forman un proceso habitual de planificación. Tras la breve lección se puede trabajar de las siguientes formas:

La rayuela de la planificación. Se dibuja en el suelo una rayuela como las que emplean los niños para jugar y se escribe en cada cuadro una frase del proceso de planificación (según la profundidad que se esté dando al taller se puede simplificar en más o menos pasos. Por ejemplo: análisis de la situación, programar, ejecutar y evaluar o diagnóstico, priorización, objetivos, metas, recursos, programar actividades, definir responsables y tiempo, ejecutar, evaluar). La terminología de los pasos de la planificación también puede adaptarse al nivel del grupo; por ejemplo podemos decir priorizar o elegir los problemas más importantes (Material 1E).

Se hacen dos equipos y por turnos un jugador o jugadora de cada equipo debe tirar un objeto que caiga sobre la casilla que según él o ella corresponda al primer paso de la planificación. Entonces debe jugar a la rayuela (saltar sobre la casilla elegida sin pisar las demás, recoger el objeto y volver a la salida). Una vez que se ha regresado el o la coordinadora pregunta al grupo si el paso señalado es correcto y se discute colectivamente. Si se piensa que fue acertado, vuelve a saltar con el siguiente paso de la planificación, y si se acuerda que el salto fue incorrecto juega el otro equipo hasta que un equipo haga correctamente todos los pasos.

Baraja de la planificación. Una variante de este juego es la baraja de la planificación donde en lugar de rayuela se juega con cartas. Se preparan tarjetas grandes de cartulina donde se escriben los pasos de la planificación (de forma más o menos extensa como en la rayuela). Se divide a los participantes en grupos y se prepara un juego completo de cartas por cada grupo y uno adicional. Luego se barajan todas las cartas y las sobrantes se ponen en medio. El juego consiste en coger una carta y dejar la sobrante en el centro por turno, hasta que un grupo tenga todos los pasos y en ese momento debe intentar una escalera ordenada y explicarla al resto de participantes. Se discute y si se piensa que es incorrecto se sigue jugando. En el momento en que un grupo logra una escalera completa ordenada se acaba el juego. Es importante por parte del coordinador o coordinadora fomentar la discusión sobre el orden de las cartas.

Piñata de la planificación. Esta es la tercera variante con el mismo sentido. En lugar de rayuela o baraja hacemos una piñata dentro de la cual se escriben en grandes cartones (o en pelotas, o en globos o en lo que esté dentro de la piñata) las diferentes etapas de la planificación. El grupo debe intentar romper con los ojos cerrados la piñata colgada y después poner ordenadamente las piezas y sobre eso se discute y reflexiona.

Planificar su propio ocio: Se propone que mediante un trabajo en grupos pequeños se planifique el ocio de un fin de semana como si fuera una familia o una pareja o uno mismo. Para ello se utiliza el Material 1F. Tras el trabajo y discusión en grupos se hace una puesta en común en la que el coordinador irá remarcando las etapas seguidas en cada grupo para planificar su ocio y aquellas habilidades necesarias para obtener los objetivos buscados.

Material 1A

¿Qué entiendo por planificar?

Contesta a la siguiente pregunta:

- ¿Qué significa para mí planificar?
- ¿Tiene alguna aplicación cotidiana?
- ¿En qué aspectos?.

Material 1B

¿Qué entiendo por programar?

Contesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué es programar?.

- ¿Es necesario programar todo?.

- ¿En qué aspectos de tu vida cotidiana también programas?.

- ¿Qué programas de salud conoces?.

Material 1C

Juego de programar

Construir un “Castillo”, un “Fuerte”, una “Ciudad”...

Materiales: Se precisa un Kit de juego infantil o de adultos de construcción tipo LOGO con sus instrucciones y piezas que lo componen.

Método:

Se selecciona el grupo ejecutor y los observadores de la tarea.

Al grupo se le da la tarea que debe realizar: “construir el objeto del juego”; y el tiempo que tiene para ello, por ejemplo 20 minutos.

El grupo ejecutor inicia el trabajo pidiendo lo que piensa que necesita y explicando cómo se va a organizar para realizar la tarea.

Se le facilita lo que piden, como el instructivo, los materiales....

El resto del grupo observa lo que ocurre y cómo realizan la tarea y hacen sus anotaciones individuales para luego ponerlas en común.

Al final del tiempo establecido se evalúa la tarea.

Preguntas:

- ¿Cómo se han sentido?
- Dificultades encontradas.
- Aspectos positivos.
- Manera de programarse.
- Objetivos cumplidos.

Material 1D

Salud Para Todos en el Siglo XXI. Objetivos de la Organización Mundial de la Salud.

La Asamblea General de la OMS asumió como objetivos prioritarios a nivel mundial los siguientes:

- 1.- Aumentar la equidad en materia de salud.
- 2.- Mejorar la supervivencia y la calidad de vida.
- 3.- Revertir las tendencias mundiales de las cinco principales pandemias (prevención y control de factores de riesgo cardiovasculares, fomentar estilos de vida sanos, mejorar las condiciones de vida laborales, servicios de calidad para las personas con problemas de salud mental).
- 4.- Erradicar y eliminar determinadas enfermedades (enfermedades transmisibles).
- 5.- Mejorar el acceso al agua, saneamiento, alimentación y vivienda.
- 6.- Promover estilos de vida sanos y reducir los que resultan perjudiciales para la salud.
- 7.- Desarrollar, aplicar y monitorizar las políticas nacionales de Salud Para Todos.
- 8.- Mejorar el acceso a la atención sanitaria esencial, completa y de alta calidad.
- 9.- Aplicar sistemas nacionales y mundiales de información y vigilancia sanitaria.
- 10.- Apoyar la investigación para la salud.

Estos objetivos crearán las condiciones para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el mayor nivel posible de salud a lo largo de su vida, teniendo en cuenta las desigualdades y dificultades de los países miembros para la consecución de los objetivos.

Cuestiones para la reflexión:

- ¿Coinciden los objetivos planteados con los tuyos?.
- ¿Qué objetivos importantes consideras que se deberían añadir?.
- ¿Consideras que alguno de ellos se debería eliminar?.

Material 1E
La rayuela de la planificación y sus variantes



Material 1F

Planificar su propio ocio.

Caso: Se plantea que planifiquemos el ocio de un fin de semana largo en nuestro núcleo familiar, o nuestra pareja o grupo de amigos, o individualmente.

Cada grupo: Realizará una propuesta de plan con todas las etapas que tiene que seguir para poder llevarlo a cabo. Cada uno elegirá una modalidad de agrupación, por ejemplo, familia monoparental, grupo de amigos, soltero/a....

Actividad 2. Análisis de situación y priorización

Se pretende aprender a determinar los principales problemas de salud y profundizar en sus causas. Valorar los aspectos cualitativos y cuantitativos de la realidad y la importancia de la comunicación multidireccional. Conocer el concepto de priorización de necesidades y aprender a priorizar entre diferentes problemas de salud.

Estos temas pueden trabajarse desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas:

Problemas de salud: Se comienza con una lluvia de ideas con tarjeta. Se trabaja sobre los principales problemas de salud de la comunidad y los principales recursos. La dinámica es similar a la lluvia de ideas clásica pero cada participante debe escribir sus ideas en una tarjeta (una tarjeta por idea) que será pegada en el papelógrafo o mural. El educador o la educadora intentará ir colocando las aportaciones según una clasificación lógica (Material 2A).

Realización de árboles de causalidad sobre diferentes problemas detectados y puesta en común: Se hacen grupos de 6-8 personas y se les da un gran trozo de papel y pequeñas tarjetas. Sobre los problemas concretos se plantea la pregunta “¿por qué sucede esto?” y sobre las causas se vuelve a plantear la misma pregunta, hasta que el grupo crea que ha alcanzado una profundización suficiente de las causas del problema. El hecho de que se vaya haciendo con tarjetas permite que durante la discusión del grupo pueda cambiarse el orden o la localización de las ideas. Es importante que los grupos den un orden lógico a la sucesión de causas escritas. Finalmente se fijan las tarjetas, se dibujan las flechas que las unen y en grupo grande un representante de cada grupo hace la presentación del árbol.

Clave: Importancia de conocer las causas de los problemas para poder abordarlos de una forma racional.

También se puede trabajar con el Material 2 B en donde sobre cada problema detectado se construye, por cada grupo, el árbol de causalidad del mismo para luego en grupo grande llegar a la síntesis de lo trabajado por todos con las aportaciones del educador.

Barómetros de valores: Se dibuja una línea en mitad de la sala y los participantes están alrededor de ella. El educador lee diferentes frases polémicas que pongan en discusión ideas y aspectos de esta actividad. Los que estén a favor de la frase se mueven a un extremo de la sala y quienes estén en contra se mueven al otro extremo. Entonces pueden dar motivos de su decisión y eso puede provocar nuevos movimientos de personas a uno y otro lado de la línea. Nadie puede permanecer en el centro. Es obligatoria la polarización de las personas. Cuando el o la educadora piense que ya se ha profundizado suficiente sobre una idea pasa a leer otra repitiéndose la dinámica (ejemplos de frases Material 2C). También se puede utilizar como ejemplos algunas de las ideas vertidas en el trabajo del Material 2 A. Clave: Nos ayuda a reflexionar sobre las diferentes visiones y valores que pueden tener los distintos agentes en el análisis y la importancia de la reflexión y aceptación de los mismos.

Exposición participada sobre la información que es necesaria para construir un análisis de situación: marco de referencia, servicios de salud, estado de salud, información cuanti-cualitativa, necesidades de recursos...(Material 2D). Se debe ampliar con la información facilitada en el texto de centrándonos en el tema.

Información cuantitativa frente a cualitativa. Se escoge un objeto cualquiera (rollo de papel higiénico, llave, cuaderno, aunque mejor si tiene una cierta complejidad en las formas). Una persona se pone frente a la pizarra o papelógrafo sin haber visto el objeto. Otra persona hace una descripción “objetiva” del objeto sin dar el nombre y la primera debe dibujarlo o adivinar lo que es. Luego puede hacerse una descripción “subjetiva” (para qué sirve, qué me hace sentir...) y deben asimismo decir de qué se trata. Luego se discute en el grupo sobre el tema. Clave: Interesa remarcar la necesidad de la información para el análisis de situación y de la existencia de ambos tipos de información necesarias y complementarias.

Discusión sobre decisiones en salud acerca de la tabla que trata de las distintas implicaciones que pueden tener las decisiones sobre política de salud en un país: Cada persona leerá y refle-

xionará durante unos diez minutos acerca de la tabla adjunta (Material 2E). Posteriormente se discutirá en grupo grande. Si se conocen otros aspectos relacionados con la salud de la población, es posible dar un tiempo por grupos para que hagan tablas parecidas sobre diferentes problemas de salud para ser luego presentadas brevemente al grupo grande.

Priorizar qué hacer con un dinero ahorrado. Para introducirse en el proceso de priorizar se propone que el grupo realice un ejercicio de priorizar sobre un caso de una familia con un dinero ahorrado (Material 2F). También se puede hacer el ejercicio mediante un juego de roles y cómo priorizaría una familia. Un grupo de 5 personas hace el rol de la familia y el resto observa para, posteriormente, hacer un análisis conjunto del proceso.

Clave: remarcar la metodología que se suele aplicar en la vida cotidiana con sus variantes y dificultades.

Necesidad de priorización. Con lenguaje sencillo y con bastantes ejemplos se explica al grupo qué quiere decir priorizar y cómo hacerlo en función de estos criterios. Se introducen los conceptos más habitualmente empleados en priorización: frecuencia, gravedad, resolubilidad, factibilidad, costes, legalidad, aceptabilidad, voluntad política...(ver Centrándonos en el tema).

Posteriormente cada persona debe priorizar de uno a diez las situaciones que se presentan como si en ese momento fuera el responsable de su aplicación en el Sistema Sanitario (Material 2G). Durante 10 minutos cada participante hace su lista personal. Luego se pasa a compartirlo en grupo apuntando en una pizarra las puntuaciones asignadas sin discutir. Finalmente se pasa en el grupo grande a hablar durante 15-20 minutos sobre los criterios de priorización empleados por cada uno.

Priorización en grupo según “votación” por frecuencia, gravedad, resolubilidad y factibilidad (Material 2H) Los principales problemas trabajados pueden ser priorizados de la siguiente manera. Una vez creemos que la teoría está clara ponemos en práctica la dinámica de la priorización para lo cual se reparten 10 gomets (pequeño círculo de color autoadhesivo) de 4 colores diferentes, a cada miembro del grupo. Cada color corresponde a uno de los criterios. Por orden, es decir, por criterio pedimos que distribuyan los gomets del color del criterio entre los diferentes problemas recordando al inicio de cada momento qué quería decir ese criterio. Finalizados los cuatro momentos sumamos los gomets de cada una de las patologías valorando como “más prioritaria” la que más ha obtenido. Una vez elegida la patología con más gomets como prioritaria, se volvería a colocar de nuevo delante del grupo el árbol de causalidad de la misma, invitando al representante del grupo a que vuelva exponerlo.

Material 2A

Problemas detectados

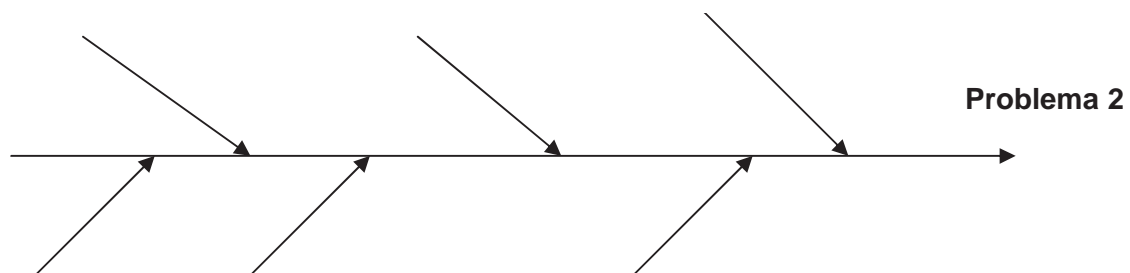
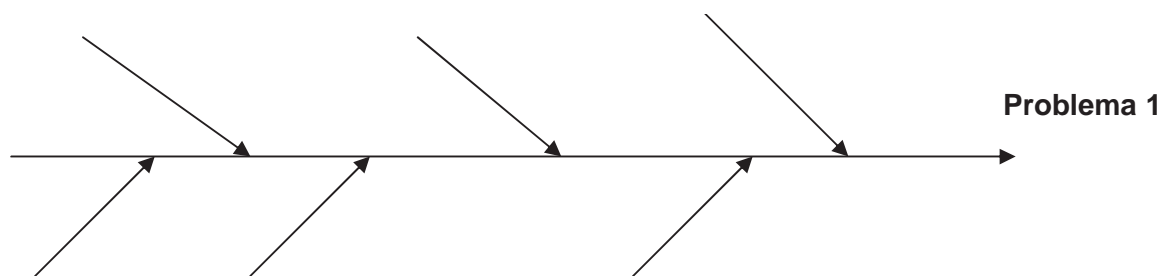
- Enumera los principales problemas de salud de la comunidad:

- Enumera los principales problemas de recursos:

Material 2B.

Árbol de causalidad

De cada problema detectado enumerar las causas que consideráis más importantes que están influyendo en el mismo



Material 2C

Barómetros de valores

¿Cuál es tu opinión sobre las siguientes frases?:

- Son los médicos quienes deben decidir cuáles son los problemas de salud más importantes.
- El paciente sabe lo que necesita y el centro de salud debe proporcionárselo.
- Todos estamos de acuerdo en que el principal problema de salud de nuestro barrio es la situación de los ancianos.

Material 2D

Para qué me sirve la información

¿Qué puedes construir con esta información?:

- Información relativa al marco de referencia: características geográficas, demográficas, productivas y socioeconómicas.
- Información sobre los servicios de salud: servicios de cuidados personales de salud y de higiene del medio, del trabajo.
- Información sobre el estado de salud: mortalidad, morbilidad, natalidad, esperanza de vida al nacer.
- Información cuantitativa y cualitativa de encuestas, cuestionarios, bibliografía.
- Necesidades infinitas versus recursos limitados.

Material 2E

Decisiones en políticas de salud.

Diferentes organizaciones gubernamentales británicas con interés sobre el alcohol

Organización	Interés en el alcohol
Ministerio de Salud.	Reducir el alcoholismo y las muertes relacionadas con el alcohol.
Ministerio de Interior.	Reducir los delitos relacionados con la embriaguez.
Departamento de Transportes.	Reducir los accidentes relacionados con el alcohol.
Ministerio de Economía.	Ingresos por impuestos sobre el alcohol (un billón de pesetas en 1980) y contribución al PIB (7,7% del gasto de los consumidores es en bebidas alcohólicas y su industria da trabajo al 3,4% de la población laboral).
Departamento de Comercio.	Comercio internacional de bebidas alcohólicas (balance + en 1980 por valor de 125.000 millones de pesetas).
Partido Conservador.	Donaciones de la industria del alcohol de 30 millones de pesetas en 1979.

(Fuente: adaptado de Smith R. The politics of alcohol. Br Med J 1982;284(6326):1392-5.)

Preguntas:

- ¿Pensáis que este ejemplo puede ser parecido en España?
- ¿Hay otros afectados - implicados que se os ocurran ya sean gubernamentales o no?
- ¿Es necesario pensar sobre todos estos factores antes de tomar decisiones sobre la salud de la población?
- ¿De qué manera los ciudadanos pueden participar en la toma de estas decisiones?
- ¿Pensáis que algunos de estos aspectos son más importantes o prioritarios que otros?
- ¿Conocéis otros aspectos relacionados con la salud de la población en los que también se puedan estudiar todos estos factores e intereses?

Material 2F.

Priorizar qué hacer con un dinero ahorrado.

Caso:

Familia trabajadora compuesta por el matrimonio de unos 50 años de edad, una hija que estudia ingeniería y necesita hacer un curso de inglés, un hijo que quiere estudiar Bellas Artes y quiere hacer un viaje a Grecia. La madre del padre, que vive con ellos, es viuda y tiene problemas de dentadura que debe arreglarse. Tienen 30.000 euros ahorrados con esfuerzo. Llevan 25 años casados y quieren hacer algo con ese dinero que sea útil para la familia y así poder celebrar esa conmemoración. Son conscientes de que las necesidades son muchas y los recursos escasos y se plantean priorizar qué hacer con ese dinero.

Tarea:

Se plantea que en grupos de trabajo se haga un ejercicio de priorizar con las siguientes etapas:

- Delimitar las necesidades y demandas de los miembros de la familia.
- Analizarlas.
- Establecer los criterios para priorizar.
- Priorizar qué se quiere hacer con el dinero

Material 2G

Necesidad de priorización

Debes priorizar de uno a diez las siguientes situaciones como si en este momento fueras el responsable de su aplicación en el Sistema Sanitario Pon un uno a la que consideres más prioritaria, y un 10 a la menos prioritaria:

- Anticoncepción en mujeres adolescentes.
- Tratamiento de tumores malignos con metástasis en población mayor de 75 años.
- Tratamiento de la diarrea infantil.
- Ayuda a domicilio de ancianos incapacitados mayores de 85 años.
- Preparación al parto.
- Tratamiento de la adicción al tabaco.
- Sistema de ambulancias todo-terreno de rescate de montañeros accidentados.
- Construcción de residencias de la tercera edad para todos los ancianos necesitados.
- Programa de radiografías de tórax cada 2 años para detectar cáncer de pulmón.
- Añadir flúor al agua de consumo para prevenir la caries dental.

Material 2H

Priorización en grupo

Escribe los principales problemas trabajados anteriormente de acuerdo a los siguientes criterios:

Enfermedad	Frecuencia	Gravedad	Percepción de la población	Vulnerabilidad	Tendencia	Total
Total						

Actividad 3. Desarrollo de un programa de salud.

Se pretende facilitar información para la elaboración de un programa, adquirir habilidades para diseñar y elaborar un programa de salud para una necesidad definida y conocer los programas de salud existentes en España. Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas:

Programar una lista de compra: Para comenzar se propone que, en grupos pequeños, se haga un ejercicio de programar la cesta de la compra de una familia teórica para un periodo de tiempo determinado (Material 3A).

Clave: se pretende que se analice y observe el proceso de programar una actividad cotidiana que sirve para resolver una necesidad. Se deben identificar las fases del proceso, los recursos necesarios, sus dificultades y sus ventajas. Esta técnica facilita la comprensión posterior de un programa de salud.

¿Qué programas de salud conoces? Se continúa con una lluvia de ideas con la pregunta del Material 3B que trata sobre los programas del centro de salud que se conocen. Se recogen todas las opiniones en la pizarra o rotafolios, completando si quedó algún programa importante sin señalar.

¿Qué opino de los programas? En grupos de discusión de 4 a 6 personas se propone trabajar con el Material 3C. En cada grupo habrá un portavoz que transmite las opiniones al grupo, haciendo la puesta en común y discusión y resumen posterior. Nos centraremos en que valoren los programas del centro de salud en donde están adscritos.

Piñata de los programas. El educador o educadora, mediante una breve lección, expone los programas de salud que se llevan a cabo en los centros de salud (ver centrándonos en el tema) y se pueden facilitar alguno de ellos como ejemplo. Posteriormente hacemos una piñata dentro de la cual se escriben en grandes cartones (o en pelotas, o en globos o en lo que esté dentro de la piñata) los diferentes programas que se han visto en la parte teórica o los que el o la educadora conozca de su zona. Cada participante debe intentar romper con los ojos cerrados la piñata colgada y después poner ordenadamente las piezas y sobre eso se discute y reflexiona.

¿Cómo puedo realizar un programa? Si en sesiones anteriores se han priorizado problemas recomendamos trabajar sobre ellos, ya que el grupo conocerá mejor el tema, y estará más interesado. También se puede proponer algún programa concreto que interese al grupo. Se divide al grupo grande en grupos de 4-6 personas, se les presenta una plantilla (Material 3 D) donde deben responder a las preguntas que resumen el desarrollo habitual de un programa. Se puede facilitar la realización de esta actividad dándoles el ejemplo que aparece como Material 3E.

Material 3A

Programa una lista de compra.

Hacer la programación de una lista de compra para la alimentación de una familia de cinco miembros para una semana.

Se trabaja en grupos pequeños en donde se hace el ejercicio de programar la compra de una semana.

Se deben analizar las fases que tiene:

- Delimitación de las necesidades.
- Objetivos que se persiguen.
- Actividades a realizar y calendario.
- Técnicas utilizadas.
- Recursos necesarios.
- Evaluación y revisión.

Material 3B

Programas que conozco

Enumera los programas de salud que conoces.

Material 3C

¿Qué opino de los programas que conozco?

Responde a las siguientes cuestiones:

- De los programas que se han comentado, ¿Cuáles se trabajan en tu zona de salud?
- ¿Añadirías algún programa más?
- ¿Qué programas te parece que se trabajan bien?
- ¿Qué programas crees que habría que mejorar?

Material 3D

¿Cómo puedo realizar un programa de salud?

Se propone trabajar con esta plantilla.

Programa	
Objetivos específicos	
¿Qué actividades?	
¿A quién va dirigido? (Población diana)	
¿Cómo se va a desarrollar?	
Recursos materiales	
Recursos económicos	
¿Quién lo hará? (Recursos humanos)	
¿Dónde se hará?	
¿Cuándo se hará?	
¿Cómo se evaluará?	

Material 3E

A modo de ejemplo de un programa.

Programa de vacunación antigripal en población anciana.

Programa	Vacunación antigripal a mayores
Objetivos específicos	Disminuir en un 60% la mortalidad por gripe en mayores de 65 años, en el próximo invierno, en el Área 1 de Madrid.
¿Qué actividades?	Difusión, citación, vacunación, registro.
¿A quién va dirigido? (Población diana)	Población mayor de 65 años que habita en el Área 1 de Madrid
¿Cómo se va a desarrollar?	<ul style="list-style-type: none">- Difusión en medios de comunicación, folletos, consulta...- Citación en Unidad Administrativa y consultas...- Vacunación en consulta de enfermería, domicilios...- Registro en sistema informático...
Recursos materiales	Folletos, nevera, vacunas, locales del centro de salud, ordenadores...
Recursos económicos	Salarios de profesionales implicados, precio de materiales, electricidad, precio de las vacunas...
¿Quién lo hará? (Recursos humanos)	Sanitarios, administrativos del centro de salud...
¿Dónde se hará?	Consultas de enfermería, domicilios...
¿Cuándo se hará?	Del 1 de octubre al 31 noviembre de 8'30 h. a 20'30 h.
¿Cómo se evaluará?	Cobertura alcanzada (total de vacunas aplicadas en relación a la población mayor de 65 años) ...

Actividad 4: Evaluación

Se pretende reflexionar sobre el proceso de evaluación y realizar la evaluación de una actividad o programa. Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas:

¿Qué es evaluar para mí? ¿ y para qué sirve? Se reparte una tarjeta donde cada persona debe responder de forma breve y rápida (un minuto aproximadamente) a la pregunta del Material 4A (Phillips 6/6). A continuación se divide el grupo grande en grupos de 6 y tienen seis minutos para discutir sobre esto nombrando previamente un moderador y un secretario. Pasado el tiempo los secretarios hacen una breve exposición de las conclusiones y a partir de ahí puede discutirse grupalmente. Clave: Se debe remarcar lo que es la evaluación y para qué sirve insistiendo en su importancia para ver si cumplimos los objetivos, cómo se ha realizado y qué podemos mejorar.

Tiro al blanco. Primeramente se preparan unos “blancos” o “dianas” en unas cartulinas y debajo de ellos, como títulos, los aspectos que queramos trabajar (Material 4B). De una forma individual se escriben en tarjetas las respuestas a los aspectos que trata cada diana. Se recogen todas las tarjetas y se van colocando en la diana:

- en el centro si se consideran muy importantes,
- más o menos fuera del centro según su importancia,
- fuera de la diana si no se consideran importantes,

Finalmente se discute en grupo grande los contenidos de las tarjetas y los motivos de su colocación más o menos en el centro para profundizar sobre el punto a tratar en cada diana. El educador podrá desarrollar sobre estos puntos una lección participada con la ayuda de “centrándonos en el tema”.

¡Evaluemos! Se plantea al grupo el diseño de la evaluación del taller realizado. Se divide en tres grupos y cada uno de ellos debe desarrollar los contenidos a evaluar de los tres grandes apartados en que clásicamente se presenta la evaluación: estructura, proceso y resultado. Se dan 20-30' para el trabajo grupal, luego se presenta y se discute en grupo grande mientras el o la moderadora lo va escribiendo en el rotafolios. Si es conveniente y hay tiempo, el resultado obtenido puede emplearse para evaluar realmente la actividad.

Material 4 A

¿Qué entiendo por evaluar?

Escribe qué significa el término evaluar:

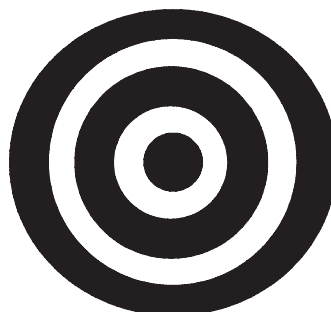
¿Para qué sirve evaluar?

Material 4B

Tiro al blanco



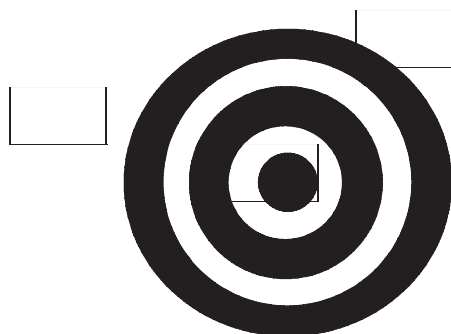
Dificultades en la realización de una evaluación



Objetivos de una evaluación

De forma individual se escriben en tarjetas las respuestas a los aspectos de que trata cada diana. Se recogen todas las tarjetas y se van colocando en la diana:

- en el centro si se consideran muy importantes,
- más o menos fuera del centro según su importancia,
- fuera de la diana si no se consideran importantes,



Finalmente se discute en grupo grande los contenidos de las tarjetas y los motivos de su colocación más o menos en el centro para profundizar sobre el punto a tratar en cada diana. El educador o educadora podrá desarrollar sobre estos puntos una lección participada.

Material 4C

¡Evaluemos!

Evaluación de la estructura	Evaluación del proceso	Evaluación de resultados

En nuestro caso, un posible esquema (no exhaustivo) de los contenidos a evaluar podría ser:

- Estructura: local, duración, horario, educadores, materiales educativos...
- Proceso: nivel de participación, realización de las actividades previstas, adecuación de las actividades...
- Resultado: consecución de objetivos, satisfacción de participantes, efectos no previstos...

CENTRO DE INTERÉS 7:
USO RACIONAL DE BIENES Y SERVICIOS

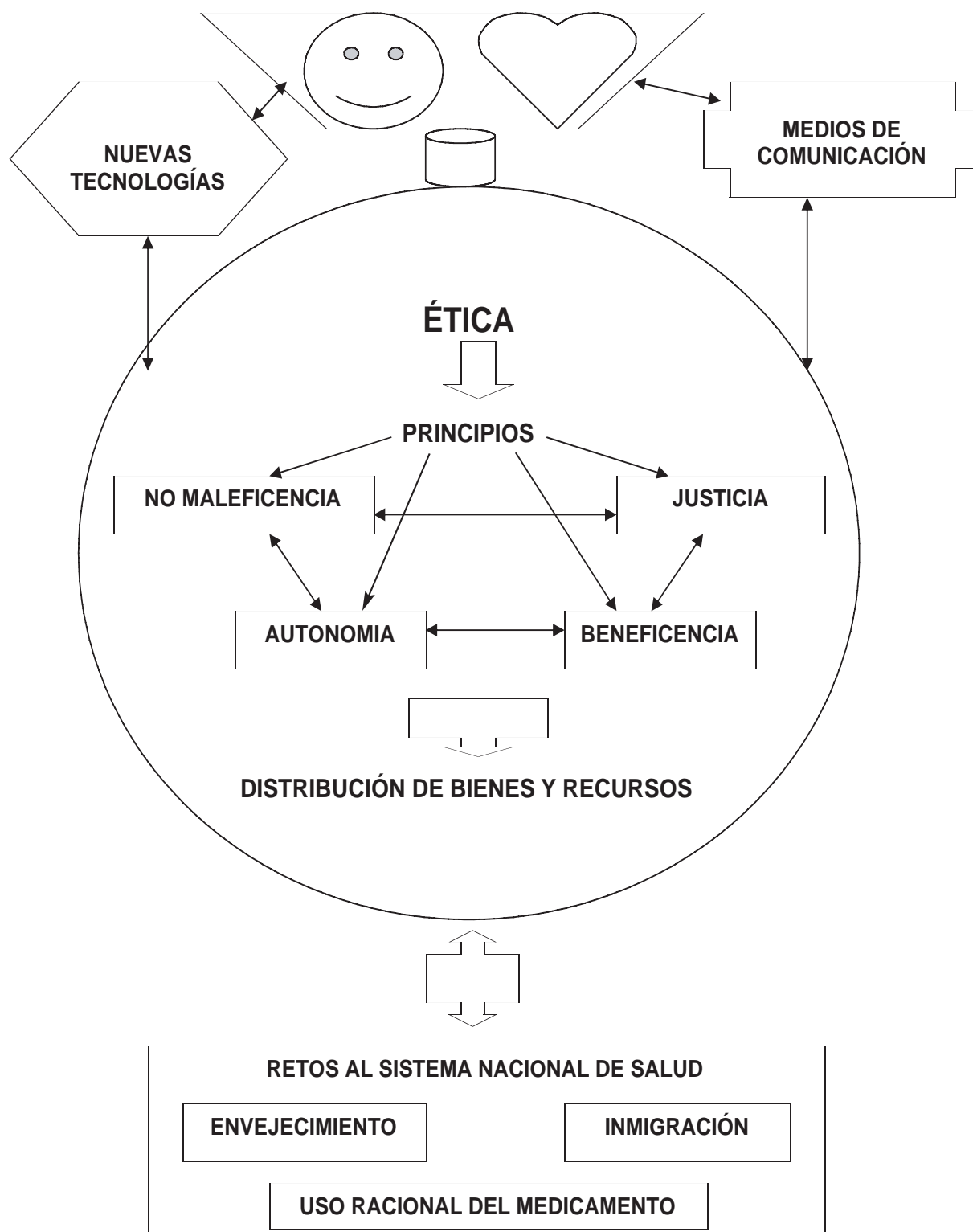
ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 7: USO RACIONAL DE BIENES Y SERVICIOS.

7.1 Centrándonos en el tema	482
Introducción	483
Análisis ético del uso y distribución de bienes	485
Ética de la eficiencia	485
Principios generales de la distribución de recursos	486
¿Por qué es necesario racionalizar?	487
Elementos del Sistema Nacional de Salud	487
Evolución del gasto sanitario	487
Influencia de los medios de comunicación	489
Normativa general	489
Información relacionada con los medicamentos	490
Publicidad en los diferentes medios de comunicación	490
Nuevas tecnologías. Ventajas y dificultades	491
Ingeniería genética	491
Manipulación genética	492
Medios diagnósticos	493
Problemas relacionados con la atención sanitaria	494
Hiperfrecuentación	494
Listas de espera	495
El cumplimiento terapéutico	495
La automedicación	496
Uso racional de los medicamentos	497
Retos futuros del Sistema Nacional Salud. Análisis y propuestas	499
Análisis del envejecimiento. Atención sociosanitaria	499
Atención a población inmigrante	501
Algunas lecturas	505
7.2. Diseñando el programa	507
7.2.1 Objetivos y contenidos	507
Objetivo General	507
Contenidos	507
Hechos, conceptos y principios	507
Actitudes, valores y normas	507
Procedimientos	507
7.2.2 Menú de actividades	508
Proceso de secuenciación de las actividades	509
Actividad 1. Los principios del uso de bienes	510
Material 1A: Uso racional. ¿Qué es?	511
Material 1B: Avances tecnológicos	512
Material 1C: Servicios básicos o especializados	513
Material 1D: Principio de no maleficencia. Caso Asunción	514
Material 1E: Principio de justicia. Caso Don Cristóbal	515
Material 1F: Principio de autonomía. Caso Don Mariano	516
Material 1G: Principio de beneficencia. Caso Encarna	517
Actividad 2. Uso racional de bienes y servicios	518
Material 2A: Publicidad de los alimentos y temas de salud	520
Material 2B: Análisis de fotografía. Servicio de urgencias	521

Material 2C: El coste de los servicios en un centro de salud	522
Material 2D: Tarifa de precios en Atención Primaria	524
Material 2E: Efectos secundarios de las nuevas tecnologías	525
Material 2F: La elección de sexos de los hijos	526
Material 2G: Priorización entre recursos. Ejemplo de un gestor	527
Material 2H: Priorizar en los servicios sanitarios especializados	528
Material 2I: Priorizar en los servicios sanitarios del nivel primario	529
Actividad 3. Uso Racional de Medicamentos (URM)	530
Material 3A: Me han recetado un genérico	532
Material 3B: Qué es automedicarse	533
Material 3C: Análisis de anuncios publicitarios sobre medicamentos	534
Material 3D: El caso de María	535
Material 3E: Automedicación. ¿Cuándo y cuáles?	536
Material 3F: Automedicación. Análisis de esquemas	537
Material 3G: Prescripción de una receta	538
Material 3H: El consumo de medicamentos	539
Material 3I: Análisis de datos	540
Material 3J: Análisis de los datos sobre gasto farmacéutico	543
Material 3K: Propuestas de medidas de control del gasto sanitario	544
Material 3L: Recomendaciones para el uso correcto de los fármacos	545
Actividad 4. El envejecimiento	546
Material 4A: ¿Qué es la vejez?	547
Material 4B: Priorizar recursos sociosanitarios	548
Material 4C: Líneas generales del modelo sociosanitario	549
Actividad 5. La inmigración. Un reto para el sistema	550
Material 5A: La inmigración	552
Material 5B: La interculturalidad	553
Material 5C: Juicio a la diversidad	554
Material 5D: ¿Por qué emigran?	555
Material 5E: Datos de inmigrantes en Madrid.	556
Material 5F: Datos de inmigrantes en el Estado Español	557
Material 5G: ¿Qué haría yo?	558
Material 5H: El tren de la interculturalidad	559
Material 5I: Propuestas de intervención	560

7.1 Centrándonos en el tema.

USO RACIONAL DE BIENES Y SERVICIOS



Introducción

¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud? ¿Qué recursos son precisos asignarle para cumplir con el deber de justicia? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores de los teóricamente necesarios? ¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes?. Estos pueden ser los grandes interrogantes a la hora de decidir la distribución de los recursos sanitarios.

A partir del siglo XVII, se considera que todos los hombres tienen derechos primarios por el mero hecho de serlo. Son los llamados “derechos humanos” civiles y políticos que son: el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad, además de defenderlos cuando los considere amenazados.

Existen diferentes teorías acerca de la justicia sanitaria:

- Para el **pensamiento liberal** el mercado sanitario debe regirse, como los demás, por las leyes de libre comercio, sin intervención de terceros. Este ha sido el principio básico de la llamada “medicina liberal”, según la cual la relación médico-paciente ha de acomodarse a los principios del libre mercado, y por tanto no debe estar mediada por el Estado. Cualquier intervención suya es considerada artificiosa y perjudicial. Durante todo el siglo XIX es posible ver cómo el código ético de la medicina de todos los países condena que el médico se convierta en un asalariado, y aún hoy, cuando en muchos países los seguros de enfermedad se han hecho con la práctica totalidad de la asistencia sanitaria, hay casos como el francés, en el que los médicos han conseguido que sea el propio paciente el que pague directamente los actos médicos, y no la Seguridad Social o el Estado.
- Otra de las grandes teorías es la **justicia como igualdad social**. Cuando empieza a pensarse que la justicia, que se había relegado tradicionalmente al orden de la beneficencia y la caridad, obliga en justicia, el campo de ésta se amplía hasta exigir una nueva definición, en términos de igualdad social. Esta tesis es la defendida por el marxismo, siendo su mayor ventaja el dar fin al Estado absolutista.
- El **pensamiento socialista** de mayor influencia en los países occidentales ha sido el socialismo democrático, que ha dado lugar al Estado de bienestar, en el que la justicia no se define como mera libertad contractual, pero tampoco como igualdad social, sino como “bienestar colectivo”. La novedad es el concepto de “ideología del bienestar” que tiene su propia idea de la justicia, y posiblemente es la que goza de mayor vigencia en los países occidentales. Si el liberalismo descubrió el derecho a la salud, el socialismo alumbró un nuevo derecho, el derecho a la asistencia sanitaria. El 1º es equivalente al principio de libertad, mientras que el 2º lo es al principio de igualdad.

A partir de este momento, la salud ya no puede seguir siendo un mero problema privado, sino que pasa a ser una cuestión pública, política. Es el comienzo de la “política sanitaria”. El Estado del bienestar ha de tener entre una de sus máximas prioridades la protección del derecho a la asistencia sanitaria. Sin esto sería incomprensible el desarrollo de todo el sistema occidental de seguros obligatorios de enfermedad.

Para los **economistas y gestores sanitarios** lo justo se identifica con lo económicamente óptimo. Esto significa varias cosas:

- Primera: por más que los recursos sanitarios sean “limitados” (siempre lo serán, ya que el consumo sanitario siempre es ilimitado), no es justo desviar financiación de otras partidas del presupuesto a la sanidad, si la relación coste/beneficio es mejor en esos otros campos que en el sanitario (la educación, la vivienda...). La gran mayoría de los análisis evidencian una proporción de utilización innecesaria en los servicios hospitalarios que varía entre 30-40% de las estancias y un 15-30% de los ingresos.
- Segunda: dentro del ámbito sanitario, los limitados recursos que se poseen deben destinarse a las actividades que con un menor coste produzcan un mayor beneficio en salud (vacunaciones, relacionado con transplante cardíaco, se prioriza lo 1º).
- Tercera: hay prestaciones y servicios sanitarios que no pueden ser exigidos en justicia, dada su baja relación coste/beneficio (muertes cerebrales, estados vegetativos permanentes...).

La Sanidad se encuentra enfrentada a una serie de problemas dentro de un modelo de sistema público universal que al ser una conquista social no se va a cambiar. Algunos de estos problemas son:

- Las esperas que en ciertos casos superan lo que es razonable esperar. Esto es especialmente importante en los cuidados sociosanitarios.
- La enorme variabilidad que se produce en los procedimientos que se utilizan, y en los resultados que se obtienen.
- Actuaciones inadecuadas en el gasto del medicamento y en la alta tecnología médica, problemas que siguen sin manejarse, en parte por una falta de incorporación de los profesionales de la gestión.
- Nuestro país tiene una cifra de frecuentación inferior a otros países de la Unión Europea, y es evidente que la demanda va a crecer mucho más rápidamente que la capacidad para ofrecer servicios.

Análisis ético del uso y distribución de bienes

Los pilares fundamentales de toda reflexión ética son estos cuatro principios:

- Principio de **no maleficencia**: es no hacer daño a las personas. Exige que todas las personas sean tratadas con la misma consideración y respeto en el orden físico y psíquico.
- Principio de **justicia**: exige que todas las personas sean tratadas con la misma consideración y respeto en el orden social. Consagra el respeto a la igualdad de oportunidades.

Estos dos principios definen el nivel de la **ética de mínimos**. El criterio es el de exigencia de igualdad básica, de respeto, de un mismo código de reglas mínimas de convivencia. Lo que constituye este nivel es el mínimo de deberes que han de ser comunes a todos, y que todos debemos cumplir por igual.

- Principio de **autonomía**: defiende la necesidad de considerar por principio a todos los seres humanos capaces de evaluar y tomar decisiones por sí mismos acerca de todo aquello que tenga que ver con su modo de vivir, y de llevar a cabo esa decisión sin restricción alguna, a menos que ello produzca perjuicio a otros.
- Principio de **beneficencia**: es la obligación de hacer el bien tal y como uno lo entiende, procurando siempre extremar los beneficios y minimizar los riesgos que puedan ser previsibles.

Estos dos principios definen la **ética de máximos**, es decir, el máximo moral exigible por cada persona a sí misma, y que puede ser distinto del que se exigen los demás a sí mismos.

En la actualidad los conflictos de valores en las decisiones que se toman en sanidad se agrupan en 4 categorías:

- Las decisiones de política sanitaria, referidas a los límites de autonomía de los pacientes y la asignación de recursos en salud. Estas situaciones se plantean cuando suponen una amenaza para los demás, sea por enfermedades infecciosas o psiquiátricas. También existe una gran discusión sobre la legitimidad de obligar a abandonar o penalizar ciertos estilos de vida perjudiciales para la salud. Como ejemplos se puede referir a personas fumadoras a las que es necesario realizar un trasplante, una operación de corazón...
- Las decisiones sobre la asignación y priorización de recursos limitados entre distintos servicios de salud y la competencia por el presupuesto entre distintos sectores del gasto público. Este conflicto no dejará de agudizarse en los próximos años por el gran desarrollo de las tecnologías médicas y el enorme aumento de la demanda de servicios sanitarios por parte de la población.
- Las decisiones en la relación paciente-profesional, ya que están cambiando de manera importante porque el paciente debe poder participar en las decisiones que le atañen. Ello obliga a que el profesional informe adecuadamente al paciente y a que sus preferencias sean consideradas como fundamentales en las decisiones clínicas.
- Las decisiones sobre las nuevas tecnologías en biología y medicina, ya que provocan cambios culturales profundos porque tienen que ver con valores muy arraigados en nuestra sociedad. Ejemplo de ello son: la reproducción artificial que pone en cuestión los conceptos tradicionales de padre, madre, hija e hijo; o el de la genética que abre interrogantes acerca de la identidad e integridad de la persona.

Ética de la eficiencia.

La eficiencia tiene que ver con la optimización del beneficio en relación con el coste. No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros. Algunos planteamientos proponen que los recursos deben distribuirse a todos por igual, o en caso de desigualdad tienen preferencia aquellos que más lo necesitan, es decir, los más desfavorecidos.

La opción más correcta es la que maneja conjuntamente los criterios de eficiencia y de equidad. La tesis más aceptada es que existen unos **bienes sociales primarios**, (la vida, la propiedad, la libertad y la integridad física) que son exigibles en justicia, y que deben ser distribuidos de modo equitativo, aunque ello lleve a un gasto en alguna medida ineficiente. Los bienes sociales primarios se determinan mediante deliberación de las personas que forman un colectivo social, y se expresan por las vías propias de la voluntad general. En provisión de estos bienes no puede utilizarse el "criterio de generalización" (hay que buscar el bien de la mayoría, pero no el de todos),

sino el “criterio de universalización” (hay que buscar el bien de todos y cada uno por igual). En este ámbito de los bienes sociales primarios, debe utilizarse el criterio de equidad y no el de eficiencia. Sin embargo, en el caso de los **bienes sociales que no son primarios** la sociedad considera que sí puede haber diferencias entre los ciudadanos, más aún, que éstos deben gestionárselos de manera privada, de acuerdo con su propia idea de la eficiencia. Es el propio individuo el que tiene que establecer el coste de oportunidad de sus decisiones.

La teoría de la eficiencia no puede desligarse de las cuestiones de valor. Lo correcto no es buscar la eficiencia máxima posible, aquella que ahorre más gasto en términos absolutos, sino buscar el máximo ahorro una vez establecidos con calidad los valores y los bienes que se consideran importantes. La eficiencia económica ha de estar al servicio de los valores y de los bienes, y no al revés.

La combinación de estos elementos es crucial para poder conseguir una relación coste-efectividad óptima: el lugar donde se realiza la prestación (en casa del paciente, en el hospital, en centros de crónicos, ...), el proceso tecnológico utilizado (cirugía ambulatoria, prevención, farmacología...), y las habilidades requeridas, y por tanto el tipo de profesional (enfermeras, médicos de familia, especialistas...) se derivan todas las posibilidades de sustitución existentes en sanidad.

Principios generales de la distribución de recursos

La salud no se define como ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Hay que correlacionarlo con calidad de vida. Es un bien absoluto que no debiera someterse a leyes de oferta y demanda.

Por este motivo cualquier recurso utilizado, en todo caso, debería:

- Maximizar la efectividad con indicaciones aceptadas científicamente.
- Minimizar los riesgos con el máximo índice de beneficio/riesgo: información, adaptación a la situación del paciente.
- Minimizar los costes con alternativas económicas equivalentes: prescripción ajustada, mínimas listas de espera y estancias,...
- Respetar las opiniones de los pacientes: plantear alternativas terapéuticas, corresponsabilidad, relación clínica respetuosa, ...

Se deben tener en cuenta cada uno de los factores que modulan la necesidad, la idoneidad y la posibilidad de uso de los diferentes recursos, considerando que son el resultado de la influencia de:

- **Política económica y sanitaria.** Hace referencia a las leyes básicas y políticas de salud pública, decisiones estratégicas en el ámbito de la asignación y distribución de bienes y servicios y líneas presupuestarias.
- **La Administración Sanitaria** (tecnoestructura). Es toda la estructura que se ocupa de la aplicación de las leyes y normativas establecidas, de la compra de bienes y servicios y de la gestión de los mismos. Entre otras actividades señalamos las siguientes: la autorización de medicamentos, precios de referencia, gestión de servicios y presupuestos, estratificación de la asistencia, financiación y reintegro de gastos, dotación de recursos psicosociales y garantizar la accesibilidad de los recursos,
- **Las y los profesionales.** Hace referencia a los aspectos clínicos y psicosociales, la gestión de los recursos, la coordinación interna y con otros niveles, la prescripción delegada.....
- La población está relacionada con las características clínicas y sociodemográficas, valores culturales de la salud, grado de “medicalización” de la sociedad, y nivel de autoresponsabilidad en salud.
- **Los proveedores de los diversos servicios.** Nos referimos a los centros sanitarios públicos o privados, oficinas de farmacia y centros de alta tecnología: información, publicidad y educación sobre el uso de los servicios, accesibilidad y programas de atención.
- **La industria farmacéutica y de las tecnologías biomédicas.** Hace referencia a los mecanismos de investigación, desarrollo, promoción y publicidad de los diferentes bienes y servicios.
- **Los medios de comunicación** informan de temas relacionados con la salud, incitando al

consumo de una serie de servicios que a veces no son reales.

¿Por qué es necesario racionalizar los servicios sanitarios?

Pensamos que siempre es necesario racionalizar en el uso de bienes y servicios sanitarios públicos.

Podemos considerar que existen diversas razones para racionalizar:

- Para conseguir mayores niveles de equidad y justicia social.
- Por ser bienes colectivos, solidarios y públicos.
- Los factores que condicionan la salud son múltiples y debe buscarse el equilibrio entre el peso de su contribución a los problemas y los recursos necesarios para obtener los mejores resultados en salud.
- Las necesidades de la comunidad son muchas, diversas y crecientes; los recursos son limitados y la sociedad en su conjunto debe priorizar.
- Por el aumento del gasto sanitario. Este es el que se considera hoy como una razón principal dentro de las diversas opciones de política económica en donde nos encontramos inmersos.

El problema de la escasez de recursos se hace especialmente doloroso en el ámbito sanitario, donde priorizar significa seleccionar los servicios o intervenciones a dar a un paciente de forma temporal o permanente, para proporcionarle una mejora en salud. Sin embargo, dado que la priorización es inevitable se deben establecer criterios de selección explícitos. La transparencia debe ser una propiedad de los sistemas sanitarios. La ciudadanía debe conocer las causas por las que se le asigna mayor prioridad a un tratamiento, o a un paciente frente a otros. En la medida que los criterios de priorización reflejen las preferencias de un amplio número de colectivos, aumentará su grado de aceptación social, y por lo tanto, facilitará su implantación.

Elementos del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Los principales elementos que componen un sistema sanitario y los factores a través de los que se relacionan y funcionan, se estructuran del siguiente modo:

- **La población** es fundamental por la utilización que hace del sistema sanitario.
- **Los proveedores**, son los profesionales sanitarios, organizaciones, instituciones y medios que producen servicios sanitarios. La provisión puede ser pública o privada, según la titularidad de la institución o la dependencia del profesional.
- **Las agencias aseguradoras** son los intermediarios entre la población y los proveedores. Pueden ser públicas, en general son de afiliación obligatoria, se financian por cuotas a cargo de los trabajadores y empresarios (sistemas de seguridad social o de mutualidades), o por los presupuestos del Estado o privadas (ADESLAS, SANITAS).
- **La regulación** son las normas sobre cómo estructurarse y funcionar el sistema sanitario. Es la autoridad sanitaria. En España, el derecho a la asistencia sanitaria está regulado por ley.
- **La forma de financiar** la asistencia sanitaria es uno de los principales elementos diferenciadores de los modelos de sistemas sanitarios. En el sistema público, la financiación procede de los impuestos y de los seguros sociales. A la financiación pública, se unen la regulación por el Estado, la gratuidad en el momento del servicio, la universalización, a menudo el racionamiento de la asistencia mediante listas de espera, y el afán por la equidad. El sistema privado, no está regulado por el Estado, y está sujeto a las leyes del mercado. El pago puede ser directo a los proveedores, o por primas de seguros voluntarios que se contratan.
- **La gestión** también puede ser pública (asignación presupuestaria del gobierno, sin ánimo de lucro) o privada (consiguen financiarse a través de la venta de unidades de servicio a precio de mercado).

Evolución del gasto sanitario.

En España, al igual que en el resto de países desarrollados, el gasto sanitario ha experimentado un notable aumento en las últimas dos décadas por los motivos expuestos en la tabla 1.

Tabla 1 Factores del gasto sanitario

- Envejecimiento de la población.
- Nuevas tecnologías y avances terapéuticos y diagnósticos.
- Aumento de la oferta de personal y servicios
- Universalización de la asistencia y mejora del acceso.
- Aumento de las exigencias de la población. El aumento de la riqueza y cultura se expresa con una mayor expectativa de consumo y aumento de la frecuentación.
- Intereses de los sectores productores de bienes y servicios.
- Medicalización de los problemas sociales.
- Atención a población inmigrante.
- Nuevos problemas de salud: SIDA...

En la actualidad el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB), dedicado a Sanidad, está en torno al 8%. La gran mayoría del gasto sanitario corresponde al sector público (70,6%). Este gasto es financiado gracias a los Presupuestos Generales del Estado (impuestos), que suponen prácticamente el 100% de la financiación.

En la tabla 2, se muestra cómo ha evolucionado el gasto sanitario en España respecto al PIB: del gasto sanitario total y del gasto sanitario público. La tabla 3 hace referencia a los gastos en diversos territorios.

Tabla 2 Gasto Sanitario

	1984	1987	1990	1995
% del PIB dedicado a Gasto Sanitario total	6,22	6,30	6,6	7,6
% del PIB de Gasto Sanitario Público	4,81	4,95	5,17	6,22

Tabla 3 Porcentajes del Gasto sanitario total

Reino Unido	América Latina	Estados Unidos
6,9%	7,5%	15%

Datos referidos el PIB dedicado a sanidad en 1996.

A pesar de la universalización del SNS, en España cerca de seis millones de habitantes, contratan una póliza de asistencia médica privada con mensualidades entre 5.000 - 6.000 pts, (30 – 36 Euros), aunque en muchas ocasiones, ignoran qué es lo que contratan, pues hay determinados servicios que las aseguradoras no cubren (tratamiento del SIDA, trasplantes, drogas, esterilidad, estética, enfermedades previas...), o ignoran que al cumplir 65 años, las cuotas aumentan un 75-100%.

El aumento de las necesidades, hace que se busquen nuevas fórmulas para disminuir el gasto público. Algunas de las alternativas que se ofrecen son: disminuir prestaciones, pago directo, aseguramiento privado complementario, utilización del ticket moderador (supone que el ciudadano debe abonar directamente en consulta una pequeña cantidad económica simbólica con el objetivo de disminuir la sobreutilización del servicio), y el copago.

En España, una de las alternativas que se plantean para reducir el gasto público es el copago. Se puede definir como una participación directa del paciente en parte del coste de los servicios

sanitarios en el momento de su utilización, con el fin de disminuir el gasto, racionalizar el uso de los servicios y concienciar a la población.

Las desventajas que conlleva el copago son:

- Supondría un mayor impacto en los grupos de ingresos más bajos.
- Disminuiría la utilización de servicios no sólo innecesarios, sino también los necesarios, o su utilización podría hacerse inadecuada (por ejemplo favorece la automedicación).
- Originaría retrasos en el diagnóstico de patologías determinadas, ocasionando mayores gastos por diagnósticos en estadíos más avanzados (ej: cáncer de cérvix).
- Disminuiría los exámenes periódicos y de prevención.
- Comprometería la equidad (castiga al “enfermo” con respecto al sano, al de recursos bajos frente al de mayor poder adquisitivo).
- Empeoraría la satisfacción del usuario (están en contra la Confederación de Consumidores y Usuarios).

Actualmente en España, existen algunas formas de copago en determinadas prestaciones:

- En Farmacia: pensionistas gratuidad de uso. Y a activos copagan 40%.
- En el transporte sanitario.
- En aparatos de Ortopedia.
- En los Servicios Sociales.
- Perpetuación de servicios no financiados:
 - Salud bucodental ⇒ Empastes, ortodoncias....
 - Salud Mental ⇒ Psicoanálisis.

Influencia de los medios de comunicación

Los medios de comunicación poseen diversas finalidades, tales como: divulgar, extender las noticias, los acontecimientos, la información sobre múltiples y variados asuntos que suceden en nuestro entorno más próximo, y cada vez con más frecuencia, en mundos hasta ahora desconocidos para nosotros.

Esta revolución de las tecnologías de la información a la que estamos asistiendo, acerca el saber, socializa el conocimiento, en particular de mundos y saberes que hasta ahora eran patrimonio de grupos especialistas, o de expertos, o de profesionales.

El caso de la medicina y las ciencias de la salud son ejemplos. Ya desde la 2ª Guerra Mundial, en Europa y Estados Unidos, la prensa, la radio, y posteriormente la televisión, se ocupan de la divulgación de noticias relativas a distintas enfermedades. Este fenómeno es más reciente en España, sin embargo el interés de la población es manifiesto y así, tanto la televisión, como la radio y la prensa, dan buena cuenta de ello con espacios y secciones específicas sobre salud: “Saber vivir”, “Médico de familia”, “Urgencias”, ...

Normativa legal.

La publicidad de los medicamentos de uso humano está regulada en el ámbito nacional por el **Real Decreto 1416/1994**, de 25 de junio, y en Europa por la **Directiva 92/28/CEE** de Consejo de 31 de Marzo de 1992.

Ley del medicamento. La información y promoción dirigida a los profesionales sanitarios deberían ser rigurosas, bien fundadas, objetivas y no infundir a error, de acuerdo con la legislación vigente y ajustarse a la ficha técnica.

Los medios utilizados como soporte tendrán carácter básicamente científico.

En las publicaciones de estudios de investigación y ponencias de reuniones se harán constar los fondos obtenidos y las fuentes de financiación.

El ofrecimiento de primas y obsequios, como métodos vinculados a la promoción serán calificados de infracción muy grave.

En 1968 la **XXI Asamblea de la OMS** refiere: “En la información a los facultativos debería asegurarse un óptimo equilibrio entre la información avalada de la eficacia y las reacciones adversas y las contraindicaciones.

La publicidad no legitima ni las declaraciones de infalibilidad, ni la sugerencia de que son recomendadas por miembros de la profesión médica.”

Los **Códigos Deontológicos** de los Colegios profesionales: medicina, enfermería, fisioterapia. establecen criterios éticos en lo que respecta a la publicidad y la información.

Información relacionada con los medicamentos.

En España se entiende por información todo mensaje dirigido al médico, y por publicidad el que va dirigido al público en general.

La promoción del medicamento no se hace sólo directamente al usuario, sino que se utiliza a las y los médicos como transmisores entre la industria farmacéutica y el consumidor.

La industria farmacéutica debe proporcionar información científico-técnica de sus productos a los profesionales, para que estos juzguen la conveniencia de prescribirlos. Sin embargo, esta información se desliza cada vez más a incitar el consumo de medicamentos.

Para lograr una promoción consumista de fármacos el marketing de la industria presiona mediante:

- Repeticiones insistentes del mensaje publicitario; se recuerda un producto ya conocido desde hace tiempo. El exceso de visitas por parte de los profesionales de la industria, genera que un producto no se prescriba por su aportación científica, sino por la labor de promoción: a mayor promoción mayor consumo.
- La continua aparición de medicamentos novedosos que superan a los previos en aspectos parciales, no siempre lo suficientemente contrastados, sin aportar avances terapéuticos significativos, pero que incitan a su prescripción.
- El volumen de material informativo que se oferta, impide un estudio de las ventajas e inconvenientes que aporta un medicamento, y la decisión de recetarlos queda a merced de la impresión causada al profesional. El material publicitario de la industria farmacéutica que recibe una o un médico de Atención Primaria, a través de la visita médica, supera los 3.000 € anuales.
- El sistema actual de visitas de los delegados de los diferentes laboratorios farmacéuticos propicia la obtención de beneficios, si la promoción del fármaco es bien acogida por el facultativo; esta acción de refuerzo genera círculos viciosos de dudosa justificación ética.

Publicidad en los diferentes medios de comunicación.

En prensa.

Hay un mayor interés por los aspectos relacionados con la calidad de vida, por esto la prensa ha aumentado el número de noticias relacionadas con la salud. Aunque esta situación es beneficiosa, puede tener aspectos negativos, ya que a veces se induce a la ciudadanía a considerar que existen soluciones para todo tipo de problemas de salud. Ahora es el propio paciente el que informado por los medios de comunicación de un nuevo medicamento exige al médico su prescripción.

Algunos estudios señalan que las y los médicos prescriben fármacos con mayor frecuencia a los pacientes que acuden a su consulta solicitándolo, contribuyendo a incrementar la prescripción inducida y elevar el gasto farmacéutico.

Esto induce a la automedicación y a la decepción del usuario o usuaria, cuando muchas veces esa publicidad ha sido engañosa.

El actual trabajo periodístico se basa en dar la información lo antes posible, debido a la competencia del medio, lo que no puede suceder si se espera a comprobar el resultado científicamente. Las estrategias de marketing de los fabricantes de los medicamentos son iguales que cualquier otro producto de consumo: introducen la publicidad en medio de reportajes adecuados, sólo hablan de beneficios y nunca de efectos secundarios o adversos, etc...Sería aconsejable que cuando se escribe en prensa como profesional se informara más sobre autocuidados y cambios de estilos de vida, en contrapartida a la medicalización.

En las revistas médicas el 39,16% es publicidad, el 13,4% es de valor intrínseco dudoso o nulo. (Recordemos que 12 revistas médicas han acusado a la industria farmacéutica de desvirtuar los ensayos clínicos de medicamentos en su propio beneficio).

Medios audiovisuales: radio, televisión, Internet.

La mayoría de las veces, se aprovecha el interés sobre los temas de salud, para llenar espacios como tertulias radiofónicas o televisivas (La Rebotica, Por fin Madrid,...), dirigidas a veces, con poco rigor científico y parcial, al servicio del patrocinador: medicamentos, clínicas, etc...

Los espacios sobre salud suelen emplear más tiempo de su programación para la publicidad de medicamentos no financiados, y sin embargo se dedica menos tiempo para abordar temas de autocuidados y cambios de estilos de vida.

La utilización de Internet para consultar información relacionada con la salud y adquirir fármacos, cada vez es más amplia. La falta de control de lo que se transmite en la red, hace que se esté pidiendo una nueva legislación, ya que a veces puede ser peligroso lo que se obtiene por este medio.

En los medios de comunicación hay un aumento de información sobre alternativas a la medicina oficial. Estos sistemas alternativos han sido clasificados en cuatro categorías: acupuntura y medicina oriental; sistemas tradicionales indígenas; sistemas occidentales no convencionales; y naturopatía.

Aunque los usuarios bien informados van a poder ser más responsables en su propia salud, a veces, la publicidad les muestra que todo se puede resolver, y luego se decepcionan cuando eso no ocurre, y piensan que es el profesional el que falla.

Consideramos que los medios de comunicación son una fuente de información muy importante para la población, básicamente por su accesibilidad; sin embargo pensamos que las decisiones en salud deben realizarse de manera responsable, para lo que hay que tener en cuenta la opinión y experiencia de los profesionales sociosanitarios que aportarán una perspectiva contrastada.

Nuevas tecnologías. Ventajas y dificultades

La tecnología no es neutral, es buena y mala a la vez. La tecnología puede conllevar riesgos ecológicos, nucleares, químicos, y genéticos, muchas veces intangibles y globales, pero que acompañan a los beneficios del desarrollo como “polizones” indeseables.

Es indudable que las nuevas tecnologías, si no se controlan adecuadamente, darán lugar a grandes abusos, para lo que debemos estar preparados, pudiendo así prevenir sus perjudiciales y, en muchos casos, irreversibles efectos. La mayor garantía para evitar efectos nocivos, parte del establecimiento de comisiones pluralistas que valoren las implicaciones éticas de las nuevas tecnologías, así como ha de garantizarse la información periódica y certera a la opinión pública, libre de todo sensacionalismo. La información veraz al público es la mejor garantía de democracia, la mejor forma de prevenir abusos.

La Ingeniería genética.

La ingeniería genética consiste en la capacidad para crear especies nuevas a partir de la combinación de genes de varias existentes, combinando también sus características. Cultivos con genes de insectos para que desarrollen toxinas insecticidas o tomates con genes de pez para retrasar la marchitación han dejado hace tiempo de ser ciencia-ficción para constituir una realidad en nuestros días.

Permitir el cultivo de hortalizas en áreas desérticas hasta ahora estériles, o aumentar el tamaño de los frutos cultivados, son algunos de los adelantos que la utilización de este tipo de técnicas pueden aportar a la Humanidad, con los logros que supone hacia la erradicación del hambre en el mundo. Lo que no se ha definido todavía es cómo compatibilizar estos objetivos con los intereses económicos de las empresas de biotecnología que los desarrollan.

Detrás de estas mejoras y nuevas aplicaciones se esconden también riesgos y peligros de notable importancia. El negocio de la ingeniería genética está en manos de grandes multinacionales (Monsanto, Enimont, Du Pont, Ciba-Geigy, y Sandoz,) cuyos intereses comerciales están haciendo a los investigadores intervenir directamente en procesos biológicos que apenas hemos empezado a comprender, y mucho menos a controlar.

El evitar el desarrollo de enfermedades, la disminución de riesgos que puedan provocar su manifestación, así como la posibilidad de prevenir, curar y reducir los riesgos será mucho más viable que antes. Sin embargo la práctica de las pruebas predictivas entraña también inconvenientes que es necesario analizar desde un punto de vista ético, sobre todo si tenemos en cuenta que la posibilidad de localizar genes defectuosos causantes de posibles enfermedades hereditarias, va muy por delante de subsanar dichas diferencias.

En el momento en que sea posible combatir eficazmente una enfermedad se planteará también el problema de si es preferible o no lo es conocer la propensión a la misma. Se pueden producir incluso estados de ansiedad, con probabilidad de desembocar en el suicidio en aquellas personas a las que se les diagnostique el futuro padecimiento de una enfermedad genética para la que no existen posibilidades de curación en un futuro próximo.

Los efectos beneficiosos que se esperan de la ingeniería genética son los siguientes:

- La determinación de anomalías genéticas responsables de enfermedades hereditarias, enfermedades como el cáncer, la diabetes, el SIDA.
- Se está investigando en los genes implicados en el envejecimiento humano, para conseguir una mayor longevidad.
- Servirá también para despejar la angustia de una familia en la que existan manifestaciones hereditarias graves y desconocen si puede o no ser transmitida a sus descendientes.
- Recaudar información a cerca de nuestro origen, el de nuestros antepasados y el de otras civilizaciones a través del análisis del ADN.
- Poder conocer la huella genética de un delincuente a través de un cabello, un poco de saliva o una gota de sangre.

Como efectos negativos:

- La aparición de actitudes discriminatorias al sobrevalorar un determinado gen que lleve a discriminar a las personas que carezcan de él.
- Que las/os padres/madres, siguiendo modas, intenten una selección genética de sus hijas/os.
- Conducirnos a aberrantes actitudes como por ejemplo: la interrupción del embarazo por la preocupación de los padres de tener hijas/os perfectos, y esto nos llevaría a acabar con la versatilidad de la dotación genética humana, e incluso con la raza humana.
- También puede ocurrir que las empresas contraten a sus trabajadores en función de su mapa genético. Algo similar puede ocurrir con las compañías aseguradoras, ya que pueden establecer diferentes cuotas dependiendo del mapa genético que se tenga

Por tanto, y aunque todavía es demasiado pronto para predecir qué consecuencias podrá tener todo esto, desde ahora mismo, deberemos orientar nuestros esfuerzos hacia la consecución de alternativas que respeten siempre el derecho a saber o a no saber de la persona, así como a que se favorezca que sea el sujeto individual el único a quien corresponda decidir lo que quiere comunicar a los demás sobre sí mismo y a quién.

Algunas de las cuestiones que se discuten actualmente sobre genética son:

- La elección del sexo de las hijas e hijos.
- ¿Se transmite la obesidad?.
- ¿Todo lo que somos las personas está en los genes?.

Manipulación genética

La manipulación genética consiste en las técnicas dirigidas a modificar el caudal hereditario de alguna especie, con fines variables, desde la superación de enfermedades de origen genético, o con finalidad experimental (conseguir un individuo con características no existentes hasta ese momento).

La información genética es un conjunto de instrucciones que se transmiten en un único “idioma”, esto quiere decir que es universal, por lo que la diferencia entre un clavel, un rinoceronte y una persona humana es la cantidad de información que tiene un cromosoma. En estos momentos se dispone de la información que contiene el cromosoma humano (Proyecto Genoma Humano). La secuenciación del Genoma Humano posee numerosas aplicaciones médicas y biológicas. Representa una valiosa información acerca del desarrollo, la fisiología, la medicina, y la evolución del ser humano.

Si no contáramos con la protección legal, la manipulación genética sería realizable por cualquier empresa que quisiera efectuarla. En este sentido, España es uno de los países legalmente más avanzados, prohibiéndose mediante la “Ley sobre técnicas de reproducción asistida”, de 1988 y por el nuevo Código Penal.

Como ejemplos que pudieran surgir se nos ocurren:

- Las empresas: no contratarían a un obrero cuyos genes revelaran que concluiría pronto su vida útil.
- Las compañías aseguradoras: no asegurarían, o pedirían mucho dinero, para los que tuvieran propensión genética a las enfermedades o a la muerte prematura.
- Las personas: podrían guiarse por la genética a la hora de escoger una pareja que encajara con ellas/os.

Sin embargo, el consenso de los expertos nos lleva a la siguiente decisión: el bien jurídico a proteger es el patrimonio hereditario de la humanidad.

Medios diagnósticos.

La tecnología está haciendo avanzar a la medicina a una velocidad sin precedentes. La telemedicina y el uso de la medicina virtual como métodos de diagnóstico, serán habituales en el futuro inmediato de la práctica médica.

Para conocer la relación de equipos diagnósticos y de tratamiento con que cuentan los hospitales ver Centro de Interés 5: Modelos de Atención a la Salud.

Problemas relacionados con la atención sanitaria.

En la práctica diaria hay aspectos que forman parte determinante de los resultados obtenidos, que el profesional sanitario, en ocasiones, siente como una amenaza a su propio trabajo y que, a su vez, le resultan muy difíciles de controlar. Falta de formación en temas de comunicación o de economía de la salud, organización de los centros y las consultas, características sociodemográficas de la población, valores, creencias y actitudes sobre la salud, los medicamentos y los autocuidados, políticas sanitarias cambiantes, insuficiencia de recursos psicosociales, etc. afectan de forma significativa al proceso terapéutico.

Manejar cada uno de estos factores de forma adecuada ya parece una tarea ardua, teniendo en cuenta el número medio de consultas al día y el tiempo disponible para cada uno de los pacientes. Sin embargo, hay otros aspectos de los que el profesional se siente “menos responsable” en su origen y que generan, frecuentemente, una disminución de la efectividad de los tratamientos y una alteración de la dinámica de la consulta y del proceso terapéutico; estos son, entre otros: la hiperfrecuentación, las listas de espera, el cumplimiento e incumplimiento terapéutico y la automeedicación

La hiperfrecuentación

Este es, sin duda, uno de los mayores problemas que el profesional de la salud siente como amenazadores de su práctica diaria. Amén de que pacientes con múltiples enfermedades acudan con más frecuencia a los centros de salud, el sistema “obliga” a que determinados usuarios lo hagan mayor número de veces: prescripción repetida de fármacos para tratamientos de larga duración, partes de incapacidad laboral... En otras ocasiones, el propio sistema no da respuesta rápida y eficaz a situaciones que generan malestar en la población: problemas psicosociales de comunicación y/o relación personales o familiares, abandonos, malos tratos, necesidad de cuidados,... y por accesibilidad, el sanitario lo “absorbe” en forma de problema de salud. Y, por último, hay etapas vitales en las que son más frecuentes algunos “malestares”.

En resumen, podríamos decir que los factores que condicionan la utilización de los servicios sanitarios son:

1. Médicos. La percepción de necesidad es lo que determina la demanda de asistencia, pero existen factores que la modulan y predisponen:

- sociodemográficos: edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, nivel educacional y cultural,
- estructura, tamaño y ciclo familiar,
- aspectos de la personalidad y episodios vitales.

También existen factores facilitadores, tales como::

- nivel de ingresos.
- características del médico.
- organización de los servicios sanitarios.
- accesibilidad del sistema y recursos del centro asistencial.

2. Epidemiológicos (tipo de morbilidad, patologías crónicas, patologías psicosociales).

El aspecto que se plantea es si esa demanda está, o no, justificada; si es:

- un comportamiento apropiado en respuesta a una necesidad real, o
- una innecesaria y “no bienvenida” carga de trabajo.

Lo más frecuente es que los “hiperutilizadores” estén en una posición intermedia entre estos extremos, comprendiendo un heterogéneo grupo de pacientes con diferentes necesidades, pudiendo representar, en determinados casos, una disfunción médico-paciente.

Hay muchos estudios que intentan determinar cuáles con las características de este tipo de usuarios, a fin de conocer motivaciones, tipología de problemas, etc., e intentar dar respuestas adecuadas a sus demandas. Pues bien, partiendo de la cuestión de si hiperconsultor es la persona que va mucho a la consulta o es la que va más de lo normal, las únicas variables que pueden acercarnos a la realidad son:

- Los grupos diagnósticos.
- La cronicidad.

- La percepción de salud y, dentro de ella, el dato más significativo suele ser el malestar psíquico.

El sistema sanitario está preparado para solucionar algunos de estos problemas, pero para abordar algunas situaciones de tipo psicológico, social, de relación, de comunicación, etc. hace falta algo más que profesionales accesibles y sensibilizados.

Listas de espera

Este es, probablemente, el tema que más preocupa a la población, que más repercusión tiene en los medios de comunicación y que más inquieta a los responsables políticos. Implica un desajuste entre lo que oferta el sistema sanitario y la realidad de la población a la que da cobertura.

En nuestro sistema el usuario es evaluado, sin listas de espera, por un profesional de nivel primario (centro de salud), es decir, se realiza un primer “filtro cualificado” capaz de establecer una serie de prioridades asistenciales que impide una sobrecarga aleatoria de otros niveles. El acceso al nivel secundario (especialistas de Área), supone una espera que, en muchos casos, supera lo razonable. A partir de ahí, si se precisa un acto quirúrgico no urgente o acceso al nivel terciario (hospitales), los tiempos se alargan, a veces, de forma irracional. Por este motivo, la población intenta acortar el tiempo de espera, fundamentalmente, a través de los servicios de urgencia hospitalarios que le permite evitar la demora de los niveles primario y secundario.

Las principales causas que generan listas de espera están relacionadas con:

- Recursos limitados y/o inadecuados.
- Organización de los servicios sanitarios.
- Calidad de la información que se ofrece a la ciudadanía.
- Necesidades y demandas crecientes.

Hay que entender que no se trata del libre acceso del usuario a la tecnología más avanzada, al profesional más especializado o a la patología más banal. Son el tiempo gastado en escalones sin posibilidad resolutoria, el acceso a centros y a profesionales determinados previamente, o la resolución de problemas con importante repercusión funcional los que hacen incomprensibles las listas de espera.

No se debería generalizar en este tema porque las múltiples patologías, las infinitas situaciones personales y familiares y las distintas realidades de los servicios que dan respuesta hacen que cada caso sea muy especial. Si existe lista de espera, aunque sea breve, puede ser necesario establecer prioridades. En este sentido, parece claro que no se puede considerar de la misma forma una patología grave que una banal, pero a partir de ahí resulta difícil determinar criterios universales (la edad, la situación laboral, el tipo de repercusión funcional, la carga familiar,...). Son cada una de esas situaciones, además de la propia realidad asistencial, las que reflejan lo irracional de las listas de espera.

Es posible que, contando con el número suficiente de profesionales con capacidad resolutoria y mejorando la accesibilidad entre niveles asistenciales se disminuyeran las listas de espera. De esta manera, también se evitarían las partidas presupuestarias extraordinarias que pretenden dar solución a problemas serios que afectan a la población y que trascienden a los medios de comunicación.

El cumplimiento terapéutico

En la práctica, el concepto de cumplimiento terapéutico es restringido y suele referirse casi exclusivamente a los fármacos prescritos por el y la médico y al plan de administración aconsejado. En teoría, el cumplimiento debería entenderse, desde nuestro punto de vista, como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de una pauta o modificación de comportamientos en salud o hábitos de vida, coincide con el pacto terapéutico realizado con el profesional”.

De esta manera se entiende que el cumplimiento no tiene un carácter coactivo, que implica a todos, profesionales y usuarios, y que no se refiere a procesos estrictamente médicos.

Factores determinantes del cumplimiento:

- **El y la médico:** la vinculación del médico con el paciente y la capacidad de generar confianza son dos factores que mejoran el cumplimiento. La correcta indicación, y la aportación de

instrucciones de uso mejorarían factores de cumplimiento como la duración del tratamiento, la dosificación y el intervalo.

- **El y la paciente:** no parece haber relación con factores sociodemográficos, sino con aspectos psicológicos y de actitud; en general, los pacientes incumplidores se preocupan menos por su enfermedad, se sienten menos amenazados por la misma o son más escépticos acerca de la medicina y los medicamentos. Es preciso que el paciente conozca de forma clara las “normas de uso” y los resultados esperados con el tratamiento.
- **Relación médico- paciente:** el cumplimiento es una responsabilidad compartida, y la comunicación médico-paciente es bidireccional, requiere un intercambio de ideas, pensamientos, actitudes y afectos. Hay que considerar dos aspectos fundamentales: la habilidad y efectividad con la que se transmite la información y el impacto emocional de la comunicación, tanto verbal como no verbal. A este respecto, el consentimiento informado constituye el núcleo de un nuevo modelo de relación médico-enfermo que implica un profundo cambio de actitudes en los profesionales sanitarios. Parte de la convicción de que mientras que no se demuestre lo contrario, las personas son seres racionales autónomos, capaces de tomar decisiones en todo lo relativo a su salud y su enfermedad, a su vida y a su muerte. Y puesto que son capaces, son ellos quienes tienen que hacerlo y no el médico o la médica en su lugar. La tarea del profesional es ayudar al paciente a descubrir y decidir qué es lo que le parece más beneficioso para sí mismo.
- **Régimen terapéutico:** la complejidad, la duración, los múltiples tratamientos, la pauta, la vía de administración, el aspecto y forma, la presentación de efectos secundarios e interacciones, la efectividad y el precio son factores que inciden en mayor o en menor grado en el cumplimiento terapéutico.
- **Factores relacionados con la enfermedad y el tipo de tratamiento:** variables como la gravedad, la repercusión en su vida diaria o su proyecto de vida, la situación clínica o la duración pueden modificar el grado de cumplimiento.
- **Factores socioeconómicos y familiares:** el sistema rígido de citas, la burocracia administrativa, los largos tiempos de espera y las distancias largas, desmotivan al paciente y contribuyen al incumplimiento. Influye también la percepción acerca de la capacidad de resolución de problemas del propio sistema. El entorno familiar juega un papel clave en la transmisión de autocuidados, responsabilidad en salud o el modelo de cuidador.

La automedicación

Debería ser entendida como la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen (ver Centro de Interés 2: Autocuidados).

En España la prevalencia se sitúa alrededor de un 40-75%, encontrando que casi la mitad de los medicamentos utilizados son de prescripción.

La automedicación ha aumentado favorecida por los factores incluidos en la tabla 4 y tiene también sus aspectos positivos y negativos como se aprecia en la tabla 5:

Tabla 4 Factores que favorecen la automedicación

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Aumento del número de medicamentos disponibles sin receta (regulaciones legales).- Mejor educación sanitaria sobre medicamentos.- Facilidad de acceso de la población a la información.- Influencia informativa de la industria farmacéutica como estrategia de mercado.- Interés de reducción de los costes sanitarios.- Actitud de la población tendente al consumo (medicalización). |
|--|

Tabla 5 Aspectos a favor y en contra de la automedicación

A favor	En contra
<ul style="list-style-type: none"> - Es más cómoda, accesible y “barata” que la visita al médico. - Favorece la autonomía y la autorresponsabilidad en salud. - Ayuda a mantener la capacidad funcional (cefalea, resfriado,...). - Alivia al sistema sanitario de carga de trabajo. - Si no existiera, se buscarían otras formas de autocuidado menos fiables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mala indicación del fármaco usado. - Una dosificación o una duración de tratamiento excesivas aumenta el riesgo de aparecer efectos secundarios. - Demora la asistencia médica en problemas que lo requieren desde su inicio. - Aumenta la posibilidad de interacciones en personas polimedicadas.

Abandonando enfoques paternalistas del sistema sanitario cabría plantearse la disyuntiva de si se debe limitar o erradicar la automedicación, o bien promover una automedicación más racional, con potenciación de la educación sanitaria de la población.

No se debería pensar, por lo tanto, que la automedicación es responsabilidad exclusiva del usuario; el profesional sanitario debería intervenir en algunas de las recomendaciones que se consideran necesarias para un uso correcto de los fármacos:

- Información: qué enfermedad tiene el paciente (origen, duración, gravedad, complicaciones,...).
- Consejo terapéutico: efectos terapéuticos del fármaco, dosis, frecuencia, efectos adversos, interacciones, duración del tratamiento,...
- Educación: cómo actuar, fármacos a utilizar, signos de alarma, actitud positiva hacia la auto-observación, favorecer la colaboración y comunicación del paciente,...

Por otro lado, la administración sanitaria, como reguladora de la venta y control de fármacos, debe establecer qué fármacos estarán disponibles.

Está justificada, por tanto, la necesidad de aumentar la información sobre el uso de medicamentos; en este sentido la y el farmacéutico también juega un papel importante puesto que, en muchas ocasiones, es el único profesional que interviene en el proceso de adquisición y consumo de fármacos. Aprovechar su accesibilidad (automedicación asistida) y favorecer la comunicación médico-farmacéutico son dos aspectos fundamentales para mejorar la “calidad” de la automedicación.

Uso racional de los medicamentos (URM)

La teoría del URM se ha desarrollado por un doble motivo:

- La multiplicidad de alternativas farmacológicas para un problema de salud.
- El imparable aumento de la factura farmacéutica en el gasto sanitario total.

En España, la prestación farmacéutica supone el 24% del gasto sanitario público, con una media de crecimiento anual del 12,5 % en la década de los 90.

La correcta prescripción de un medicamento se asienta sobre cuatro pilares:

- la eficiencia,
- la seguridad,
- el coste económico y
- la opinión del paciente.

Ya en 1989 Graham Dukes, la OMS, apuntó que el uso racional del medicamento se alcanza cuando un médico bien informado, utilizando su mejor criterio, le pauta a su paciente, en la forma adecuada y por el periodo de tiempo adecuado, un medicamento bien seleccionado y al menor coste posible.

Es fundamental, por tanto, el control de la prestación real, y para ello, se hacen necesarios los estudios de farmacoeconomía, que permiten conocer la eficiencia de las diferentes alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles en el mercado y nos ayudan a optar por aquello que emple-

aremos de forma rutinaria.

- Factores que modulan la calidad de la prescripción

El empleo de medicamentos y el gasto farmacéutico son el resultado de la compleja relación que se establece por la influencia de los distintos factores: administración sanitaria, población, médicas y médicos, industria farmacéutica, oficinas de farmacia y medios de comunicación.

- **La Administración Sanitaria** actúa sobre la prescripción a diferentes niveles: además de definir la oferta de medicamentos y los listados de los fármacos financiados con cargo al Sistema Nacional de Salud, modula los beneficios obtenidos tanto por la industria farmacéutica, como por los distribuidores y las oficinas de farmacia, e influye sobre la utilización que los profesionales hacen de los medicamentos.
- **La población** es el consumidor final de los productos farmacéuticos, y por lo tanto, es necesario conseguir una mayor corresponsabilidad y participación en su utilización. Las características de la población que mayor influencia tienen en el gasto farmacéutico son: el estado de salud, la edad, el sexo y el nivel socioeconómico y cultural. El estado de salud es una variable determinante para el gasto en farmacia, pero es difícil de cuantificar por ser múltiples los indicadores para medirlo. El consumo de medicamentos aumenta con la edad, siendo máximo en los mayores de 65 años, quienes son también los que más se automedican y emplean fármacos de menor valor intrínseco. Por sexos, son las mujeres las que más consumen y las que se automedican con mayor frecuencia. El nivel socioeconómico y cultural es otra variable difícil de cuantificar por falta de criterios homogéneos entre los investigadores que permitan objetivizar los resultados obtenidos.
- **Las médicas y médicos** son los ejecutores finales del uso del medicamento. Los aspectos que modulan el uso y la calidad de los medicamentos prescritos son: la formación pre y postgraduada, la formación médica continuada, la colaboración con la y el farmacéutico de atención primaria, la información biomédica a través de las revistas científicas y de los medios generales de comunicación, la prescripción delegada por otros especialistas (entre el 30 y 40% del total) y el ámbito de trabajo (número de habitantes por profesional, zona rural y urbana, pacientes activos y pensionistas...).
- **La industria farmacéutica** financia la mayoría de los estudios para contrastar la eficacia y seguridad de los fármacos. Así mismo, condiciona los usos y hábitos de prescripción de las médicas y los médicos a través de la promoción directa (visitadores) e indirecta (publicidad en revistas especializadas). Dispone de mecanismos de publicidad y promoción de fármacos, su política industrial es agresiva, y el perfil de la investigación es mercantilista. La producción anual de medicamentos en nuestro país supera los 6.000 millones de euros y los recursos que destina esta industria a I+D (Investigación y Desarrollo), se aproximan a los 390 millones de euros anuales.
- **Las oficinas de farmacia** constituyen un punto de referencia imprescindible en el uso de los medicamentos, no sólo como dispensadoras de las recetas médicas, sino también como administradoras de los productos de libre dispensación que juegan un importante papel en la automedicación. Las farmacias son un lugar privilegiado para educar sobre el uso de los medicamentos.
- **Los medios de comunicación** divulgan información de carácter sanitario, influyen en la creación de estilos de vida y modelos sociales.

- Medidas de control del gasto farmacéutico.

Para contener el gasto farmacéutico, la Administración Sanitaria española ha adoptado en los últimos años una serie de medidas entre las que cabe destacar:

- **La reducción de los márgenes** de las oficinas de farmacia y distribuidores de medicamentos.
- **La firma de acuerdos con la industria farmacéutica** para limitar sus grandes beneficios. El sector público fija el margen de beneficios de la industria farmacéutica derivados de la venta de medicamentos al Sistema Nacional de Salud (SNS), que está dispuesto a asumir. Los beneficios superiores a los fijados han de revertir al SNS.

- **La elaboración de listas positivas de medicamentos.** Se trata de una relación limitada de medicamentos que son seleccionados a partir de la oferta existente en el país, y que serán los que se financiarán. El 75% de las 10.584 presentaciones farmacéuticas comercializadas en nuestro país, son financiadas por el sistema público. Se debe insistir sobre la incongruencia de mantener la financiación de fármacos que la propia Administración considera de escasa o nula eficacia (baja utilidad terapéutica).
- La introducción del Real Decreto 83/1993 y el Real Decreto 1.663/1998 donde se relacionan **las especialidades farmacéuticas excluidas** de financiación de la Seguridad Social (alrededor de 2.000 presentaciones). Estos decretos se realizaron en momentos de dificultad económica, con criterios opacos (se retiró la financiación a fármacos ineficaces, pero se mantuvo a otros de eficacia similar), y con una explicación a la población insuficiente que se prestó a interpretaciones malintencionadas.
- La potenciación del uso de **medicamentos genéricos** a través de la Ley 13/1996 de 30 de diciembre, entendiendo por genéricos medicamentos que pueden fabricarse libremente tras haber caducado su patente. Son iguales en eficacia, calidad y seguridad a los fármacos de marca comercial. Como principales ventajas de estos medicamentos, además del menor coste directo, se reducen los precios entre un 20 y un 50%, evitan la implicación del profesional médico en disputas comerciales y ahorran costes sanitarios globales, lo que puede favorecer la reinversión.
- El 1 de diciembre del año 2000, entró en vigor el Decreto Ley sobre los **precios de referencia**, en el que las autoridades sanitarias establecen el precio máximo que están dispuestas a pagar por un medicamento. Estos precios se fijan de forma que el usuario disponga en todo momento de algún medicamento genérico, cuyo precio sea igual o menor al de referencia. Con esta medida el gobierno pretende disminuir considerablemente el gasto farmacéutico, ya que será menor el dinero que tendrá que financiar por este concepto.
- La puesta en marcha del **Uso Racional del Medicamento**.
- El desarrollo de **políticas de incentivación económica** a los profesionales en el marco del contrato de gestión. Los sistemas de incentivación al médico basados únicamente en el ahorro, sin analizar cómo se consigue dicho ahorro, pueden convertirse en un problema ético.
- El establecimiento de **medidas de formación** (revistas, boletines, guías clínicas farmacoterapéuticas, etc) y de información para los y las médicos (análisis de los perfiles de prescripción), genera reducción de costes, incrementa el porcentaje de genéricos y mejora la selección de medicamentos.
- La aplicación de **medidas de copago** de las especialidades farmacéuticas.

A pesar de las distintas medidas adoptadas por la Administración durante los últimos años, el gasto sanitario destinado a los medicamentos ha seguido aumentando, sin que ello signifique un adecuado uso de los fármacos, ni una mejora en la situación de salud de la población. La adopción de políticas encaminadas a conseguir el uso racional de los medicamentos no siempre se traduce en la reducción de los costes, pero siempre llevará implícita una mejor utilización de los limitados recursos disponibles, posibilitando una mayor igualdad del Sistema Sanitario Público.

Retos futuros del SNS. Análisis y propuestas.

Los servicios sanitarios son objeto de interés principal para la ciudadanía, aunque no siempre tiene una traducción adecuada en políticas concretas de cualquier gobierno. Constituyen una parte importante del Estado de Bienestar, cuya extensión y gestión, en el contexto de la globalización de la economía, está siendo cuestionada. Son, además, un área de interés económico creciente, tanto por su volumen como por la posibilidades de constituirse en nueva área de negocio.

Entre los diversos temas que se podrían tratar proponemos los del envejecimiento de la población y el modelo de atención sociosanitaria y la atención de la población inmigrante por su importancia creciente y repercusiones sociales.

Análisis del envejecimiento. Atención sociosanitaria.

Las rápidas transformaciones culturales, tecnológicas y económicas que impulsan los cambios

sociales contemporáneos, y el impacto específico del envejecimiento demográfico, suscitan una preocupación especial, dando lugar a actitudes encontradas: en parte de alarma e incertidumbre, y en parte de confianza.

El análisis que se presenta plantea cómo vivirán las personas mayores de 85 años, y más, en las primeras décadas del presente siglo.

En aspectos sanitarios:

- A pesar del progreso biomédico y de la tecnología sanitaria, existe incertidumbre sobre la disponibilidad de tratamientos eficaces para patologías degenerativas del envejecimiento. Existe consenso respecto a los avances sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- Pronóstico negativo para el mantenimiento de la financiación pública y la cobertura universal, gratuita y completa de las necesidades básicas de los mayores.
- Necesidad de que se desarrolle una oferta mixta, pública y privada, de servicios sociosanitarios (la atención domiciliaria sanitaria y de cuidados personales y aumento en la oferta de servicios de cuidados paliativos a domicilio y servicios de rehabilitación) y un pronunciamiento parlamentario para ordenar el catálogo de prestaciones para las personas mayores, acceso y financiación de las mismas. La administración pública deberá asegurar un mínimo nivel de vida y dar cobertura sanitaria y social a los mayores en situación de alta dependencia.
- Posibilidad de mayor discriminación en el acceso a los recursos sanitarios por razones de coste.
- Mayor autodeterminación del paciente en su atención sanitaria (despenalización de la eutanasia voluntaria, incremento en la utilización del testamento vital y rechazo en situaciones irreversibles).
- Incremento del uso de tecnologías (telemedicina).
- Participación del usuario y usuaria en el gasto a través del copago, sobre todo en las prestaciones farmacéuticas y la atención a las personas dependientes.
- Mayor probabilidad del aumento del gasto privado en servicios básicos relacionados con las pólizas de seguros de dependencia y productos financieros.

En aspectos sociales:

- Aumento de calidad de vida, con tendencia paralela del crecimiento de factores limitadores de la autonomía individual, aislamiento social y procesos de ansiedad y depresión en las personas mayores.
- Aumento creciente de la proporción de personas mayores de 85 por debajo del nivel de pobreza y de la degradación social correspondiente.
- Existirá menor conciencia social para eliminar las desigualdades intergeneracionales.
- Continúa el estereotipo de que la vejez es una carga para los demás y que debe intentarse el cambio desde los medios de comunicación.
- Las diferentes formas de vida, cambio en los valores, creencias, y actitudes predominantes, (aumento de divorcios, familias monoparentales...) son causa del aumento de personas mayores que viven solas, por lo tanto ello conllevará a un mayor aislamiento social (no existirá la familia como fórmula de protección social). Por otro lado las viviendas tuteladas pueden ser consideradas como guetos de exclusión social.
- Se considera necesario una mejor regulación del hábitat del mayor (adaptación de viviendas, rehabilitación de las mismas), extensivo al medio urbano.

En aspectos económicos:

- Mayor probabilidad de empobrecimiento de las personas mayores.
- Existencia de un sistema mixto de pensiones –sistema de reparto para pensiones mínimas y de capitalización de las superiores- y mayores incentivos para suscribir sistemas de pensiones complementarios.
- Mayor financiación privada de servicios complementarios a cargo de familiares, de servicios domésticos a domicilio y residencias asistidas.

Modelo de atención sociosanitaria

Actualmente existe la necesidad de establecer las bases en las que se sustente un Modelo de

Atención Sociosanitaria, que sirva a todas las Comunidades Autónomas y que permita establecer criterios orientados a una planificación eficaz y de calidad, teniendo siempre como objetivo el ciudadano en situación de dependencia.

A este respecto, el Consejo Interterritorial del SNS ha elaborado un documento que orienta la acción del Ministerio de Sanidad y Consumo en política sociosanitaria. Algunos de los elementos que se han consensuado para poder desarrollar este modelo son los siguientes:

- Es preciso una definición más ajustada de usuario sociosanitario.
- Se necesita una mayor coordinación entre niveles asistenciales y sistemas.
- Asegurar la igualdad y el acceso a los recursos.
- Garantizar un abordaje integral, multidisciplinar y rehabilitador del usuario y su entorno inmediato. Modelo de Atención Integral.
- Identificación de las puertas de entrada a los diversos recursos y servicios. Es preciso establecer un sistema de información y evaluación que permita el seguimiento de la atención.
- Adecuar las prestaciones sociales y sanitarias a las necesidades de las personas.

Por todo ello, se proponen unas grandes líneas de actuación que nos marcan el camino a seguir en el Modelo de Atención Sociosanitaria:

- Converger en el ciudadano. “Converger en lugar de coordinar”. La demanda del ciudadano es poder recibir estos cuidados, independientemente de quien se los proporcione y tener acceso a ello en igualdad de condiciones.
- Responder a las necesidades del usuario, derivados del cansancio y sobrecarga que supone los cuidados prolongados. Las demandas están generadas habitualmente no por la persona enferma, sino por su entorno social inmediato.
- Fortalecer los sistemas. Incrementar los recursos y aprovechamiento eficaz de los disponibles.
- Modificaciones normativas y legislativas. Elaboración y desarrollo de una Ley que instituya una prestación económica de la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social: Ley de Dependencia.
- Financiación suficiente y corresponsable. La fórmula de financiación más adecuada para hacer posible las acciones que se proponen sería la creación de un fondo finalista del Ministerio de Sanidad y Consumo, que junto con el esfuerzo de cada Comunidad Autónoma posibilitaría la financiación de los costes propuestos.
- Tendencia a la Municipalidad. Trata de conseguir una provisión conjunta y organizada de los servicios sanitarios que debe ser ejecutada en el ámbito de la actuación local.

Atención a población inmigrante.

Los procesos migratorios no son un fenómeno nuevo en la historia de las sociedades, pero en la actualidad, la creciente importancia de las desigualdades entre países a nivel mundial, ha incrementado su relevancia. Posiblemente las motivaciones que originan el fenómeno migratorio son las mismas a lo largo del tiempo: crecimiento demográfico, necesidades materiales, falta de empleo, fenómenos de intolerancia, guerras, catástrofes, etc.; cambian, sin embargo, los contextos y las condiciones en las que se producen: mercado laboral, efecto “llamada” de amigos, familiares o medios de comunicación, la existencia de relaciones económicas o políticas entre los países, etc.

Hoy es un hecho que en nuestra sociedad convivimos personas diversas: diferentes aspectos físicos, gustos, opiniones, familias, origen...Un aspecto de esa diversidad es la cultura. También es un hecho que nuestro entorno es intercultural.

Las migraciones han sido una constante en la historia de la humanidad, así como el mestizaje de las personas, objetos, culturas y sociedades es un hecho. La diversidad es una riqueza enorme, quizá la mayor riqueza de la humanidad. La diversidad hoy es un importante valor. Contribuye al desarrollo personal y social. La diversidad favorece las relaciones de calidad entre personas y culturas.

Sin embargo, existen hoy diferentes obstáculos y dificultades para vivir la diversidad y la interculturalidad como un valor. A veces suceden fenómenos y actitudes asociados a las relaciones entre personas y entre culturas como los prejuicios, los estereotipos, el etnocentrismo, la discrimi-

nación o la desigualdad. Hoy día se constata una cierta tendencia a ver la diversidad como un problema.

Nuestra sociedad necesita gente inmigrante para trabajar aquí, pero se dan a veces fenómenos de racismo y discriminación que se concretan en diferentes prejuicios y estereotipos, en desigualdades de derechos y en diversas formas de discriminación.

También, junto a estos fenómenos se dan amplias experiencias de solidaridad, movimientos sociales, denuncias de situaciones discriminatorias. Factores como la globalización, la sociedad neoliberal, las políticas económicas, las injustas relaciones Norte-Sur, la deuda externa, las leyes de Extranjería, las políticas sociales etc., se imbrican en este complejo asunto.

Las migraciones modernas tienen graves y complejas repercusiones en lo social, económico y político y están afectando a las personas, individualmente consideradas, a sus familias y a sociedades enteras, tanto a aquellas de origen del emigrante como a las de destino del mismo. En 1990 los inmigrantes representaban más del 15 % de la población en cincuenta y dos países. Sin embargo, muchos señalan que estas cifras están infravaloradas ya que numerosos países no disponen de datos censales recientes o actualizados e incluso, en muchos casos, una proporción no desdeñable de personas cruzan fronteras sin que existan registros ni identificaciones censales.

España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes. Aunque su número es inferior al existente en otros países de la Unión Europea, tiene una gran trascendencia económica, social y cultural en nuestro medio.

Los datos publicados por el Ministerio del Interior indican que el número de extranjeros en España ha crecido en los últimos veinte años de forma moderada y constante. Desde 1981, año en que el número de extranjeros era de 198.042, hemos pasado en 1999 a 801.329, y siguen aumentando las peticiones para solicitar la regularización. En los datos provisionales del Censo del 2001 alcanzamos 1,5 millones de inmigrantes.

Casi el 45,2% del total de residentes proceden del continente europeo, constatando el crecimiento mayor de las personas procedentes de los países europeos, no pertenecientes a la Unión Europea, principalmente de Europa del Este (Rumania, Bulgaria y Rusia). No obstante, el peso de los nacionales de países de la Unión Europea sigue siendo muy importante en el conjunto del total de residentes extranjeros, (86,3 % del total de europeos).

En segundo lugar, aparecen las personas procedentes del continente africano que ha sufrido cambios en cuanto a su evolución durante los últimos años, ya que mientras en 1998 creció el 25,9%, en 1999 lo ha hecho en el 17,9%. En el conglomerado de países que conforman el continente africano, destacan las personas procedentes del Norte de África (Marruecos y Argelia), y de otros países del África Subsahariana, como Senegal, Gambia y Nigeria.

En tercer lugar se sitúan las personas procedentes del continente americano, en su mayoría (89,1%) de países iberoamericanos, que han incrementado su número durante los últimos años. Debemos destacar la evolución creciente de los nacionales de República Dominicana, Ecuador, Cuba, Perú y Colombia.

Finalmente debemos señalar que de los ciudadanos de países del continente asiático tienen mayor importancia las personas procedentes de la República Popular China y de Filipinas.

Aunque ya en la Constitución Española del 6 de diciembre de 1978, en su artículo 43, se reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria tanto a los españoles como a los extranjeros residentes en España. Este derecho queda regulado en el artículo 12 de la Ley Orgánica 8/2000 del 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (Ley de extranjería) y acoge cuatro situaciones:

- Las y los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Las y los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.
- Las y los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria

pública de urgencia en enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica, aunque no estén empadronados.

Factores que condicionan el nivel de salud de los inmigrantes:

La emigración por motivos económicos es, un factor de riesgo de enfermedad. Esta mayor vulnerabilidad en relación con la salud, deriva principalmente del cambio y el esfuerzo que supone el proceso migratorio en sí, que pone a la persona en una situación de estrés continuado, de las malas condiciones de vida en el país de acogida, de las dificultades para acceder a los servicios sanitarios y del impacto de la actividad laboral. Se suman a estos problemas las diferencias culturales y en muchos casos el desconocimiento del idioma.

Las deficientes condiciones de la vivienda (instalaciones de saneamiento y suministro de agua y eléctrico; estado de mantenimiento de todos los componentes de la vivienda) y las características de los agrupamientos (hacinamiento, agrupaciones no familiares con frecuentes cambios de domicilio y de compañeros de vivienda...) provocan mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, así como dolencias derivadas de intoxicaciones y accidentes, especialmente entre la población infantil.

El medio laboral es en el que se producen las mayores desigualdades respecto a la población española. Ocupan los espacios laborales de menor interés para la clase trabajadora española (jardinería, agricultura y construcción) o bien son objeto de discriminación positiva asociado a un deterioro salarial y de las condiciones de trabajo (como ocurre en el servicio doméstico). Las situaciones de explotación y precariedad laboral son prácticamente una constante.

La población inmigrante es más vulnerable a sufrir accidentes laborales que la población autóctona, entre otros factores por la inestabilidad y precariedad laboral y por no saber hablar, leer ni escribir español,

Un factor negativo para la salud psicosocial y mental es el conflicto cultural que sufre el inmigrante en la primera fase del contacto con la sociedad de acogida. El desarraigo es un acontecimiento psicológicamente desestabilizador. Supone un trastorno familiar, una ruptura radical con la cultura, los valores y la seguridad tradicionales. La incertidumbre que pesa sobre el trabajo y los demás elementos de la vida de los inmigrantes, que estos pueden considerar fuera de su control, agudizan el estrés y su angustia. La interrelación entre los problemas de salud psico-social y física entre los inmigrantes es estrecha. Durante el primer periodo de estancia en el país, los inmigrantes parecen estar más predispuestos a desarrollar problemas psicosomáticos que los ciudadanos nacionales. Los síntomas relativos al estrés –úlceras, migrañas, crisis de angustia, dermatosis y trastornos del sueño- han sido señalados con frecuencia en países europeos.

El aumento de la inmigración femenina en edad fértil conlleva una problemática creciente en temas relacionados con la salud reproductiva y maternal.

Retos para el sistema sanitario

El fenómeno de la inmigración plantea a la sociedad retos a muchos niveles, entre ellos en el sistema sanitario. La atención a los inmigrantes, comporta un aumento del número de pacientes, problemas de comunicación, aparición de nuevas enfermedades, colapso de los servicios de urgencias, donde acude el inmigrante por su poca costumbre de planificar visitas con cita previa.

La movilidad geográfica es una de las características más llamativas de la población inmigrante en nuestro entorno en el momento actual, que lo diferencia, en cuanto a comportamiento de grupo de la población española. Tiene un enorme impacto sobre la calidad de vida de estas personas así como sobre el acceso a los servicios, y muy específicamente sobre el acceso a los servicios de salud.

La atención primaria debe ser el nivel básico de atención de calidad a un colectivo cada vez más numeroso. Para ello es imprescindible proporcionar una formación específica a los profesionales sanitarios, así como lograr una adecuación de los recursos humanos, materiales y formativos.

Los profesionales sociosanitarios deben enfrentarse a problemas, tales como el idioma, el desconocimiento de nuevas enfermedades por su escasa presencia en nuestro medio, así como difi-

cultades para el seguimiento de pacientes, que, en muchos casos, se desplazan de unas regiones a otras, todo lo cual genera un cierto desasosiego entre los profesionales que atienden a este colectivo.

Es por tanto de suma importancia el establecer una relación médico-paciente de empatía (confianza) desde un primer momento. La sensibilización por parte del profesional del problema, facilitará el cumplimiento de las pautas de tratamiento por parte del paciente.

Propuesta de intervenciones de mejora

La realidad de la inmigración hace necesario promover la coordinación, planificación y metodología de actuación desde los diferentes ámbitos y entidades, públicas y privadas para favorecer la integración social de estas personas en nuestro entorno, evitando duplicidades, racionalizando los recursos existentes y coordinando las actuaciones que se desarrollan desde los diferentes sectores.

Se han identificado cuatro grandes grupos de intervenciones, que agrupadas por afinidades son:

1. Medidas organizativas.
2. Recopilación de información y realización de estudios sobre determinantes y necesidades de salud de la población inmigrante.

3. Actividades dirigidas a la formación de los profesionales sanitarios

4. Actividades encaminadas a la formación/ información del colectivo de inmigrantes

La semFYC propone las siguientes soluciones:

1. Integración de la atención sanitaria al inmigrante en el sistema nacional de salud.
2. Aporte de recursos necesarios a atención primaria.
3. Utilización de la figura del mediador intercultural.
4. Implicación de otras organizaciones e instituciones.
5. Utilización de interpretes.
6. Elaboración de protocolos y guías de actuación.
7. Reorganización interna del equipo.
8. Formación continuada del personal sanitario.
9. Creación de la carpeta del inmigrante.
10. Evaluar la calidad de la atención ofertada.
11. Realizar estudios de investigación epidemiológica.

Algunas lecturas.

- Altisent R, Delgado M.T. Bioética en Atención Primaria: cuestiones de confidencialidad. Atención Primaria 1998; 21
- Altisent R, Delgado M.T. grupo de trabajo de la semFYC. Sobre bioética y medicina de familia (I). Atención Primaria 1999; 24
- Altisent R, Delgado M.T. grupo de trabajo de la semFYC. Sobre bioética y medicina de familia (II), (III), (IV) (y V). Atención Primaria 2000; 25
- Arjona Mateos C. Repercusiones económicas de las enfermedades crónicas. El Médico interactivo; 550.
- Arroyo E, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. Atención Primaria 1998; 25
- Baos V. Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria. I Curso de Actualización en Salud Pública para Facultativos de Atención Primaria.
- Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Informe Territorial Sistema Nacional de Salud 2000; 24: 147-152.
- Baos V. La calidad de prescripción de medicamentos. Informe Territorial Sistema Nacional de Salud 1999; 23:45-54.
- Barea J. Los límites de la capacidad de financiación pública sanitaria y alternativas. El Médico interactivo; 550.
- Boletín Terapéutico Andaluz. Automedicación: Riesgos y beneficios. 1996; 12: 5.
- Cabedo V, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria.
- Contención racional del gasto en Sanidad. Panorama actual del Medicamento. 2000; 24: 230-235.
- Según J.L. Copias y genéricos ¿Se puede confiar en ellos?. FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 43-50.
- Costa J. Efectividad y ensayo. Análisis coste-efectividad. JANO; 56: 1306.
- Domingo J.L, Gómez M. Revista Española de Salud Pública 74 (3) CE.
- Gámez , E; Galindo,J P y col: La atención al inmigrante. Del aluvión a la solución razonable. Ed semFYC. Barcelona 2002
- Gené J, el al. Copago y accesibilidad a los Servicios Sanitarios. El Médico 2001: 74-87.
- González J, Otero A, Prieto J. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento anti-biótico. JANO EMC 1997; 53: 41-50.
- Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Editorial El Búho 1998.
- Bond J, Bytheway B. Debate of the Age 2000.
- Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Juan M. Ética y racionalidad económica en sanidad. El Médico 1999. Juan M. Fórmulas de copago en la Unión Europea. El Médico interactivo; 550.
- La regulación de los medicamentos: teoría y práctica. Gaceta Sanitaria 1998; 39-40.
- Laporte J.R, Castel J.M. El médico ante la automedicación. Med Clin (Barc) 1992; 99: 414-416.
- Laporte J.R. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? Med Clin (Barc) 1997; 109: 795-796.
- Llorente S, el al. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. Atención Primaria 1996; 17: 100-107.
- Merino J, Gil V. Cumplimiento: un hallazgo y un desafío.
- Muñoz P, et al. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. Atención Primaria 1996; 18: 484-490.
- Planet A, Berrondo I, el al. Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. El Médico interactivo; 792.

Quintana J.L, Morell M.E, Rubio L. Prescripción razonada de medicamentos. FMC Formación Médica Continuada en atención Primaria: 116-122.

Rodríguez B, Martín M.J. Variabilidad en la utilización de recursos en atención Primaria. Atención Primaria 1999; 23.

Rodríguez F, et al. ¡Doctor vengo de urgencias!. Atención Primaria 1998; 22: 655-660.

Romero F. Expectativas sobre el uso de los genéricos en Atención Primaria.

Rossell I. Planificación Sanitaria.

Ruiz de Adana R, et al. Grupo de trabajo sobre determinantes de la prescripción farmacéutica en Atención primaria.

Segovia A, et al. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. Atención Primaria 1998; 22: 562-569.

Soto J. Estudio de farmacoeconomía ¿por qué, cómo, cuándo y para qué?. Medifar 2001; 11, 3.

SOS Racismo Navarra: Vive la riqueza de la diversidad: 20 sesiones de educación intercultural. Ed SOS racismo. Navarra 2000

Zarco J: La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias en el sistema sanitario. SEMERGEN 2000; 26: 425-426.

Atención al inmigrante. FORUM 453. XXI Congreso Nacional de la SEMFYC.

La atención a la población inmigrante en el Insalud de Madrid: Propuestas de mejora". Grupo de trabajo de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. Dirección Territorial. Insalud. Madrid. 2001.

"Guía de autocuidados para las mujeres inmigrantes". Dirección Gral. De Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

(www.mir.es/policia/index.htm).

7.2 Diseñando el programa

7.2.1 Objetivos y contenidos

Objetivo General

Capacitar para la utilización adecuada de los bienes y servicios del sistema sanitario, a través de conocer los principios generales de su utilización, analizar el papel de los medios de comunicación como moduladores de los comportamientos en salud y valorar el papel que juegan las nuevas tecnologías en el campo de la salud.

Contenidos

Hechos, conceptos y principios.

- Principios generales de la distribución de recursos; factores que modulan la idoneidad de su utilización; evolución y elementos que intervienen en el gasto sanitario.
- Control de calidad en el uso racional de medicamentos. Factores que modulan la prescripción.
- Problemas relacionados con la atención sanitaria. Cumplimiento terapéutico, automedicación, hiperfrecuentación y listas de espera.
- Normativa legal de la publicidad de los medicamentos en los medios de comunicación.
- El papel de las nuevas tecnologías: ventajas y dificultades.
- Retos futuros del SNS: envejecimiento y atención sociosanitaria.
- Magnitud y razones para la inmigración.
- Atención a población inmigrante.

Actitudes, valores y normas.

- Actitud reflexiva y ética en el uso racional de los bienes.
- Analizar la importancia de cada uno de los factores que intervienen en el gasto sanitario.
- Asumir la autorresponsabilidad en salud como una forma de racionalizar los recursos.
- Valorar las medidas de racionalización del gasto farmacéutico.
- Valorar la influencia de los medios de comunicación en la salud.
- Valorar el efecto de las nuevas tecnologías en la salud: ingeniería genética, manipulación genética, información y medios diagnósticos.
- Analizar la evolución de las necesidades socio sanitarias de la población.
- Actitud receptiva y solidaria ante los retos del sistema sanitario: envejecimiento y población inmigrante.
- Valoración positiva de la diversidad personal y cultural como un hecho y una fuente de riqueza y que también comporta dificultades.

Procedimientos.

- Analizar los principios generales de la bioética aplicados a la distribución de los recursos socio sanitarios.
- Ser capaces de identificar los diferentes elementos que componen el sistema sanitario.
- Identificar los factores que pueden mejorar la calidad en el uso racional de medicamentos.
- Medidas de control del gasto farmacéutico.
- Expresar causas, consecuencias y propuestas de mejora de algunos aspectos de la atención sociosanitaria: listas de espera, automedicación e incumplimiento terapéutico.
- Capacitar para la automedicación.
- Análisis y cálculo del gasto generado en los procedimientos habituales de las consultas.
- Análisis y cálculo del gasto farmacéutico generado en el SNS.
- Análisis y cálculo del ahorro generado a través de la prescripción de genéricos.
- Identificar y analizar la influencia de la publicidad en la salud.
- Analizar la influencia de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud.
- Identificar los avances tecnológicos introducidos en la atención sociosanitaria y en la actividad diaria.
- Desarrollar habilidades para mejorar la convivencia en la diversidad, entre personas y culturas.
- Identificar alguna actuación para avanzar en la convivencia en la diversidad cultural.

7.2.2 Menú de Actividades

PRINCIPIOS GENERALES DEL USO DE BIENES

Objetivo. Se trata de valorar conocimientos, experiencias y vivencias sobre el uso de bienes, servicios y nuevas tecnologías, conocer y analizar sus principios generales, los aspectos éticos que influyen en el mismo, los factores que modulan la idoneidad de su utilización.

Actividad 1: Principios generales del uso de bienes

USO RACIONAL DE BIENES Y SERVICIOS

Objetivo. Contribuir a profundizar en el conocimiento del gasto sanitario y el coste de los servicios, el funcionamiento de los servicios, papel de las nuevas tecnologías, sus ventajas y dificultades. la evolución y elementos que intervienen en el gasto sanitario, analizando la importancia de cada uno de ellos, e identificando los factores que se pueden mejorar. Adquirir habilidades para reflexionar sobre las medidas racionalizadoras en el control del gasto y utilización de servicios

Actividad 2: Uso racional de bienes y servicios

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Objetivo. Contribuir a profundizar en el conocimiento de lo que es el uso racional de medicamentos (URM), sus razones, los factores que intervienen en el proceso de prescripción, la automedicación y las políticas aplicadas para disminuir el gasto farmacéutico y desarrollar habilidades para la automedicación.

Actividad 3: Uso racional de medicamentos

EI ENVEJECIMIENTO. Un reto para el Sistema de Salud

Objetivo. Contribuir al abordaje del reto del envejecimiento de la población, conocer y valorar el modelo sociosanitario propuesto para abordar la atención al envejecimiento, y la búsqueda de soluciones.

Actividad 4: El envejecimiento.

LA INMIGRACIÓN. Un reto para el Sistema de Salud

Objetivo: Contribuir al abordaje del reto de la inmigración, propiciar actitudes positivas a la diversidad y a la integración, conocer y valorar el modelo de atención al inmigrante, y la búsqueda de soluciones.

Actividad 5: La inmigración

Proceso de secuenciación de actividades

Para facilitar el aprendizaje más eficaz de cualquiera de los objetivos y contenidos (temas) a trabajar parece más útil posibilitar un proceso de secuenciación de las actividades con las siguientes fases:

Investigando su realidad

Profundizando en el tema

Abordando la situación

Consciencia de su realidad

Reelaboración de su realidad

Acción sobre su realidad

Actividades	Investigando su realidad	Profundizando en el tema	Abordando la situación
Actividad 1	Material 1A; 1B; 1C	Material 1D; 1E; 1F; 1G	Material 1D; 1E; 1F; 1G
Actividad 2	Material 2A; 2B	Material 2C; 2D, 2E, 2F	Material 2G; 2H; 2I
Actividad 3	Material 3A; 3B; 3C	Material 3D; 3E; 3F; 3H; 3I; 3J	Material 3K; 3L
Actividad 4	Material 4^a	Material 4B	Material 4C
Actividad 5	Material 5A; 5B	Material 5C; 5D; 5E; 5F	Material 5G; 5H 5I

Actividad 1. Principios generales del uso de bienes

Se pretende que analicen sus conocimientos, experiencias y vivencias con respecto al uso de bienes, servicios y las nuevas tecnologías y profundizar en el conocimiento de los principios generales de su uso; los aspectos éticos que influyen en el mismo, los factores que modulan la idoneidad de su utilización; analizando la importancia de cada uno de ellos y los problemas para su aplicación.

Para ello se pueden utilizar las siguientes técnicas.

Qué es el uso racional de recursos. Comenzamos valorando lo que los y las participantes entienden por el uso racional de los recursos, cómo lo perciben y porque se debe utilizar racionalmente los recursos, mediante una tormenta de ideas en grupo pequeño o trabajo individual durante 10 minutos para luego puesta en común en grupo grande (Material 1A).

Clave: Interesa remarcar la necesidad y las razones del uso racional como se expresan en centrándonos en el tema.

Avances tecnológicos. Se pretende conocer qué instrumentos y avances tecnológicos identifica el grupo y debatir los aspectos positivos y negativos de los mismos mediante la rejilla (Material 1 B). Se puede utilizar para cualquier tipo de avances tanto diagnósticos como terapéuticos.

Servicios básicos o especializados. Para detectar qué entienden por ambos tipos de servicios y si los diferencian, utilizamos una tormenta de ideas en grupo grande (Material 1C). Remarcar que los servicios básicos se distinguen por su rápido acceso, sin prácticamente listas de espera. Sin embargo, según se van especializando los servicios y la tecnología que utilizan, la accesibilidad es menor y se necesita superar trabas burocráticas y periodos de tiempo, más o menos largos, hasta que se accede finalmente.

Qué principios: Partiendo de las razones que han dado sobre por qué creen que hay que racionalizar el uso y distribución de recursos se hace un breve debate aportando, entre todos, las razones para ello (ver Centrándonos en el tema) para posteriormente en una lección exponer los factores que modulan la idoneidad y uso de los mismos. A continuación, con los Materiales 1D, 1E, 1F y 1G se trabaja en grupos pequeños, para luego compartir en grupo grande las aportaciones de todos y todas, sobre los cuatro principios éticos fundamentales comentados en el texto.

Claves: uno de los puntos principales que da origen a la bioética es el intento para solventar el potencial conflicto que puede existir entre la visión del sanitario y la del paciente, a veces tan distintas, y a menudo tan antagónicas, acerca de la manera correcta de actuar en las situaciones clínicas. Ello es debido en parte a las propias dificultades que tiene el sanitario para priorizar las decisiones conjuntamente con el paciente.

- El principio de no maleficencia se refiere a la inocuidad de la medicina: hay que respetar la vida física de cada persona. Tenemos que evitar causar molestias inútiles o perjudicar a sujetos que quizás no demandaban la atención que se le indica.

- El principio de justicia hace referencia a la equidad, a la justicia distributiva en relación a la sociedad. Cuando hacemos referencia al individuo se refiere a la ausencia de discriminación, en este caso la igualdad de acceso a los recursos. Este principio entra en conflicto cuando dedicamos recursos a personas que no los “aprovechan”: seguimiento de pacientes que no modifican sus hábitos, que no cumplen el tratamiento indicado..., y restamos esa atención a otros que pudieran beneficiarse de esa misma intervención.

- Principio de autonomía. Supone el respeto a la libertad de las personas para elegir y tomar sus propias decisiones. Para ello, es necesario proveerles de la información necesaria sobre los riesgos que conllevan sus hábitos o conductas. Los conflictos con este principio casi siempre se derivan de la actitud ante los “rebeldes”: personas a quienes aconsejamos la modificación de ciertas conductas de riesgo, pero que no comprenden o simplemente no quieren entender que un determinado hábito les perjudica, y lo mantienen pese a todo.

- Principio de beneficencia. Pretende que la actuación de las y los profesionales de la salud sea beneficiosa para la persona a la que tratan. En el ámbito personalista el bien del paciente no es mera corrección técnica, sino que incluye el bien objetivo.

Material 1A.

Uso racional. ¿Qué es?

- ¿Qué es para ti el uso racional de un recurso sanitario (medicamento, consulta médica, radiografía, etc...)?

- ¿Por qué crees que se deben utilizar racionalmente los recursos?

Material 1B.

Avances tecnológicos.

Cita qué avances de tecnologías sanitarias has conocido.

Según tu experiencia, comenta los aspectos positivos y las dificultades de estos avances:

- Aspectos positivos:

- Dificultades:

Material 1C.

Servicios básicos o especializados

Desde tu experiencia como usuario o usuaria del sistema sanitario actual, comenta

- ¿Qué Servicios consideras primarios o básicos?

- ¿Y cuáles serían secundarios o especializados?

Material 1D.

Principio de no maleficencia. Caso Asunción

Asunción, una enfermera de atención primaria, acude a visitar a una enferma a su domicilio. La enferma tiene 86 años, padece enfermedad de Alzheimer, muy evolucionada y está encamada y en posición fetal. Hace quince días al realizar el aseo diario, su cuidadora observa un pequeño bulto que le ha salido en el lateral de la mama derecha. Se lo comenta a la enfermera para que ella lo valore y se lo comunique a su médico.

El hijo, de 56 años, opina que se debería diagnosticar la fuente del bulto y ver qué se puede hacer.

Su esposa –que es la que la cuida a diario– piensa que no se debe hacer nada más que estar con ella hasta el final, pero no empezar con pruebas y más pruebas.

El principio de no maleficencia se refiere a la inocuidad de la medicina: hay que respetar la vida física de cada persona. Tenemos que evitar causar molestias inútiles o perjudicar a sujetos que quizás no demandaban la atención que se le indica.

Algunos problemas que se plantean:

- ¿Qué harías si tú fueras el médico?.
- ¿Qué harías si fuera tu familiar? ¿Quién debe decidir?.
- ¿Le pedirías pruebas diagnósticas?.
- ¿Por qué? ¿Para qué?.

Material 1E.

Principio de Justicia. Caso Don Cristobal.

Don Cristóbal tiene 53 años. Cuando se levanta para ir a su trabajo relacionado con la construcción comienza a encontrarse mal: tiene náuseas, le duele la tripa, y no se siente con fuerzas para ir a trabajar.

Su mujer le acompaña al médico de cabecera, que le pone un tratamiento y le dice que tiene que comer alimentos fáciles de digerir. Si observa que empeora debe ir al hospital. Al día siguiente comienza con fiebre y el dolor va en aumento, motivo por el que acude a Urgencias del Hospital Gregorio Marañón. Le diagnostican de piedras en la vesícula. Le ponen un tratamiento y le dicen que le tienen que operar para quitarle las piedras, para lo cual le apuntan en la lista de espera que está alrededor de tres meses.

Doña Lucía tiene 49 años, trabaja en un despacho de abogados y le han diagnosticado lo mismo que a Don Cristóbal, pero ella continúa acudiendo a su trabajo porque no tiene muchas molestias, de momento. Toda la familia tiene una cobertura de salud que es de una Colaboradora, ya que en su trabajo le han dado esa posibilidad: tener un seguro público o privado, ella decidió la última opción. En su compañía aseguradora le han informado que tiene una lista de espera de un mes y medio aproximadamente para ser intervenida.

Algunos problemas que se plantean:

Con relación a la sociedad, hace referencia a la equidad, a la justicia distributiva. Sobre el individuo se refiere a la ausencia de discriminación, en este caso la igualdad de acceso a los recursos.

Preguntas:

- ¿Qué criterios se deben tener en cuenta para establecer el orden de intervención?.
- ¿Qué os parecen ambos casos?.
- ¿Qué diferencias se detectan entre ellos?.

Material 1F.

Principio de Autonomía. Caso Don Mariano

Don Mariano es un paciente de 59 años de edad, diagnosticado de diabetes desde hace 20 años. Durante mucho tiempo se controlaba la enfermedad con un sistema de alimentación y ejercicio físico adecuado. Como estas medidas no eran suficientes, desde hace tres años le pusieron medicación para tener unas cifras de glucosa adecuadas. Don Mariano conoce en qué consiste su enfermedad, cuál es el tratamiento y cómo puede ayudar él a tener una vida de acuerdo a sus creencias y valores. Entre la enfermera, su doctora y en diversos talleres educativos le han enseñado todas estas cuestiones, algunas más.

Desde hace tres meses, a pesar de todas las medidas, no tiene un buen control de su glucosa, y ya su médica le ha dicho que ha llegado el momento de iniciar el tratamiento con la insulina. Él no quiere ni oír hablar del tema, puesto que se vería muy afectada su vida social: trabajo, amigos, familia, ocio.....

A los 15 días de la última consulta Don Mariano acude nuevamente a visitar a su médica y le comenta que se encuentra mucho mejor, pero que no está dispuesto a pincharse la insulina, a pesar de que entiende que sería lo mejor.

Nota: El principio supone el respeto a la libertad de las personas para elegir y tomar sus propias decisiones. Para ello, es necesario proveerles de la información necesaria sobre los riesgos que conllevan sus hábitos o conductas.

Preguntas:

- ¿Os parece real este caso? Habéis tenido alguna experiencia propia parecida.
- ¿Qué papel tienen las personas que intervienen en la atención al problema?
- ¿De quién es la responsabilidad de la atención?
- ¿Hasta dónde es necesario insistir en las indicaciones para mejorar la salud a un paciente que no lo quiere asumir?
- ¿Pueden imponerse las “normas, protocolos...” a las personas que acuden a consultar por un problema de salud?

Material 1G.

Principio de beneficencia. Caso Encarna

Para trabajar algunos de los aspectos éticos que contempla este principio se propone el siguiente caso.

Encarna es una mujer de 42 años que acude a la consulta de la pediatra de su hijo de 11 años porque desde hace una semana tiene diarrea que no se le pasa con la dieta, y fiebre. La pediatra le explora y observa que el niño presenta hematomas en brazos, piernas y mejilla izquierda; además le parece que su talla es inferior a la media para su edad. Pregunta a la madre cómo se ha hecho esos golpes, a lo que ésta responde que es “muy bruto” con la bicicleta. Al examinar su historia, comprueba que ha seguido muy irregularmente los controles programados, presentando una curva de crecimiento por debajo de lo normal. Con anterioridad, la pediatra había sospechado problemas familiares y posibles malos tratos, según una nota presente en la historia, momento a partir del cual los padres no habían vuelto a llevar al niño a consulta.

Este principio pretende que la actuación de las y los profesionales de la salud sea beneficiosa para la persona a la que tratan. En el ámbito personalista el bien del paciente no es mera corrección técnica, sino que incluye el bien objetivo.

Preguntas:

- ¿Qué os parece el caso?.
- ¿Cuál es el problema de fondo que se detecta?.
- ¿Cumple la pediatra con su deber?.
- ¿Qué debe hacer la pediatra con esta situación? ¿Por qué?.

Actividad 2. Uso racional de bienes y servicios.

Se pretende contribuir a profundizar en el conocimiento del gasto sanitario y el coste de los servicios, el funcionamiento de los servicios, papel de las nuevas tecnologías, sus ventajas y dificultades, y la influencia de los medios y la publicidad. en los comportamientos de utilización de servicios..

Se puede tratar de diferentes formas y con técnicas distintas. Se proponen las siguientes:

Publicidad. Para trabajar cómo se utiliza la publicidad en el tema de los alimentos, se recogerán previamente anuncios publicitarios en la prensa como margarinas, yogures, barritas energéticas, etc. (Material 2A), y luego se analizan en grupo intentando identificar las palabras clave y los reclamos que se lanzan para favorecer el consumo. Con la misma técnica se puede analizar el papel de la publicidad con otros temas de la salud, como nuevas tecnologías, aseguradoras sanitarias, medicamentos, ,medicinas alternativas.. Clave: Al finalizar esta técnica se sugiere que con breve lección participada señalar la importancia que tiene los medios de comunicación para influir en las conciencia de los distintos intervinientes en la atención a los problemas de salud como se remarca en centrándonos en el tema.

Análisis de fotografía de un servicio de urgencias (Material 2B). Se pretende que primero en grupo pequeño analicen la fotografía de un servicio de urgencias y valoren lo que ocurre en el uso de ese servicio. Se puede hacer lo mismo con un vídeo, o con una visita a un servicio determinado, y hacer una observación de lo que ocurre.

Claves: El uso adecuado de los recursos implica a la administración, a los profesionales y a la ciudadanía. Una adecuada planificación, distribución y previsión, una flexibilidad suficiente en la dedicación de personal y medios, un conocimiento práctico adaptado a cada necesidad concreta, una “conciencia de servicio público” por parte de todos y una mejora en la información y en la educación sanitarias que permitan al individuo una mayor autonomía, son aspectos fundamentales para una gestión efectiva y eficiente de los servicios sociosanitarios.

No obstante, hay aspectos poco tangibles, fundamentalmente relacionados con la comunicación y la relación interpersonal, que el usuario identifica como muy importantes para la percepción de calidad de un servicio. La saturación de los servicios puede ser, en un momento dado, un obstáculo más para el profesional que, por falta de formación específica y dependiendo de su ámbito de trabajo, tiene tendencia a prestar más atención a los problemas estrictamente “orgánicos”

Coste de la atención en un centro de salud: ¿Cuánto cuesta un proceso de prevención y/o enfermedad? ¿Cuánto paga el paciente en el sistema público y cuánto en el privado?. A partir de una serie de casos, (Material 2C) se solicita al grupo que reflexione y analice cuánto cuesta una consulta al Estado y cuánto le cuesta al usuario. ¿Todos los pacientes podrían ir al médico cuando lo necesitaran si tuvieran que pagar la consulta?; los impuestos que pagan aquellos que no necesitan atención médica ¿deben seguir pagándolos aunque no utilicen los servicios?. Se facilitan las tarifas de precios en Atención Primaria para el ejercicio 2001 (Material 2D) según está publicado en el B.O.E. de 20-06-2001 para poder calcular los costes de las distintas actividades.

Este tipo de técnica la podemos utilizar también para analizar el coste de otros servicios o prestaciones.

Clave: interesa que la gente se conciencie de lo que cuesta las actividades y servicios sanitarios aunque sean gratuitas de uso en el sistema público y de las ventajas que eso supone. Aclarar que la gratuidad de uso significa que las pagamos todas las personas con nuestros impuestos. Es decir que no nos las regala.

Nuevas tecnologías: ¿qué aportan? Si fallan ¿quién es el culpable?. Con el Material 2E en grupos pequeños se analiza el texto y se discute sobre el problema planteado de la yatrogenia de un nuevo medicamento. Analizar por qué se produce y de quién es la responsabilidad de garantizar la seguridad de las nuevas tecnologías.

Claves: La nueva tecnología debe demostrar su inocuidad, pero para eso necesita tiempo y uso repetido. El Estado debe asegurar que se han cumplido todas las normas de investigación, desarrollo, aplicación, etc. o crear otras nuevas. El profesional debe tener en cuenta la seguridad de

los medicamentos conocidos a la vez que aplica nuevas terapéuticas que pueden beneficiar a los pacientes. El usuario demanda aquello que le puede “curar”. La industria farmacéutica, investiga utilizando, entre otros, criterios de rentabilidad económica y oportunismo terapéutico y es responsable del cumplimiento estricto de la normativa vigente en cuanto a ensayos clínicos.

El dilema de la elección de sexo: Se abre un debate a partir de la lectura de la nota de prensa en la que se aprueba en EEUU la elección del sexo de los hijos (Material 2F). Se pretende con ello reflexionar sobre los retos que suponen los avances tecnológicos y las implicaciones que los mismos tienen tanto para la ética como para los sistemas sanitarios. Se puede utilizar el texto de centrándonos en el tema para terminar con una breve lección participada.

Priorización entre recursos:. En función de la composición del grupo, se dividirán en grupos más pequeños y se les hará trabajar en una o varias de las siguientes propuestas (Material 2G, 2H, 2I). Finalmente el resultado del trabajo se revertirá y se analizará en conjunto por todos los asistentes.

Clave: En esta actividad se pretende analizar la dificultad de la distribución de los recursos, la distinta forma de priorizar según criterios de edad, gravedad, repercusión sociofamiliar, funcionalidad, coste económico y valorar la aplicación del análisis ético y de los principios definidos en centrándonos el tema una vez realizado el ejercicio de priorizar. Se debe propiciar un debate para que el ciudadano de su opinión y aporte sus criterios siendo conscientes que no tiene todos los elementos para priorizar adecuadamente

Material 2A.

Publicidad de los alimentos y temas de salud.

Se trata de identificar las palabras clave utilizadas en la publicidad y que pretenden llamar nuestra atención sobre valores positivos relacionados con la salud:

- Natural
- Fibra
- Dietético
- Integral
- Sano
- Colesterol
- Light
- Vitaminas
- Desnatado
- Proteínas
- Enriquecido

Material 2B.

Análisis de fotografía. Servicio de urgencias

Se trata, en esta actividad, de analizar la fotografía, ver quiénes aparecen, dónde están, qué están haciendo, por qué están ahí, si podrían o deberían estar en otro sitio, la calidad aparente del servicio,...



Material 2C.

El coste de los servicios en un centro de salud

Pedro, de 37 años, trabaja y paga sus impuestos. Hoy acude a su médico de cabecera porque desde hace una semana tiene un dolor de espalda que ya le impide moverse y le cuesta dormir. Tras la exploración, su médico le diagnostica una lumbociática y le deriva a la consulta de enfermería para ponerle un antiinflamatorio inyectable y un relajante muscular. Continuará el tratamiento vía oral y le da las recetas para 10 días.

Precio de la consulta con cuidados de enfermería:

Precio del tratamiento farmacológico (antiinflamatorio y relajante muscular):

Como era la primera vez que acudía al médico, se le deriva a una consulta programada con su enfermera para tomar las constantes (talla, peso, tensión, pulso), completar la historia clínica y ponerle la vacuna antitetánica.

Precio de la consulta de enfermería:

Precio de la vacuna:

En el Sistema Público, el paciente no tiene que abonar nada porque lo paga a través de sus impuestos.

Se ha detectado que su tensión arterial está alta y además, tiene un ligero sobrepeso sin llegar a obesidad. Se decide hacer unos análisis, un electrocardiograma (ECG) y derivarle al oftalmólogo para realizar un fondo de ojo. De momento, el tratamiento sólo será la dieta y el ejercicio sin necesitar medicación.

Precio del análisis:

Precio del ECG (técnica de enfermería):

Precio de la consulta al oftalmólogo:

Precio de la segunda consulta a su médico para valorar resultados:

Antonio, el suegro de Pedro, es pensionista. Acompaña a su yerno en una de las consultas para que, de paso, le miren la garganta porque le duele al tragar y tose. Tiene un proceso vírico y se le prescribe un antigripal.

Precio de la consulta:

Precio del antigripal:

Como es pensionista, no tiene que pagar nada porque ya lo pagó con sus cotizaciones.

Pedro y su mujer, Pilar, tienen un niño de 6 años y tienen que ir al pediatra porque lleva 3 días con fiebre alta y tos con flemas. Se le manda hacer una radiografía urgente y se diagnostica una bronquitis para la que se mandan antibióticos.

Precio de la consulta del facultativo con pruebas complementarias:

Precio de los antibióticos:

Los padres sólo pagan el 40% de la medicación.

Pilar es ama de casa y quiere iniciar tratamiento con anticonceptivos para planificación familiar, por lo que acude al médico, quien solicita análisis y deriva a la matrona para realizar citología. Recogerá todos los resultados en consulta programada.

Precio de la consulta al médico:

Precio del análisis:

Precio de la citología:

Precio de la segunda consulta al médico:

A los 6 meses, Pedro tiene un nuevo episodio de ciática que le impide levantarse y tiene que ser atendido por su médico en el domicilio. Le manda unas inyecciones que deberá ponerle la enfermera durante una semana, los tres primeros días en su casa, el resto en el Centro de Salud.

Precio de la consulta del facultativo en domicilio:

Precio de las visitas de enfermería al domicilio para inyectables:

Precio de los medicamentos:

Juan es un indigente que vive en la calle; actualmente no trabaja y se le acabó el subsidio de

desempleo hace tres meses. y acude porque se ha dado un golpe en la mano y probablemente se le ha roto. Hay que hacerle una radiografía pero como no tiene medios para ir al centro de especialidades, se decide trasladarle en ambulancia para asegurarnos de hacer un correcto diagnóstico y tratamiento.

Precio de la consulta:

Precio del traslado en ambulancia:

Precio de la Radiografía:

Precio del tratamiento:

Ejercicio:

Hacer el cálculo del coste de los distintos servicios que se llevan a cabo.

Valorar los datos y reflexionar sobre la cuantía y lo que supone la gratuidad de uso del servicio.

¿Qué ocurriría si tuvieras que pagarlo en el momento?

Material 2D

Tarifa de precios en Atención Primaria para el ejercicio 2001

- Consultas en Centros de salud, consultorios, P.A.C., etc.

Consulta de facultativo		
Primera consulta	6.083 ptas.	(41,97 €)
Consultas sucesivas	3.492 ptas.	(20,99 €)

Consulta de facultativo con pruebas complementarias		
Primera consulta	8.730 ptas.	(52,47 €)
Consultas sucesivas	4.366 ptas.	(26,24 €)

Consulta de facultativo con cuidados de enfermería		
	Sin pruebas	Con pruebas
Primera consulta	8.379 ptas. (50,36 €)	10.475 ptas. (62,96 €)
Consultas sucesivas	4.189 ptas. (25,18 €)	5.238 ptas. (31,48 €)

Consulta de enfermería	1.396 ptas. (8,40 €)
-------------------------------	----------------------

- Consultas a domicilio.

Consultas de facultativo a domicilio (sin cuidados de enfermería)		
	Sin pruebas	Con pruebas
Primera consulta	8.379 ptas. (50,36 €)	10.475 ptas. (62,96 €)
Consultas sucesivas	4.189 ptas. (25,18 €)	5.238 ptas. (31,48 €)

Consulta de facultativo a domicilio (con cuidados de enfermería)		
	Sin pruebas	Con pruebas
Primera consulta	10.055 ptas. (60,43 €)	12.571 ptas. (75,55 €)
Consultas sucesivas	5,028 ptas. (30,22 €)	6.286 ptas. (37,78 €)

Consultas quirúrgicas ambulatorias	10.475 ptas. (62,96 €)
---	------------------------

- Derivaciones:

Laboratorio	8.000 ptas. (48,08 €)
Radiología	10.000 ptas (60€)
Derivación a especialista	16.000 ptas. (96,16 €)
Fisioterapia	2.000 ptas. (12,02 €)

Material 2E

Efectos secundarios de las nuevas tecnologías.

Sanidad eleva a seis las muertes relacionadas con la cerivastatina

23 DE AGOSTO DE 2001

VARIOS AFECTADOS ESTUDIAN DEMANDAR A BAYER

La Agencia Española del Medicamento, adscrita al ministerio de Sanidad y Consumo, ha informado hoy de que se han notificado 82 casos de reacciones adversas asociadas a la cerivastatina, con resultado de rabdomiolisis, seis de ellos con desenlace fatal. Estos nuevos datos, dados a conocer hoy, aumentan en dos el número de víctimas mortales asociadas a la cerivastatina, una sustancia aconsejada para reducir el colesterol que fue retirada del mercado el pasado 8 de agosto.

Los dos nuevos casos incluidos en el registro de agosto de la Agencia del Medicamento se produjeron antes de la retirada de los fármacos que contenían cerivastatina.

En ambos casos, según ha informado la Agencia, eran personas de edad avanzada y con otras patologías asociadas, igual que los cuatro casos que se conocieron a mediados de julio. Bayer ha admitido que pueden registrarse más de 1.000 afectados en el todo el mundo por Lipobayâ.

Preguntas:

- ¿Qué os parece el problema?.
- ¿Quiénes son los responsables?.
- ¿Qué factores pueden haber intervenido para producirse el problema?.
- ¿Desde vuestro punto de vista, qué aportan las nuevas tecnologías en la sanidad?.
- ¿Qué medidas se pueden tomar con efectos adversos como los señalados en este caso?.

Material 2F

La elección de sexo de los hijos.

El País 17-7-2002

Un comité médico de ética de EEUU aprueba la elección del sexo de los hijos.

Varias clínicas de EEUU ofertarán la selección

El anuncio de una técnica científica que permite elegir y garantizar el sexo de los hijos ha creado gran preocupación por la seguridad y el posible abuso de la técnica.

Uno de los más destacados especialistas británicos en el campo de la genética, Robert Winston, exhortó a los padres a que no abusen de la nueva técnica debido a los posibles riesgos que conlleva para el feto.

La nueva técnica comprende la identificación de los espermatozoides que determinan el sexo del embrión, para luego inseminar al óvulo con el espermatozoides correspondiente al sexo deseado.

En una carta que ha sorprendido a los especialistas en fertilidad, el comité de ética profesional de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva dice que en algunos casos es aceptable que las parejas elijan el sexo de sus hijos mediante la selección de embriones masculino o femeninos y descartar el resto. El comité se encarga de fijar posiciones éticas cuyas pautas son seguidas por la mayoría de las clínicas.

El especialista en fertilidad Norbart Gleicher que posee nueve centros de fertilización y fue quien planteó la cuestión al comité, ha declarado que su grupo ofrecerá de inmediato la posibilidad de elección de sexo.

Debate:

- ¿Qué opinan de la noticia?
- ¿Le hubiera gustado poder elegir el sexo de sus hijos?
- ¿Qué implicaciones éticas puede tener?
- Razones a favor y en contra.

Material 2G

Priorización entre recursos. Ejemplo de un gestor.

Se dispone de un presupuesto de 1.000 Euros. Como grupo de gestores, se debe hacer una asignación presupuestaria a cada uno de los servicios siguientes. Se pueden rechazar dos servicios y se puede proponer otros dos que no aparezca en el listado, así como establecer criterios restrictivos o matizaciones al acceso, con justificación de los mismos.

- Intervención de cataratas.
- Estudio y tratamiento de la infertilidad.
- Cirugía plástica.
- Cambio de sexo.
- Tratamiento de la incontinencia del adulto (pañales).
- Tratamiento de las drogodependencias.
- Asistencia y ayuda a domicilio.
- Programas de tratamiento del tabaquismo.
- Servicio de trasplantes.
- Tratamiento de la impotencia masculina.
- Ortodoncia, endodoncia, empastes.
- Investigación de nuevos tratamientos contra el Alzheimer.
- Financiación de medicamentos para la obesidad.
- Residencias de día para mayores.
- Subvenciones para la adquisición de gafas, audífonos, bastones, sillas de ruedas, andadores, camas articuladas,...
- Tecnología radiológica (escáner, resonancia, ecografía,...).
- Programas educativos de estilos de vida (alimentación, deporte, relajación,...) .
- Programas de animación sociocultural y balneoterapia para mayores.
- Programas de animación sociocultural y tiempo libre para jóvenes.
- Atención a las y los inmigrantes.

Material 2H

Priorizar en los servicios sanitarios especializados.

1º. En un servicio ambulatorio de ginecología hay una lista de espera de 6 semanas.

Se trata de priorizar razonadamente el acceso de las siguientes pacientes:

- Una joven de 16 años con desarreglos y dolores menstruales.
- Una mujer de 51 años con retrasos menstruales y hemorragias abundantes.
- Una mujer de 31 años que desea quedarse embarazada.
- Una mujer de 45 años que se ha tocado un bulto en un pecho.
- Una joven de 17 años que se ha tocado un bulto en un pecho.
- Una mujer de 25 años que tiene infecciones vaginales de forma repetida.
- Una mujer de 60 años que ha vuelto a tener sangrados .
- Una joven de 18 años que aún no ha tenido su primera regla.
- Una mujer portadora de un DIU (Dispositivo Intrauterino) con dolores de tripa continuos y menstruaciones abundantes.
- Una joven de 18 años que tiene una falta después de haberse olvidado de tomar la píldora un par de días en el ciclo anterior.

2º En un servicio hospitalario de cirugía que realiza intervenciones de urgencia y programadas se debe priorizar el trabajo para dar la respuesta más adecuada a las necesidades de la población.

Se trata de priorizar el orden de intervenciones a realizar:

- Un niño con apendicitis aguda.
- Un fumador de 55 años con obstrucción de sus vasos sanguíneos.
- Un varón no fumador con varices.
- Una mujer de 40 años para reducción del volumen mamario.
- Un varón de 30 años para cambio de sexo.
- Una mujer de 50 años para quitarle la vesícula.
- Un trabajador de 40 años con una hernia inguinal.
- Un turista de 35 años, sin seguro sanitario, con un quiste hepático.
- Una mujer de 70 años con cataratas.
- Una mujer de 50 años con diabetes y obstrucción de sus vasos sanguíneos.

Material 2I

Priorizar en los servicios sanitarios del nivel primario.

En un centro de salud la hoja de citación de un médico o una médica de cabecera se encuentra completa; sin embargo, hay 10 personas en el mostrador que solicitan ser atendidos ese mismo día.

¿Deberían ser todos atendidos?, ¿Con qué rapidez?, ¿En qué orden?:

- Una mujer en tratamiento con antidepresivos que se ha quedado sin medicación.
- Un varón de 40 años que no acudió al trabajo por tener fiebre.
- Un joven de 16 años que se ha vuelto del colegio con vómitos.
- Una mujer de 50 años que necesita un volante para acudir al cardiólogo para revisión de su infarto.
- Una joven de 17 años a la que se rompió el preservativo manteniendo relaciones sexuales hace 48 horas .
- Un varón de 35 años para recoger un parte de confirmación de su baja laboral.
- Un varón de 45 años con un fuerte dolor en el pecho desde hace media hora.
- Un joven de 18 años con una fuerte torcedura de tobillo.
- Una mujer de 25 años con dolor de garganta y malestar desde hace 2 días.
- Un joven que exige que alguien le recete sus pastillas.

Actividad 3. Uso Racional de Medicamentos

Se pretende profundizar en el conocimiento de lo que es el uso racional de medicamentos (URM), sus razones y los factores que intervienen en el proceso de prescripción de un medicamento, analizar la influencia de la publicidad, reflexionar sobre la automedicación y desarrollar habilidades para su correcto uso.

Para ello se puede trabajar con diversas técnicas proponiendo las siguientes:

Me han recetado un genérico: Con el Material 3A se pregunta al grupo grande qué entienden por genérico y qué experiencia han tenido con su uso. En grupo grande se aclara el concepto de genérico remarcando que son iguales en eficacia, calidad y seguridad a los que se denominan con una marca comercial y que sus principales ventajas son: un menor coste (entre un 20 y un 50 por ciento), evitan la implicación del médico en disputas comerciales, simplifican la oferta terapéutica, favorecen un equilibrio entre dispensación de medicamentos con marca comercial y genéricos y ahorran costes sanitarios globales.

¿Qué es automedicarse? En grupo grande preguntamos qué nos digan que es automedicarse y qué medicamentos utilizan con esa acepción, para que luego en grupos pequeños reflexionen sobre su experiencia con el Material 3B. Posteriormente se pone en común recogiendo todas sus aportaciones.

Clave: Remarcar que la prevalencia de la automedicación ha aumentado considerablemente en los últimos años, favorecida por intereses diversos; aunque su concepto ha cambiado sustancialmente. Actualmente, se piensa que una información adecuada de los pacientes, puede conseguir una automedicación racional, segura y eficaz; y que ésta podría reconducirse como un instrumento de utilidad dentro de los sistemas sanitarios.

Publicidad y medicamentos. Con el análisis del anuncio se intenta reflexionar sobre las características de los mismos y su influencia en el consumo de los medicamentos. Cada participante debe buscar un anuncio escrito o de la televisión y analizarlo con el guión del Material 3C.

Ya que los medios de comunicación están cada vez más próximos y su influencia es cada vez mayor en la vida de las personas, también las compañías farmacéuticas utilizan el poder de los medios para promocionar sus artículos.

La publicidad y el marketing a veces hacen creer erróneamente a la población que se pueden solucionar todos los problemas de salud, que para todas las enfermedades hay “una pastilla” y, al no ser así, se produce la frustración del usuario que ve al profesional sociosanitario como principal responsable.

Al no existir una clara regulación de la publicidad, muchos alimentos se muestran como medicamentos.

Aunque la información nos ayuda a ser más responsables, debemos analizar la publicidad para evitar el engaño.

En sesiones previas se encargará la búsqueda de anuncios de medicamentos en prensa.

Se hace una puesta en común remarcando la influencia que tiene la publicidad y el marketing comercial en el consumo de estos bienes no siempre coincidente con la efectividad del mismo.

Automedicación. Se propone trabajar en grupo pequeño el caso de María (Material 3D) para remarcar los factores que condicionan la automedicación y cómo actuar ante ellos. Seguidamente se debe en una breve lección, teniendo en cuenta el texto de centrándonos en el tema, analizar las situaciones de mayor uso de la automedicación y los medicamentos más usados. Se puede distribuir el Material 3E y 3F para su análisis y reflexión.

La receta. Juego de roles. Se debe explicar previamente el proceso que sigue una receta y los agentes que intervienen cada uno con sus objetivos, intereses y expectativas. Una vez encuadrado el tema, mediante un juego de roles se intenta que en grupos pequeños cada grupo lleva a cabo el papel de cada una de las partes implicadas en el proceso de prescripción analizando y debatiendo alguno de los casos planteados en el Material 3G. En grupo grande se realiza la representación colectiva remarcando la complejidad de factores que intervienen y las dificultades para encontrar

un equilibrio y aplicar los principios éticos.

Claves: El hecho puntual de la prescripción ha dejado de ser estrictamente asociado al profesional médico. La extensión de una receta es el punto final de un proceso en el que intervienen:

- La **industria farmacéutica**, que mueve importantes presupuestos, que pretende dar salida a sus productos con criterios de mercado, que crea y negocia alianzas y líneas diversas a fin de mejorar sus beneficios y que es la encargada de realizar la investigación y desarrollo de nuevos fármacos.
- La **administración central**, que marca la política de medicamentos persiguiendo el equilibrio entre la contención del gasto y la máxima efectividad, crea listas positivas y/o negativas de fármacos, determina los precios de venta y los de referencia, negocia y establece el margen de beneficio de las oficinas de farmacia, ...
- Los **usuarios** están cada día más informados en lo referente a temas de salud. Los medios de comunicación, internet y el propio sistema sanitario ponen a su alcance gran cantidad de información, en muchas ocasiones sesgada.
- Los **profesionales** sienten, en algunas ocasiones, que se limita su libertad de prescripción y, en otras, cuando se descarga sobre ellos el control y la ejecución de determinadas medidas, que la administración debería ser más clara y determinante en sus normativas. La prescripción delegada de otros niveles asistenciales, la presión economicista de la administración o la "fidelidad" a un determinado fármaco por parte de los pacientes hacen sentir al médico que se recorta, de una u otra manera, la aplicación de sus criterios científicos y éticos.
- La **oficina de farmacia** que, aparte de hacer un servicio público, es un comercio que debe vender para subsistir. Cuanto más venda más gana.

Consumo de medicamentos. Se facilita a los y las participantes una copia del Material 3H y 3I sobre consumo de medicamentos, para remarcar la importancia del gasto farmacéutico en nuestro país y su aumento anual constante. Los indicadores cuantitativos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se elaboran con los datos procedentes de las facturaciones mensuales de las recetas dispensadas en las oficinas de farmacia, que presentan los Colegios Oficiales de Farmacéuticos a las entidades gestoras del Sistema Nacional de Salud. Se analizan los grupos de medicamentos más utilizados valorándolo con respecto a las patologías prevalentes en el país. Como alternativa se pueden utilizar datos del propio centro de salud o Área sanitaria.

El gasto farmacéutico. Se inicia con una lección participada recordando el tipo de medidas de control de gasto sanitario (ver Centrándonos el tema) introducidas en el Estado Español y la eficacia de las mismas en contener el gasto y mejorar el URM. Posteriormente con el Material 3J, utilizando la tabla II en donde se puede apreciar las diferencias de precios existentes entre los distintos medicamentos comercializados de una especialidad farmacéutica. Se propone un trabajo en grupo pequeño y posterior puesta en común sobre el efecto de la introducción de los genéricos y precios de referencia.

Clave: remarcar la dificultad que se tiene en contener el gasto motivado por las y los grandes intereses económicos en juego y la complejidad de la realidad.

Propuestas de control del gasto sanitario. Con el Material 3K se pretende que las y los participantes, en grupos pequeños, aporten sus ideas sobre cómo poder controlar el gasto especificando la responsabilidad de cada uno de los agentes. Posteriormente puesta en común de todas las propuestas con un cierre con conclusiones finales.

Clave: Debe quedar claro que la responsabilidad del gasto sanitario es compartida por profesionales, usuarios, administración sanitaria, industria farmacéutica y medios de comunicación, pero cada uno tiene un peso diferente en el conjunto global de las medidas a tomar.

Habilidades para la automedicación. Con el Material 3L se realiza una lección participada en donde se remarcen los aspectos más importantes para reforzar los aspectos positivos que tiene la automedicación, y buscar alternativas posibles para paliar los errores y riesgo que pueda generar. Se les facilita una copia del material. Se abre un debate sobre los problemas, buscando soluciones.

Material 3A

Me han recetado un genérico

En algún momento tu médico o médica de cabecera o en el hospital te han prescrito un medicamento genérico.

Comenta tu experiencia al respecto, destacando los:

- Aspectos positivos de su consumo.

- Dificultades de su consumo.

Material 3B

Qué es automedicarse

Seguramente, a lo largo de tu vida, has tenido que echar mano de medicamentos que tuvieras en casa para aliviar un dolor o tratar otro problema de salud para el que no consideraste acudir a un centro sanitario.

¿Qué medicamentos utilizas habitualmente como automedicación?

Comenta tu experiencia, en lo relacionado con la automedicación, resaltando los:

- Aspectos favorables:

- Inconvenientes:

Material 3C

Análisis de anuncios publicitarios sobre medicamentos

En grupos pequeños se analizarán los recortes intentando responder a las siguientes cuestiones:

- Nombre del producto/marca.
- Qué aparece en la foto.
- Qué representa.
- Vocabulario utilizado.
- A quién va dirigido.
- Qué gancho publicitario utiliza.
- Qué valores transmite.
- Qué forma de vida muestra.

Material 3D

El caso de María

María tiene 25 años y está completamente sana. Hace algunos meses comentó a sus amigas que hacía ya algún tiempo que no dormía como antes y que su médico le había quitado importancia diciendo que se debía al estrés. Una de ellas le recomendó que comprara un medicamento para el sueño que había leído y que a ella le había ido muy bien. María consiguió en la farmacia la pastilla y logró dormir mejor aunque cada mañana se levantaba con dolor de cabeza. Sin embargo, poco tiempo después, María llegó a ver animales al borde de su cama, lo que le hizo suspenderla por su cuenta y, desde entonces, no ha vuelto a ver cosas raras y aunque reconoce que está mejor, ya no duerme como antes.

Preguntas:

- ¿Te parece real esta historia?
- ¿Qué factores están influyendo en la actitud de María?
- ¿Cuáles dependen de ella y cuáles no?
- ¿Cuáles debería cambiar? ¿Y cuáles mantener?
- ¿Cómo debería hacerlo?

Material 3E

Automedicación. ¿Cuándo y cuales?

Una vez leídos estos esquemas comenta qué te sugieren:

SITUACIONES EN LAS QUE SE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA LA AUTOMEDICACIÓN¹

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Dolor: cefalea, dolor muscular, de espalda y otros.- Magulladuras, cortes, heridas superficiales.- Picaduras y mordeduras.- Resfriado, tos, sinusitis, dolor de garganta.- Estreñimiento, diarrea, indigestión, ingesta excesiva de alimentos, hiperacidez, otros trastornos gastrointestinales.- Sobrepeso.- Quemaduras solares leves, acné, calvicie, piel grasa.- Gripe y otras enfermedades víricas.- Aftas bucales. |
|--|

MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO AUTOMEDICACIÓN¹
--

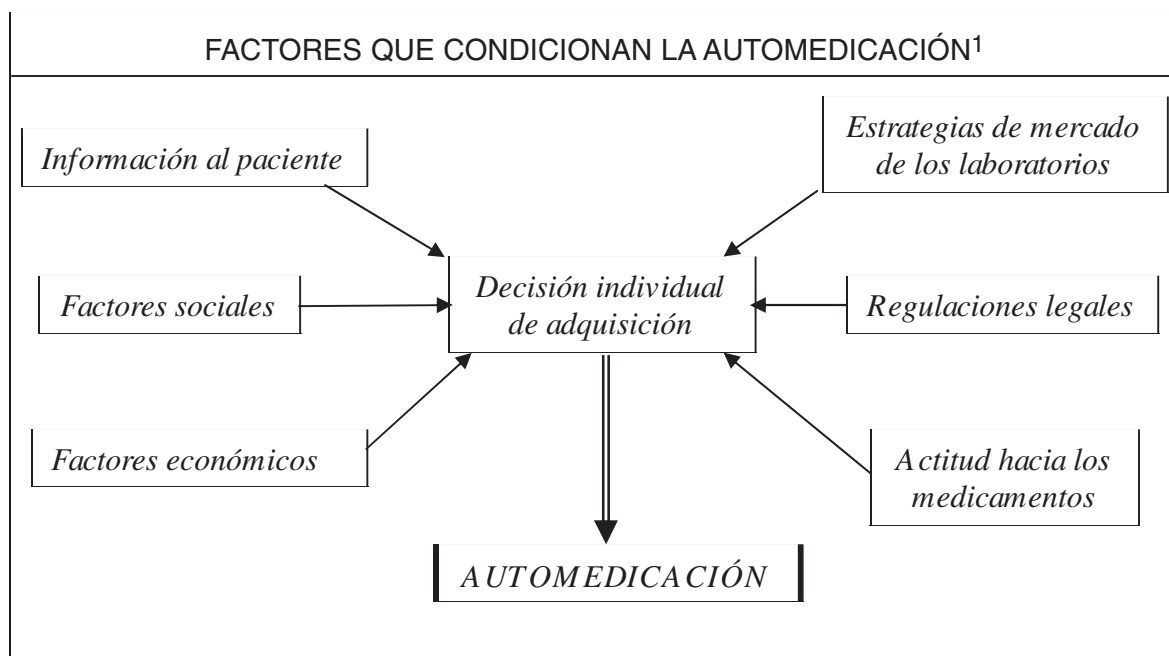
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Analgésicos, AINEs.- Antibióticos.- Antisépticos tópicos.- Suplementos vitamínicos y minerales.- Antigripales, antitusígenos.- Digestivos, laxantes, antiácidos, antiflatulentos.- Preparados tópicos.- Preparados oftalmológicos.- Preparados higiene bucal.- Descongestionantes nasales.- Supresores del apetito.- Hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos.- Anticonceptivos orales.- Corticoides- Antiasmáticos.- Antihistamínicos.- Medicamentos cardiovasculares. |
|---|

Automedicación: Riesgos y beneficios. Boletín Terapéutico ANDALUZ, 1996, Volumen 12, nº 5

Material 3F

Automedicación. Análisis de esquemas.

Comenta qué te sugiere este gráfico.



Material 3G

Prescripción de una receta



Casos para debate.

1. A Manuel le han hecho el reconocimiento de la empresa y le han dicho que tiene alta la tensión. Acude a la consulta de su médico para enseñarle los resultados y a pedirle alguna pastilla para controlarse.
2. Antonia le pide a su médico un calmante para sus dolores de cabeza. Cuando éste le dice que le recetará un genérico, ella se niega en redondo y le acusa de quererle llevar “la paga por recetar barato”.
3. Claudio acudió al Hospital durante la noche anterior con un cólico de riñón. Allí le pusieron un tratamiento. Ahora acude a su médica para que le recete las medicinas. Ella le sugiere algunos cambios de marca, aunque mantiene el tratamiento por estar completamente de acuerdo con él.
4. Alberto tiene hipertensión y, a pesar de haberle resultado difícil controlarla, hace tiempo que sus tensiones son normales, gracias a un medicamento que le recetó su médico y que debe tomarse tres veces al día. Ahora le ha dicho su vecino que ha salido un medicamento nuevo que con una sola pastilla al día se controla fenomenal.
5. Virginia tiene diabetes que intenta controlar con dieta, ejercicio físico y unas pastillas. Los controles no son buenos y hace tiempo su médico le dijo que debería pensar en ponerse insulina. Ella prefiere esperar y probar con las nuevas pastillas que están saliendo últimamente.
6. Gertru tiene a su madre con demencia senil desde hace 7 años. Ella se encuentra desconcertada y acude a su médica para pedirle que le recete un medicamento nuevo que se ha enterado en “Saber Vivir”.
7. Alicia acude a la farmacia con la receta del medicamento para la depresión que le ha recetado su médico de cabecera. El farmacéutico le dice que esa marca no la tiene, pero que le puede dar otra que es exactamente lo mismo.
8. Pascual tiene varias enfermedades y toma muchos medicamentos. Ahora ha cogido una faringitis. Le dice a su médico que le mande algún antibiótico que no tenga que tomar más de una pastilla al día, que está harto de tanta pastilla y a él no le importa tener que pagar un poco más.
9. Sebastián es pensionista y lleva tomando desde hace tiempo unas pastillas para controlar la tensión. Hoy, al ir a la farmacia, le han dicho que tiene que pagar una parte porque no lo cubre la Seguridad Social.
10. Felipe acude a su médico para que le recete un jarabe que le dio el farmacéutico porque tenía flemas y un poco de fiebre. Después de explorarle, el médico le receta otras medicinas que tendrá que tomar durante ocho días, pero no le da la receta del jarabe.

Material 3H

El consumo de medicamentos.

Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2000

-
- **Importe total (PVP)..... 1.215.807 mill. de pts.**
 - Aportación beneficiario: 86.616 mill. de pts.
 - % Aportación/importe P.V.P. 7,12%-
 - Gasto previo (importe a P.V.P.-Aportación)..... 1.129.192 mill. de pts.
 - Gasto Activos 255.433 mill. de pts. (22,6%)
 - Gasto Pensionistas 1 873.759 mill. de pts. (77,4%)
 - **Gasto final 2 1.118.708 mill. de pts.**

 - **Gasto previo 2000/1999 8,47%**
 - **Gasto final 2000/19997,40%**
 - Gasto según contingente :
 - Especialidades farmacéuticas 1.014.103 mill. de pts. (89,81%)
 - Efectos y accesorios 53.757 mill. de pts. (4,76%)
 - Fórmulas magistrales, vacunas y varios 3 61.332 mill. de pts. (5,43%)

 - Recetas: 597 millones
 - Recetas activos 183 millones (30,7%)
 - Recetas pensionistas 414 millones (69,3%)

 - **Recetas 2000/1999 4,92%**
 - Importe/receta:2.037 pts
 - Activos1.867 pts.
 - Pensionistas2.112 pts.
 - Gasto/receta:1.874 pts
 - Activos1.396 pts.
 - Pensionistas2.112 pts.

Fuente: Banco de Datos de la DGFPS.

(1) Cuando se especifica «Pensionistas» se incluyen: los jubilados y todas aquellas personas «exentas» de aportación dentro de la prestación

farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (Síndrome tóxico, Minusválidos, Recetas de «Accidentes de trabajo y enfermedad profesional»).

(2) Gasto final una vez deducidos los márgenes de oficina de farmacia como consecuencia de la aplicación del Real Decreto Ley 5/2000.

(3) En el apartado de Fórmulas Magistrales, vacunas antialérgicas y varios, se incluyen el importe de Especialidades Farmacéuticas de Diagnóstico Hospitalario.

Material 3I

Análisis de datos

Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2000

TABLA I se enumeran los 10 grupos terapéuticos con mayor consumo durante 2000 en el S.N.S. a través de receta, que representan el 45% del consumo total de especialidades farmacéuticas. El importe total de la prestación farmacéutica a través de receta en 2000 fue de 1.215.807 millones de pesetas, del cual el 93,87% fueron especialidades farmacéuticas lo que asciende a un gasto total de 1.141.353 millones de pesetas. El consumo total (en importe) de especialidades farmacéuticas durante 2000 se ha incrementado respecto al año anterior en un 10,02%.

Al lado de cada subgrupo figuran los principios activos mas representativos (en cuanto a importe) de cada uno de ellos, el importe en millones de pesetas, el número de envases consumidos, el precio medio del envase, el porcentaje respecto del importe total de especialidades farmacéuticas y el aumento del porcentaje (%) de 2000 respecto a 1999.

TABLA II se enumeran los 10 principios activos (contenidos en especialidades farmacéuticas como monofármacos) ordenados por importe total, que suponen el 17.16% del consumo total de especialidades farmacéuticas. Interesa detectar y comentar las diferencias de precios existentes en cada especialidad farmacéutica.

TABLA I.- SUBGRUPOS DE MAYOR CONSUMO EN 2.000 ORDENADOS POR IMPORTE A P.V.P.3

<i>SUBGRUPO</i>	<i>PRINCIPIOS ACTIVOS (más representativos)</i>	<i>CONSUMO (mill.pts.)</i>	<i>ENVASES (miles)</i>	<i>PRECIO MEDIO/ ENVASE</i>	<i>% DEL TOTAL</i>	<i>Δ % 2000/1999 (en importe)</i>
Antiúlcer péptica Antagonistas H2 IBP	Cimetidina, famotidina, ranitidina, roxatidina., etc. Omeprazol, pantoprazol, rabeprazol.	91.726 (25.903) (65.823)	24.758 (9.863) (14.895)	3.705 (2.626) (4.419)	7,54 (2,13) (5,41)	8,02 (-9,59) (16,98)
Hipotensores de Acción sobre el Sist. Renina- angiotensina	Captopril, cilazapril, enalapril, espirapril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril. Candesartan, eprosartan, irbesartan, losartan, telmisartan, Valsartan.	75.559	23.136	3.266	6,21	11,04
Hipolipemiantes/ Antiateromatosos	Atorvastatina, cerivastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, simvastatina. Bezafibrato, clofibrato, fenofibrato. Colestiramina, colestipol, gemfibrozilo.	71.389	16.037	4.452	5,87	14,72
Otros antidepresivos (no tricíclicos)	Fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, etoperidona, viloxazina, mirtazapina, venlafaxina, citalopram, nefazodona, oxitriptan, trazodona, reboxetina.	64.036	12.393	5.167	5,27	17,25
Broncodilatadores y antiasmáticos por inhalación	Beclometasona, budesonida, nedocromilo, salbutamol, salmeterol, terbutalina.	63.567	19.345	3.286	5,23	14,80
Antiinflamatorios y antiirreumáticos no esteroideos, solos	Aceclofenaco, diclofenaco, piroxicam, nabumetona, naproxeno, ketorolaco, tenoxicam, dexketoprofeno, meloxicam, nimesulida, lornoxicam. Rofecoxib, Celecoxib.	50.506	33.713	1.498	4,15	34,09
Antagonistas del Calcio	Diltiazem, verapamilo. Felodipino, lacidipino, lercanidipino, nifedipino, nitrendipino.	45.395	14.694	3.089	3,73	-0,62
Neurolépticos	Risperidona, levomepromazina, sulpirida, haloperidol, olanzapina, sertindol. Quetiapina.	32.041	9.749	3.287	2,64	14,36
Hormonoterapia Antineoplásica	Flutamida, triptorelina, formestano, goserelina, leuprorelina, tamoxifeno, medroxiprogesterona, bicalutamida, anastrozol, letrozol. Exemestano.	30.007	1.402	21.405	2,47	-2,94
Otros urológicos Incluyendo antiespasmódicos	Finasterida, alfuzosina, terazosina, alprostadil, tamsulosina, tolterodina etc.	22.992	6.532	3.520	1,89	15,85
		547.218			45 %	

TABLA II.- PRINCIPIOS ACTIVOS (MONOFÁRMACOS) DE MAYOR CONSUMO EN 2000 ORDENADOS POR IMPORTE A P.V.P. ³

<i>PRINCIPIO ACTIVO</i>	<i>N° ENVASES</i>	<i>PRECIO¹ MIN/2000</i>	<i>PRECIO⁴ MAX/2000</i>	<i>PRECIO⁴ REF.</i>	<i>PRECIO⁴ MIN/2001</i>	<i>PRECIO⁴ MAX/2001</i>
<i>OMEPRAZOL 20 mg. 28 comp</i>	<i>11.216.000</i>	<i>1.966</i>	<i>9.204</i>	<i>8.284</i>	<i>1.890</i>	<i>9.204</i>
<i>ENALAPRIL 20 mg. 28 comp</i>	<i>7.694.000</i>	<i>1.723</i>	<i>3.315</i>	<i>2.544</i>	<i>1.700</i>	<i>3.406</i>
<i>RANITIDINA 300 mg. 28 comp</i>	<i>7.977.000</i>	<i>3.317</i>	<i>4.984</i>	<i>3.663</i>	<i>3.297</i>	<i>3.663</i>
<i>ATORVASTATINA 10 mg. 28 comp</i>	<i>3.993.000</i>	<i>5.087</i>	<i>5.106</i>	<i>-</i>	<i>5.087</i>	<i>5.106</i>
<i>PAROXETINA 20 mg. 28 comp</i>	<i>3.680.000</i>	<i>5.523</i>	<i>5.578</i>	<i>-</i>	<i>5.523</i>	<i>5.578</i>
<i>SIMVASTATINA 20 mg. 28 comp</i>	<i>3.388.000</i>	<i>5.592</i>	<i>5.659</i>	<i>-</i>	<i>5.592</i>	<i>5.659</i>
<i>FLUOXETINA 20 mg. 28 comp</i>	<i>3.658.000</i>	<i>3.343</i>	<i>4.776</i>	<i>4.298</i>	<i>2.950</i>	<i>4.298</i>
<i>BUDESONIDA 200 mg. 200 dosis</i>	<i>4.874.000</i>	<i>3.666</i>	<i>5.098</i>	<i>-</i>	<i>3.666</i>	<i>5.098</i>
<i>AMLODIPINO 10 mg. 30 comp</i>	<i>4.315.000</i>	<i>4.390</i>	<i>4.390</i>	<i>-</i>	<i>4.390</i>	<i>4.390</i>
<i>OLANZAPINA 10 mg. 28 comp</i>	<i>571.000</i>	<i>24.687</i>	<i>24.687</i>	<i>-</i>	<i>23.333</i>	<i>23.333</i>

Material 3J

Análisis de datos sobre gasto farmacéutico.

Se trata de analizar el efecto conseguido, estimulando el uso de los medicamentos genéricos con las tablas del Material 3I.

Con estos datos se realizará, primero en grupos pequeños y posteriormente en grupo grande:

- Valoración y análisis del gasto sanitario, considerando fundamentalmente cuáles son las enfermedades que lo generan.
- Valoración y comparación del gasto generado en relación con el número de envases consumidos.
- Estudio de la variación del gasto y del ahorro generado según la especialidad prescrita.
- Valorar el efecto de los precios de referencia, su necesidad, su conveniencia, su alcance, el ahorro generado,...

Material 3K

Propuesta de medidas de control del gasto sanitario

Se trata de valorar la responsabilidad del gasto y hacer propuestas de medidas de control del mismo.

PROFESIONALES	USUARIOS
ADMINISTRACIÓN SANITARIA	INDUSTRIA FARMACÉUTICA
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	OTROS

Material 3L

Recomendaciones para el uso correcto de los medicamentos.

RECOMENDACIONES PARA UN USO CORRECTO DE LOS FÁRMACOS¹

• INFORMACIÓN

- Qué enfermedad tiene el paciente.
- Origen de la misma.
- Gravedad o levedad de la afección.
- Duración posible de la misma.
- Posibles complicaciones.

• CONSEJO TERAPÉUTICO

- Para qué sirve el fármaco recomendado.
- Dosis exacta y frecuencia de administración.
- Efectos adversos de posible aparición.
- Duración del tratamiento.
- Qué hacer si no hay mejoría o hay agravamiento.

• EDUCACIÓN

- Qué hacer en otra ocasión similar.
- Qué fármacos puede o no tomar .
- Signos de alarma que obliguen a una consulta médica.
- Fomentar una actitud positiva hacia la autoobservación.
- Favorecer la colaboración y la comunicación del paciente.

Actividad 4. El envejecimiento. Un reto para el sistema.

Con esta actividad se pretende analizar el proceso de envejecimiento, conocer y valorar el modelo sociosanitario propuesto para abordar la atención al envejecimiento, y la búsqueda de soluciones.

Para ello se proponen las siguientes técnicas:

La vejez: Vivencias que tenemos con respecto a la vejez y a su importancia en nuestra sociedad. Se propone que en grupos pequeños se trabaje con la rejilla del Material 4A.

Envejecimiento. Para tratar este tema se propone un debate abierto en el que entre todos se analice hacia dónde se dirige en este comienzo de siglo con sus coordenadas actuales, el envejecimiento (ver Centrándonos en el tema).

Priorizar recursos sociosanitarios. También proponemos hacer un ejercicio de búsqueda de soluciones con el caso del Material 4B trabajando en grupos.

Clave: Los recursos sociosanitarios son un punto negro de especial importancia en nuestro sistema. Por una parte, cada vez es mayor su necesidad por el envejecimiento de la población, el aislamiento en las ciudades, la ausencia progresiva de cuidadores primarios convivientes, el aumento de patologías crónicas invalidantes,... Por otra, la ausencia de coordinación entre las múltiples administraciones que pueden ser responsables de su gestión dentro de una población (ayuntamiento, comunidad autónoma, administración central, ONG,...), y por otra, la ausencia de recursos directos desde el sistema sanitario, los centros de salud, lugar donde se conocen las necesidades desde su génesis y donde se está en contacto directo con la problemática sanitaria, familiar y del entorno.

Modelo sociosanitario propuesto Una vez detectados los problemas y sus factores condicionantes, se propone dar a conocer el modelo sociosanitario propuesto por el Consejo Interterritorial, analizando su viabilidad y las responsabilidades que debemos asumir cada uno de los agentes implicados. Se propone que se facilite una copia del texto (Material 4C).

Material 4 A

Qué es la vejez

Comenta tus vivencias, experiencias o reflexiones sobre la vejez.

Aspectos positivos y valores que tiene.

Aspectos negativos:

Implicaciones que tiene para las familias

Implicaciones para la sociedad.

Material 4B

Priorizar recursos sociosanitarios

El Trabajador Social del Centro de Salud ha sido informado, por parte de los servicios sociales de la comunidad, de la necesidad de priorizar las demandas por falta material de recursos económicos y humanos.

Tiene los siguientes casos:

- Un joven toxicómano que desea hacer el primer intento de desintoxicación con metadona.
- Un varón de 35 años, casado y con un hijo, que desea hacer una desintoxicación alcohólica.
- Una mujer de 70 años, que vive sola, no tiene hijos y ha sido intervenida de una fractura de cadera.
- Una mujer de 78 años a cuya hija y cuidadora primaria van a intervenir quirúrgicamente en el hospital.
- Una mujer de 75 años, con 3 hijos casados que viven relativamente cerca, que necesita ayuda para lavar y vestir a su marido, de 73 años, inmovilizado.
- Un varón de 40 años, ludópata, con dos hijos, cuya mujer nos demanda ayuda.
- Una viuda, con dos hijas en paro y un nieto viviendo en su domicilio, cuya pensión de viudedad no es suficiente para cubrir sus necesidades mínimas.
- Una mujer de 32 años que sufre malos tratos psíquicos por parte de su marido.
- Una joven de 16 años, embarazada de 10 semanas, cuyos padres, que no aceptan a su novio, no conocen su situación.
- Una mujer de 40 años, divorciada, con tres hijos, uno de ellos afectado por el síndrome de Down, que no recibe puntualmente la aportación económica de su ex marido.

Preguntas:

- ¿Qué orden propondría para que recibir ayuda de recursos sociosanitarios?.
- ¿Qué recursos serían necesarios?.

Material 4C

Líneas generales del modelo sociosanitario

Análisis de texto.

- Converger en el ciudadano. “Converger en lugar de coordinar”. La demanda del ciudadano es poder recibir estos cuidados, independientemente de quien se los proporcione y tener acceso a ello en igualdad de condiciones.
- Responder a las necesidades del usuario, derivados del cansancio y sobrecarga que supone los cuidados prolongados.
- Fortalecer los sistemas. Incrementar los recursos y aprovechamiento eficaz de los disponibles.
- Modificaciones normativas y legislativas. Elaboración y desarrollo de una Ley que instituya una prestación económica de la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social: Ley de Dependencia.
- Financiación suficiente y corresponsable. La fórmula de financiación más adecuada para hacer posible las acciones que se proponen sería la creación de un fondo finalista del Ministerio de Sanidad y Consumo, que junto con el esfuerzo de cada Comunidad Autónoma posibilitaría la financiación de los costes propuestos.
- Tendencia a la Municipalidad. Trata de conseguir una provisión conjunta y organizada de los Servicios Sanitarios que debe ser ejecutada en el ámbito de la actuación local.

Preguntas:

- ¿Qué os parecen las líneas planteadas?.
- ¿Qué problemas o dificultades tienen?.
- ¿Qué soluciones o alternativas aportáis y de quién deben depender?.

Actividad 5. La inmigración. Un reto para el sistema

Se pretende contribuir al abordaje del reto de la inmigración, propiciar actitudes positivas a la diversidad y a la integración, conocer y valorar el modelo de atención al inmigrante, y la búsqueda de soluciones.

Este tema se puede trabajar desde distintas perspectivas y con diferentes técnicas educativas y entre ellas las siguientes:

La inmigración: Para iniciar este tema proponemos conocer las vivencias que tenemos con respecto a la inmigración y a su importancia en nuestra sociedad. Se propone que en grupos pequeños se trabaje con la rejilla del Material 5A. Se pide que todos y todas identifiquen personas de otros países que han conocido o conviven en su barrio con ellos.

Nuestro entorno es intercultural: Buscamos reconocer la interculturalidad, o sea, la mezcla de culturas y sociedades, como un hecho en nuestro entorno actual e identificar las aportaciones de otras culturas en múltiples elementos de la vida cotidiana. Para ello proponemos trabajar en grupos pequeños el Material 5B durante 20 minutos y luego poner en común remarcando que nuestro entorno actual es aún más intercultural. Hoy todo se mueve. Existen variadas aportaciones de otras culturas a múltiples elementos de la vida cotidiana actual. Eso es un hecho y constituye una enorme riqueza.

Juicio a la diversidad: Con las aportaciones del grupo del material 5A en las que se han identificado aspectos positivos y dificultades que les haya tocado vivir en relación con la diversidad dividimos al grupo en 3 subgrupos para llevar a cabo “el juicio a la diversidad”. El grupo A va a pensar primero y exponer durante el juicio las “ventajas de la diversidad”, con el Material 5C que les da pistas para pensar; el grupo B hará lo mismo respecto a “obstáculos para vivir la diversidad como un valor” con el mismo material. El grupo C hará de juez en el juicio. Les toca pensar cómo recogerán durante el mismo las exposiciones de los grupos A y B para leer al final el veredicto “ventajas y obstáculos de la diversidad”.

Se lleva a cabo una discusión final con las siguientes claves: La diversidad cultural es un hecho y seguramente una de las mayores riquezas de la humanidad. Tiene muchas ventajas. Existen también dificultades para gestionarla y obstáculos para vivirla como un valor. Contribuye al desarrollo personal y social, aun mundo más rico, justo y solidario.

¿Por qué emigran? Para ponerse en el lugar de quien emigra, acercarse a los modos de vida y las condiciones de vida en los países de origen y reflexionar sobre las causas de las migraciones se propone que lean el Material 5D y comenten por parejas o en grupos las ideas que les hayan parecido más interesantes para luego comentarlas en el grupo grande.

Cuántos inmigrantes son y qué factores condicionantes para su salud tienen: Se pide que analicen los datos de inmigración existentes en nuestra Comunidad y las características básicas de los mismos con los Materiales 5E y 5F. Posteriormente mediante una breve lección se exponen los factores determinantes de la salud de los mismos que aparecen en Centrándonos en el tema.

Decisiones para convivir con la diversidad. Para desarrollar alguna habilidad de analizar situaciones y tomar decisiones razonadas en diferentes situaciones de convivencia en la diversidad personal y cultural se pretende que trabajen con el Material 5G, primero tras lectura individual, trabajar en grupo pequeño intentando evaluar las alternativas y llegar a un acuerdo sobre que harían en esa situación. Se debe ayudar a analizar las decisiones, aunque respetando todas ellas, con las siguientes claves: Su contribución a las relaciones positivas de convivencia en la diversidad: desde qué visión del otro (prejuicios y estereotipos), actitudes frente a las relaciones, a las culturas, a la gente inmigrante, a las minorías. Tomar decisiones razonadas es útil para convivir mejor en la diversidad de personas y culturas.

Qué podemos hacer: Se pretende identificar alguna actuación o compromiso concreto que se puede hacer para avanzar en la convivencia en la diversidad cultural. Se propone que en primer lugar una tormenta de ideas sobre qué cosas se les ocurre que podríamos hacer para mejorar la rela-

ción entre personas y culturas diversas. Después, se les distribuye el Material 5H y se les pide que den su opinión y aporten sugerencias.

Propuesta de intervenciones de mejora. Por último se propone que analicen las propuestas efectuadas por diferentes instituciones (Material 5I) y a través de un debate aportar algunas mejoras complementarias

Material 5A

La inmigración

Comenta tus vivencias, experiencias o reflexiones sobre la inmigración

Recuerda cuantas personas conoces o has tenido contacto o son tus amigos y son de otros países.

Aspectos positivos y valores que tiene.

Aspectos negativos:

Implicaciones que tiene para las familias.

Implicaciones para la sociedad.

Material 5B

La interculturalidad

Fuente: SOS Racismo: Vive la riqueza de la diversidad. 20 sesiones de educación intercultural. Sos Navarra 2000.

Comentad lo que sepáis del origen de:

El rock, el jazz, el blues, la salsa, el rap...

Coches (Wolkswagen, Toyota, Fiat), aparatos de música (Sony o Pansonic)

Añadir el nombre de deportista, escritores, películas actores y actrices, grupos de música o cantantes que conozcáis, ropa y zapatos y otras cosas que se os ocurran y que estén aquí y su origen sea de otros países.

Comentad la siguiente frase:

“ Tu Cristo es judío, tu coche es japonés, tu pizza es italiana, tu democracia es griega, tu café es brasileño, tus vacaciones son marroquíes, tu numeración es árabe, tus letras son latinas...¿ y aún te atreves a decir que tu vecino es extranjero? “

Material 5C

Juicio a la diversidad

Fuente: SOS Racismo: Vive la riqueza de la diversidad. 20 sesiones de educación intercultural. Sos Navarra 2000.

- La diversidad es la mayor riqueza de la humanidad.
- Que las personas pensemos diferentes nos ayuda a escuchar y tolerar otros puntos de vista.
- Que las personas tengamos diferente color de ojos, de piel, de pelo, de estatura, tamaño, etc, resulta muy divertido y permite disfrutar de otras bellezas.
- Que las personas tengamos diferentes culturas puede ayudarnos a saber más cosas y a conocer otras maneras de ser y aprender la vida.
- Que las personas tengamos diferentes religiones hace que a veces no nos comprendamos.
- Que las personas seamos hombres y mujeres permite que la vida exista. Para eso hacen falta dos células diferentes: un óvulo y un espermatozoide.
- Los obstáculos que existen para que vivamos la diversidad cultural como una riqueza tienen que ver con que está llegando gente inmigrante pobre a este país.
- Que tengamos diferentes opiniones políticas hace que surjan enfrentamientos, agresividad y a veces sentimientos negativos.
- A veces es difícil aceptar y reconocer que somos diferentes porque eso nos obliga a comprender, respetar, tolerar y a cambiar.
- Que las personas tengamos distintos sentimientos respecto a lo que esperamos de una relación amistosa o amorosa...puede generar conflictos, pero nos obliga a comunicarnos y enriquecernos personalmente

Material 5D

¿Por qué emigran?

Fuente: SOS Racismo: Vive la riqueza de la diversidad. 20 sesiones de educación intercultural. SOS Navarra 2000.

Desde las épocas más antiguas, mucho antes de la existencia del “homo sapiens”, las personas han tenido que desplazarse para encontrar mejores condiciones de vida para vivir.

¿Por qué emigraron al extranjero nuestros abuelos, abuelas o algunas de sus amistades?. En América necesitaban mano de obra para la agricultura y en Europa para la industria y aquí las condiciones de vida eran difíciles. Cargados de sueños, ilusiones y legítimas aspiraciones partían a conseguir una vida mejor. Durante y después de la guerra civil, muchas personas emigraron en busca de asilo político.

De la misma manera las razones que hoy avalan la emigración al estado español y nuestra comunidad se relacionan con:

- La pobreza y las malas condiciones de vida: recursos muy escasos, vida muy dura y dificultades incluso para sobrevivir.
- La injusticia social y las violaciones de los derechos humanos.
- La búsqueda del progreso social, cultural y profesional, etc.
- El reagrupamiento familiar.
- Los problemas bélicos.
- Las catástrofes naturales.

Detrás de estas causas existen otras razones de fondo más globales: una historia de conquistas y colonizaciones, un mundo injusto en el que unos países acumulan dinero y riquezas a costa de otros, predominio y poder como forma de relación entre países, gobiernos corruptos, etc.

Material 5E

Datos de inmigrantes en Madrid

TABLA 1

MADRID	TSI INMIGRANTES PAISES DESFAV.	TSI INMIGRANTES OTROS PAISES	TSI INMI TOTAL	TSI POBLACIÓN TOTAL	% TSI Inm. Total	% TSI Inm. Desf.	
AREA 1	13.499	5.634	19.133	621.093	3,1%	2,2%	
AREA 2	5.961	4.595	10.556	390.739	2,7%	1,5%	
AREA3	4.711	3.291	8.002	282.387	2,8%	1,7%	
AREA 4	15.871	7.662	23.533	517.253	4,5%	3,1%	
AREA 5	17.991	8.451	26.442	620.429	4,3%	2,9%	
AREA 6	16.920	17.308	34.228	450.927	7,6%	3,8%	
AREA 7	22.159	9.329	31.488	480.891	6,5%	4,6%	
AREA 8	6.419	2.856	9.275	405.764	2,3%	1,6%	
AREA 9	5.226	1.876	7.102	357.777	2,0%	1,5%	
AREA 10	4.934	1.301	6.235	267.484	2,3%	1,8%	
AREA 11	20.413	7.105	27.518	694.551	4,0%	2,9%	
TOTAL	134.104	69.408	203.512	5.089.295	4,0%	2,6%	

TABLA 2

MADRID	TSI PAISES DESFAV.	TSI OTROS PAISES	TSI Inm. Total	% TSI DES / TOT INM	
AREA 1	13.499	5.634	19.133	71%	
AREA 2	5.961	4.595	10.556	56%	
AREA 3	4.711	3.291	8.002	59%	
AREA 4	15.871	7.662	23.533	67%	
AREA 5	17.991	8.451	26.442	68%	
AREA 6	16.920	17.308	34.228	49%	
AREA 7	22.159	9.329	31.488	70%	
AREA 8	6.419	2.856	9.275	69%	
AREA 9	5.226	1.876	7.102	74%	
AREA 10	4.934	1.301	6.235	79%	
AREA 11	20.413	7.105	27.518	74%	
MADRID	134.104	69.408	203.512	66%	

Fuente Grupo de trabajo de la subdirección provincial. Dirección territorial del Insalud. Madrid 2001

Material 5F

Datos de inmigrantes en el Estado Español

Analiza estos datos:

España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes. Aunque su número es inferior al existente en otros países de la Unión Europea, tiene una gran trascendencia económica, social y cultural en nuestro medio.

Los datos publicados por el Ministerio del Interior indican que el número de extranjeros en España ha crecido en los últimos veinte años de forma moderada y constante. Desde 1981, año en que el número de extranjeros era de 198.042, hemos pasado en 1999 a 801.329, y siguen aumentando las peticiones para solicitar la regularización. En los datos provisionales del Censo del 2001 alcanzamos 1,5 millones de inmigrantes.

Casi el 45,2% del total de residentes proceden del continente europeo, constatando el crecimiento mayor de las personas procedentes de los países europeos, no pertenecientes a la Unión Europea, principalmente de Europa del Este (Rumania, Bulgaria y Rusia). No obstante, el peso de los nacionales de países de la Unión Europea sigue siendo muy importante en el conjunto del total de residentes extranjeros, (86,3 % del total de europeos).

En segundo lugar, aparecen las personas procedentes del continente africano que ha sufrido cambios en cuanto a su evolución durante los últimos años, ya que mientras en 1998 creció el 25,9%, en 1999 lo ha hecho en el 17,9%. En el conglomerado de países que conforman el continente africano, destacan las personas procedentes del Norte de África (Marruecos y Argelia), y de otros países del África Subsahariana, como Senegal, Gambia y Nigeria.

En tercer lugar se sitúan las personas procedentes del continente americano, en su mayoría (89,1%) de países iberoamericanos, que han incrementado su número durante los últimos años. Debemos destacar la evolución creciente de los nacionales de República Dominicana, Ecuador, Cuba, Perú y Colombia.

Finalmente debemos señalar que de los ciudadanos de países del continente asiático tienen mayor importancia las personas procedentes de la República Popular China y de Filipinas.

Reflexionar sobre:

La cantidad que suponen.

Las características de su procedencia.

Material 5G

Qué haría yo

Fuente: SOS Racismo: Vive la riqueza de la diversidad. 20 sesiones de educación intercultural. SOS Navarra 2000.

Se trata de analizar la situación, pensar qué harías y porqué en las siguientes situaciones:

1. Te enteras de que tu hija mayor tiene un novio marroquí. Tú:
 - A.Te das un disgusto enorme pensando en qué dirán tus padres y el resto de los hijos.
 - B.Te parece que puede ser una relación con más dificultades. Te preocupa un poco, hablas con ella y te dice que le va muy bien.
 - C.Te da igual si es marroquí, de Sevilla, de Barcelona o cubano. Te parece estupendo.

2. En tu centro de salud acude una mujer negra con una herida en la pierna para ser atendida de urgencias sin tener cita. Tú:
 - A.Te molesta que no haya pedido la vez y se retrase tu entrada a consulta.
 - B.Te parece que a los inmigrantes se les da prioridad y los españoles nos sentimos perjudicados. Además no tienen papeles y están ilegales.
 - C.Crees que hay que ayudarla y atenderla adecuadamente. Piensas que está fuera de su país y de su gente. Lo estará pasando mal.

- 3 En el bloque recién construido del barrio va a ir a vivir un grupo de rumanos que estaban en un campamento provisional. Tú:
 - A.Te preocupa porque pueden quitarte los trabajos escasos que existen y además en el centro de salud ya tenemos muchos problemas de masificación.
 - B.Te planteas cómo podríamos recibirlos e informarles de las características del barrio y qué recursos tienen y como deben apuntarse al Centro.
 - C.Pasas. No me importan para nada. Allá ellos.

Material 5H

El tren de la interculturalidad

Fuente: SOS Racismo: Vive la riqueza de la diversidad. 20 sesiones de educación intercultural. SOS Navarra 2000.

Os proponemos pensar en algunas alternativas que podríamos hacer para mejorar la convivencia en la diversidad cultural. Pensad una concreta que podríamos llevar a cabo en diferentes aspectos.

1. Informarse, analizar críticamente y discutir noticias y acontecimientos del mundo en que vivimos.
2. Relacionarnos y acercarnos más a otras personas y culturas.
3. Utilizar las habilidades para convivir en la diversidad interpersonal e intercultural: tomar decisiones adecuadas. Escucha y comunicación, análisis de conflictos y negociación; en casa, con las amistades, en la vida social.
4. Conocer diferentes ONG's que se dedican a temas de interculturalidad, relaciones Norte/Sur, proyectos de cooperación, etc. (por teléfono, a través de folletos, por Internet,)
5. Crear un grupo de apoyo y recepción de los inmigrantes para acogerles e informarles de nuestro pueblo y conocer su cultura y expectativas.
6. Otras alternativas.

Material 5I

Propuestas de intervención

Analizar estas propuestas:

La realidad de la inmigración hace necesario promover la coordinación, planificación y metodología de actuación desde los diferentes ámbitos y entidades, públicas y privadas para favorecer la integración social de estas personas en nuestro entorno, evitando duplicidades, racionalizando los recursos existentes y coordinando las actuaciones que se desarrollan desde los diferentes sectores.

Se han identificado cuatro grandes grupos de intervenciones, que agrupadas por afinidades son:

Medidas organizativas.

Recopilación de información y realización de estudios sobre determinantes y necesidades de salud de la población inmigrante.

Actividades dirigidas a la formación de los profesionales sanitarios

Actividades encaminadas a la formación/ información del colectivo de inmigrantes

La Sociedad Española de Medicina Familiar propone las siguientes soluciones:

1. Integración de la atención sanitaria al inmigrante en el sistema nacional de salud.
2. Aporte de recursos necesarios a atención primaria.
3. Utilización de la figura del mediador intercultural.
4. Implicación de otras organizaciones e instituciones.
5. Utilización de interpretes.
6. Elaboración de protocolos y guías de actuación.
7. reorganización interna del equipo.
8. formación continuada del personal sanitario.
9. creación de la carpeta del inmigrante.
10. Evaluar la calidad de la atención ofertada.
11. Realizar estudios de investigación epidemiológica.

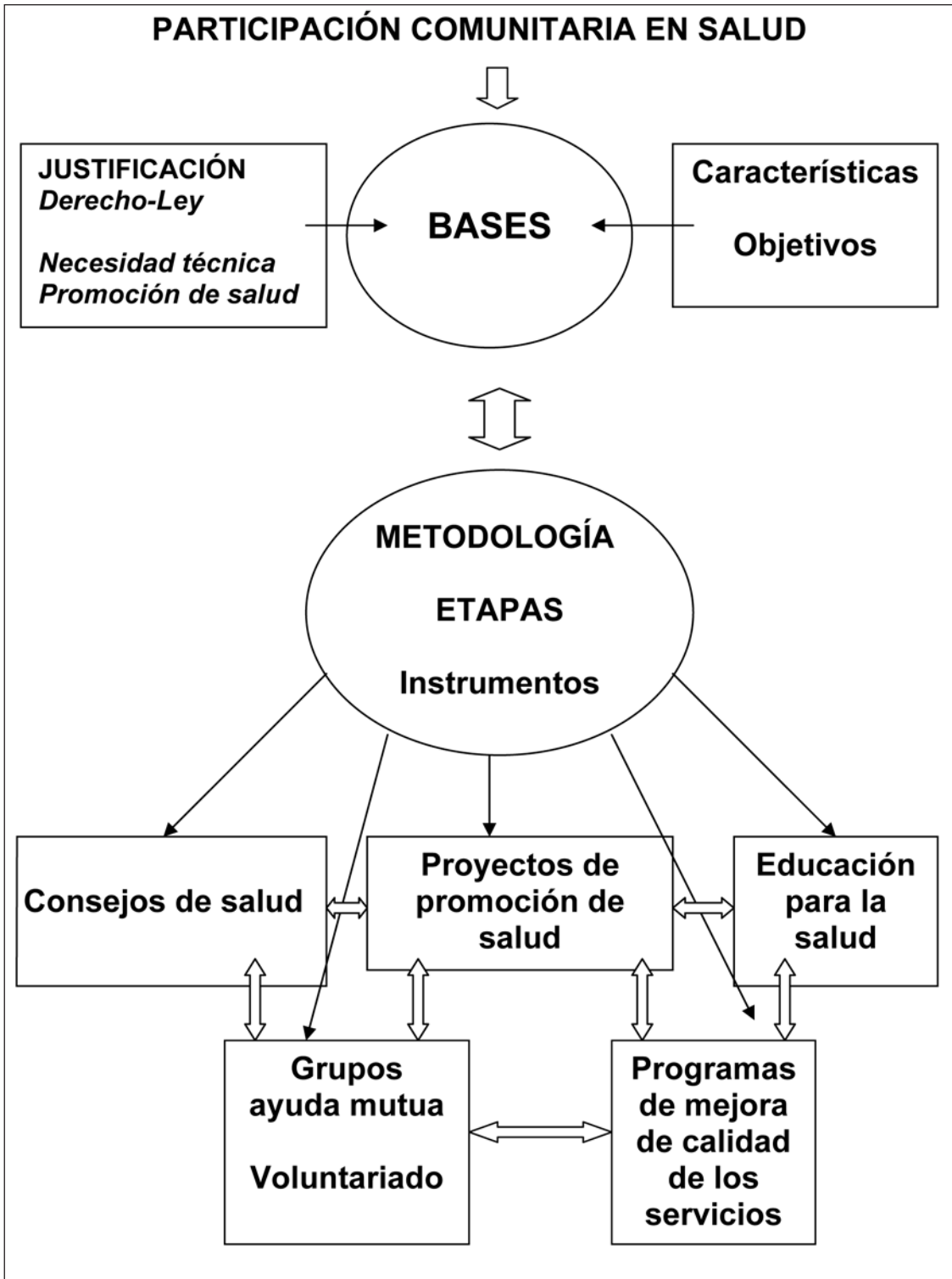
CENTRO DE INTERÉS 8: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

ÍNDICE DEL CENTRO DE INTERÉS 8: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

8.1 Centrándonos en el tema	564
Definiciones, consideraciones generales y encuadre histórico	565
Bases de la participación comunitaria en salud (PCS)	569
Justificación de la participación comunitaria	569
Características de la PCS	572
Objetivos de la participación comunitaria en salud	573
Metodología de la intervención comunitaria	574
Introducción	574
Fases de la participación comunitaria	576
Factores facilitadores de la PCS	577
Ejemplos de instrumentos de PCS e intervención comunitaria	578
Los Consejos de Salud	578
La educación para la salud	579
Proyectos de promoción de salud y acción comunitaria	580
La participación del ciudadano en la mejora de calidad de los servicios	580
Participación de agentes de salud comunitarios	584
Los grupos de ayuda mutua	585
Las organizaciones voluntarias que trabajan en el campo de la salud	585
Algunas lecturas	586
8.2 Diseñando el programa	588
8.2.1. Objetivos y contenidos	588
Objetivo general	588
Contenidos	588
Hechos, conceptos y principios	588
Actitudes, valores y normas	588
Procedimientos	588
8.2.2. Menú de actividades	589
Proceso de secuenciación de actividades	589
Actividad 1: Las bases de la participación	590
Material 1A: Qué es participar	591
Materia 1B: Vivencias en participación comunitaria	592
Material 1C: Valoración de experiencias de participación	593
Material 1D: Las catedrales	594
Material 1E: Algunas definiciones	595
Material 1F: Desde un Concejo de Castilla	596
Material 1G: Objetivos de la participación	598
Material 1G-1: ¿Hacia dónde vamos?	599
Material 1G-1: Estudio de necesidades de salud participativo	601
Material 1G-1: Cómic “las abuelitas”	602
Material 1G-2: “La enferma modelo”	603
Material 1G-2: “El aviso en la montaña”	604
Material 1G-2: Si pudiera cambiar el mundo	605
Material 1G-2: Agentes silenciosos de salud	606
Material 1G-2: Análisis de una entrevista clínica	607
Material 1G-3: Servicio integral de atención a la mujer	609
Material 1G-3: Educación para la salud en la Escuela de Adultos	610
Material 1G-3: Proyecto de vida sana en un barrio sano	611

Material 1G-4: Desarrollo comunitario	612
Material 1G-4: Dar a la comunidad el control social	613
Material 1G-5: Promoción de salud. Una experiencia interdisciplinaria	614
Material 1G-5: Programa de atención al drogodependiente	615
Material 1H: Trabajar con gallinas	616
Material 1I: Legislación básica de participación	617
Actividad 2: La comunidad	620
Material 2A: ¿Qué es la comunidad?	621
Material 2B: Definición de comunidad	622
Material 2C: Diferentes conceptos	623
Material 2D: La mita	624
Material 2E: Diagnóstico del barrio San Diego de Vallecas	625
Material 2F: ¿Qué podemos conocer de nuestro barrio o pueblo?	626
Material 2G: Etapas y elementos para un diagnóstico	627
Actividad 3: El método de participación comunitaria	628
Material 3A: Buscando experiencias	630
Material 3B: Blanco y negro	631
Material 3C: Vivir en San Diego	632
Material 3C bis: Estrategia a “Centro abierto”	633
Material 3D: Vivir en Labañou	634
Material 3E: La baraja del desarrollo comunitario	635
Material 3F: Juego de roles: ¿qué construimos aquí?	636
Material 3G: Criterios de calidad de la participación	637
Actividad 4. Los consejos de salud	638
Material 4A: Nuestra experiencia del Consejo	639
Material 4B: Fábula del bosque	640
Material 4C: Reglamento de los consejos de salud en la CAM	641
Material 4D: Análisis de frases sobre los consejos	645
Material 4E: Infestación de piojos	646
Material 4F: Funciones del Consejo	647
Material 4G: Caso resuelto a través del Consejo	648
Material 4H: Funcionamiento de los Consejos	649
Material 4I: Caso abierto	650
Material 4J: Algunas ideas equivocadas sobre la comunicación en una comunidad ..	651
Material 4K: Pistas para mejorar la comunicación	652
Material 4L: Pasos para resolver problemas y tomar decisiones	653
Actividad 5: Participación del ciudadano en la mejora de la calidad	654
Material 5A: Control de la calidad	655
Material 5B: Qué entendemos por calidad	656
Material 5C: El traje nuevo del emperador	657
Material 5D: Tabla de métodos de participación	659
Material 5E: Reclamación	662
Material 5E bis: El recorrido de una reclamación en el Área 1	663
Material 5F: Consentimiento informado	664
Material 5F bis: Normativa internacional del consentimiento	665
Material 5G: Modelo de consentimiento para cirugía menor	666
Material 5H: Modelo de consentimiento para realizar pruebas alérgicas	667
Material 5I: Instrucciones para el consentimiento informado	668
Material 5J: Instrucciones para las reclamaciones	670
Material 5K: Encuesta de satisfacción del usuario	671

8.1. Centrándonos en el tema



Definiciones, consideraciones generales y encuadre histórico.

El concepto de participación comunitaria en salud (PCS) no es en absoluto un concepto nuevo ni atribuible exclusivamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) o a la declaración de Alma Ata. Históricamente es anterior el interés, la motivación y el abordaje de la problemática de la salud, enfermedad y de la vida por los individuos, las familias y los grupos sociales, a la existencia de un sistema sanitario determinado por el desarrollo científico-técnico y el proceso de internacionalización e institucionalización de la PCS sobre el que se centra este breve encuadre.

Definiciones:

“...Participación Comunitaria (PC) es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”.

Naciones Unidas. 1981.

Participación comunitaria en salud (PCS) es “El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo”.

Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978.

Actividad Comunitaria en salud: “Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades”.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Programa de actividades comunitarias en atención primaria (PACAP)

Comunidad: etimológicamente, el término comunidad proviene del latín *comunitas* y expresa la calidad de común, de lo que no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios.

Operativamente entenderemos la comunidad como “una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local: y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.

Consideraciones generales

Sistema social, desarrollo comunitario y salud

Siguiendo la definición general de Naciones Unidas y la específica de la OMS, el concepto de desarrollo comunitario aparece como núcleo central y objetivo final de la participación comunitaria. Es un término que describe un conjunto complejo de procesos en los que se involucra la gente para aumentar los niveles de vida, la productividad y lograr ciertos objetivos políticos y sociales.

Por tanto la PCS no debe centrarse en torno a los servicios sanitarios, sino abarcar otros sectores y condiciones sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida. Este punto de vista integrador condiciona el acercamiento que puedan hacer o la respuesta que puedan dar los profesionales sanitarios a las necesidades sociales de su ámbito de trabajo, coordinando con otros servicios y apoyando otras actividades del grupo social de cuya salud se han hecho cargo.

A pesar del tiempo transcurrido desde la consagración de estas definiciones por parte de los organismos internacionales, el tema de la Participación Comunitaria en Salud (PCS) permanece aún bastante opaco, cargado de confusión y polémica. Se da una escasa congruencia entre los discursos participativos y las prácticas a que ha dado lugar y parece hasta ahora más fácil hablar de PCS, e incluso estar de acuerdo en lo teórico que incorporarla a la práctica cotidiana del sistema sanitario.

Para poder entender estas contradicciones es necesario recordar que la estructura y la orien-

tación de los servicios sanitarios no son hechos inmutables y socialmente independientes. La PCS nace de la relación entre los servicios de salud y la organización social a la que estos servicios pertenecen y esta relación adoptará, en consecuencia, múltiples formas, grado e intensidades en dependencia directa del momento histórico en que se da.

El sistema social engloba y condiciona al sistema sanitario y este sólo es un subproducto del primero por lo que las características de los servicios sanitarios están enmarcados en la estructura social a la que pertenecen.

Teniendo en cuenta este aspecto una de las primeras conclusiones es que existirá participación comunitaria allí donde este criterio esté incorporado al sistema social vigente. O dicho de otra manera, que el grado de participación de la población en los servicios sanitarios será mayor en aquellas sociedades con mayores fundamentos participativos en todos sus ámbitos. La comprensión de esta interdependencia permite analizar cabalmente la actual situación de la PCS en España, y brindará elementos de reflexión a aquellos que se esfuerzan para incorporar la PCS al sistema.

A su vez el sistema social general viene condicionado por el grado de conocimiento general y específico del sector en determinado período histórico. Este concepto, aplicado a los servicios sanitarios, explicaría la importancia del modelo de conocimiento que se aplica en los servicios sanitarios y su repercusión en la PCS. Existen experiencias de que desde lo sectorial es posible introducir dinámicas y estrategias que propicien cambios sociales hacia la mejor satisfacción de las necesidades de la población. En términos de participación, los profesionales de los servicios son parte integrante de los servicios, y por lo tanto del modelo. Dentro de la administración conforman una parte muchas veces diferenciada por sus intereses específicos que a menudo, en el sector salud adquieren una fuerza considerable, condicionando por lo tanto a su vez el modelo de servicios prestado.

Protagonismo en salud

A la hora de pensar en participación en salud es importante medir el protagonismo de los diferentes agentes -sistema social y servicios sanitarios- en el cuidado y reproducción de la vida. Entre ambos se producen un equilibrio dinámico de relaciones que interactúan entre sí y que van desde la absoluta hegemonía social hasta la hegemonía de los servicios. Para la comprensión de esta relación resulta muy útil la clasificación propuesta por Irigoyen en las siguientes categorías: acción social, intervención o actividad comunitaria y participación.

Acción social

Incluye las acciones relacionadas con el sector salud de múltiples actores, desde organizaciones formales a toda la gama de asociaciones y grupos con un grado variable de formalización y continuidad y a los individuos. Se genera en el exterior del sistema sanitario, es de hegemonía social y se traduce en necesidades que no siempre se hacen explícitas, o se resuelven autónomamente. En su más alta expresión es capaz de transformar la organización social y la organización de los servicios.

Se trata del proceso por el cual los grupos, agentes y personas implicados en la Promoción de la Salud se implican en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados.

Se dirige sobretudo a modificar el entorno social, aunque a veces mejora la competencia de las personas o los comportamiento individuales. Existen muchas formas de acción social entre las que señalamos el autoayuda y los grupos de autoayuda, el voluntariado, las redes sociales, la educación comunitaria la acción política y la abogacía por la salud.

Este grupo de relación es el más frecuente y habitual, siendo el ejemplo más demostrativo la acción sobre temas de salud que llevan a cabo las mujeres en todo el mundo y los grupos de voluntarios, cuidando y educando a los niños y las niñas, atendiendo a las personas adultas, apoyando a los inválidos y moribundos. Según los resultados de diversas investigaciones el peso de esta actividad puede significar hasta un 80% de la actividad global humana en la reproducción y cuidado de la vida. Realmente esto sitúa en su sitio y relativiza el papel del sector institucionalizado de los servicios sanitarios. Desgraciadamente el poder y la capacidad de decisión de estos agentes, la

sociedad, no se adecua a estos porcentajes.

Intervención o actividades y proyectos comunitarios

Es el trabajo comunitario que se establece a iniciativa de la organización sanitaria, que define los objetivos y toma la iniciativa aunque para cumplir sus objetivos necesita la aceptación, colaboración y/o participación, aportaciones o decisiones del sistema social. La hegemonía puede corresponder más o menos a los servicios de salud según el tipo de actividad de que se trate.

En este apartado se incluye los proyectos de promoción de salud, los diagnósticos de salud, el desarrollo de programas de salud sobre grupos de población determinados, como la infancia y la salud escolar, la edad madura, la mujer, las actividades preventivas, los proyectos de educación para la salud grupal, etc.

La promoción de salud (PS) no sólo debe considerarse como una filosofía que impregna todas las actividades y programas de los servicios sanitarios, sino también como actividades y programas concretos y específicos sobre diferentes temas, situaciones y grupos. La PS como trabajo común y de alianzas y redes para la salud, incluye a Instituciones y servicios de distintos sectores (servicios sociales, educación salud,...) y a grupos y organismos de la comunidad.

Participación:

Se trata fundamentalmente de la participación de la comunidad en distintos aspectos de la “gestión”, en sentido amplio, de los servicios de salud. Incluye todas las interacciones que tienen lugar en los mecanismos formalizados del sistema sanitario para su gestión como consejos de salud, comisiones de participación, comités de dirección, comisiones de coordinación intersectorial, reclamaciones, etc.

Aquí se incluyen una trama de instrumentos muy diversos en los que se debe contemplar la capacidad de control y la toma de decisiones que tienen y mejorar su identificación y valoración. En su forma más madura daría lugar a una coordinación -de alguna forma supeditada- de los servicios sanitarios con la acción social.

Esta clasificación no es rígida ni estanca. Relaciones que en un principio son de iniciativa del sistema sanitario pueden acabar siendo más una acción social con un alto nivel de participación y control por parte de la comunidad.

Encuadre histórico

Entre los años 20 y los 50, en EE.UU. encontramos la idea y práctica de la organización de la comunidad, entendida como la “fase de la organización social que constituye un esfuerzo consciente por parte de la comunidad para controlar sus problemas y lograr mejores servicios, organizaciones e instituciones”.

En los años 50, en América Latina surge para dar respuesta a los problemas del desarrollo en el Tercer Mundo, principalmente en las comunidades campesinas y de los suburbios urbanos, y la participación en los servicios de salud ha sido vista como una forma de lograr mayor acceso a los servicios, aportar mayor número de recursos, viabilizar el desarrollo de los sistemas locales de salud y facilitar el control y la evaluación de los servicios y programas de salud teniendo en cuenta la escasez de recursos económicos y humanos disponibles.

Sus primeras formulaciones se efectúan por la Organización Panamericana de Salud (OPS), y posteriormente la OMS en la década de los 70 ante la grave crisis sanitaria y los problemas de salud existentes tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado sanciona a la PC como uno de los elementos esenciales de la Estrategia Mundial para la Salud en el 2000 que se definió en la Conferencia de Alma Ata (1978).

El desarrollo de estos conceptos y estrategias surgen en torno a tres situaciones fundamentales:

- Como crítica al modelo de desarrollo de las sociedades más poderosas, a su sistema sanitario y al modelo médico hegemónico, generadoras de desigualdades, consumismo, medicalización de la vida y degradación del medio.
- El desarrollo tecnológico de las Ciencias de la Salud, la súper-especialización han ido propiciando un crecimiento de los costes sanitarios inalcanzables en los países menos desarrollados, además de acentuar el poder de gremio de los profesionales, de los gestores y de los

sectores industriales ligados al sector.

- La necesidad de aumentar la autonomía y capacidad de decisión de la población para contrarrestar el poder de los aparatos del Estado y de las fuerzas del capital. La participación aparece como una idea clave para reducir las disparidades en el acceso al poder político y consecuentemente obtener más justicia en las decisiones sobre la distribución de los recursos sociales. Esto no quiere significar que haya que privatizar los servicios públicos que satisfacen necesidades y derechos básicos de la ciudadanía sino democratizarlos.

En su sentido más amplio la participación fue vista como el instrumento para perfeccionar, profundizar y consolidar la democracia política. A través de la participación efectiva de la población se crean nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad, y se deben perfeccionar los procesos para conocer las demandas y para decidir sobre los servicios de salud.

En el ámbito del estado español:

Ya en la República se iniciaron algunas experiencias de participación en temas de salud ligadas a los intentos incipientes de reformas en el sistema sanitario español.

En la segunda etapa de la dictadura, el desarrollo de la Seguridad Social con las características inherentes al modelo implantado en la Europa de la posguerra, con una clara intención de paliar las reivindicaciones de la clase trabajadora y de servir al proceso de reproducción de la mano de obra necesaria en la incipiente industrialización de nuestro país, propicia tibios elementos de participación delegada de carácter corporativista, a través de estructuras controladas de profesionales y de sindicatos verticales con limitado poder de consulta y de información en los órganos de decisión del Instituto Nacional de Previsión (INP).

En este período, ligado al auge progresivo de la lucha por la democratización y las mejoras de las condiciones de vida, se van articulando luchas de los movimientos sociales, vecinales, clase trabajadora y feministas, en torno a reivindicaciones en la mejora de la dotación y calidad de los servicios, entre ellos los equipamientos sanitarios de los barrios. Se crean coordinadoras y plataformas de lucha sanitaria.

En el período de transición se acentúan los movimientos reivindicativos, tanto de la clase trabajadora y estudiantil, como de los sectores profesionales. Se llega a constituir una plataforma por el Sistema Nacional de Salud y tras las primeras elecciones democráticas municipales en donde se produce la victoria de la izquierda, se inicia un proceso de reforma sanitaria con la constitución de los Centros de Promoción de la Salud (CPS), elementos que pretenden un abordaje más integral en los problemas de salud como alternativa al modelo exclusivamente biológico y médico de atención a la enfermedad de la Seguridad Social. Unido a este proceso se constituyen los Consejos de Salud municipales como instrumentos para una participación incipiente con el movimiento vecinal adquiere un fuerte protagonismo en estos temas.

Posteriormente aparece la epidemia denominada del Síndrome del Aceite Tóxico, que por un lado demuestra las deficiencias de nuestro sistema sanitario en prevención, vigilancia epidemiológica, salud pública, asistencia del nivel primario, etc. y por otro lado propicia la aparición de un fuerte movimiento social reivindicativo por la recuperación de la salud, y el cambio en el sistema sanitario. Este movimiento supone un avance significativo en la conciencia de los sectores populares por la consecución de mejores servicios y de un sistema sanitario enfocado a las necesidades.

En la década de los 80 se inicia el proceso de reforma sanitaria. Se promulga la Ley de Sanidad tras cuatro años de pactos, negociaciones y consensos con los poderes del sector sanitario, y se inicia la reforma de la Atención Primaria de la Sanidad Pública como respuesta al compromiso internacional y a las demandas internas. En 1984 se crean los primeros centros de salud del Insalud, y a partir de 1990 empiezan a formarse consejos de salud y aislados programas comunitarios.

Por otro lado, se legisla la constitución de las Comisiones de Participación a nivel hospitalario con una composición limitadora de la participación y función asesora de las gerencias, con una implantación y desarrollo muy limitado y desigual en el conjunto del Insalud.

Bases de la participación comunitaria en salud (PCS)

Justificación de la participación comunitaria

Su justificación se basa en dos aspectos esenciales: en primer lugar que es un derecho democrático y en segundo lugar que constituye una necesidad técnica para abordar los temas de la salud y enfermedad de los individuos y los grupos y la comunidad en su conjunto.

Un derecho democrático.

Existen variaciones importantes en la interpretación y en la práctica de los conceptos de democracia y participación.

Las democracias representativas y delegadas muestran tendencia al tecnicismo, a la separación entre participación directa de la población y las decisiones tomadas en los “órganos de poder”, y por tanto al eclipse progresivo de la ciudadanía que queda a menudo postergada a la pasividad y que sólo puede manifestar su parecer en los mecanismos electorales.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo. La aplicación de este concepto, ampliamente reconocido en el ámbito internacional, supondría dotar a la sociedad de los elementos necesarios para ejercer su poder de decisión y capacidad de control.

Hacer efectiva esta participación en salud ayudará a profundizar en la democratización de la sociedad para que el conjunto de la población pueda ser agente de su propio desarrollo.

- Marco legal español

Los distintos gobiernos del Estado Español han suscrito todos los acuerdos internacionales en materia de salud, fundamentalmente la Estrategia de Salud para Todos y sus acuerdos específicos para la Región Europea. Añadiremos que en el documento Salud XXI, dentro de las cuatro principales estrategias de acción firmadas, una de ellas afirma que es necesario “ un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional, y que promueva la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta”

También son múltiples los ámbitos legales en los que está regulado de alguna forma la participación ciudadana (tabla 1).

Tabla 1 Legislación española sobre participación

La Constitución.	La Constitución reconoce el derecho a la participación ciudadana en la gestión del Estado, dándole a éste el mismo grado de protección que a los derechos llamados fundamentales.
La Ley General de Sanidad.	Reconoce y regula en su articulado el derecho a la participación ciudadana en la gestión y planificación de la atención de salud.
Los Ayuntamientos.	La Ley de Bases de Régimen Local (Ley 7/1985/2) define a los municipios como entidades básicas de organización territorial y como cauces inmediatos de participación ciudadana en los asuntos públicos.
Las Comunidades Autónomas.	La mayoría de las CCAA han desarrollado normativa sobre órganos de participación como los Consejos de Salud.
Legislación especial.	<p>Consumo. Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios 26/19 Julio 84. En ella el derecho a la participación está recogido en su Capítulo VI (Artículos 20, 21 y 22).</p> <p>Urbanismo. Ley del Suelo aprobada por Real Decreto 1346/1976/9 de Abril. Establece un principio de participación en su Artículo IV.</p> <p>Educación. En la Nueva Ley de Educación (LOGSE) se incluye la educación para la salud en la escuela como asignatura transversal.</p>
Documentos complementarios.	En el primer libro de la Guía de funcionamiento de los EAPs publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1984 define las relaciones del EAP con la población. La participación se facilitará a través de diferentes mecanismos, siendo el fundamental el de la educación para la salud.

- Formas de participación en sanidad.

Según el marco legal, las posibilidades de participación mediante instrumentos regulados normativamente en cada nivel, se dan en dos ejes diferenciados, uno el territorial (local, autonómico y estatal) y otro, en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios.

La participación y la capacidad de elección de los pacientes ha sido uno de los temas “estrella” de las reformas sanitarias europeas de los últimos 20 años. Pero la mayoría de las veces al hablar de participación en sanidad nos limitamos a discutir una de sus formas: la participación asociativa (de pacientes, profesionales, o población en general) en los así llamados “órganos de participación”, bien sean de control o de gestión. Sin embargo, hay otras formas de participación que afectan a la sanidad como las que puede hacer la ciudadanía por la vía política, sindical o asociativa en la organización y gestión del sistema, o las que tienen que ver como usuario en la utilización de los servicios, o como agente del cuidado de su propia salud o de sus familiares y amigos o amigas.

Las características definidas en la legislación del Estado dibujan el modelo de participación siguiente:

- Reconocimiento teórico del derecho a la participación como principio general, pero que en su concreción en los órganos institucionales queda plasmada en una representación indirecta delegada a través de las corporaciones locales.
- En los órganos de decisión, Consejos de Dirección de Área y otras Comisiones de Participación, la capacidad de poder queda limitada a la obligación de ser consultado e informado, y al voto discrepante siempre en minoría con respecto a la representación de las administraciones sanitarias. No existe el derecho al veto.
- El sistema político, aún reconociendo la constitucionalidad de la participación democrática, opta por potenciar la indirecta y delegada.
- La reforma de la atención primaria iniciada en 1984 ha introducido cambios que mejoran la calidad de la atención a la enfermedad, principalmente en el ámbito individual y en las consultas de los centros, dejando todavía muy en segundo lugar los aspectos más comunitarios de la atención y los mecanismos de participación.
- La constitución y puesta en funcionamiento real de órganos de participación como puedan ser los Consejos ha quedado limitado a algunas de las CC.AA. que los han regulado y muestran signos precoces de agotamiento.
- Finalmente desde hace unos años se está dando lo que en definitiva resulta una superposición de modelos, de tal forma que al mismo tiempo que se desarrolla lentamente la actual Ley de Sanidad se introducen reformas sanitarias con modificaciones en la financiación, prestación, gestión y provisión y control de los servicios como instrumentos de política neoliberal encontradas con otras conceptualizaciones de la Ley de Sanidad.

Una necesidad técnica (ver el cuadro adjunto)

Hace ya más de dos décadas se tambalearon los antiguos conceptos sobre el origen de las enfermedades, dando paso a una comprensión multifactorial y dinámica en la que la organización social, las condiciones y los estilos de vida juegan un papel determinante, tanto en el estado de salud como en la organización de los servicios sanitarios.



Bajo esta nueva conceptualización los pacientes adquieren dimensión de protagonistas y sin su participación, resultará técnicamente imposible resolver los problemas existentes, prevenir las enfermedades y mejorar el estado de salud. El reto está en lograr que el objeto de conocimiento e intervención pase de objeto a sujeto, de pasivo a activo, y ello tanto en el ámbito individual como familiar y colectivo.

Los nuevos conocimientos sobre el enfermar deben dar paso a nuevos métodos de trabajo haciendo del enfoque integral y comunitario una herramienta de trabajo profesional básica.

Un sistema sanitario cuyo objetivo es la provisión hegemónica de servicios médicos curativos, con escasa dedicación a la prevención y la promoción, establece relaciones que suelen agotarse en la consecución de un mínimo de satisfacción y de legitimidad que asegure su reproducción. Por el contrario, un sistema que comparta la producción de servicios curativos y preventivos con programas de promoción de salud necesita de unos dispositivos de relación más complejos, flexibles y bidireccionales con las personas que atiende.

Por otro lado también deben de ser sujetos de participación en nuestro quehacer cada uno de los recursos sociales existentes en el territorio que de una u otra forma actúan sobre el bienestar social y la calidad de vida de la población de la zona de salud.

Características de la PCS.

No se puede confundir, como muchas veces se hace, la participación con el consenso y la asistencia. La participación no puede existir sin toma de conciencia: participa solamente quien es consciente de la necesidad de su participación y el que sabe que si no participa no se podrán modificar las cosas. La gente puede y debe participar para cambiar algo; teóricamente para mejorarlo. La participación entendida como toma de conciencia de la situación y de los problemas y orientada hacia el cambio, sería la clave de este concepto.

Para definir un proceso comunitario como participativo se tienen que poder reconocer en él una serie de características o criterios (ver cuadro adjunto, de elaboración propia) que definen su grado e intensidad.

CARACTERÍSTICAS	CONTENIDO
Activa	La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuanto más capacidad de influir en las decisiones alcance, su participación será más eficaz, real, y democrática.
Consciente	Conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades a solucionar.
Responsable	Se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.
Deliberada y libre	Las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.
Organizada	La población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios sanitarios. Las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario.
Sostenida	No se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos, de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo.

Diferentes autores aportan una serie de criterios que permiten evaluar las actividades o programas de participación y de intervención comunitaria:

- **Información**, como conocimiento necesario que da acceso al poder para tratar y resolver problemas.
- **Evaluación de necesidades**, criterios fundamentados y juicios de valor.
- **Toma de decisiones**, como un proceso con distintos niveles. En este aspecto podemos tener en cuenta la escala de poder en la toma de decisiones, que tienen los miembros natos de los órganos de participación comunitaria, según Klein estableció (de menor a mayor nivel de poder):
 - **a ser informado**. Las autoridades deben informar sobre sus planes y decisiones.
 - **a ser consultado**. La comunidad ha de ser oída antes de tomar o ejecutar una decisión.
 - **a negociar**. Se da una oferta y contraoferta entre autoridades y comunidad, pero esta no es miembro de los órganos de decisión.
 - **a participar en la toma de decisiones**. Siendo parte minoritaria de los órganos en donde se toman las decisiones.
 - **al veto**, cuando la población es mayoría en los órganos de decisión.

A no ser que estén muy claros y explícitos los poderes y mecanismos de la participación comunitaria, se puede generar desilusión y confusión.

- **movilización de recursos y realización de tareas**, es lo que llamaríamos acción social que comprende movilizar recursos propios comunitarios y ser sujetos activos.
- **el grado de autonomía o dependencia**, en la medida en que la participación disminuye la dependencia de apoyo y contribuciones externas.
- **formas y nivel de organización de la comunidad**, en la medida en que promueve o facilita la creación de un contexto comunitario: crear estructura, afianzar una red.

El Programa de actividades comunitarias (Pacap) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ha establecido los siguientes criterios de valoración de la actividad comunitaria:

- Participación de otros recursos de la comunidad en el proceso.
- Concepción integral (bio-psico-social).
- Deben dirigirse a potenciar la autonomía y la capacitación personal y grupal orientadas al incremento de poder de la comunidad.
- Explicitación documental y definición de objetivos.
- Que tenga en cuenta los problemas de salud y prioridades de la comunidad.
- En los grupos se deben utilizar metodologías que favorezcan proceso grupal.
- La evaluación debe incluir a la comunidad y analizar el proceso.
- Continuidad en el tiempo.
- Grado de implicación de los profesionales del equipo.
- Intersectorialidad.
- Implicación del ámbito institucional.
- Dinamización del nuevo tejido social.
- Creación de órganos permanentes de coordinación.
- Actividades innovadoras.

Los cinco primeros criterios se consideran básicos y el resto convenientes.

Objetivos de la participación comunitaria en salud

Además de los objetivos generales de la PC, definidos como democratización y enfoque integral se pueden definir los siguientes objetivos específicos:

- *Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de cuáles son las necesidades de salud más importantes.*

En este campo es necesario construir conjuntamente los valores culturales y sociales sobre la salud y la enfermedad que facilitan la autonomía individual y colectiva. Nos permite a los sanitarios participar de sus conocimientos sobre la enfermedad y la salud, cómo la vive y cuál

les son sus preocupaciones principales, aprovechando el conocimiento y la experiencia propia de la población.

- *Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad.*

En atención primaria muchas decisiones dependen de los pacientes: deciden cuándo los síntomas son suficientemente graves como para requerir ayuda; cuando utilizar un recurso u otro; deciden si se harán las pruebas y si atenderán o no a las recomendaciones dadas, etc...Cuanto más avancemos en este sentido más aumentará la eficacia de las actuaciones del sistema sanitario y la utilización racional de los recursos.

- *Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria.*

Favorece la motivación de la comunidad para aceptar y usar los servicios. Para ello deben participar activamente en los centros de salud en el diagnóstico de los problemas y necesidades de la comunidad, en la priorización de los mismos, en la movilización de recursos comunitarios y en el desarrollo de programas de salud que deben reorientarse.

- *Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.*

Aspecto necesario para dar respuesta a la crisis de legitimización actual de los sistemas sanitarios. Dentro de este aspecto también se contempla todo el proceso de evaluación de la atención a la salud que debe experimentar cambios importantes en el enfoque y en los métodos. Durante muchos años se ha centrado en la evolución de los indicadores negativos en el ámbito bruto, mortalidad y morbilidad. Cada vez es más necesario contemplar otros resultados como son la evolución de las desigualdades en los niveles de salud y en el acceso a los servicios, e indicadores positivos como son la calidad de vida, condiciones y los estilos de vida, y el grado de satisfacción de las necesidades de la población y de la aceptabilidad de los servicios.

- *Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.*

Ayuda a la coordinación dentro del sector sanitario y con otros servicios sociales, aumenta la eficiencia en la utilización de los recursos, reduce el predominio de los profesionales sanitarios en las decisiones y contribuye así a la desmedicalización.

Ante diversos problemas de salud actuales (patologías crónicas, discapacitados, mayores solitarios) la población actúa como los mejores coordinadores para la atención y utilización de recursos.

Metodología de la intervención comunitaria

Introducción

Cuando se habla de comunidad, casi siempre se piensa exclusivamente en la población, aunque los protagonistas reales de cualquier proceso participativo en un sistema democrático son tres:

- La Administración: es parte fundamental de los procesos participativos por muchos motivos y entre ellos señalamos: leyes y marco legal, financiación, creación y dotación de recursos, contrataciones,...
- Servicios y profesionales públicos de los sectores implicados en el desarrollo comunitario: Sin la participación de todos es impensable una acción comunitaria globalmente entendida.
- La comunidad entendida aquí como tejido social de la población, sus grupos formales e informales, sus asociaciones de todo tipo y sus líderes.

Existen diversos modelos de intervención comunitaria:

Desde los Servicios orientados a la comunidad. Por iniciativa inicial de los servicios y profesionales técnicos, (sanidad, educación, trabajo social). Son los programas de intervención diseñados desde los servicios y con el protagonismo de los técnicos.

En Atención Primaria, en nuestro país se han dado los siguiente ejemplos de este modelo:

Estrategia “ centrada en el equipo”.

Parte de la base que los centros de salud se desarrollan por etapas sucesivas y la participación debe ser progresiva.

La primera etapa es de organización interna, donde lo principal es desarrollar la protocolización,

el sistema de registro y archivo, el control de la consulta de demanda, el desarrollo del concepto y la práctica del trabajo en equipo. Una vez logrado los objetivos de esta etapa se da el salto cualitativo: salir a la comunidad para afrontar los problemas de salud, tras llevar a cabo el diagnóstico de salud de la comunidad.

En la segunda etapa el personal sanitario comienza a organizar grupos de pacientes de los distintos problemas priorizados (hipertensos, diabéticos...), desarrollar educación a grupos y formación de grupos de voluntarios. Este período pretende la educación sanitaria de la población como requisito previo para la participación. Con base a estos grupos se puede comenzar a formar el Consejo de Salud, como instrumento de participación. En la mayoría de las ocasiones no se completa el proceso por sobresaturación del trabajo del equipo y las limitaciones de recursos.

Estrategia “a centro abierto”

Plantea que desde sus comienzos, es preciso abrir el centro a la comunidad y trabajar con ella. Se parte de la idea de que deben desarrollarse simultáneamente todas las tareas del modelo de APS: integralidad de la atención, introducción de protocolos y programas, sistema de registro y archivo, reuniones clínicas y bibliográficas, investigación, trabajo con la comunidad y participación comunitaria.

Consagra una forma compleja y dinámica de aproximación de un EAP a su población, ya que los problemas de salud, los grupos de riesgo, los profesionales de otros sectores que trabajan sobre la misma población, los grupos “naturales” o los colectivos organizados en función de intereses específicos existentes en una población, configuran una trama compleja y dinámica que obliga a desarrollar múltiples y diversas actividades de forma integrada. El encuentro y comunicación con las organizaciones se canaliza, tanto a través de un Consejo de Salud, formal o informal, como en grupos de trabajo y encuentros puntuales.

Estrategia centrada en el Consejo de Salud.

La primera se articula la participación mediante la organización de un Consejo de Salud quien agrupa a las organizaciones comunitarias y se hacen estudios que sirven de base para el diagnóstico.

En la segunda etapa se realiza la planificación de las actividades por el Consejo de Salud y se propicia la ejecución de las mismas a través de grupos de trabajo. El equipo es el animador de las actividades del Consejo.

Este tipo de estrategia se ha dado más frecuentemente en los centros de salud de aquellas Comunidades Autónomas en donde se han aprobado normativas sobre órganos de participación en Atención Primaria (Castilla la Mancha, Andalucía, Castilla-León, Navarra...) y en varias Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (Cambre, Granada.)

Estrategia desde la Sociedad de Medicina Familiar.

Desde hace años la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) planteó el enfoque de la atención primaria orientada a la comunidad (APOC), y recientemente introdujo el programa de actividades comunitarias (Pacap) que supone el compromiso en impulsar una parte de su esencia como especialidad. Impulsa desde fuera de la estructura institucional del sistema sanitario el desarrollo de actividades de intervención comunitaria desde grupos de profesionales de los EAP.

Desde la Comunidad.

La comunidad organizada y sus recursos como centro y propulsora de su mismo desarrollo. El objetivo de la intervención es el desarrollo integral de la comunidad (y por lo tanto el desarrollo de la salud), y el protagonismo fundamental de este proceso tiene que ser la propia comunidad, con la ayuda de todos sus recursos.

Ejemplos de estrategia centrada en la Comunidad.

Aquellos centros de salud que se incorporan a procesos de desarrollo comunitario intersectorial y de ámbito local y desde esa dinámica inicia el EAP o miembros del mismo la puesta en marcha de procesos de intervención y participación comunitaria en salud, aunque existe un liderazgo por parte del sector sanitario público, el peso más importante se inclina más hacia la propia comunidad u otras instituciones.

Existen diversas experiencias de acción intersectorial y de desarrollo comunitario en todo el

ámbito del Estado para abordar diversos problemas y sobre diversos sectores de población priorizados por la propia comunidad. Algunas de esas experiencias son las llevadas a cabo en Galicia y en Valencia asesoradas por Marco Marchioni.

Fases de la participación comunitaria

Fase de estudio y conocimiento de la comunidad

Dentro de esta fase, es necesario previamente realizar un proceso de inserción en la comunidad, que conlleva estar con la gente, conocer el contexto comunitario, identificarse con las necesidades y problemas, y contactar con las organizaciones y grupos. De esta manera buscamos encontrar un punto de partida adecuado, tarea decisiva para que la comunidad participe de forma real, es indispensable que se identifique con un problema y que comprenda la línea a adoptar.

En esta fase es importante desarrollar un apoyo y dotarlo de liderazgo, en la comunidad, identificando, consultando e integrando a los grupos de la comunidad y las redes sociales. Se puede concretar en un consejo de salud o comisión de participación, que comience a articular todo el proceso.

Para conocer a la comunidad se deben tener en cuenta cuatro elementos decisivos en los procesos de participación:

- *Territorio* : zona geográfica con sus características en donde vive la población, delimitando en ella sus divisiones sociales.
- *Población*: es el factor clave, es la que tiene que participar si quiere. Se deben tener en cuenta las siguientes variables: sexo; edad por grupos; por territorio (formas concretas socio urbano donde reside y trabaja); actividad productiva y niveles de instrucción.
- *Problemas o demandas*. La participación puede nacer de la existencia de problemas o de la necesidad de modificar algo o de funcionar mejor. La demanda es clave para comprender lo que hay que hacer y por dónde se debe empezar. Se pueden distinguir diversos tipos de demandas:
 - La expresa, tal como se manifiesta.
 - La no expresa porque no se quiere o no se sabe expresar.
 - La existente y la potencial.
 - La real y previsible a medio y largo plazo.
- *Recursos*: hay que conocer y saber utilizar los recursos. Sin ellos no hay acción social.

El primer recurso es la propia comunidad. Se deben tener en cuenta los grupos existentes, redes, líderes,... Los podemos diferenciar entre públicos y privados; voluntarios; existentes previsibles y potenciales. Interesa no sólo la cantidad sino también los servicios que ofrecen y programas que realizan. Otro aspecto importante son los problemas de coordinación entre ellos y la tarea de racionalizar su funcionamiento.

El estudio y el conocimiento de la realidad deben tener en cuenta las vertientes global y sectorial así como la objetiva y la subjetiva, para ello hay que tener en cuenta la importancia de la información y los principios de audición, devolución, comunicación y osmosis de los conocimientos.

Establecimiento del diagnóstico participativo

Creemos que deben realizarse de una forma escalonada y activa con la participación de los grupos de la comunidad, y a través de estudios de campo ligados a la actividad de los programas y de las necesidades y demandas planteadas por la población.

Debemos encontrar las necesidades de salud sobre las que hay un cierto consenso a través de un diagnóstico participativo uniendo planteamientos cuantitativos y cualitativos, que sea operativo. Buscar la “zona de encuentro” entre las necesidades de la comunidad expresadas por los vecinos y las necesidades percibidas por los proveedores de la salud.

Existen algunas experiencias de realización de los llamados diagnósticos de salud con resultados dispares. Casi la totalidad se hicieron por los miembros de los equipos y mostraron el punto de vista de los profesionales. La comunidad estaba ausente.

El análisis de situación debe ser algo continuo y dinámico, con utilización de métodos de análisis social tanto cuanti como cualitativos y debe ir facilitando la toma de decisiones para la realización de actividades y programas de intervención específicos, y evaluar posteriormente los resulta-

dos de forma que sirve para replantearse nuevas acciones.

Por otro lado, se deben contemplar diversas formas de presentación y distribución de los diagnósticos. Documentos escritos, paneles, carteles, medios audiovisuales, jornadas de debate... que sean más adecuadas a las características culturales de la población con la que debemos trabajar.

Elaboración del programa de intervención

El inicio de esta fase, se plasma en el establecimiento de unos objetivos consensuados, identificando actividades, determinando los recursos necesarios y definiendo el calendario de ejecución. Debe ser una planificación pragmática, de acción comunitaria, valorando la factibilidad, dando menor importancia al papel del experto y enfocada en el plan posible más que en el ideal.

Se puede intensificar la motivación para el cambio con objetivos atractivos a corto plazo. Cualquier progreso debe ser reconocido y difundido ampliamente.

Hay que tener en cuenta en el plan de intervención la obtención de recursos necesarios, que hagan el plan de intervención factible. Recalcamos la importancia de fomentar y coordinar una infraestructura para la ejecución de los programas. La captación de apoyo (dinero, personal y servicios) puede conseguirse como parte del proceso de cambio.

La mayoría de los centros sanitarios llevan a cabo programas de tipo vertical y con diseño de “experto sanitario” dirigidos a la protocolización diagnóstica y terapéutica de determinadas enfermedades de mayor prevalencia o de factores de riesgo. Los componentes preventivos y promotores son escasos y de abordaje individual. El individuo participa pasivamente aceptando revisiones y cumpliendo pautas. La comunidad apenas existe ni está incluida. No se tienen en cuenta los factores sociales, culturales, económicos. Son básicamente autoritarios, proponiendo soluciones estándar y pueden generar dependencia.

Existe otro modelo de programación en salud diferente, horizontal, con participación de la comunidad y en los que deben introducirse actividades de promoción de salud y de prevención, además de las de recuperación. Se debe contemplar las necesidades percibidas y demandadas por la comunidad local además de propiciar la movilización de recursos directos de la población y la coordinación con los otros recursos sociales públicos existentes.

Ejecución del programa participativo

Para esta fase es necesario la capacitación tanto de la población, como de los profesionales de los servicios implicados. Esto supone mejorar el conocimiento y la comprensión de las causas y los determinantes de la salud, así como el aprendizaje de nuevas habilidades. Aprender cómo se aprende y aprender haciéndolo.

Por otra parte es importante el desarrollo de la organización de la comunidad implicándola mediante la movilización de recursos, formación de grupos, desarrollo de estructuras locales. Construir solidaridad entre los grupos comunitarios implicados y la comunidad.

Evaluación

Evaluar la PC no es tarea fácil, pero es un elemento básico para la planificación. El proceso de evaluación puede ser similar al de cualquier otro programa de intervención sanitaria, pero precisa aclarar una serie de problemas conceptuales y metodológicos.

Los programas de participación comunitaria, promoción de la salud y educación sanitaria en los que se ha intentado realizar algún tipo de evaluación son muy escasos y dependiendo de qué variables se utilizan muestran resultados modestos. Esto puede ser consecuencia del escaso desarrollo práctico de estos programas como muestra de una resistente voluntad política a los mismos, a la vez que del limitado nivel científico y técnico alcanzado en estas materias. En los proyectos con implicaciones sociales la distinción entre proceso y resultado es menos nítida que en las acciones exclusivamente técnicas. En la acción comunitaria sobre la salud, el proceso (participación, autoaprendizaje, organización,...) es probablemente más importante que los objetivos finales, que suelen señalarse en términos técnicos o de indicadores sociales.

Factores facilitadores de la PCS

El éxito y el fracaso de los diferentes procesos y mecanismos de participación comunitaria en salud estudiados están asociados a un conjunto de factores múltiples relacionados, tanto con la propia comunidad, como con el sector sanitario, la administración o el contexto social general.

Hay muchos factores sin los cuales la participación encuentra graves dificultades para su desarrollo.

En la Política sanitaria

- La existencia de un Plan Nacional o Autonómico de Salud en el que se definan los objetivos a conseguir, los recursos a movilizar y que promueva la participación de la comunidad.
- La existencia de un marco legal que posibilite la participación democrática directa en los servicios sanitarios, la delegación de responsabilidades y la capacidad de tomar decisiones, estableciendo órganos de participación (Consejos de Salud,...)
- La descentralización real de los servicios sanitarios con capacidad para la planificación local y adecuación a las necesidades territoriales. Facilitar la interrelación y coordinación con las administraciones que tienen la capacidad de decidir en los territorios.

En los Servicios de Salud

- En los servicios de salud debe existir una actitud positiva hacia el cambio con una capacitación en estas materias. Establecer objetivos integradores de la actividad, una organización coherente con el modelo integral y un programa específico de proyección comunitaria pueden facilitar el cambio.
- Es necesario fomentar la actividad multisectorial propiciando la realización de programas de acción conjuntos de los diferentes organismos públicos y privados, nacionales, regionales y locales.
- El reconocimiento y la aceptación de las necesidades sentidas por la población supone un esfuerzo activo en la adquisición de nuevos conocimientos en los profesionales sanitarios y un cambio en la comunicación con la población.

En la Comunidad

- La organización de la comunidad. Los movimientos sociales han sufrido cambios importantes en los momentos actuales y son muy diversas las formas y los motivos para organizarse. La existencia de una comunidad, incluyendo la existencia de liderazgo en el seno de la misma, así como la presencia de sistemas de apoyo mutuo, y la percepción de beneficios individuales en las personas que participan, son factores clave.
- Los representantes comunitarios. Lo formal o la institucionalización de la representación no debe ser algo inflexible. Las características de los representantes pueden ser diversas, pero deben reflejar las características sociales y demográficas de la comunidad y/o el interés por los asuntos públicos. La representación puede ser tanto entendida como mensajeros o como guardianes de los intereses de la comunidad.

Ejemplos de instrumentos de PCS e intervención comunitaria

Señalaremos seis instrumentos posibles de participación comunitaria en nuestro contexto:

- los consejos de salud,
- la educación para la salud,
- proyectos y/ procesos de promoción de la salud
- la participación del ciudadano en la mejora de calidad de los servicios,
- los agentes de salud comunitaria,
- los grupos de ayuda mutua y las organizaciones voluntarias que trabajan en el campo de la salud.

Consejos de salud

Instrumento ampliamente reconocido en el ámbito internacional pero de un desarrollo en la práctica menor y desigual.

Entre sus funciones y objetivos podemos contemplar las siguientes:

- Participar y/o colaborar en la delimitación del plan de salud o programas y/o actividades a desarrollar en la zona.
- Captar y vehiculizar las demandas de salud de la población, llevando a cabo detección y análisis de los problemas y marcando prioridades.
- Evaluar las decisiones que respecto a la salud tome el equipo, los programas que se desarrollen y la organización del centro. Conocer e informar las memorias de los EAP.

- Colaborar en la educación sanitaria de la población y contribuir a mejorar la comunicación entre el EAP y la comunidad local.

En bastantes comunidades autónomas se han aprobado reglamentaciones sobre la constitución, componentes, funciones y organización de los consejos de salud con heterogeneidad en su puesta en marcha, y por lo tanto con unos resultados diversos y en general no muy alentadores.

En los sitios donde no exista una reglamentación que formalice estos órganos puede constituirse una comisión o grupo de trabajo que facilite el encuentro y la comunicación del equipo con los representantes de las organizaciones sociales o grupos con motivación e interés colectivo de los problemas de salud de la zona. Debe establecerse una periodicidad de las reuniones con una sistemática de las mismas en donde se apruebe un acta de los acuerdos. La composición debe ser abierta y flexible. Debe hacerse una búsqueda activa de los líderes y organizaciones motivadas o concienciadas. Las funciones y objetivos concretos de estos consejos informales deben pactarse mutuamente con los representantes sociales y de una forma dinámica y flexible. Por lo menos debe contemplarse el derecho a ser informado de la memoria y de los objetivos del equipo, a ser consultado y a negociar el desarrollo de actividades y programas.

Todo el poder que se le atribuya será el delegado por los miembros del equipo. Una actitud favorable a la escucha y al cambio es esencial para la eficacia de este instrumento.

La educación para la salud grupal e individual (ver Centro de Interés 3: educación para la salud).

Debe contemplarse como un instrumento de promoción de la salud donde la comunidad asume un protagonismo efectivo y sus objetivos rayan más allá de los estrictamente educativos.

El modelo de educación para la salud priorizado dentro de los diferentes en juego en el mundo de la salud pública ha sido el que propicie el desarrollo de habilidades personales y sociales para efectuar cambios en las condiciones que permitan alcanzar mejores niveles de salud y de autonomía. Este modelo convive con otros modelos como el educativo y el preventivo.

Los objetivos son:

- Desarrollar o reforzar comportamientos saludables
- Prevenir enfermedades y conductas de riesgo
- Proporcionar recursos y habilidades básicas para: el autocuidado y la competencia personal y social.

Características esenciales de este modelo:

- Enseñar a pensar y a aprender a aprender. Que el sujeto piense y ese pensar le lleve a transformar su realidad
- Aprendizaje significativo: desde la experiencia de los participantes, teniendo en cuenta sus creencias, actitudes, valores, habilidades.
- Aborda contenidos de conocimiento, actitudes y habilidades.
- Dinámica grupal como instrumento facilitador para el aprendizaje.
- Uso de técnicas pedagógicas diversas.
- Comunicación bidireccional.
- Evaluación cuanti-cualitativa.

Áreas de trabajo en educación para la salud grupal que se pueden introducir

- **Estilos de vida:** Fundamentalmente trabaja sobre cambios de comportamiento en salud pero teniendo en cuenta las condiciones de vida que los condicionan.
- **Etapas vulnerables o transiciones vitales:** Trabaja sobre los procesos de cambio y remodelación personal en las diversas etapas de la vida que suponen crisis psicosociales de mayor o menor peso. Se centra en capacitar previamente a las personas para abordar los cambios y por otra durante la transición, en el manejo y elaboración de la propia situación así como en la capacitación en auto cuidados físicos y emocionales.
- **Patologías crónicas:** Se centran en especial en trabajar el autocuidado y el control de la enfermedad, el uso racional de recursos y la aceptación y socialización del rol del enfermo en su contexto personal, familiar y social.
- **Dinamización social y desarrollo comunitario en salud:** Pretende contribuir a fortalecer la conciencia social y favorecer la capacitación sobre el proceso de salud/ enfermedad, los sis-

temas de atención a la salud y los mecanismos de participación comunitaria en salud.

Proyectos de promoción de salud en estilos de vida u otros aspectos.

Fuente; Echauri Ozcoidi,M; Pérez Jarauta,MªJ Estilos de vida. Promoción de salud. Acciones colectivas y comunitarias. Ed Gobierno de Navarra 2001.

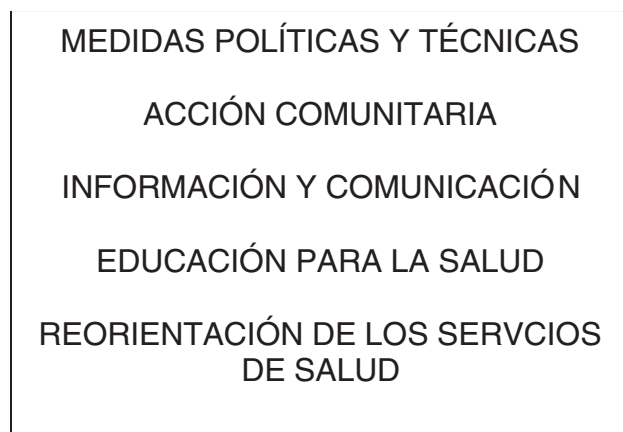
Son proyectos de base comunitaria que tienen en cuenta el contexto en que se desarrollan, animando a participar e integrando en el proyecto a los distintos recursos existentes en la comunidad (centros y servicios, grupos, personas, comercios, locales, redes).

Los puntos de partida de los mismos son diversos. Unas veces son a iniciativa de una asociación o grupo comunitario, otras responden a la oferta de un servicio por parte del centro de salud, otras surgen de la coordinación centro de salud- centro educativo o del planteamiento de los servicios municipales.

En general son proyectos programados, con un planteamiento inicial que se va modificando y adecuando según su desarrollo y evaluación continuada. Los cambios están motivados por la mejora y ampliación del conocimiento de la realidad, de las necesidades, dificultades, incorporación o baja de recursos, nuevos objetivos...

Los proyectos suelen incluir como todo programa de salud: Análisis de situación, objetivos a conseguir, actividades a realizar y evaluación. Las actividades de los proyectos de promoción de salud se orientan hacia medidas que modifiquen las causas o factores relacionados con la situación de salud y combinan métodos y enfoques distintos y complementarios.

En general se identifican con los campos de actuación de la Promoción de la Salud delimitados en la Carta de Ottawa (OMS 1986) que son las siguientes:



Todas estas estrategias y actividades pueden llevarse a cabo tanto en el ámbito extenso de una región, un país o varios países-por ejemplo políticas de restricción de la publicidad del tabaco-como en el más reducido de una ciudad, un barrio, una zona básica de salud o un pueblo.

Existen diversas experiencias sobre este tipo de proyectos como las desarrolladas en Navarra por el Instituto de Salud Pública. En uno de los materiales de la actividad pedagógica se puede analizar uno de los proyectos.

Participación de los ciudadanos y comunidades en la mejora de los servicios sanitarios

La evaluación de los sistemas de salud tiene varias dimensiones como son la eficacia de la actividad científico técnica, la eficiencia económica, la accesibilidad, capacidad para identificar y abordar necesidades de salud y la aceptabilidad social. Sin embargo los métodos de abordaje de las dos primeras han sido más desarrollados, pero queda mucho por investigar en la capacidad para identificar necesidades y sobre la aceptabilidad social.

Otro aspecto importante es el contribuir a identificar problemas de atención de los servicios. La recogida sistemática de información, tanto de los ciudadanos, como de los usuarios de los servicios, el análisis posterior para detectar los problemas, la implantación de las medidas correctoras

oportunas y su posterior evaluación constituye un programa de garantía de calidad necesaria en los servicios sanitarios. Deja de ser eficiente si sólo sirve para gastar papel y rellenar archivos o bibliotecas.

Por lo general en los estudios de satisfacción de los pacientes no se ha previsto un mecanismo que aproveche de una forma continua el aporte de información en cuanto a la introducción de las mejoras necesarias. Para promover cambios efectivos en los sistemas de prestación de servicios es necesario que los proveedores y la ciudadanía se mantengan en asociación y comunicación continua.

El objetivo de las evaluaciones de la calidad en los programas de Evaluación y Mejora de la Calidad (EMC), es conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla, es decir realizar un estudio que ayude a diseñar las intervenciones factibles y realistas que conduzcan a elevar el nivel de calidad de la atención. En los programas de EMC no caben las evaluaciones enfocadas a denunciar situaciones o culpar a ningún enemigo, ni tampoco las evaluaciones-investigación que tienen como objetivo saber qué pasa, sin que se pretenda ir más allá del simple nivel de conocimiento o curiosidad “científica” que luego puede servir o no para mejorar la calidad del servicio.

Por otra parte, los estudios pueden tener dos enfoques (interno y externo) según que partan de los implicados directamente en aquello que se evalúa (auto-evaluación, enfoque interno) o se pretenda evaluar las actuaciones ajenas (enfoque externo).

Estos enfoques hay que diferenciarlos de otras formas en las que puede contribuir el usuario a la EMC, clasificándose en tres grupos metodológicos según el sentido de la iniciativa:

- **por iniciativa ciudadana**, también descrita como iniciativa del usuario o participación activa. Se establece una relación en un eje vertical (ciudadano/comunidad ↔ sistema sanitario).
- **por iniciativa compartida**, que engloba actividades que se pueden desarrollar con instrumentos en los que la administración y ciudadanía pueden trabajar en un mismo nivel, en una relación definida en un plano horizontal (ciudadano/comunidad ↔ sistema sanitario).
- **por iniciativa de la administración sanitaria**, también definida como participación requerida, en esta se establece un eje vertical (sistema sanitario ↔ ciudadano/comunidad).

Iniciativas posibles de la ciudadanía y la comunidad en la mejora del sistema sanitario:

- *Libro de reclamaciones, quejas y felicitaciones.* Deberían existir y funcionar en todos los servicios, pero la realidad es que no se favorece su utilización. Existe un bajo número de reclamaciones que no corresponden a lo esperado según los niveles de insatisfacción detectados en las encuestas, y parece pueda estar relacionado a la inutilidad de la reclamación, la ignorancia o desinformación, así como a las trabas para su tramitación y/o al temor de represalias. Debe llevarse a cabo un cambio de actitud con respecto a las reclamaciones por parte de la institución y de todos sus trabajadores para conseguir una eficiente utilización de esta forma de contribución del usuario a la EMC.
- *Buzón de sugerencias.* En general vacío por su inoperancia.
- *Reclamaciones judiciales.* Con tendencia al aumento a pesar de las grandes dificultades para la tramitación de las mismas, no debería considerarse un elemento de mejora de calidad, ya que suele ser un procedimiento traumático, tanto para los ciudadanos y ciudadanas como para el personal sanitario, sin embargo es un derecho de ciudadanía que influye en la actividad profesional de los trabajadores sanitarios, debido al temor que tienen a cometer errores que les comprometan en un procedimiento judicial.
- *Testamento vital.* Documento de reciente introducción en donde el ciudadano y ciudadana ya expresa sus últimas voluntades sobre la atención sanitaria que desea recibir en caso de no tener plena conciencia para ello.
- *El cambio de proveedor:* Según quienes defienden este modelo como EMC el/la usuario/a iría

a quien o quienes le ofrecieran mejor calidad o mejor relación calidad/coste, contribuyendo así a que las instituciones y profesionales se esforzaran en no perder ‘clientes’ aumentando su calidad y su eficiencia. A pesar de su lógica aparente, no parece haber estudios concluyentes sobre la efectividad real de esta manera de contribuir a la eficiencia y calidad de los servicios de salud. Es aún una discusión abierta. No hay duda que la libre elección debe ser un derecho del ciudadano y ciudadana que hay que desarrollar, sin embargo el sistema sanitario tiene la obligación de ofertar un sistema de “calidad total”, en la que todos los “proveedores” compartan unos indicadores de calidad similares y lo más elevados posibles, subsanando las causas originarias de déficit de calidad en cualquiera de los proveedores, y no defendiendo un sistema en el que las diferencias en la calidad de los servicios ofertados por los proveedores sólo beneficia a quien, por distintos niveles culturales y de información, conoce los parámetros de calidad de los proveedores.

- *Asociaciones de consumidores y usuarios.* Sin embargo apenas han trascendido en nuestro país. En teoría es un campo más rico y que se debiera desarrollar más.
- *Grupos de ayuda mutua.* Señalados en otro apartado.
- *Donación de sangre y de órganos.*
- *Elección libre en las elecciones* a los parlamentos del Estado de opciones políticas que defiendan un sistema de salud que responda adecuadamente a las necesidades de salud de la población.

Iniciativas compartidas entre comunidad y administración sanitaria

Es una relación ideal en la que usuarios, profesionales sanitarios y administración sanitaria, pueden compartir, en un mismo nivel, diversos instrumentos con el fin último y común de mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Resaltaremos algunos de los instrumentos susceptibles de ser desarrollados en este nivel:

- *Consejos de Salud y comisiones de participación:* son en teoría el ámbito ideal para la participación también en las actividades de EMC especialmente en su vertiente de enfoque interno, comprometido. Además los consejos de salud pueden ser imprescindibles en un futuro para poner en marcha y mejorar las actividades de promoción de la salud. Sin embargo, su implantación efectiva y funcionamiento rutinario parecen ser aún en grandísima parte un reto metodológico, sujeto a diversos y encontrados puntos de vista.
- *Trabajos de investigación.* Existen sólo incipientes y aislados estudios de estas características pero que son una esperanza en la pronunciación del tema. Para que sean considerado útiles para EMC, deben buscar la puesta en marcha de iniciativas de mejora. Es un elemento que puede ser utilizado por ciudadanos/as, asociaciones, profesionales sanitarios y gestores. Las dimensiones de los estudios suelen ser múltiples y diversas pero pueden quedar englobadas en las siguientes:
 - Conducta del médico y del resto de los profesionales.
 - Disponibilidad y facilidad de la atención. Amenidades.
 - Continuidad.
 - Accesibilidad económica.
 - Capacidad de resolución de problemas.
- *Grupos de seguimiento del cumplimiento de la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos y ciudadanas.* Inexistentes.

Iniciativas de mejora de calidad promovidas por los servicios sanitarios.

La participación es activa por parte de los usuarios sin embargo la propuesta de la actividad tiene su origen en el servicio sanitario. Este tipo de participación se suele catalogar como participación requerida. Hay mucho más camino recorrido en relación a la participación requerida, y es actualmente incuestionable su importancia para los programas de EMC. Más aún se tiende a considerarla imprescindible.

El sistema de salud, a cualquiera de sus niveles, puede incorporar a sus actividades de EMC la evaluación que hace el usuario de los servicios que se le ofrecen preguntándole. Esta es la idea

simple y básica. Sin embargo su práctica correcta y eficiente, precisa de una serie de consideraciones metodológicas, relacionadas con las características de lo que se pregunta y su utilización prevista para la EMC.

Una primera distinción debe establecerse entre aquellas preguntas que exploran percepciones subjetivas. Entre estas actuaciones se encuentran las encuestas de satisfacción, opinión y expectativas del usuario (todas ellas englobables de manera genérica como encuestas de opinión) y las menos frecuentemente empleadas técnicas de investigación cualitativa, como los grupos focales, útiles tanto para detectar déficits sentidos por el usuario como para averiguar sus expectativas del servicio que recibe. En la siguiente exposición encontramos la descripción de un buen número de este tipo de iniciativas.

- *Encuestas de satisfacción.* Las encuestas de satisfacción parecen un componente obvio de los programas de EMC, y por tanto se han venido proponiendo varios modelos y escalas para su uso rutinario. La medición debe servir para diseñar intervenciones que mejoren, si ello es posible, la situación de partida. Estos dos condicionantes - la validez y la utilidad de la medición- no siempre se respetan en los diseños y explotación de las encuestas de satisfacción, que pueden convertirse con facilidad en ejercicios vacíos, inútiles y científicamente esperpénticos. Para ser útil, una encuesta de satisfacción debe indagar además del grado de satisfacción o insatisfacción, en las causas con que se relaciona. De otro modo, no sabríamos qué hacer para mejorar y no podríamos descartar los factores de confusión que ya se sabe que influyen en los niveles de satisfacción, y que en cambio no tienen nada que ver con que el servicio evaluado sea mejor o peor.

La forma más desviada de encuesta de satisfacción, es aquella que se realiza a la población en general, haya utilizado o no recientemente los servicios que se le pide valorar. Estas encuestas no miden la satisfacción con un servicio, sino una especie de estado de opinión pública, determinado por razones ajenas a la calidad real del servicio prestado. Las encuestas de satisfacción, razonablemente diseñadas, tienen su máxima aplicabilidad en su sitio rutinario como parte de los programas de EMC interno de las instituciones sanitarias. Muchas usuarios recordarán este tipo de encuestas si alguna vez han realizado una encuesta post-hospitalización. La lista de ejemplos sería larga, citaremos la realizada por el Defensor del Pueblo sobre los servicios de urgencias, la Encuesta Blenon encargada por la Comisión de Evaluación del Sistema Sanitario (Abril Martorell), la realizada por el Ministerio de Sanidad para evaluar la satisfacción de la población respecto al funcionamiento de la atención primaria, en la que se aprecia una mejora significativa con la implantación del nuevo modelo de EAP.

- *Los estudios de expectativas.* La idea es congruente con la definición genérica de lo que es calidad en la industria (producir o dar un servicio que cumpla con las expectativas del cliente a quien va dirigido, es decir, que sirva para lo que se supone debe servir) con ello se quiere complacer a los usuarios ofertando un servicio que les mantenga fieles y satisfechos con el mismo. Las expectativas pueden explorarse con técnicas cualitativas (por ejemplo grupos focales) y con cuestionarios específicos o unido a los de satisfacción. En su interpretación tienen los mismos problemas de ajuste que la satisfacción.

La mala interpretación de estos estudios lleva asociado un peligro, el de olvidar o no prestar suficiente atención a otras expectativas, no siempre explícitas por el usuario. Sin embargo hay otros dos tipos de expectativas, que son las que podíamos llamar de calidad esperada. La esperada es todo lo que se da por supuesto y que en los servicios de salud se refiere casi exclusivamente a características científico-técnicas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos correctos y sin complicaciones). Su presencia se considera normal y su ausencia, si se percibe, produce insatisfacción. Las expectativas y calidad inesperadas se refieren a atenciones, detalles de trato, consideración, rapidez etc. La calidad inesperada, si aparece, maravilla al usuario, lo sobre satisface.

La conclusión es que los tres tipos de expectativas deben tenerse en cuenta, y que es fácil sesgar las apreciaciones hacia una de ellas (la expresada) en peligroso detrimento de la esperada, y que si lo que preocupa de forma prioritaria es la calidad aparente y la satisfac-

ción del usuario, merecería la pena investigar o mentar la calidad inesperada.

- *El informe de los usuarios.* Es probablemente el método de evaluación requerida al usuario más recientemente incorporado a los programas de EMC. El informe de usuario consiste esencialmente en indagar determinados aspectos objetivos considerados relevantes, en relación a procesos asistenciales en los que haya participado el usuario encuestado, con la idea de construir indicadores que sirvan para monitorizar la calidad de la atención prestada. Esta monitorización evidencia áreas o aspectos que deben ser evaluados o modificados para mejorar la asistencia que se presta. La objetividad buscada en el informe y el estar referido a experiencias y situaciones concretas vividas por los usuarios, lo hacen de una utilidad más directa y evidente en las EMC que las encuestas de opinión y satisfacción. Por ejemplo los informes suelen intentar conocer la frecuencia e intensidad de acciones y resultados indeseables, sea por comisión o por omisión.

Como puede verse, la gama de opciones a través de las cuales puede el usuario contribuir a elevar la calidad de los servicios sanitarios es importante y metodológicamente diversa. Lo que sí es siempre conveniente, sea cual sea la opción elegida, es procurar aplicarla con un adecuado rigor metodológico. De otra manera puede resultar un desilusionante despilfarro de recursos y energía.

- *Entrevistas estructuradas a informadores claves y líderes de opinión en la comunidad.*
- *Grupos comunitarios de discusión* con participación de pacientes, minusválidos y voluntarios, de mujeres, que permita identificar problemas determinados y analizar los factores causantes y sus posibles soluciones. Aunque la iniciativa surge generalmente del servicio sanitario, y se podría identificar con los estudios de expectativas, sin embargo la filosofía de esta iniciativa no se origina en las definiciones clásicas de calidad industrial (tal como ocurre en los estudios de expectativas), y tiene raíces más próximas a las iniciativas compartidas.
- *Registro de incidencias.* Utilizado experimentalmente en algunos servicios dentro del programa de garantía de calidad.
- *Observación externa* a través de medios directos o audiovisuales. Dentro de programas docentes y de investigación.
- *Unidades de Atención al paciente en los Servicios Sanitarios.* Existen desde 1984 en todas las instituciones hospitalarias del Insalud un plan de Humanización de la Asistencia que incluye aspectos novedosos como la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, la creación de unidades de atención al paciente y las comisiones de humanización, mejoras en la información y una encuesta post-hospitalización. La efectividad de este plan ha sido aceptable aunque existen insuficiencias marcadas y ciertas resistencias a controles y cambios de las instituciones y de los sectores profesionales, y por otra por la escasa participación directa tanto de ciudadanía como de las organizaciones que los representan.
- *Evaluación de programas.* Muy incipiente y centrada en el proceso y no en los resultados.
- *Programa Mostrador en Atención Primaria.* Desarrollado con el objetivo de mejorar la accesibilidad de la población a los servicios y la tramitación de documentación que detecta y soluciona algunos problemas existentes.

Participación de agentes de salud comunitarios

Son personas integrantes de la comunidad que, por sus intereses, nivel de inquietudes, actividad desarrollada en su medio social, o por captación del personal sanitario, reciben formación para realizar tareas de promoción de salud con sus vecinos y conciudadanos, de manera voluntaria, no remunerada y sin vinculación administrativa con el centro de salud local.

Generalmente, se trata de personas que participan en alguna actividad de promoción y/o educación para la salud, a través de la cual son “captadas” como posibles agentes de salud. El proceso de motivación y preparación es clave en este aspecto.

La utilización de agentes de salud de la misma comunidad se basa, principalmente, en el hecho comprobado de que una persona del mismo medio social (grupo colectivo, vecindario, etc.) tiene una gran efectividad en la modificación de actitudes y comportamientos hacia hábitos y estilos de vida más saludables.

Esta Guía y las Escuelas Comunitarias de promoción de salud son ejemplos relevantes de este instrumento de participación.

Los grupos de autoayuda

Sin duda constituyen una de las formas más antiguas, históricamente hablando, de participación comunitaria en salud, y son el resultado de “procesos de concienciación individuales que llevaron a actividades de autoayuda”. Posteriormente, estos cristalizaron en grupos organizados con acciones de tipo sanitario.

Conviene diferenciar, sin embargo, la autoayuda del autocuidado: éste último es anterior –incluso a la atención médica– y se refiere a actividades o actuaciones sanitarias no organizadas, relativamente espontáneas, que se han hecho siempre (remedios caseros por ejemplo). La autoayuda, por su parte se refiere a grupos que se han organizado con objetivos explícitamente sanitarios, que son de un tamaño reducido, los miembros participan voluntariamente, y su objetivo suele ser la ayuda mutua.

Las organizaciones voluntarias que trabajan en el campo de la salud

A diferencia de los grupos de autoayuda, en este tipo de organizaciones, que no tienen por qué ser reducidas, pueden existir, otros objetivos además de los sanitarios. Se trata de organizaciones no lucrativas que se constituyen con fines sociales de diversa índole y pueden colaborar, proponer, organizar, etc., actuaciones en el campo de la salud comunitaria. Existen numerosos ejemplos: asociaciones de vecinos, de madres y padres de alumnos y alumnas, organizaciones no gubernamentales de desarrollo, etc.

Algunas lecturas:

- Aguilar Idáñez, M^aJ.: La participación Comunitaria en salud: ¿ mito o realidad? Madrid. Ed Díaz de Santos. 2001
- Agudelo, Carlos.: "Participación Comunitaria en Salud: Conceptos y criterios de valoración". Boletín Oficial Sanit. Panam. 95 (3). 1983.
- Astorga, A y Van der Bijl: Manual de diagnóstico participativo. Humanitas-Cedepo. Buenos Aires 1991.
- Bagdley, R.F.: Salud Pública: tendencias y desafíos. En La crisis de la salud pública. OPS. Publicación científica, 540 Washington DC 1992
- BOE: Constitución Española de 1978. Biblioteca el Sol. Madrid 1991.
- Corbella, A. Maturana, S : Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. Rev Calidad asistencial 2000;15: 357-362.
- De la Revilla, L., Galvez, M. y Delgado, A.: "El Consejo de Salud del barrio de la Cartuja (Granada): "Una experiencia de Participación Comunitaria". Atención Primaria, Vol. 2. n° 2. Pág. 63 - 67. 1985.
- ECCA. Participación y reforma sanitaria. Servicio Canario de Salud. Las Palmas 1999.
- Echauri Ozcoidi, M; Pérez Jarauta, M^aJ Estilos de vida. Promoción de salud. Acciones colectivas y comunitarias. Ed Gobierno de Navarra 2001
- FADSP: Promoción de la Salud. ¿Sueño o alternativa? colección Sanidad Pública. Ed Fadsp Madrid. 1992.
- Irigoyen, J.: "La participación Comunitaria en Salud: una reformulación necesaria, Cap. 7, Págs. 183 - 222 del Libro "Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud. Díaz de Santos. Madrid, 1994.
- López de Cevallos, : Un método para la investigación-acción participativa. Ed. Popular. SA Madrid 1990.
- Luft, J: Introducción a la dinámica de grupos. Ed Herder. Barcelona, 1996.
- Marchioni, Marco: Salud, Comunidad e Intervención comunitaria. Capítulo 27 Enciclopedia profesional Enfermería Comunitaria. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid 1998.
- Marchioni, M. Planificación social y organización de la comunidad. Edit. Popular. Madrid 1989
- Ministerio Sanidad y Consumo : Salud 21- Salud para todos en el siglo XX!. Madrid 1998
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Ley General de Sanidad. Ed Centro Publicaciones. Madrid 1995.
- Nuthbeam, D: Glosario de promoción de salud. OMS. Copenhague, 1986
- OMS; Promoción de la salud, conceptos y principios. En papeles de Gestión Sanitaria n° 11 1988; 34-81.
- OMS: Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra 1981.
- Pacap: Programa de actividades comunitarias en atención Primaria de la semFYC. 1997.
- Ramos, E., Sanchez, A., y Maset, P.: "Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud. I: "Problemas históricos". II Alternativas, críticas y emancipatorias. Atención Primaria. Vol. 9, n° 6 y 7. Pág. 398 - 400 y 334 - 336. 1992.
- Ramos, E., Sanchez, A., y Maset, P: Participación comunitaria en salud. En Enfermería Comunitaria de Sánchez Moreno, A. y col : Cap 5 edit. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid 2000.
- Rifkin, S.F.: "Primary health care: on measuring participation. Social Science and Medicine, 26 (9):931-40 (1988).
- Rifkin, S.B., Y SHRESTHA.: Towards the measurement of community participation. World Health Forum. Vol. 10, n° 3/4 (1989) 467-472.
- Sánchez, A, Ramos, E y Maset : La actitud participativa en salud: Entre teoría y la práctica. Ed Universidad de Murcia. 1994.
- Sánchez Alonso, M: La participación. Metodología y práctica. Ed Popular. Madrid 1991.
- Sánchez Alonso, M :Niveles de participación o la participación como proceso. Ed Popular.

Madrid 1996.

Saturno Hernández, PJ: Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev.Esp.Salud Pública vol69, pags 163-175. Madrid. 1995

Serrano González. M^a. ISABEL.: "Educación para la Salud y Participación Comunitaria". Libro. Díaz de Santos. Madrid, 1990.

Siles Roman, D.: Nuevas perspectivas en participación comunitaria: Dar poder al paciente. Rev Atención Primaria, Vol 9, nº 3 Marzo 1993.

Turabian, JL,: Apuntes esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en la salud. Ed Díaz de Santos. Madrid 1992.

Turabian, JL; Perez Franco, B: Actividades comunitarias en Medicina Familia y Atención Primaria. Madrid. Ed Díaz de Santos, 2001.

Turabian, JL; Perez Franco Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario. Rev Atención Primaria, vol 21, nº 5 Diciembre 1992

Uriarte, Ángela; Ruiz-Giménez, JL : Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El Ejemplo del Centro de Salud Vicente Soldevilla. Atención Primaria, vol 11, 5, 253-257. Marzo 1993.

Vargas, L Bustillos, G y Marfán, M: Técnicas participativas para la educación popular. Ed Popular S.A Madrid 1993

Vuori, H : La participación comunitaria en atención Primaria : un medio o una finalidad en si misma". Atención Primaria. 1992, Vol. 10, no 9 Pág. 1036-1048.

Vuori, H; Saturno Hernández, P: El control de calidad en los servicios sanitarios. Ed Masson, Barcelona. 1991

8.2. Diseñando el programa

8.2.1. Objetivos y contenidos

Objetivo General:

Ser capaces de comprender lo que es y lo que debe ser la participación comunitaria (PC), su utilidad para el desarrollo de la salud, desarrollar habilidades para promocionarla y propiciar actitudes participativas y solidarias.

Contenidos:

Hechos, conceptos y principios:

- Contribuir a conceptualizar o definir la participación comunitaria.
- Identificar las bases que justifican la participación.
- Conocer la legislación básica española y de las comunidades autónomas sobre PC.
- Conocer las bases de la metodología de intervención comunitaria.
- Identificar red de instrumentos posibles de participación comunitaria en nuestro país.
- Conocer lo que es, cómo, para qué y quiénes evalúan la calidad de los servicios.
- Conocer las características de los métodos de participación del ciudadano en la evaluación y mejora de calidad de los servicios.

Actitudes, valores y normas:

- Promover la actitud participativa y responsable en la salud.
- Valoración crítica de los instrumentos de participación.
- Contribuir a la valoración positiva de la solidaridad y del trabajo comunitario.
- Propiciar actitud activa hacia la evaluación: desde la reflexión crítica y constructiva.
- Delimitar los criterios de calidad para evaluar la participación.
- Favorecer la asertividad en la defensa de las opiniones y expectativas acerca de la atención que deseas y recibes.
- Estimular la confianza en la utilización de los métodos de mejora de calidad de los servicios.

Procedimientos:

- Cómo mejorar y desarrollar el funcionamiento de los consejos de salud.
- Adquirir instrumentos para conocer la comunidad y sus problemas.
- Facilitar la utilización de los métodos de participación en la mejora de calidad: informe de usuarios, reclamaciones, encuestas.
- Aprender a analizar los criterios de calidad de la PC en los instrumentos utilizados.
- Reflexionar sobre los aspectos positivos y las dificultades y problemas de la PC.
- Análisis de dificultades y aspectos positivos de la libre elección de proveedores en el sistema público de salud.
- Aprender a dinamizar los procesos de participación.

8.2.2. Menú de actividades

BASES DE LA PARTICIPACIÓN Objetivos: Contribuir a expresar sus experiencias y conocimientos sobre lo que es la participación y la actividad comunitaria en salud y profundizar sobre las características y objetivos de la misma. Actividad 1: Las bases de la participación
LA COMUNIDAD Objetivo: Contribuir a conocer a la comunidad, identificar sus problemas, necesidades y recursos. Actividad 2: La comunidad
EL MÉTODO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Objetivo: Que los y las participantes identifiquen las fases de la intervención comunitaria a través de experiencias propias o aportadas, y adquieran habilidades para propiciarla. Actividad 3: Cómo participar
LOS CONSEJOS DE SALUD Objetivo: Contribuir a profundizar sobre los consejos de salud y la forma de hacerlos más útiles y participativos, Actividad 4: Los Consejos de Salud
PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD Objetivo: Contribuir a identificar los componentes de la calidad de los servicios sanitarios, promover la actitud constructiva y crítica y propiciar habilidades para la forma de participar. Actividad 5: La ciudadanía y la calidad de los servicios sanitarios

Proceso de secuenciación de actividades

Para facilitar el aprendizaje más eficaz de cualquiera de los objetivos y contenidos (temas) a trabajar parece más útil posibilitar un proceso de secuenciación de las actividades con las siguientes fases:

Investigando su realidad ————— Consciencia de su realidad
Profundizando en el tema ————— Reelaboración de su realidad
Abordando la situación ————— Acción sobre su realidad

Actividades	Investigando su realidad	Profundizando en el tema	Abordando la situación
Actividad 1	Material 1 A; 1B; 1C	Material 1D; 1E; 1F; 1G(1-5) 1I	Material 1H; 1I
Actividad 2	Material 2 A; 2C	Material 2B; 2D; 2E	Material 2F; 2G
Actividad 3	Material 3 A;	Material 3A; 3B; 3C; 3C bis; 3D; 3E	Material 3E; 3F; 3G
Actividad 4	Material 4 A; 4D	Material 4B; 4C; 4D; 4E; 4F; 4G; 4H; 4J	Material 4G; 4H; 4I; 4J; 4K; 4L
Actividad 5	Material 5 A; 5B	Material 5B; 5C; 5D; 5E; 5Ebis	Material 5F; 5Fbis; 5G; 5H; 5I; 5J; 5K

Actividad 1: Las bases de la participación

Se pretende contribuir a expresar sus experiencias y conocimientos sobre lo que es la participación y la actividad comunitaria en salud y profundizar sobre las características y objetivos de la misma.

Este tema puede trabajarse desde distintas perspectivas y diferentes técnicas educativas, entre ellas:

Vivir la participación. Se pide que los y las participantes reflexionen sobre:

- Lo que es la participación, utilizando la tormenta de ideas mediante el Material 1A en el grupo grande para posteriormente en trabajo grupal expresen la experiencia y vivencia que han tenido al participar en algo (Material 1B) y/o la profundidad de la participación mediante el análisis de las experiencias del Material 1C haciendo ver en la puesta en común la diversidad, riqueza y la diferencia de calidad de la participación en las mismas.
- Análisis de texto (Material 1D). Este material se debe trabajar en grupos y contestar a las preguntas de reflexión, para luego hacer una puesta en común remarcando a la participación como un elemento de satisfacción cuando somos conscientes de él, un elemento de opresión cuando se nos impide su ejercicio (la posibilidad de participación la valoramos quizás más cuando la perdemos). Debemos descubrir con el caso planteado, que no tiene sentido vivir de espaldas a la participación.

Definición: Qué dicen los textos. La lectura individual o colectiva de la definición de la OMS, y obtener una valoración en grupos pequeños, de lo que a cada uno le sugiere la definición, finalizando con una puesta en común siguiendo el Material 1E. Interesa remarcar los aspectos claves de la definición.

Justificación de la participación. La lectura del Material 1F es un caso en el que se analiza la justificación de la participación, niveles en los que se participa, de qué instrumentos disponemos y cómo los utilizamos, paralelismo entre la situación histórica del concejo y el momento actual. Análisis de la participación como derecho democrático y hecho histórico. Todos los componentes de la comunidad son proveedores y beneficiarios de los servicios, lo que hace que exista un enriquecimiento mutuo, cada uno tiene un papel que es respetado por el resto. Lo cual fomenta la cohesión social y evita la marginación de individuos.

Objetivos de la participación comunitaria. Partiendo de los objetivos definidos centrando el tema se propone trabajar mediante el análisis de casos concretos para cada uno de los objetivos del Material 1G. Se propone el identificar algunos ejemplos de los distintos objetivos y comentarlos primero en grupos pequeños y posteriormente en grupo grande. Remarcar la riqueza de experiencias que ya existen.

La participación ante algún problema de salud. Mediante el análisis de casos se buscará un reflexión colectiva, sobre la necesidad de buscar soluciones participativas a algunos problemas de salud y análisis de la participación como necesidad técnica (Material 1H).

La participación como derecho democrático. Trataremos de familiarizarnos con los artículos de la Constitución Española, la Ley General de Sanidad, orientaciones de la OMS, que regulan la participación en nuestro medio. Se pueden utilizar como materiales para su distribución, lectura colectiva y análisis, las tablas de centrando el tema y el Material 1I de legislación. Se trabajará con una lección participada. Posteriormente se propicia un foro de discusión entre un grupo que defiende como suficiente el desarrollo de la actual legislación, y otro grupo que realiza una análisis crítico, en el que plantea la puesta en práctica, excesivamente pobre, de la legislación existente.

Es importante dar a conocer el artículo 10 y 11 de la L.G.S. sobre los derechos y deberes de la ciudadanía, facilitando el debate en torno al tema.

Material 1A

¿Qué es participar?

- ¿Qué es participar?

- Concepto de participación comunitaria

- ¿En qué has participado?

Material 1B

Vivencias en participación comunitaria

Comenta tus experiencias y vivencias en las actividades de participación que has intervenido.

- Aspectos positivos
- Dificultades
- En relación conmigo mismo.
- En relación con el grupo.

Material 1C

Valoración de experiencias de participación.

- Consejo de salud de un barrio.
- Acudir para todo a la consulta del médico o enfermera.
- Cuidar a una persona mayor dependiente.
- Colaborar en el programa de salud bucodental.
- Anuncio de prevención de accidentes de tráfico de la campaña del Ministerio de Sanidad.
- Hacer una reclamación por retraso en la atención.
- Acudir a la asamblea de la asociación de vecinos para escuchar.
- Charla de educación para la salud sobre HTA.
- Taller interactivo de cómo cuidarse la diabetes o evitar riesgos cardiovasculares.
- Teléfono de información para la prevención de la teratogénesis o centro nacional de intoxicaciones.
- Constituir un grupo de ayuda mutua.
- Tomar un analgésico en caso de dolor de cabeza y autocuidarse.
- Donar sangre.
- Contestar una encuesta de satisfacción sobre el sistema sanitario.
- Recibir un folleto o revista de información sobre temas de salud.

Preguntas:

- De cada una de ellas valorar si es o no participación y por qué?
- Nivel o calidad de la participación.

Material 1D

Las Catedrales

Un sabio, preguntaba en la obra de una catedral, las razones que tenían los trabajadores para realizar ese trabajo, lo que quería saber, verdaderamente era la satisfacción que sentían al realizar su tarea, y ver si existía alguna relación entre, su felicidad y la forma de afrontar el trabajo, comenzó a realizar las siguientes preguntas:

- Usted, ¿por qué trabaja picando piedra?
- Contestó: – De esto es de lo que como, duermo y vivo.

A un segundo obrero se le preguntó:

- ¿Por qué trabaja usted colocando sillares de Piedra?
- Dijo- De esto es de lo que como, vivo y mantengo a mi familia.

A un tercer picapedrero se le preguntó:

- ¿Por qué trabaja usted?
- Yo –afirmó el hombre- como, duermo y vivo por este trabajo, con este trabajo mantengo a mi familia; y además –añadió el obrero- construyo catedrales que sobrevivirán a mi propia existencia.

Sin lugar a dudas el más feliz era el tercero, ya que era el que más valoraba la trascendencia de su trabajo. No todo el mundo construye una catedral, pero todos participamos de la construcción de una “gran catedral” que es la construcción social, la construcción de un sistema de salud, de educación, de agua potable, de suministro de alimentos, nadie es imprescindible en este mundo, pero todos somos importantes, especialmente cuando tenemos sensibilidad a los problemas sociales y tenemos inquietudes por participar en su resolución.

Preguntas de reflexión:

- ¿Crees que la sociedad actual se orienta a resolver los problemas de los individuos, o a defender intereses de grupos específicos?
- ¿Crees que el defender intereses de grupos específicos contribuye a resolver los problemas individuales?
- ¿Crees que las motivaciones actuales de las personas tienen más relación con cubrir sus ambiciones personales, o en resolver los problemas de la sociedad?
- ¿Crees que la aportación de cada una de las personas de la comunidad es importante para desarrollar la gran obra, que en este caso es la “Salud Comunitaria”?
- Recuerda ejemplos históricos en los que la restricción de la participación ha sido considerada como una gran carga para las personas, por la limitación de su libertad personal?.

Material 1E

Algunas definiciones.

“...Participación Comunitaria (PC) es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”.

Naciones Unidas. 1981.

Participación comunitaria en salud (PCS) es “El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo”.

Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978.

Vamos a reflexionar en torno a la definición que la OMS y Naciones Unidas ofrecen de participación comunitaria.

Identificar los componentes de la definición.

Qué consideras más relevante para ti.

Relaciona tus experiencias en participación con la definición.

Material 1F

Desde un Concejo de Castilla

LAS ESTRUCTURAS SOCIALES BÁSICAS.— Familia

La sociedad tradicional castellana está compuesta por familias, propietarias de modestos patrimonios agro-pecuarios, que ellas mismas explotan en régimen de empresa familiar, total o predominante autónoma. Sus explotaciones son frecuentemente de pequeño tamaño.

Ambos cónyuges son propietarios de una parte de los bienes y medios de producción de la empresa familiar, aportados al contraer matrimonio, y beneficiarios de su producto, lo cual les confiere una posición de igualdad básica entre ellos, y de superior jerarquía respecto a los hijos. Estos son herederos potenciales, a partes iguales, del patrimonio familiar.

El trabajo es compartido por todos los miembros de la familia; y la división social del mismo no se regula por criterios de jerarquía, autoridad o privilegio, sino en función de la necesidad general y de la capacidad de cada uno de los miembros. Padres e hijos cooperan en todas las tareas necesarias al desarrollo de la empresa familiar, aportando cada uno sus conocimientos, destreza o fuerza física.

“Posiciones y papel de cada uno de los miembros de la familia”.

El padre es copropietario de la empresa y su gerente, correspondiéndole las más importantes decisiones y un dominio amplio respecto al comportamiento de la esposa e hijos, hasta que estos se independizan económicamente.

La madre, aún siendo también titular de una parte de los medios de producción, suele delegar el poder que de ello pudiera derivarse en el marido. Es en la dirección de los asuntos domésticos, en los que se incluyen frecuentemente cuestiones económicas de importancia, donde la mujer tiene un papel predominante.

Los hijos. Les corresponde el papel de trabajadores y empleados responsables, que perdura hasta el momento en que se constituye en empresa familiar independiente. Cuando esto tiene lugar en vida de los padres, la relación se invierte, quedando los padres en situación de dependencia, que implica subordinación a los hijos.

La comunidad local: el Concejo. La segunda estructura social básica a considerar es la correspondiente a la comunidad local.

La comunidad local castellana se configura por la agregación de un determinado número de familias-empresa, autónomas y libres, formalmente iguales y materialmente parejas.

La familia campesina autónoma vive, pues, en estas pequeñas comunidades locales en las que la mayor parte de las familias tienen una misma actividad y género de vida, así como una posición social próxima, aunque no idéntica.

Como estas comunidades locales eran, asimismo, grandemente autónomas, la comunicación y el conocimiento dentro de ellas era muy intenso y general, de lo que resultaba un fuerte control social intracomunitario.

El Concejo se organiza como una democracia que presta una extraordinaria atención a los servicios públicos, que se proveen por sorteo o designación por turno, o bien por subasta pública y financiación por medio de repartos vecinales; y asimismo, por iguala comunal, para pagar ciertos servicios (cabrero, muletero...) y prestación personal: las «hacenderas» para arreglar caminos u otras obras públicas de ámbito general.

La Comunidad de Villa o Ciudad y Tierra

Históricamente, ha existido en Castilla otra estructura social, entre el municipio y la provincia actual: es la agrupación de pueblos o concejos, institucionalizada bajo fórmulas como la Merindad o la Comunidad de Villa o Ciudad y Tierra, que llegaron a ser una especie de comarcas-estado, con una densa red de relaciones económicas y político-administrativas.

La Comunidad posee en común, más o menos una importante extensión de tierra; se autogobierna mediante órganos colegiados en los que están representados los propios Concejos y que tienen capacidad para acordar ordenanzas generales y especiales, para el gobierno de la misma.

La Villa o Ciudad cabeza de la Comunidad se configura como centro de mercados y ferias, servicios, administración y defensa.

No vamos a analizar ahora, las diversas causas que llevaron a la descomposición de estas Comunidades. Ahora queremos resaltar que no es ajeno a esta desintegración el hecho de que, a pesar de la estructura democrática de la Comunidad, la posición central y jerárquica de la villa o ciudad-cabeza ha propiciado la aparición de posiciones de privilegio y la presencia igualmente de oligarquías, contrarias a los principios de la sociedad castellana, causa que habrá que añadir a las expuestas en la parte histórica, que eran, fundamentalmente, externas.

1. En estas comunidades ¿existe un proveedor de servicios centralizado tal y como ahora entendemos el estado?
2. Enumera los servicios que reciben los individuos que pertenecen a una familia.
3. Enumera los servicios que reciben las familias por pertenecer al concejo.
4. Enumera los servicios que reciben los concejos por integrarse en la Comunidad de Villa.

Material 1G

Objetivos de la participación

Objetivos:

1. Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de cuáles son las necesidades de salud más importantes.
2. Reforzar el papel de protagonista del ciudadano como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad.
3. Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria.
4. Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.
5. Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.

Se deben identificar para cada objetivo algunos ejemplos que se facilitan en los materiales adjuntos y poner algunas preguntas de reflexión. Se distribuyen y trabajan en grupos para luego hacer una puesta en común.

Material 1G-1 (para el objetivo 1)

¿Hacia dónde vamos?

Es bonito viajar en avión. Y emocionante. Uno piensa en los lugares y en las personas todavía extrañas que encontrará a su llegada.

Pensemos ahora en un vuelo un poco diferente, pero igual de emocionante. Nos encontramos en un avión con capacidad para 1.000 pasajeros, a punto de partir. Una azafata anuncia por megafonía que el vuelo durará 24 horas. Miramos a nuestro alrededor. No estamos acostumbrados a ver este tipo de gente. Empezamos a hablar con la gente y a hacer estadística.

Por nacionalidades, de los 1.000 pasajeros, 584 son asiáticos, 124 son africanos, 95 europeos, 84 latinoamericanos, 55 soviéticos, 52 norteamericanos, y 6 son australianos y neozelandeses.

En cuanto a su religión, 329 son cristianos, 178 son musulmanes, 167 dicen ser no religiosos, 132 son hindúes, 60 son budistas, 45 son ateos, 3 son judíos y 86 son de otras religiones.

También nos llama la atención la edad de la gente: 330 son niños y niñas, y sólo 60 tienen más de 65 años.

Preguntamos a la gente a qué se dedican profesionalmente: 5 son soldados, 7 son profesores, 3 son refugiados que están escapando de su país por una guerra o un desastre natural.

La azafata reparte periódicos y pregunta en qué idioma desean leerlo. Hay 165 personas que hablan mandarín, 86 inglés, 83 hindi, 64 español, 58 ruso y 37 árabe. Los otros hablan, por orden de cantidad, bengalí, portugués, indonesio, japonés, alemán, francés y otros doscientos idiomas. Será difícil que nos entendamos. Además, de los 670 adultos, la mitad contestan a la azafata que no se moleste, pues no saben ni leer ni escribir.

Ya estamos en pleno vuelo. Nos sorprende cómo sirven el desayuno. No por el servicio en sí, sino por la forma de distribuirlo. Hay 25 pasajeros que tienen 3 bandejas de desayuno cada uno. Y además son todos europeos o norteamericanos. Entre ellos se lo reparten o se lo roban. Alguno incluso se queda sin bandeja, otros comen hasta 4 ó 5 bandejas. Pero, en cambio, 55 personas sólo tienen medio café y medio cruasán. Aunque alguno se queda con el de los demás y se toma hasta 4 bandejas. Y 20 simplemente no tienen nada para desayunar.

Ha pasado ya una hora. Todavía nos causa más sorpresa cuando descubrimos que 10 pasajeros que creíamos dormidos, están... ¡muertos! Se oye a muchos recién nacidos llorar: 28 mujeres han dado a luz en el recinto de los servicios. Después de sólo una hora, ya somos 1.018 en el avión. Con un rápido cálculo, descubrimos que seremos 1.432 al final del vuelo.

Han pasado ya 6 horas. Llega la hora de comer. Sorprendentemente, vuelven a comer sobradamente los mismos del desayuno. Incluso un poco más proporcionalmente que en la primera comida.

Cuando llevamos 10 horas de vuelo, ya no lo podemos soportar más, y corremos a preguntar a la azafata, pues creemos que nosotros nada podemos hacer. Ella nos confirma que los 100 «dormidos» que hay ahora han fallecido realmente. Y nos explica las causas: 30 de hambre, 10 de cáncer y 10 son bebés que han muerto al nacer. Los otros 50 han muerto por otras enfermedades, por accidente o por muerte violenta.

Le preguntamos por qué no dan de comer a todos igual. Le proponemos que destinen parte del dinero que hemos pagado por los billetes a resolver los problemas que está habiendo. Nos contesta que ya se han gastado los 3 millones de pesetas de recaudación: 159.000 pesetas en educar a los pasajeros más jóvenes, 132.000 pesetas en sanidad, y 181.000 pesetas en armas, por si hay peleas violentas dentro del avión.

No podemos creerlo. Entramos en la cabina del piloto. Le bombardeamos a preguntas:

- ¿Cómo se ha llegado a esta situación?.
- ¿Quién es el responsable?.
- ¿Por qué existen tantas diferencias?.
- ¿Cómo puede morir tanta gente?.

- ¿Tenemos suficientes recursos en el avión para todos los pasajeros y los que van naciendo?.

Por cierto, ¿hacia dónde vamos?.

«Las consecuencias que este tipo de cuestiones entrañan para el bienestar humano son sencillamente estremecedoras; una vez que uno empieza a pensar en ellas es difícil pensar en cualquier otra cosa».

Robert E. Lucas

Material 1G-1

Estudio de necesidades de salud participativo (140)

Consuelo Reyes Ruiz. Centro de Salud del Albayzín. Granada.

Revista Comunidad nº4 de la RAC del PACAP.

La actividad comienza con la creación de un equipo de trabajo amplio, comunitario y siempre abierto al ingreso de posibles nuevos miembros para la investigación-acción-participativa, cuyos objetivos fundamentales son interesar y motivar a la comunidad en la solución de sus problemas colectivos y así promover la salud y el desarrollo social de dicha comunidad. Para ello se realiza una reunión mensual de todo el equipo, desde donde se organizan las acciones comunitarias que hay que emprender, se gestionan las acciones concretas por comisiones de trabajo y se van evaluando los resultados obtenidos por cada comisión. Se hace un registro sistemático de cada reunión de trabajo y de todas las acciones emprendidas por las distintas comisiones de trabajo. Tanto los objetivos específicos de cada fase de trabajo como los métodos empleados para lograrlo, se redefinen sistemáticamente en las reuniones mensuales. Los materiales que se utilizan para el desarrollo de la actividad son locales comunitarios para celebrar las reuniones, folletos, carteles, fotocopias, grabadora y cintas magnetofónicas para grabar algunas sesiones grupales ya celebradas.

- Palabras clave: diagnóstico de salud, acción intersectorial, asociaciones.

Material 1G-1

Comic “las abuelitas”



Reflexión y preguntas.

Aparecen dos abuelas charlando, una pregunta a la otra sobre un tema de relevante importancia y actualidad, pero Micaela parece preocuparse más porque le suban la bombona del butano. Se pretende valorar cómo nos las podemos ingeniar en una situación difícil de senectud, para conocer las preocupaciones de las abuelitas y a través de ese ejemplo extrapolarlo a otros problemas. Se realizarían preguntas abiertas y luego discusión:

- ¿Cuáles son las preocupaciones de cada abuelita?.
- ¿Cómo podemos enterarnos de sus inquietudes?.
- ¿Cuál te parece el problema más importante?.

Material 1G-2

“La enferma modelo”

Es un relato de una enferma crónica, que asume su tratamiento, que sabe utilizar recursos y es la protagonista del cuidado de su salud. A través de una serie de cuestiones se explica el siguiente objetivo de la participación.

Doña Juana es una enferma de parkinson, tiene un largo tratamiento que lleva correctamente gracias a un sistema de fichas que ella ha elaborado junto a la enfermera de su centro de salud, acude regularmente a las terapias de grupo, es una persona afable y muy animada y siempre está dispuesta a colaborar en actividades lúdicas y charlas para otros enfermos de parkinson. Todos están orgullosos de Juana y es un ejemplo.

¡Enhorabuena doña Juana!

Preguntas de reflexión:

- ¿Quién es el protagonista del relato? ¿Por qué crees que se la felicita?.
- ¿Qué servicios sociales utiliza? ¿Se te ocurren otros?.
- ¿Te parece que su comportamiento contribuye a mejorar su salud? ¿Por qué?.

Material 1G-2

“El aviso en la montaña”



Se trata de visualizar un chiste de Forges para reflejar la capacidad que tiene el individuo en la elección de un recurso. Se plantea un debate sobre el tema y se formulará una pregunta:

¿Crees que se utilizan los recursos de forma adecuada?

Material 1G-2 (para el objetivo 2)

Si pudiera cambiar el mundo

“Vivimos un momento crucial: por primera vez, el mundo dispone de recursos para que nadie muera de hambre”

Andrés Aberasturi.

Para la cuestión que se plantea, a uno se le ocurren demasiadas respuestas: si yo pudiera cambiar el mundo... Lo malo es que no puedo, y por lo tanto casi es mejor ahorrarse la serie de tópicos que lo son precisamente por su evidencia. Pero he dicho antes que lo malo es que no puedo y quizás, más que lo malo habría que decir lo indiferente.

Nadie puede cambiar el mundo, ni tan siquiera los más poderosos de la tierra podrían, individualmente, asumir esa tarea, porque el mundo no es otra cosa, en este sentido, que la voluntad de quienes lo habitan, la fuerza de todos y la responsabilidad de muchos. Pero puestos a soñar, no hace falta detenerse a pensar mucho ni acudir a un grupo de expertos, ni manejar más que un simple dato estadístico tan fácil de entender como dramático de explicar: si yo pudiera cambiar el mundo me limitaría a dar la vuelta a una realidad científicamente constatada: ahora el 20% de la población mundial detenta el 80% de la riqueza; basta con equilibrar estas dos cifras y el mundo habría cambiado de arriba abajo, de Norte a Sur pero sin hacer un Sur del Norte : sólo hay que conseguir que sea el 80% de la población mundial la que disponga del 80% de los recursos. Así de fácil.

Se me dirá que esto es una utopía sólo válida para una página tan utópica como ésta; es posible. Pero también era una utopía la abolición de la esclavitud, los derechos de la mujer o la jornada de 45 horas. La inmensa mayoría de las utopías del siglo pasado se han convertido en una realidad cotidiana, siempre por dos caminos: o por la convicción de la sociedad o por la fuerza de los más débiles.

Vivimos un momento crucial: por primera vez en la historia, el mundo dispone de recursos suficientes para que nadie muera de hambre, mientras que las distancias entre el llamado Norte y el llamado Sur se van haciendo cada vez más grandes. Los gobiernos lo saben y lo empiezan a saber los pueblos. O por las buenas o por las malas tendremos que repartir mejor la tarta.

Y la aclaración: si pudiera cambiar el mundo sería indiferente, por la sencilla razón de que no movería un dedo para cambiarlo. Con sus miserias y sus grandezas, la historia del hombre, que es una parte ínfima de la historia del mundo, la ha hecho el hombre desde su libertad pagando por sus errores y disfrutando de sus aciertos. No sería yo quien metiera mano, ni para hacer justicia, en esa libertad.

“La peor enfermedad que podemos contraer es la de la suspensión de las conciencias”

Manuel Rivas

Reflexión:

- ¿Qué os parece el texto?.
- ¿Qué aspectos os llaman más la atención?.

Material 1G para el objetivo 2

Agentes silenciosos de salud

¡Ni una lágrima, pues! Mis ojos –cuando están claros- saben, que aunque no vean, que en la negrura del mundo hay millones de almas creciendo en la noche, silenciosas y humildes, constructoras y ardientes. No gritan, pero aman. No son ilustres, pero están vivas. No salen en los periódicos, pero ellas sostienen el mundo. Hay en todo lo ancho del planeta millones de flores que nunca verá nadie, que crecerán y morirán sin haber “servido” para nada, pero que estarán orgullosas por el simple hecho de vivir y de haber sido hermosas. Porque, como dijo –hablando de las rosas- un poeta, qué importa morir, cuando se ha sido ¡y tanto!

José Luis Martín Descalzo

Rafa Martínez era nuestro entrenador personal, a la vez que atendía su tienda de ropa deportiva, animaba a los atletas a realizar deporte, tenía un grupo de amigos que compartían la afición e ilusión por el atletismo, por correr, nada sofisticado ni elitista, solo correr, compartir tardes de ejercicio físico y amistad entre los pinares y parques que rodeaban el barrio. Era un tesoro que había descubierto y que quería compartir con todo aquel que tuviese interés en ser más feliz mediante la práctica del ejercicio físico. Rafa invitaba a todo aquel que tenía afición en salir con ellos a hacer deporte.

Rafa, con unos profundos conocimientos de la biomecánica del pie, del calzado más correcto y más sano para cada tipo de deportista... siempre cuando aconsejaba la compra de un producto tenía en cuenta las necesidades individuales de cada persona, con una especial preocupación por su salud y por la prevención de lesiones. Rafa desaconsejaba cualquier tipo de producto dopante y apostaba por una vida sencilla y tranquila junto con una alimentación equilibrada y natural, como uno de los mejores ingredientes para tener un buen rendimiento deportivo y también en cualquier aspecto relacionado con la armonía personal.

Henry era el monitor de musculación de un gimnasio, no tenía en cuenta los aspectos específicos ni individuales de sus clientes, a todos mandaba los mismos ejercicios y recomendaba anabolizantes, anfetaminas..., que incluso el mismo distribuía a sus clientes..... En el centro de salud que había junto al gimnasio de Henry empezaron a detectar numerosos casos de lesiones, alteraciones endocrinas... incluso casos de extrañas muertes súbitas en personas jóvenes.

En el centro de salud que había junto a la tienda de Rafa, jamás llegaron a conocer el trabajo que anónimamente Rafa desarrollaba y que tantos beneficiarios tenía. Sin embargo hay algo que ahora que os estoy revelando este secreto, todos podéis conocer. En el centro de salud que hay junto a la tienda de Rafa nunca conocieron las lesiones deportivas, las alteraciones endocrinas ni las muertes súbitas... que si conocieron en el centro de salud vecino al gimnasio de Henry.

Material 1G para el objetivo 2

Análisis de una Entrevista clínica

Manolo, cada día eres más responsable y sensato, eso es bueno para tu salud

Manolo: Buenos días doctor.

Doctor: ¡Hola Manolo! ¿Qué te pasa?.

Manolo: Tengo una herida que no se me cura con nada desde hace un mes.

Doctor: ¡Vamos a ver esa herida! (El médico explora la herida). ¿Tienes alguna otra molestia?.

Manolo: Parece que últimamente tengo los pies y las manos “como más fríos”.

Doctor: ¿Algo más?

Manolo: Muchas veces, cuando ando rápido me noto en las piernas “como hormiguillo”.

Doctor: Aparte de esto, ¿notas algo más últimamente?.

Manolo: No, lo único esta herida, que parece que no va bien.

Doctor: Manolo, hace mucho que no te veíamos por aquí, ¿Te han hecho alguna revisión en tu trabajo últimamente?.

Manolo: No, nunca voy a las revisiones porque, cuando uno empieza de médicos... ¡no acaba!.

Doctor: ¿Comes de todo Manolo? ¿Haces algo de ejercicio?.

Manolo: ¡Uy, doctor! ¡Qué cosas me dice! A la vista está que como demasiado y no me muevo mucho (con trabajar 12 horas al día ya tengo bastante).

Doctor: ¿Alguna vez has tenido molestias por fumar, beber alcohol o consumir otras cosas?.

Manolo: ¡Hombre! ¡Alguna tosecilla por la mañana! Pero como todo el mundo.

Doctor: ¿Y qué piensas de tu herida? ¿Crees que si te cuidaras un poco más se te curaría mejor?.

Manolo: No, ¿qué tiene que ver una herida con que yo me cuide o deje de cuidar?.

Doctor: Hombre, hay cosas que sí influyen. Si tu te cuidas (mantienes el peso adecuado, no fumas, haces algo de ejercicio...) tendrías mejor la circulación y posiblemente las heridas se te curarían mejor.

Manolo: Pero doctor, ¿Qué tiene que ver el tabaco con las piernas? Que yo sepa, donde hace daño es a los pulmones.

Doctor: Pues tiene mucho que ver. El tabaco hace daño a la circulación en general, no sólo a los pulmones y cuando la circulación es mala, la sangre llega poco y en malas condiciones a los distintos sitios del cuerpo. Por eso las heridas se curan peor que en otras personas que no fumen y que, por tanto, tengan mejor circulación.

Manolo: O sea, que debería dejar de fumar.

Doctor: Exactamente. Si dejas de fumar te encontrarás mucho mejor de tus piernas y del resto del cuerpo.

Manolo: Entonces ¿no me receta nada?.

Doctor: Mira, vamos a hacer una cosa. Vamos a empezar a curarte la herida diariamente, en la consulta de la enfermera. Te voy a pedir un análisis general y vamos a ver si intentamos que empieces a cuidarte un poco más. Como te acabo de explicar, las costumbres sanas hacen que muchas de las enfermedades desaparezcan y eso, como ves, depende más de ti que de nosotros.

Manolo: De acuerdo doctor. Pero lo de dejar de fumar... ¡No sé yo! Tengo amigos que lo han intentado y no lo han conseguido.

Doctor: En esto como en todo puede más la voluntad que otras cosas. Si tú de verdad estas convencido de dejar el tabaco, si quieres puedes probar con un programa con el que trabajamos en nuestro centro.

Manolo: Bueno, entonces ¿usted cree que la herida se me podrá curar, aunque tenga mal aspecto?.

Doctor: Desde luego que sí. Pero tú puedes hacer mucho por ayudarte.

Manolo: Bueno pues, gracias por todo y hasta el próximo día.

Doctor: Hasta pronto Manolo. ¡Ánimo!.

Preguntas:

- ¿Parece real el caso?
- ¿Qué tipo de relación se mantiene entre Manolo y el doctor?
- ¿Qué posición mantiene el doctor y cuál Manolo?

Material 1G para el objetivo 3:

Servicio Integral de Atención a la Mujer desde los instrumentos de la Participación Comunitaria E.A.P. Alcalá de Guadaira. Vallecas. Madrid.

En nuestro centro de salud se han desarrollado actividades comunitarias orientadas a afrontar necesidades sentidas y no resueltas por la actividad asistencial habitual del sistema de salud. Los instrumentos utilizados han sido: la educación para la salud grupal, los grupos de ayuda mutua y el asociacionismo. Además distintos grupos y asociaciones del barrio participan en el Consejo de Salud “Puente de Vallecas”.

Educación para la salud a grupos:

Se han ofertado distintas actividades grupales: talleres de autoestima, talleres de relajación, educación sexual, entrenamiento y fortalecimiento de la memoria y educación grupal a la mujer en la menopausia.

“Relajación y educación grupal”. Adela Garrote y Teresa del Cojo.

Cada grupo, compuesto por 14 personas, se puso en marcha por el elevado número de pacientes que acuden a las consultas con problemas relacionados con el estrés y al alto índice de prescripción de fármacos ansiolíticos. Los objetivos propuestos son los siguientes: 1) la prevención de trastornos que dificultan la vida de relación intra e interpersonal de los pacientes; 2) el reconocimiento de la fuente de estrés, y 3) el aprendizaje de técnicas de relajación y el conocimiento de recursos alternativos, con el fin de aliviar los síntomas. Para ello, se lleva a cabo un taller que, con una periodicidad semanal, se desarrolla en cinco sesiones de hora y media de duración cada una y que es impartido por dos enfermeras. Las sesiones constan de una exposición teórica seguida de trabajo grupal. Con respecto a los contenidos de las mismas, se trabaja el área cognitiva, afectiva y de habilidades con el fin de modificar actitudes y hábitos. Las técnicas utilizadas incluyen: discusión, coloquio, respiración, relajación muscular progresiva, conocimiento del propio cuerpo, visualización y pensamientos irracionales. Con respecto a la evaluación, se administra una escala al finalizar el taller. Las responsables de la actividad señalan que la población ha respondido de manera entusiasta y que manifiestan la utilidad que tiene para la vida diaria. Hasta el momento se han realizado 10 grupos en los que han participado 140 personas. La evaluación muestra, entre otros, los siguientes resultados: disminución en el número de consultas y en el consumo de ansiolíticos, percepción por parte de los pacientes de una mejora en su calidad de vida, motivación para buscar alternativas de ocio y mejora de las relaciones interpersonales.

Grupo de Ayuda Mutua “Mujeres en Alcalá de Guadaira”.

Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las mujeres que participan en la actividad fomentando la interacción y la integración social, fomentando la educación para la salud y programado la realización de actividades de ejercicio físico.

Para lograr el objetivo el grupo se cita diariamente de lunes a viernes en un gimnasio de barrio para realizar una hora de ejercicio físico; quincenal o mensualmente se programan reuniones para tratar temas de interés relacionados con su salud: nutrición y dietética, ejercicio físico, prevención del cáncer ginecológico, osteoporosis, habilidades en comunicación, relajación, autoestima, desarrollo de la inteligencia emocional. Durante el tiempo que se viene desarrollando la actividad se perciben mejoras en la calidad de vida de las mujeres, las cuales manifiestan su satisfacción personal con la participación en el proyecto.

Asociación “Mares de Leche” – Pro-lactancia materna.

Ante los abandonos en los primeros meses de lactancia materna, la escasa información de las madres y la necesidad de reforzar soci-afectivamente a este colectivo se forma “Mares de Leche”. La asociación pretende elevar la duración de la lactancia materna y prevenir los abandonos. Entre las distintas actividades desarrolladas destacan la realización de reuniones periódicas, edición de material divulgativo, ofrecer un servicio de asesoría a través de la asociación orientado a mujeres con problemas y dudas relacionadas con la lactancia

Material 1G para el objetivo 3

Educación para la salud en la Escuela de Adultos

E.A.P Vicente Soldevilla. Vallecas. Insalud Área 1. Madrid.

Revista Comunidad nº 4 del Pacap.

En Vallecas existe una rica experiencia en actividades de alfabetización y culturización llevadas a cabo por las organizaciones sociales de base y el movimiento parroquial. Como resultado de las líneas de trabajo comunitario propiciadas tanto por los movimientos sociales, como por los profesionales del equipo de atención primaria surge la demanda de incorporar módulos de educación para la salud en las escuelas de adultos. El objetivo es contribuir al desarrollo personal, mejorando los conocimientos sobre el proceso salud/ enfermedad, sus factores condicionantes, las desigualdades en salud, los modelos de servicios sanitarios, la atención formal e informal y la participación comunitaria en salud. Por otro lado, se facilita la adquisición de habilidades en autocuidado, la responsabilidad y la autonomía en la utilización racional de los servicios sanitarios públicos, en la defensa de la sanidad pública, en el análisis de la desigualdad y en cómo promover la salud y la participación comunitaria.

La metodología es participativa siguiendo el modelo de aprendizaje significativo, es decir, partiendo de la realidad y experiencias de los participantes se analizan sus problemas, se profundiza sobre ellos, se buscan soluciones y alternativas y se facilita la potenciación de sus capacidades. Se llevan a cabo mediante la realización de talleres de 15 a 20 horas en sesiones semanales de noventa minutos utilizando métodos didácticos como las rejillas, el análisis de casos, la tormenta de ideas, simulaciones, debates, lecciones participadas y revisión de documentos. Se utilizan materiales audiovisuales, rotafolios, pizarras y textos adaptados. Se utilizan los locales y la estructura organizativa de las escuelas de adultos. En general, dos profesionales sanitarios son los docentes de cada módulo y cada taller se adapta a las expectativas y posibilidades de cada grupo. Los grupos son de 20 a 25 personas. Hasta el momento se han efectuado cinco talleres dirigidos a 120 personas. La evaluación se efectúa durante el proceso de aprendizaje analizando aspectos de estructura, proceso y resultados mediante cuestionarios, análisis grupal y observadores.

Palabras clave: educación para la salud, acción social en salud, trabajo con grupos.

Material 1G para el objetivo 3.

Proyecto de vida sana en un barrio sano

Fuente :Echauri Ozcoidi,M; Pérez Jarauta,M^aJ Estilos de vida. Promoción de salud. Acciones colectivas y comunitarias. Ed Gobierno de Navarra 2001

Las asociaciones de vecinos y vecinas del barrio tiene una larga experiencia de trabajo comunitario y de colaboración con otros grupos e instituciones.

Últimamente se percibe un deterioro del clima del barrio y el endurecimiento de la vida diaria por el ruido. Para profundizar en este problema se constituye una comisión de participación ciudadana integrada por todas las personas e instituciones implicadas.

Desde la Comisión se acuerda llevar a cabo unas jornadas y un proyecto de vida sana..

Las siguientes actividades del proyecto son las que se plantearon:

MEDIDAS POLÍTICAS Y TÉCNICAS

Participación de técnicos e instituciones en las comisiones y grupos de trabajo.

Informe técnico sobre el ruido

ACCION COMUNITARIA

Recorridos por el barrio

Distribución de postales

Reuniones para estudiar y buscar alternativas al tráfico de drogas en la calle

Reuniones para trabajar el tema del Sida y de la comisión antisida en el barrio.

Comisión de urbanismo.

INFORMACIÓN Y COMUNICACION

Material informativo.

Mesa redonda.

Estrategia de medios de comunicación social.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Taller educativo sobre salud y desarrollo personal.

Taller educativo sobre alimentación y autocuidado.

Material 1G para el objetivo 4

DESARROLLO COMUNITARIO.

Centro de Salud Guayaba. Carabanchel Alto. Madrid.
Revista Comunidad nº 4 del Pacap

El Plan Comunitario de Carabanchel Alto que está constituido como una asociación que integra a diferentes colectivos del barrio (asociaciones de vecinos, culturales, de padres y madres, deportivas, etc.) es un proyecto de participación comunitaria que tiene los siguientes objetivos generales: 1) fomentar la participación de los ciudadanos en la tarea común de mejorar la convivencia, las relaciones interpersonales y el respeto a la naturaleza; 2) promocionar y mejorar el tejido social; 3) desarrollar programas para conocer cuáles son las necesidades del barrio y presentar a las instituciones propuestas de actuación; 4) apoyar a las instituciones para conseguir la máxima eficiencia en la utilización de los recursos, y 5) solicitar a las instituciones el establecimiento de cauces de comunicación flexibles. Realiza actividades en diversas áreas (de educación, empleo y social) y, en lo que respecta a salud, sus actividades se centran en la puesta en marcha y consolidación del Consejo de Salud del Barrio. Para ello, se están manteniendo reuniones con representantes del Equipo de Atención Primaria. El Consejo de Salud, que se conceptualiza como un instrumento de participación para abordar los problemas de salud del barrio, ya está funcionando y en las reuniones mantenidas hasta ahora se están analizando las necesidades, los recursos existentes y las acciones a desarrollar. Para ello, se está llevando a cabo el estudio de la situación de salud de la zona y se han empezado a trabajar algunos temas concretos, como son la información sobre recursos y la nutrición, dirigida a grupos de mujeres. Para el desarrollo de las actividades, cuenta con un equipo técnico, compuesto por dos trabajadoras sociales, y personal voluntario.

Palabras clave: consejo de salud, acción social en salud, asociaciones.

Material 1G- para el objetivo 4

Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.

Consejo de Salud de Puente Vallecas

E.A.P Vicente Soldevilla / E.A.P. Ángela Uriarte / E.A.P. Martínez de la Riva / E.A.P. Alcalá de Guadaira. Puente de Vallecas. Madrid.

Revista Comunidad nº 4 del Pacap

Desde principios de los 90 se pone en funcionamiento el Consejo de Salud de cuatro zonas básicas del Distrito de Puente de Vallecas que comprende a una población aproximada de 70.000 habitantes. Los objetivos básicos son promover la inserción de los equipos de Atención Primaria en su entorno, facilitar la comunicación bidireccional entre las instituciones y los movimientos sociales, promover la creación de redes sociales y ser un instrumento para la participación comunitaria y la promoción de salud. Forman parte del mismo representantes del Área y de las zonas básicas, de los servicios sociales y sanitarios del nivel municipal y de 15 organizaciones sociales. El Consejo, que cuenta con un moderador rotatorio, se reúne con una periodicidad mensual en los locales de los centros de salud con un orden del día preestablecido, elaboración de actas y revisión de cumplimiento de los acuerdos tomados. Algunos de los temas abordados se enumeran a continuación: funcionamiento de los centros, memoria de los equipos, evaluación de la cartera de servicios, análisis de reclamaciones y sugerencias, programación sobre recursos, programas de salud, políticas de salud, medio ambiente y salud, demandas y propuestas de los movimientos sociales. Entre los resultados obtenidos hay que destacar los siguientes: se ha facilitado la inserción de los equipos de Atención Primaria en su entorno, se han introducido líneas de promoción de salud como mejoras medioambientales, vivienda, educación para la salud, se ha mejorado la accesibilidad a los servicios a la calidad de las prestaciones, se ha promovido el conocimiento mutuo entre las instituciones y los movimientos sociales y, además, se han movilizado recursos comunitarios que han generado mejoras en la dotación de recursos sociosanitarios para el barrio.

Palabras clave: consejo de salud, acción intersectorial, asociaciones.

Material 1G para el objetivo 5

PROMOCIÓN DE SALUD. UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA.

C.S. Torrente. Torrente (Valencia).

Revista Comunidad nº 4 del Pacap

En 1989, tras adherirse el municipio al Proyecto Ciudades Sanas, se iniciaron desde el ayuntamiento contactos con profesionales de sanidad, docencia y trabajo social de la localidad con el fin de crear un grupo de trabajo que promoviera actividades de promoción de la salud. Para ello, se creó la Comisión Asesora de Salud Municipal (CAS) que viene funcionando hasta la actualidad. Se detectaron y priorizaron necesidades y se elaboró un ambicioso programa comunitario usando como principal herramienta la educación para la salud abarcando 3 grupos diana: población escolar, población general y tercera edad. En la actualidad, los mayores esfuerzos se centran en la población escolar, a través de los planes de salud de cada uno de los 14 colegios integrados en el programa. El ayuntamiento realiza funciones de secretariado de la CAS y financia cursos de formación al profesorado en materias de salud. Además, convoca anualmente una Jornada de educación para la salud como punto de encuentro de todas las escuelas y concede ayudas económicas a los colegios para el desarrollo de proyectos en el marco de su plan de centro. En el momento presente las actividades de la CAS están sufriendo una ralentización debido a varios factores. En primer lugar, las características de la zona básica han sufrido un incremento poblacional del 30% en los últimos 4 años, sin el correspondiente aumento de recursos humanos. A esto hay que sumarle el hecho de que existe un interés mínimo hacia la promoción de la salud por parte de los gestores de Atención Primaria. El tiempo laboral es absorbido por actividades asistenciales y se percibe un ambiente desmotivador para muchos miembros del equipo. No obstante, los profesionales sanitarios expresan su deseo de que estas circunstancias se modifiquen y retomar así el desarrollo del Plan Comunitario elaborado.

Palabras clave: acción intersectorial, consejo de salud, promoción de salud.

Material 1G para el objetivo 5.

Programa de atención al drogodependiente.

Consultorio “Sargento Provisional”.

Revista Comunidad nº 4 del Pacap 2001

La «Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogadicto» (ACLAD) lleva a cabo este Programa que tiene como objetivo conseguir una reinserción efectiva del paciente y que incluye las siguientes actividades y/o servicios: 1) Centro de atención a drogodependientes: es un dispositivo de atención ambulatoria, atendido por una trabajadora social, una psicóloga y un médico, que realiza tratamientos de desintoxicación física, procesos de deshabituación y de reinserción del drogodependiente, todo ello en colaboración con el centro de salud de cada usuario. 2) Centro de día: se trata de un centro especializado, donde se realiza un tratamiento intensivo al paciente y a sus familiares, El usuario está todo el día en el centro excepto en las comidas y para dormir. Se realizan actividades deportivas, de tiempo libre, ocupacionales, de prevención de recaídas y de educación para la salud, manteniéndose apoyo psicológico, médico, socio-laboral y jurídico. 3) Programas de reinserción social. 4) Programa de familias: grupos terapéuticos y escuela de padres a familiares. 4) Asesoría jurídica. 5) Asesoramiento en juzgados, con el fin de informar sobre recursos rehabilitadores, 6) Programa de prisiones, con el objetivo de motivar la salida a recursos terapéuticos. Se llevan a cabo otras actividades tales como apoyo psicosocial a infectados por VIH, apoyo y acompañamiento en hospitales y domicilio y de sensibilización a la población. Las áreas de intervención se dirigen principalmente a tres grupos de población: enfermos de Sida, toxicómanos activos y toxicómanos en rehabilitación.

Palabras clave: drogodependencias, intervención intersectorial.

Material 1H

Trabajar con gallinas

Había una vez un loco que creía ser un grano de trigo y por ello tenía verdadero terror a las gallinas. En el hospital psiquiátrico se le cura y al cabo de un tiempo el loco puede volver a su casa porque clínicamente está cuerdo. Sin embargo, después de una semana vuelve al hospital y al médico que le pregunta qué le pasa le contesta que él está bien, que él sabe que está cuerdo y que no es un grano de trigo. Pero añade: “Sin embargo, doctor, las gallinas allí fuera no lo saben.”

El doctor se daba cuenta de que todos sus esfuerzos dejaban de ser eficaces porque el muchacho curado empeoraba al enfrentarse a la sociedad, no por su enfermedad, sino por una enfermedad de la sociedad que era necesario tratar, ya que de lo contrario muchos de los esfuerzos realizados con el grano de trigo, resultarían ineficaces.

EL doctor se puso a pensar cómo podía curar a los miembros de la sociedad, sin necesidad de tener que ingresarlos a todos en el psiquiátrico.

Preguntas de reflexión:

- ¿Qué os parece el caso. El relato puede ser real?.
- ¿Cuáles os parecen los factores que condicionan la recaída o la no resolución del problema?.
- ¿De quién depende la solución del problema?.
- Imagina ejemplos en los que sea necesario hacer intervención social para que se solucionen los problemas de las personas.
- ¿Qué alternativas se pueden dar?.
- ¿Crees que todos debemos participar en la búsqueda de soluciones a esos problemas?.

Material 11

Legislación básica de participación

CONCEPTO	CONTENIDO
SOBERANÍA Artículo 1, 2	La soberanía nacional reside en el pueblo español, del que emanan los poderes del Estado.
DERECHO A PARTICIPAR Artículo 9, punto 2	Los poderes públicos deben promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificultan su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.
DERECHO DE ASOCIACIÓN Artículo 22	Define el derecho de constitución de asociaciones. No ha sido desarrollado posteriormente y sigue en vigor la Ley de Asociaciones de 64 y la de Asociaciones Políticas de 1976.
DERECHO DE PETICIÓN Artículo 29	Define el derecho de petición individual y colectiva por escrito.
DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Artículo 43, 1,2,3	Reconoce el derecho a la protección de la salud. Responsabiliza al los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública. Se fomentará la educación sanitaria. La ley establecerá los derechos y deberes de todos.
DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS artículo 51.2	Hace referencia a la participación ciudadana en cuanto consumidores y usuarios, promoviendo la información y la educación y fomentando sus organizaciones.
AUDIENCIA DE LOS CIUDADANOS artículo 105	Se ocupa de la audiencia de los ciudadanos en el procedimiento administrativo y al acceso a archivos y registros.
PARTICIPACIÓN EN LA SEGURIDAD SOCIAL artículo 129.1	Reconoce el derecho a participar en la Seguridad Social y en los Organismos Públicos, cuya función afecta directamente a la calidad de vida o al bienestar general.

Material 11 Legislación básica de participación. Ley General de Sanidad.

CONCEPTO	CONTENIDO
<p>DE LOS PRINCIPIOS GENERALES Título I. Capítulo 1</p> <p>* Enfoque (art: .3.1)</p> <p>* Participación (art 5:puntos 1 y 2)</p> <p>* Educación Sanitaria (art: 6.2)</p>	<p>Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.</p> <p>Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales correspondientes , en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.</p> <p>A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales.</p> <p>Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas entre otras a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.</p>
<p>* Derechos ciudadanos. (art. 9 y 10)</p>	<p>Respecto a su personalidad, dignidad e intimidad sin discriminación.</p> <p>Información sobre servicios necesarios y los requisitos para acceder a ellos.</p> <p>Confidencialidad de la información relacionada con su proceso.</p> <p>A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico o terapéuticos que se le apliquen puedan ser utilizados en un proyecto docente o de investigación.</p> <p>A que se le dé a él y sus familiares información en términos comprensibles, sobre su proceso.</p> <p>A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso.</p> <p>A que se le asigne un médico cuyo nombre se le dará a conocer.</p> <p>A que se extienda un certificado acreditativo de su estado de salud.</p> <p>A negarse al tratamiento.</p> <p>A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias.</p> <p>A que quede constancia por escrito de todo su proceso.</p> <p>A utilizar las vías de reclamación y de sugerencias en los plazos previstos.</p> <p>A elegir médico y los demás sanitarios titulados.</p> <p>A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer la salud.</p>
<p>* Obligaciones ciudadanas (art. 11)</p>	<p>Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicio.</p> <p>Cuidar las instalaciones y colaborar en su habitabilidad.</p> <p>Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas.</p> <p>Firmar el documento de alta voluntaria.</p>

Ley General de Sanidad (2)

CONCEPTO	CONTENIDO
SALUD LABORAL Artículo 22	Empresarios y trabajadores participarán en la planificación, organización y control de la gestión de la salud laboral.
TÍTULO II COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Artículo 47. 1 y 5	Se crea el Consejo Interterritorial del SNS como órgano de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud y de coordinación. Se crea el Comité Consultivo con participación paritaria de organizaciones empresariales y sindicales.
DE LAS ÁREAS DE SALUD TÍTULO III. Capítulo III * Órganos de las Áreas (Art. 57)	Las Áreas de Salud contarán con los siguientes órganos: 1. De participación: El Consejo de Salud de Área. 2. De dirección: El Consejo de Dirección de Área.(art 59) 3. De gestión: El Gerente de Área.
* Consejos de Salud (Artículo 58)	Los Consejos de Salud de Área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, de acuerdo con lo enunciado en el artículo 52.2 de la Ley. Los Consejos de Salud de Área estarán integrados por: * La representación de los ciudadanos a través de las corporaciones locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50% de sus miembros. * Los profesionales sanitarios titulados, a través de sus órganos representativos, en una proporción no inferior al 25%. * La Administración Sanitaria del Área de Salud. Serán funciones del Consejo de Salud: * Verificar la adecuación de las actuaciones a las normas y directrices de política sanitaria y económica. * Orientar las directrices sanitarias del Área. * Proponer medidas a desarrollar para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades. * Promover la participación comunitaria en el Área de Salud. * Conocer e informar el Anteproyecto del Plan de Salud y de sus adaptaciones anuales. * Conocer e informar de la Memoria Anual del Área de Salud. A los efectos de dar cumplimiento a lo previsto en los apartados anteriores, los Consejos de Salud de Área podrán crear órganos de participación de carácter sectorial.

Actividad 2: La comunidad

Pretendemos acercarnos al concepto de comunidad, a la identificación de las necesidades y problemas de la misma, para conseguir de esta manera integramos en el entorno en que trabajamos , y lograr obtener un punto de partida para comenzar a intervenir.

Qué es la comunidad: pretendemos que los y las participantes expresen lo que entienden por comunidad mediante una tormenta de ideas en el grupo (Material 2A) y posteriormente hacer una lectura y análisis de la definición de comunidad que se utiliza en Centrándonos en el tema (Material 2B).

Otras acepciones de comunidad es la utilización de frases que identifican aspectos verdaderos y falsos del concepto de comunidad (Material 2C).

Cómo conocerla: buscaremos elementos de análisis en comunidades ficticias tratando de identificar los componentes de la comunidad utilizada como ejemplo. A través de un caso , definiremos cada uno de los elementos que la componen (Material 2D).

- A través de un ejemplo de un diagnóstico de una comunidad, estudiando qué elementos han sido necesarios estudiar para llegar a las conclusiones obtenidas (Material 2E). También se puede utilizar cualquier diagnóstico que se tenga del barrio o zona en donde se realizan los talleres.

Trabajo de campo: se aplicarán la habilidades adquiridas para que los participantes elaboren los pasos a seguir para conocer su propia comunidad (ej. asociación de vecinos, comunidad de propietarios, el colegio en el que estudian sus hijos e hijas, o su zona básica de salud). Es importante remarcar que todo proceso diagnóstico exige de dos actividades básicas; recoger información y reflexionar (Material 2F y 2G). Con estos puntos se propone que el grupo, mediante un trabajo de campo, elabore una aproximación diagnóstica de su barrio con los datos que pueda obtener fácilmente o se les facilitan por el educador. En una sesión posterior se hace una puesta en común del trabajo realizado identificando los puntos fuertes y los débiles.

Material 2A

¿Qué es la comunidad?

- ¿Qué es para ti la comunidad?.

Identifica los componentes de una comunidad.

Material 2B

Definición de comunidad.

Etimológicamente, el término comunidad proviene del latín *comunitas* y expresa la calidad de común, de lo que no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios.

Operativamente entenderemos la comunidad como “ una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local: y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.

Preguntas:

- ¿Qué te parece la definición?
- Identifica los componentes esenciales de una comunidad.

Material 2C

Diferentes conceptos

Identificación de comunidad con:

- Barrio.
- Comunidad de propietarios de un edificio.
- Comunidad Autónoma.
- Zona Básica.
- Área Sanitaria.
- Socios de una Sociedad deportiva o Equipo deportivo.
- Comunidad religiosa.
- Banqueros.
- Sociedad Anónima.
- Trabajadores del metal.

Identifica las diferencias entre cada uno de estos conceptos.

Material 2D

La mita

Existió un Estado en que no se pagaban impuestos, en vez de pagar impuestos, el pueblo trabajaba para el Estado. Todos eran el Estado y por lo tanto todos se beneficiaban de su trabajo, unos de otros.

Este impuesto se llamaba mita, y los campesinos lo “pagaban” trabajando en campos para ofrecer cultivos que se almacenaban en depósitos para épocas de carestía, otros trabajaban en construcciones, otros en minas, otros sirviendo al ejército, como mensajeros o haciendo cualquier tarea que fuera necesaria según los planes del Estado. El cuidado de niños, ancianos... eran innumerables las actividades desarrolladas en beneficio del Estado, excepto el trabajo en los campos del emperador y de los dioses que no formaban parte de este impuesto.

Merced a tan singular sistema, se realizaba todo el trabajo en el imperio y se satisfacían innumerables necesidades, todos tenían un lugar en la sociedad y estaban integrados, ya que algo podía aportar, y además la justicia del imperio no toleraba la holgazanería, la máxima, “no robes, no mientas, no seas perezoso”, era una ley corta pero muy concreta para defender los intereses de todos, evitar la corrupción y lograr la paz y armonía social.

Llegó una época en la que se debilitó el poder del emperador, ya que el enfrentamiento por el poder entre dos herederos y la división del imperio, hizo que se perdiera la identidad de la sociedad que se quería construir, ya no se trabajaba para mejorar la sociedad, se trabajaba para beneficiar a uno o a otro adversario, introduciéndose en el pueblo la corrupción.

Posteriormente llegaron unos extranjeros que cambiaron la forma de explotación de minas y campos, de manera que la mayor parte de sus esfuerzos se iban a mejorar sociedades y pueblos lejanos, y muy raramente en beneficio suyo. A la vez que esto ocurría su cultura, su forma de vivir como pueblo se debilitaba, surgió una enfermedad “la desgana vital”, ya que muchos trabajaban pero no participaban de la construcción de la sociedad en que vivían, muchos murieron, y los que vivieron no volvieron a conocer la paz y armonía, ni la ilusión con la que construyeron su imperio en épocas pasadas.

Preguntas:

- Enumera los aspectos positivos de la participación comunitaria que encontramos en el texto.
- Reflexiona sobre las consecuencias que tiene para la sociedad de la narración la desaparición de la participación comunitaria.

Material 2E

Diagnóstico del barrio San Diego de Vallecas (año 1992).

Barrio del Distrito municipal del Puente de Vallecas, ubicado en el sureste de Madrid. Zona de asentamiento de los procesos migratorios del medio rural a la urbe también en proceso de transformación industrial a finales del siglo XIX y principios del XX. En las tres últimas décadas sufrió procesos de remodelación urbana importantes.

La población del censo de 1991 era de 37.498 habitantes, el 44% hombre y el 53% mujeres, siendo el 14% menores de 14 años, el 25% entre 15 y 29 años; 43% de 30-64 años y 18% > de 64 años.

El nivel de estudios es de 4% de analfabetos, 28 % sin estudios, 35% primaria; 30% de BUP y formación profesional y sólo un 4,8% de universitarios.

Por actividad laboral el 42% son activos y el 55% inactivos; el 83% ocupados y el 17% de parados. Entre los ocupados se distribuyen entre el sector industrial y la construcción seguido de los servicios, hostelería y los sectores administrativos.

La renta media es de 3.906,58 € anuales con un 18% de personas con ingresos menores al salario mínimo. Se considera una población de clase media-baja.

Barrio con una estructura urbanista con cierta anarquía y desestructuración. Un 5% de infravivienda con un 66% de viviendas de más de 30 años sin ascensores y barreras arquitectónicas. Calles y aceras estrechas. Escasos parques, árboles y zonas de esparcimiento y ocio.

Los problemas prioritarios de salud por sectores de población:

- Población infantil: tasa de natalidad baja y de mortalidad reducida, pero mayor que otras zonas de Madrid. Problemas sociales por bajas rentas, viviendas deficientes, familias monoparentales y algunas desestructuradas, alto fracaso escolar, instalaciones escolares deficientes. Problemas de desarrollo físico, de salud mental, tales como ansiedad, depresión y trastornos de la conducta, y patología respiratoria y asmática.
- Población adulta (15-64 años): problemas de sexualidad como IVE, embarazo en adolescentes, salud mental como las depresiones y ansiedades, la problemática de las drogodependencias legales e ilegales. Alta prevalencia de tumores y enfermedades cardiovasculares. Patología infecciosa como el Sida y la Tuberculosis.
- Población mayor de 65 años: alta dependencia y frecuentación del sistema sanitario. Problemas de atrapamiento domiciliario por barreras. Bajos niveles económicos y culturales. Soledad y aislamiento progresivo. Pluripatologías asociadas con predominio de la patologías osteomuscular y articular degenerativa y patología cardio y cerebrovascular que dan lugar a altos niveles de discapacidades y minusvalías. Alta prevalencia de problemas visuales y auditivos. Mortalidad mayor que otras zonas de Madrid.

Recursos sanitarios. Predominio de lo público con 4 centros de salud, un centro de especialidades, casa de socorro y un centro de atención a drogodependientes del Ayuntamiento. El hospital de referencia es el Gregorio Marañón situado a 4 Kms. Hay problemas de listas de espera para ciertas patologías y especialidades, masificación de consultas, y problemas de comunicación.

Recursos sociales. Un centro de servicios sociales, centro de mayores y un centro de día, con limitaciones de las prestaciones.

Recursos comunitarios. Existen asociaciones de vecinos, diversas organizaciones sociales y una coordinadora de sanidad preocupados por los temas comunitarios y de la salud.

Preguntas:

- ¿Qué te parece?
- Identifica los problemas más importantes y sus factores condicionantes.
- Analiza los puntos fuertes y los puntos débiles.

Material 2F

¿Qué podemos conocer de nuestro barrio o pueblo?

- La historia de la comunidad.
- Localización.
- Censo de la población (por edad y sexo).
- Origen de la gente del barrio (geográfico y social).
- Características económicas (empleo, paro).
- Asociaciones o colectivos comunitarios y su papel en el barrio o pueblo.
- Instituciones que hay en el barrio o pueblo.
- Divisiones internas (vivienda, usos de la comunidad).
- Entorno y situación medioambiental.
- Características culturales (presencia de diferentes grupos, etnias...).
- Características sociales.
- Equipamiento comunitario (centros culturales, deportivos...).
- Fuentes de marginación.
- Existencia de grupos marginales.
- Fuentes de tensión o conflicto.
- Formas usuales de expresión de la preocupación por los otros y de solidaridad.
- Formas usuales de compartir la información.
- Formas usuales de tratar las divisiones existentes.

Material 2G

Etapas y elementos para un diagnóstico

Etapas de un diagnóstico:

1. Identificar el problema y/o la comunidad.
2. Elaborar un plan de diagnóstico.
3. Recoger las informaciones necesarias.
4. Procesar y analizar las informaciones.
5. Socializar los resultados.

Para conocer a la comunidad se deben tener en cuenta cuatro elementos decisivos en los procesos de participación:

Territorio. Zona geográfica con sus características en donde vive la población, delimitando en ella sus divisiones sociales.

Población. Es el factor clave, es la que tiene que participar si quiere. Se deben tener en cuenta las siguientes variables: sexo; edad por grupos; por territorio (formas concretas socio urbanístico donde reside y trabaja); actividad productiva y niveles de instrucción.

Problemas o las demandas. La participación puede nacer de la existencia de problemas o de la necesidad de modificar algo o de funcionar mejor. La demanda es clave para comprender lo que hay que hacer y por dónde se debe empezar.

Recursos. Hay que conocer y saber utilizar los recursos. Sin ellos no hay acción social. El primer recurso es la propia comunidad. Los podemos diferenciar entre públicos y privados; voluntarios; existentes previsibles y potenciales. Interesa no sólo la cantidad y los servicios que ofrecen y programas que realizan. Otro aspecto importante son los problemas de coordinación entre ellos y la tarea de racionalizar su funcionamiento.

Actividad 3: El método de la participación comunitaria

Se trata de que los y las participantes identifiquen las fases de la intervención comunitaria a través de experiencias propias o aportadas, refuerzan una actitud de compromiso y colaboración y adquieran habilidades para propiciarla.

Este tema puede trabajarse desde diferentes perspectivas y con diferentes técnicas educativas, entre ellas:

Buscando experiencias. Se pide al grupo trabajar en grupos pequeños el Material 3A, llevando después a cabo una puesta en común. A continuación se dará una breve explicación acerca de lo que es una intervención comunitaria (ver “Centrándonos en el tema”).

Blanco y negro. Para llevar a cabo esta actividad se requiere haber trabajado sobre el Material 3A. El dinamizador del taller irá anotando lo que se vaya comentando. Posteriormente se hará una síntesis en el papelógrafo de los aspectos positivos y negativos comentados. Se vuelven a formar los grupos que se constituyeron para trabajar el Material 3A, y se les entrega el Material 3B, que tras ser debatido durante 15 minutos, se pondrá en común, anotándose de nuevo las ideas en el papelógrafo.

Viviendo el barrio. Se puede trabajar de varias maneras:

- “Vivir en San Diego”. Se proyectará el vídeo “Vivir en San Diego” (que podrá adquirir en ECOE, C/ Javier de Miguel 92 1º post. Madrid. Metro Buenos Aires. Tfno: 913805856 o en el Centro de Salud Vicente Soldevilla, Sierra de Alquife nº 8 28053 Madrid, 914780004). Después se dividirá el grupo en parejas o tríos y se repartirá a cada uno el Material 3C, que se discutirá y rellenará en un tiempo de 20 minutos. Se continuará con una puesta en común y un debate. El o la educadora al final sistematiza y devuelve al grupo lo discutido mediante un papelógrafo o pizarra. Como alternativa se puede presentar el caso resumido de CS Vicente Soldevilla publicado en la revista de Atención Primaria (Material 3C bis).
- “Vivir en Labañou”. Se distribuirá el texto del Material 3D que será leído en alto por una o varias personas. Después se formarán grupos, quienes discutirán las preguntas en relación al texto, en un tiempo de 20 minutos. Se continuará con una puesta en común y un debate. Finalmente se sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.

Tras trabajar cualquiera de estos dos casos, o sobre cualquier otra experiencia que se conozca se hará una charla participada sobre modelos de intervención y desarrollo comunitario (ver “Centrándonos en el tema”), haciendo ver las diferencias entre un modelo y otro.

La baraja del desarrollo comunitario. Se busca que todos los miembros del grupo se familiaricen con las distintas etapas del desarrollo comunitario que luego les pueda facilitar su tarea en sus movimientos sociales. Se puede realizar mediante el juego de la baraja del desarrollo comunitario (Material 3E). Durante toda la discusión sería bueno que el o la coordinadora tome nota de las intervenciones, para poder hacer una síntesis final. (Proponemos que el educador haya leído previamente lo referente a intervención y Desarrollo Comunitario en “Centrándonos el tema” así como los diferentes modelos de intervención).

Existe la posibilidad de que a continuación cada grupo pase a aplicar los pasos de un proceso de desarrollo comunitario en la elaboración de un Plan de trabajo concreto. Se puede entregar una cartulina a cada grupo, así como recortes, pinturas u otros materiales, para que después expongan sus planes comunitarios al resto.

Instrumentos de participación comunitaria. Aunque no son muchos los que existen y menos los que están extendidos en todo el territorio, se plantea dedicar un tiempo para conocer en los que ha podido participar tras una breve exposición de los mismos. Mediante el listado del Material 3F que se distribuye se pide al grupo que relaten su experiencia. Posteriormente se comenta brevemente las características de cada uno de ellos según se especifica en centrando el tema.

¿Qué construimos aquí?. Cómo poder llevar a cabo un plan de desarrollo comunitario mediante una técnica de juego de roles. Se trata de hacer una actuación en la que cada uno de los grupos tiene un papel que desempeñar que después vamos a analizar.

En primer lugar se divide el grupo grande en tres más pequeños y a cada cual se le repartirá

un papel diferente donde se explica el rol que van a desempeñar (Material 3F). A continuación el educador o educadora presentará a cada uno de los colectivos con unas breves palabras y les invitará a ponerse de acuerdo para desarrollar un plan de desarrollo comunitario en el barrio. Se da un tiempo de 5 minutos para que cada grupo comente después qué va a hacer. Posteriormente se inicia la dinámica que durará un tiempo límite de media hora. Estará pendiente después del desarrollo de la actividad intentando intervenir en la dinámica el menor número de veces posible. Durante este tiempo irá observando las actitudes y acontecimientos que se vayan sucediendo. Se irán recogiendo las diferentes intervenciones en un papelógrafo o pizarra para hacer una síntesis final.

Analizando la calidad de la participación. Por último se propone que el grupo trabaje los criterios que definen la calidad de la participación comunitaria, para ello se les facilita la información incluida en el Material 3G abriendo un debate sobre el mismo. Se aconseja que estos criterios se apliquen a alguna de los instrumentos de participación que se conozcan o en los que se haya participado.

Material 3A

Buscando experiencias.

- ¿Qué conocemos sobre la intervención comunitaria?.

Seguramente conozcas o pertenezcas a alguna asociación de tu barrio o pueblo, que haya intentado mejorar o cambiar alguna situación concreta.

- ¿Qué experiencias de este tipo conoces?.

- ¿Cómo han influido estas experiencias en tu vida personal, en la asociación y en el barrio o pueblo?.

Material 3B

Blanco y negro

Se reparten fichas de cartulina blancas y negras en igual número para dividir al grupo en dos más pequeños.

Se hace una breve introducción de la dinámica que se va a llevar a cabo:

Los del equipo blanco son muy optimistas y sólo ven las ventajas y aspectos positivos de una intervención en la comunidad. Los del equipo negro, por el contrario, sólo ven las dificultades en estos procesos.

Se separan ambos equipos, situándose uno frente al otro. Cada persona de cada grupo dirá una frase intentando convencer al equipo contrario de por qué es positivo o negativo la intervención en la comunidad. Si una persona del equipo contrario está de acuerdo dará un paso hacia delante, si por el contrario está en completo desacuerdo dará un paso atrás, y si fuera indiferente no se movería de su lugar.

Cada vez habla una persona de un equipo, procurando que todos participen.

La dinámica termina bien cuando todos hayan podido expresar una opinión, o cuando una persona de cada grupo se cruce con otra del equipo contrario.

Preguntas:

- ¿Crees que conocer la realidad de tu comunidad y cambiarla es fácil o difícil? ¿Por qué?.
- ¿Cómo te has sentido con la dinámica?.

Material 3 C

Vivir en San Diego

Proyección del video “Vivir en San Diego”

Preguntas del trabajo grupal

- ¿Qué necesidades y problemas tenía el barrio?.
- ¿Qué personas, asociaciones, profesionales e instituciones aparecen en el vídeo?.
- ¿Ha cambiado algo en el barrio? ¿Cómo se ha conseguido este cambio?.
- ¿Crees que ha sido la gente del barrio la protagonista del cambio? ¿Por qué?.

Material 3 C BIS

Estrategia “a Centro abierto” del Centro de Salud Vicente Soldevilla de Madrid.

Plantea que, desde sus comienzos, es preciso salir y abrir el centro salud a la comunidad y trabajar con ella. Se parte de la idea de que deben desarrollarse simultáneamente todas las tareas del modelo de APS: integralidad de la atención, introducción de protocolos y programas, sistema de registro y archivo, reuniones clínicas y bibliográficas, investigación, trabajo con la comunidad y participación comunitaria.

No hay por qué seguir empeñados en desarrollar las características del modelo de atención integral de forma inconexa y segregada. La forma en que se atiende en «ventanilla» y en las consultas, la coordinación con otros sectores y niveles asistenciales en actividades concretas, los contenidos de educación para la salud de cualquier protocolo o programa específico, la inclusión de contenidos de promoción, prevención, detección, asistencia y reinserción en los objetivos asistenciales, grados parciales de participación en actividades específicas, las líneas de investigación o los contenidos de la formación continuada configuran, entre muchos, la trama de instrumentos que deben modificarse a la hora de implantar el modelo.

Del mismo modo, propiciar la participación no consiste sólo en reunirse esporádica o regularmente con alguna asociación o en algún consejo de salud. Los problemas de salud, los grupos de riesgo por edad, la morbi-mortalidad, los profesionales de otros sectores trabajando sobre la misma población, los grupos naturales o los colectivos organizados en función de intereses específicos existentes en cualquier población «asignada» dibujan una trama social compleja y dinámica a la que no se puede ofrecer un planteamiento lineal.

Se inicia conociendo a la comunidad y dándose a conocer. Estableciendo el diálogo con las organizaciones sociales surgen las primeras demandas, que pueden estar directa o indirectamente relacionadas con salud. Si son problemas de salud, se comienza a trabajar con esos grupos en la solución. Si lo son de otros aspectos más amplios, se trabaja la parte de salud que hay en él y se abren posibilidades de solución al problema. Todo esto va haciendo necesario organizar el EAP y el centro de salud para ayudar a solucionar problemas y dar respuesta a las demandas.

Además se va configurando el cuadro de problemas de salud que desemboca en el diagnóstico y en la elaboración de programas de salud integrados. El encuentro y comunicación con las organizaciones se canaliza tanto a través de un consejo de salud, formal o informal, como en grupos de trabajo y encuentros puntuales.

De acuerdo con el enfoque adoptado, se iniciaron desde la misma creación del equipo múltiples actividades de participación y trabajo comunitario. A lo largo de estos 14 años se han realizado múltiples actividades, siendo las más relevantes las siguientes: información sistemática a la población mediante reuniones, folletos, carteles; programas de control de calidad con participación de los ciudadanos como reclamaciones, grupos de discusión, encuesta de satisfacción e informes de usuarios; trabajo con grupos para resolver problemas puntuales y colaborar en la organización de la comunidad; educación para la salud con grupos de diferentes edades, adolescentes, escolar, mujeres, adultos, IMI, padres, para abordar problemáticas de estilo de vida, patologías crónicas, etapas vulnerables y agentes comunitarios en salud; consejo de salud y participación en la coordinadora de sanidad de Vallecas; proyectos de investigación-acción-participación como vivienda y salud, Vivir en San Diego y problemática de la población mayor del barrio, y por último actividades de coordinación intersectorial para el abordaje de problemáticas diversas como la población infantil y mayor de riesgo, drogodependientes y marginación social.

Ver artículo Uriarte, Ángela ; Ruiz-Gimenez, JL : Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El Ejemplo del Centro de Salud Vicente Soldevilla. Atención Primaria, vol. 11, 5, 253257. Marzo 1993.

Material 3 D

Vivir en Labañou.

Plan Comunitario de Labañou.

En el barrio de Carranza (Ferrol), se intentó promocionar el desarrollo comunitario integral, inicialmente con la finalidad exclusiva de la prevención de las toxicomanías y la reinserción de las personas en tratamiento y recuperación de la adicción a una droga, pero en poco tiempo se amplió en sus finalidades, objetivos e intervenciones.

Además el grupo inicial de trabajo (centro de salud y asociación de vecinos de Carranza) se amplió a entidades sociales, asistenciales, educativas, deportivas, culturales, etc. El problema de la droga fue enmarcado dentro de un contexto más amplio y más comunitario.

La prevención fue al mismo tiempo informar y formar a las personas, ocuparlas creativamente en diferentes tipos de actividad, creando conciencia de los problemas y de sus posibles soluciones, fomentando la participación y permitir a la gente buscar o luchar individual, colectiva y solidariamente soluciones alternativas a la situación existente. Más que a conseguir determinados resultados materiales, el objetivo principal fue la participación y necesaria toma de conciencia de la población.

La manera de medir y evaluar resultados fue mediante: índices de participación, autoresponsabilización, protagonismo de los habitantes del barrio, incremento y desarrollo de la articulación de la comunidad en grupos, asociaciones, colectivos, etc.

Se configuró como una intervención social generalista (por la diferente composición de sus integrantes), plural (por las diferentes iniciativas y ámbitos de intervención), público (por la financiación pública, y por querer ser un servicio social para toda la comunidad y toda la población) y participativa.

Reúne en su funcionamiento a tres protagonistas:

- representantes de la comunidad (grupos, asociaciones, colectivos, líderes),
- representantes de las entidades, servicios, asociaciones de tipo social y asistencial que trabajan en el barrio,
- representantes de la administración local y autonómica.

La finalidad explícita e implícita fue la lucha y acción solidaria contra todo tipo de discriminación social. Se trató de un proceso lento, pues afecta a los valores sociales y culturales, actitudes, actitudes y concepciones de vida.

Los ámbitos prioritarios de intervención fueron los jóvenes y las mujeres.

Las áreas de intervención prioritaria fueron la educación y la del trabajo.

Fue abierta a todas las entidades y fuerzas sociales que quisieran participar sin ninguna exclusión, atendiendo tanto a las demandas individuales e inmediatas, como a las generales y preventivas. Se fueron coordinando en grupos de trabajo y comisiones. Las entidades, grupos o asociaciones que integran el plan, y cuya adhesión depende sólo de su libre elección, debían nombrar representantes y definir explícitamente su nivel de compromiso y participación.

Preguntas

- ¿Qué necesidades y problemas tenía el barrio?.
- ¿Qué personas, asociaciones, profesionales e instituciones intervienen en el plan comunitario?.
- ¿Ha cambiado algo en el barrio? ¿Cómo se ha conseguido este cambio?.
- ¿Crees que ha sido la gente del barrio la protagonista del cambio? ¿Por qué?.

Material 3 E

La baraja del desarrollo comunitario

Tarjetas grandes (15 X 25 cm) en las que se escriben los pasos de un proceso de planificación (como si fueran naipes de una baraja).

Normas del juego:

Se hacen grupos de 4 personas cada uno. Se elabora un juego completo de cartas para cada grupo y uno adicional. Se barajan todas las cartas y se reparten 9 a cada equipo dejando las restantes en el centro. Cada equipo debe deshacerse de sus cartas repetidas y tener 9 cartas distintas en la mano (o sea, los nueve pasos básicos de un proceso de desarrollo comunitario).

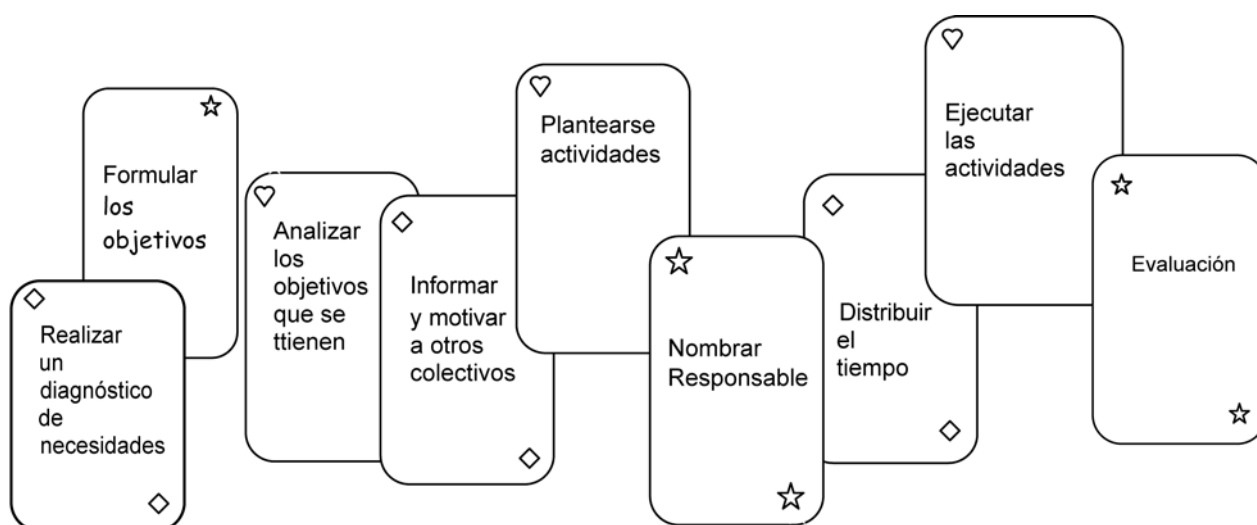
Se juega como en un juego de naipes: un grupo se descarta de una repetida y la coloca en el centro, hacia arriba, tomando otra carta del montón del centro, (sólo se puede cambiar una carta cada vez). Si el grupo de la izquierda necesita esa carta que está hacia arriba la toma, sino coge la que sigue del montón del centro y se descarta de una repetida. Y así se sigue.

Una vez que un grupo tenga las 9 cartas diferentes, deberá ordenarlas de acuerdo a lo que creen deben ser los pasos ordenados del proceso de desarrollo comunitario.

Cuando cualquiera de los equipos considere que su escalera está bien ordenada dice: “escalera”. El educador actuará como juez haciendo que el resto del grupo descubra si hay o no errores. Al descubrirse un error el equipo que ha propuesto debe reordenar su baraja. Se debe discutir el orden propuesto por cada equipo para poderlo defender o sustentar frente al grupo. El primero de los equipos que establece el orden correcto es el que gana. Se debate entre todos el por qué del orden de cada paso del proceso y si consideran que falta o sobra alguno.

Es conveniente que cuando ya hay un equipo ganador, los otros equipos muestren la “escalera” que habían ordenado y se discuta a fondo el por qué del ordenamiento que se ha hecho.

Las cartas serían las siguientes ordenadas:



Material 3 F

Juego de roles: ¿qué construimos aquí?

Se harán tres tarjetas con los siguientes roles:

El ayuntamiento.

Trabajáis como miembros de un partido político en la junta municipal de vuestro barrio o pueblo. La Unión Europea os ha ofrecido una subvención para construir una instalación en un solar libre que aumente el atractivo turístico de la zona. Queréis aprovechar la ocasión para atraer más votos en las próximas elecciones.

En la comunidad hay algunos grupos que participan activamente y tienen unas propuestas concretas.

La asociación de vecinos “La Cucaracha”.

Formáis parte de una asociación muy activa en el barrio. Estáis preocupados por el gran número de población analfabeta que aún hay en el barrio y otros colindantes. Os habéis enterado por la prensa de que van a dar un dinero al Ayuntamiento para construir en el gran solar de la calle de los estudiantes. Estáis dispuestos a luchar por conseguir una Escuela Popular de Adultos en el solar. Hay otros colectivos en el barrio que tal vez tengan otras propuestas.

La asociación juvenil “El Saltamontes”.

Formáis parte de una asociación juvenil que está empezando a crecer en el barrio. Estáis hartos de tener que desplazarnos hasta la otra punta de la ciudad para jugar nuestros partidos. Os habéis enterado por la prensa de que van a dar un dinero al ayuntamiento para construir en el gran solar de la calle de los estudiantes. Os parece muy importante para el barrio que pueda gozar de unas buenas instalaciones deportivas. Hay otros colectivos que tal vez tengan otras propuestas.

Al final se deberá hacer un debate sobre alguna de las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo se han sentido?.
- Las relaciones que se han establecido entre los diferentes grupos del barrio.
- Si creen que han conseguido algo beneficioso para el barrio.
- Qué intereses han primado para la utilización del solar.
- ¿Se ha conseguido iniciar un plan de desarrollo comunitario? Si es así, ¿cumple las características que debe tener un proyecto de este tipo?.

Material 3G

Criterios de calidad de la participación.

Los criterios de evaluación cualitativa propuestos por diferentes autores son los siguientes:

1) Información, como conocimiento necesario que da acceso al poder para tratar y resolver problemas.

2) Evaluación de necesidades, criterios fundamentados y juicios de valor.

3) Toma de decisiones, como un proceso con distintos niveles, en este aspecto podemos tener en cuenta la escala de poder en la toma de decisiones, que tienen los miembros natos de los órganos de participación comunitaria, según Klein estableció (de menor a mayor nivel de poder):

- **a ser informado**. Las autoridades deben informar sobre sus planes y decisiones.
- **a ser consultado**. La comunidad ha de ser oída antes de tomar o ejecutar una decisión.
- **a negociar**. Se da una oferta y contraoferta entre autoridades y comunidad pero esta no es miembro de los órganos de decisión.
- **a participar en la toma de decisiones**. Siendo parte minoritaria de los órganos en donde se toman las decisiones.
- **al veto**, cuando la población es mayoría en los órganos de decisión.

4) Movilización de recursos y realización de tareas, es lo que llamaríamos acción social que comprende movilizar recursos propios comunitarios y ser sujetos activos.

5) El grado de autonomía o dependencia, en la medida en que la participación disminuye la dependencia de apoyo y contribuciones externas

6) Nivel de organización de la comunidad, en la medida en que promueve o facilita la creación de un contexto comunitario: crear estructura, afianzar una red.

Actividad 4: Los Consejos de salud

Se pretende contribuir a profundizar sobre los consejos de salud y la forma de hacerlos más útiles y participativos. Las actividades deben adaptarse a la experiencia o no del grupo en la participación de este instrumento.

Nuestra experiencia. En un consejo de salud o en otro órgano de participación. Mediante una rejilla, trabajada primero en grupo pequeño y luego en grupo grande, se recoge la experiencia del grupo (Material 4A).

Dar a conocer los Consejos de Salud. Podemos comenzar mediante la lectura de una fábula (Material 4B) y analizando sus contenidos. Trabajarlo en grupos pequeños y luego en grupo grande. Interesa remarcar los mecanismos de representación en una comunidad, el carácter de los delegados, su forma de elección, los diversos tipos de instrumentos en donde resolver los problemas y la búsqueda de soluciones, sus objetivos y funciones. Como alternativa se puede analizar el funcionamiento de cualquier otro consejo de participación, por ejemplo una comunidad de propietarios, un consejo escolar.

Bases legales: Profundizar en el conocimiento de la base legal del consejo, mediante un acercamiento a la legislación de la comunidad autónoma correspondiente (Material 4C), y sobre él se hace una lección explicando los distintos componentes de los Consejos.

Profundizando en la realidad de los consejos. Mediante la utilización del análisis de frases (Material 4D) y de casos sobre experiencias tenidas en los consejos (Material 4E, 4F y 4G), se intenta acercarse a la realidad de la vida de un consejo con sus aspectos positivos y los negativos. Se propone trabajar en grupos pequeños de discusión y después puesta en común. La infestación de piojos es un ejemplo de asunto resuelto (tanto para colectivos con experiencia previa como sin ella), desde el consejo de salud a iniciativa de la ciudadanía intentando crear actitudes positivas. El caso 4G sirve para demostrar que el intercambio entre distintos consejos de salud cercanos puede aportar ideas para solucionar temas concretos: mejora de funcionamiento de un centro de salud, contacto con voluntariado, movilización de las diversas instituciones, organización de la comunidad.

Posteriormente, en grupo grande, se abre un debate para profundizar sobre el grado de cumplimiento de las funciones establecidas en los consejos y propuestas de mejora mediante una discusión en grupos pequeños (Material 4H).

Juego de roles. Mediante esta técnica se plantea la forma de abordar algún problema de un municipio con la participación de los distintos agentes implicados para demostrar que es necesaria una representatividad y compromiso de cada uno de los colectivos para llegar a una solución. Se puede presentar un problema o un caso conocido de la zona o a través del caso propuesto de Villa Manrique (Material 4I). Se divide el grupo en tres, de una o dos personas, para que cada uno haga el papel del representante correspondiente defendiendo sus posiciones. El resto actúa de observador del proceso. Al final se hace una puesta en común de cómo se han sentido todos y las conclusiones más importantes.

Habilidades para mejorar. Por último se puede trabajar el cómo adquirir habilidades para mejorar la comunicación y la resolución de conflictos en los consejos de salud. Utilizar el Material 4J para que se reflexione sobre ideas equivocadas en la comunicación y cómo mejorarla (Material 4K) y una propuesta para resolución de conflictos mediante una lección participada con el Material 4L. Se sugiere utilizar estas habilidades sobre los temas priorizados como problemas o sobre casos concretos de la vida de los consejos.

Material 4 A

Nuestra experiencia del Consejo

- Comenta tu experiencia y vivencias en el consejo que participas.
- Aspectos positivos.
- Aspectos negativos o dificultades.
- Con respecto a la utilidad del mismo.
- En relación contigo.
- En relación con la organización o grupo al que representas.
- Cosas que modificarías.

Material 4B

Fábula del bosque

En el bosque había un gran revuelo aquellos días. Por un lado, las ardillas veían día a día cómo desaparecía su comida de los lugares donde la tenían almacenada y eso les creaba un gran malestar. A pesar de que preguntaban a todos los demás animales no daban con el culpable. Decidieron explicarle su problema al señor ciervo que era el animal más sabio y que a la vez mantenía buena relación con el resto de los animales. Así, el ciervo decidió convocar una reunión general para comentar el tema con el resto de los animales del bosque y buscar una solución. Pero a dicha reunión acudieron tal multitud de animalillos, que no se entendía nada de lo que decían, pues todos hablaban a la vez. Por ello, el ciervo decidió que cada especie elegiría un representante de su grupo que fuera representativo y que supiera expresar con claridad la opinión de sus representados.

Así pues, se convocó una segunda reunión en la que fueran unos pocos los que hablaran del tema que les preocupaba e intentaran buscar soluciones para resolverlo. Decidieron vigilar por turnos el almacén de las ardillas y descubrieron que eran los castores quienes les quitaban los alimentos y los escondían en su casa.

Entonces, el ciervo y los representantes del resto de especies hablaron con los castores para ver la razón de su actitud. Los castores dijeron que robaban la comida porque los castores padre y madre habían sufrido una caída de un árbol y se habían fracturado las patas (y por ello no podían buscar comida). De esta manera eran los hijos castores a quienes se les había ocurrido la idea de sustraer el alimento, pues vieron que las ardillas tenían comida de sobra gracias a su previsión y trabajo.

Como se planteó un problema, entre todos intentaron buscar una solución. Decidieron que hasta que se repusieran los padres, serían el resto de los animales quienes aportarían a los pequeños castores y a sus padres la comida, y de este modo el clima de armonía y amistad siguió reinando en aquel bosque.

Preguntas:

- ¿Qué te sugiere esta fábula?.
- ¿Tendría similitud con la vida real?.
- ¿Te parece adecuada la manera de resolver el problema?.
- ¿Cómo lo harías tú?.

Material 4C

Reglamento de los Consejos de Salud en la CAM Consejería de Salud

- 63 ORDEN 1254/1994, de 27 de diciembre, por la que se regula la constitución y funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, recoge que las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población, favoreciendo el derecho de los usuarios a participar en las actividades sanitarias a través de las instituciones comunitarias, a la vez que se señala, en diversos artículos de la misma, el contenido y forma de canalizar dicha participación.

Por su parte, el artículo 44 del Reglamento de Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 98/1988, de 8 de septiembre, establece como órganos de participación de la Zona Básica de Salud, los Consejos de Salud de Zona, indicándose en su artículo 20, que en un desarrollo posterior, se especificarán la constitución, funciones y cabales de participación de estos órganos.

Tras un amplio proceso de consulta a corporaciones locales, asociaciones ciudadanas y profesionales, sindicatos y colegios profesionales, la presente Orden constituye el desarrollo normativo de los Consejos de Salud de Zona previstos en el artículo s 20 del Decreto 98/1988, de 8 de septiembre.

En virtud de cuanto antecede y teniendo en cuenta que los órganos y mecanismos de participación en el marco de la Atención Primaria han de adecuarse en todo momento a las particularidades de cada Zona Básica en la que desarrollan su actividad los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid y en cumplimiento del Decreto 98/1988, de 8 de septiembre, por las atribuciones que tengo conferidas,

DISPONGO
Capítulo 1
Objeto y ámbito

Artículo 1.

El Consejo de Salud de Zona es un órgano colegiado que hace efectiva la participación de la población de cada Zona Básica, a través de sus representantes, en las actividades relacionadas con la salud que las Administraciones Sanitarias y trabajadores del Centro de Salud llevan a cabo.

Artículo 2.

1. El ámbito de actuación del Consejo de Salud es la Zona Básica de Salud, de acuerdo con la zonificación sanitaria vigente en cada momento. Cuando las peculiaridades demográficas o territoriales lo aconsejen, podrá ampliarse el ámbito de actuación a otras Zonas Básicas de Salud, delimitadas a un mismo Barrio o Distrito.

2. Los Consejos de Salud de Zona o Zonas procurarán establecer el mayor grado de colaboración posible con los órganos participativos constituidos a instancias de los Ayuntamientos (Consejos de Salud Municipales).

Capítulo II

Composición y constitución

Artículo 3.

1. El Consejo de Salud estará integrado por:

A)

- Un miembro de la Dirección de Atención Primaria del Área.
- Un representante del Servicio de Salud Pública del Área designado por su responsable.
- El Coordinador del Equipo de Atención Primaria de la Zona. Cuando exista más de un Equipo de Atención Primaria en el ámbito de actuación del Consejo, el Coordinador que designe la

Dirección de Atención Primaria.

- Trabajador social de Equipo de Atención Primaria o representante de los Servicios Sociales de Base de carácter público, radicados en la zona, designado por la Dirección de Atención Primaria.
- En los Consejos de Salud de las Zonas Básicas Rurales, se incorporarán el Veterinario y el Farmacéutico titular de la Zona.

El número de representantes de este apartado no superará en su conjunto, un cuarto del total de los miembros del Consejo.

B)

- Representantes del Ayuntamiento o Ayuntamientos existentes en la Zona, elegidos por y entre los mismos.

El número de representantes de este apartado no superará, en su conjunto, un cuarto del total de los miembros del Consejo.

C)

- Un representante por cada una de las distintas organizaciones, asociaciones y movimientos de los ciudadanos, legalmente constituidas en cuyos estatutos se recojan específicamente intereses en Salud y presentes en la Zona o Zonas (Asociaciones de vecinos, de padres de alumnos, de consumidores y usuarios, asociaciones juveniles, de la tercera edad, de mujeres, grupos de autoayuda, etcétera).

El número de representantes de este apartado no superará, en su conjunto, la mitad del total de los miembros del Consejo.

2. A efectos de facilitar el funcionamiento del Consejo de Salud, el número total de miembros no será superior a 16, 20 ó 24 representantes, según su ámbito se circunscriba a una, dos o más Zonas Básicas respectivamente.

3. El Consejo de Salud elaborará un reglamento de régimen interno que regulará su funcionamiento.

Artículo 4.

1. La Dirección de Atención Primaria del Arca será la responsable de iniciar el proceso de constitución del Consejo de Salud, de oficio o a instancia de las Corporaciones Locales o asociaciones ciudadanas presentes en la Zona o Zonas Básicas.

2. A tal fin, la Dirección de Atención Primaria del Área comunicará a las entidades ciudadanas y Ayuntamientos de la Zona o Zonas a la próxima constitución del Consejo y el número máximo de representantes que les corresponde por grupos de representación, al objeto de que en el plazo de un mes designen y notifiquen a la Dirección el nombre de los elegidos.

3. En el caso de que el número máximo de plazas correspondientes a la representación ciudadana o municipal en el consejo sea inferior o superior al número de entidades ciudadanas y Ayuntamientos de la zona o Zonas, la Dirección de Atención Primaria del Área instará a que entre las mismas lleguen a un acuerdo dentro del plazo anteriormente citado. Si este acuerdo no se produjera, la Dirección de Atención Primaria hará una propuesta arbitral a la Dirección General de Salud de la Comunidad de Madrid, que habrá de pronunciarse en el máximo de un mes.

4. El equipo o Equipos, la Dirección de Atención Primaria y el Servicio de salud Pública procederá a designar a sus representantes en el período referido.

5. Una vez nombrados los miembros del Consejo de Salud y en el plazo máximo de un mes, la Dirección de Atención Primaria del Área convocará la reunión constituyente, En dicha reunión se procederá a elegir de entre sus miembros al Presidente, Vicepresidente y Secretario.

6. El proceso de constitución de los Consejos de Salud de Zona deberá iniciarse a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Orden, en todas aquella Zonas Básicas cuya atención sanitaria esté encomendada a los equipos de Atención Primaria.

Capítulo III

Funciones del Consejo de Salud

Artículo 5.

Serán funciones del Consejo de Salud:

1. Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, así como en la asignación de prioridades a los problemas de salud y en las actuaciones que se deriven.
2. Participar en la elaboración, desarrollo y evaluación de los programas de salud de la zona.
3. Promover la participación de la comunidad en las actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud y la educación para su autocuidado, movilizándolo a estos efectos los recursos de la comunidad.
4. Conocer e informar el proyecto de Reglamento de Régimen Interno del Equipo de Atención Primaria y sus modificaciones.
5. Informar y proponer programas específicos de Salud en la zona.
6. Conocer la distribución y situación de las estructuras físicas, dotaciones materiales y plantillas de la zona, proponiendo a los órganos competentes cuantas medidas se acuerden oportunas para su idoneidad.
7. Analizar los problemas de salud medioambiental de la zona, dando traslado a la instancia pertinente del criterio y propuestas del Consejo al respecto.
8. Informar el horario de funcionamiento del Centro de Salud o consultorios y la distribución horaria de las actividades del equipo.
9. Informar de la propuesta de organización de la Atención continuada de la Zona Básica.
10. Conocer la propuesta de nombramiento del Coordinador del Equipo trasladado por la Dirección de Atención Primaria del Área.
11. Proponer o informar las modificaciones de la configuración de la zona, según el mapa sanitario de la Comunidad.
12. Promover el desarrollo de los derechos y deberes de los usuarios, conociendo las reclamaciones y respuestas dadas a las mismas, dando traslado al órgano competente del criterio del Consejo sobre dicho tema cuando se estime necesario y respetando en todo caso la confidencialidad de la información.
13. Informar la memoria anual de las actividades del Equipo.
14. Conocer los presupuestos anuales destinados al funcionamiento de los servicios de Atención Primaria, así como la ejecución de los mismos.
15. Analizar la coordinación existente con el nivel de asistencia especializada, proponiendo las actuaciones y medidas oportunas para la correcta integración de los dos niveles asistenciales.
16. Canalizar cuantas iniciativas y sugerencias permitan promover una mejora de la atención y el nivel de salud de la zona.

Capítulo IV

Normas de funcionamiento

Artículo 6.

El Consejo de Salud se reunirá, en sesión ordinaria, al menos una vez al trimestre, pudiéndose reunir con carácter extraordinario siempre que lo convoque su presidente a iniciativa propia o a petición de un tercio de los miembros.

Artículo 7.

1. El Consejo quedará válidamente constituido cuando asistan, en primera convocatoria, además del Presidente y Secretario, la mitad más uno de sus miembros; en segunda convocatoria, cuando además del Presidente y Secretario, asista un tercio de sus componentes.
2. La convocatoria será notificada por el Presidente por escrito a cada uno de los componentes del Consejo con una antelación mínima de diez días hábiles, salvo en los casos de urgencia, y se acompañará del orden del día.
3. Todos los acuerdos se tomarán por mayoría simple de los asistentes. El presidente tendrá voto de calidad.

4. De cada sesión se levantará acta, cuya copia se enviará a todos los miembros del Consejo, así como a la Dirección de Atención Primaria del Área, Ayuntamientos de la Zona Básica, Consejería de Salud y cuantos otros organismos e Instituciones se considere necesario.

Artículo 8.

1. Cuando el Consejo lo estime conveniente, podrán formarse comisiones o grupos de trabajo sobre alguna de las materias objeto de su competencia y/o convocar a sus sesiones a otros miembros del Equipo.

2. El Consejo procederá a la evaluación de su funcionamiento y actuaciones periódicamente.

Artículo 9.

1. Los miembros electivos del Consejo de Salud (artículos 3.1.B y C) deberán ser renovados en su mitad, bianualmente, pudiendo ser reelegidos por un nuevo y único periodo de dos años.

2. Se perderá la condición de miembro del Consejo de Salud por renuncia aceptada por sus representados que lo comunicarán al Presidente del Consejo, o por no ser reelegido.

Artículo 10

1. El Consejo de Salud tendrá por sede el Centro de Salud de la Zona Básica. Cuando el ámbito del Consejo se extienda a más de un Centro de Salud, su sede será el centro que designe la Dirección de Atención Primaria. De manera excepcional, el Consejo podrá fijar su sesión en otros centros públicos de la zona básica.

2. El Equipo ofrecerá el apoyo administrativo necesario para el normal funcionamiento del Consejo de Salud, indicando la Dirección de Atención Primaria al Equipo que asumirá el apoyo administrativo cuando el ámbito de actuación del Consejo de Salud se extienda a más de un Equipo.

DISPOSICION FINAL

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETIN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Madrid, a 27 de diciembre de 1994.

El Consejero de Salud.

PEDRO F. SABANDO

Material 4D

Análisis de frases sobre los consejos

Identifica lo que es verdadero o falso

- Vehiculizar demandas de salud de la población.
- Colaborar en la educación sanitaria de la población.
- Selección y contratación del personal.
- Aprobar los presupuestos y las memorias.
- Las reuniones del consejo son públicas
- Establecer una vía de opinión e información de la comunidad en todas aquellas cuestiones relacionadas con la salud.
- Órgano de representación y consulta.
- Promover el desarrollo de los derechos y los deberes de los usuarios.
- Conocer los presupuestos anuales destinados al funcionamiento de los servicios de A.P.
- Las reuniones se celebran al menos mensualmente.
- Los acuerdos se toman por mayoría simple.
- Tramitar las reclamaciones.
- Evaluar la calidad de los Centros.
- Proponer programas de salud.

Material 4E

Infestación de piojos.

En el colegio de Villanueva han detectado los profesores varios casos de infestación por “piojos”. Se ha decidido hablar con las familias de los niños y las niñas infestados, pero la verdad es que es algo difícil. Muchos padres trabajan y no van ellos mismos a recoger a sus hijos e hijas, otros están tan nerviosos que no paran de echarles colonia contra los piojos sin cesar, y otros han decidido sacarles del colegio hasta que se pase la “plaga”.

Uno de los padres del colegio es miembro del consejo de salud y lo comentó en el mismo. Los representantes sanitarios se ofrecieron a realizar una circular para cada una de las familias de dicho colegio, explicando bien lo que se debía y no se debía hacer ante este tipo de problema sanitario. Además, la pediatra acudió al colegio en horario escolar para explicar a las familias en persona las recomendaciones y para resolver dudas. Tras las actuaciones la epidemia se pudo controlar

Preguntas:

- ¿Te parece este caso real? ¿Qué te parece la actitud de los profesores, padres y sanitarios?
- ¿El consejo sirvió para algo?.
- ¿Cómo resolveríais vosotros este problema?.

Material 4F

Funciones del Consejo

La doctora Pilar se ha ido del pueblo, pues pidió traslado a otro centro más cercano a su domicilio y se lo han concedido. La población de dicho pueblo se sintió muy triste y han decidido que cuando se reúna el próximo consejo de salud van a pedir públicamente explicaciones de la razón por la que su antigua médica les ha dejado de manera tan repentina. En dicho consejo estaba previsto tratar temas muy importantes, como la resolución o no, de poner más médicos en verano por el aumento de población de la zona, y el problema de las ambulancias, que parece que tardan más de dos horas cuando se les llama para una urgencia. La representante del pueblo insiste reiteradamente en el tema de dicha doctora. Al final, la mitad de los temas planteados se quedan sin tratar por falta de tiempo.

Preguntas:

- ¿Te parece adecuado el caso de la doctora para tratarlo en un consejo de salud?.
- ¿Te parece adecuada la actitud de la representante de dicho pueblo?.
- ¿Cómo resolverías, si alguna vez se te plantea esta situación?.

Material 4G

Caso resuelto a través del Consejo de Salud.

En el consejo de salud de Galapagar se ha planteado un problema socio-sanitario de gran actualidad en los últimos meses, el hecho de que un gran número de familias inmigrantes dejen al cuidado de sus hijos de corta edad a sus hermanos mayores, por no tener medios económicos para contratar a alguien que se haga cargo de ellos. Ya se han dado varios accidentes caseros con resultado de quemaduras, traumatismos, etc. Por lo visto, en el centro de Colmenarejo, próximo a Galapagar, tenían el mismo problema, y se ha invitado a los representantes del centro de salud para que expliquen cómo buscaron ellos la solución.

Recurrieron al voluntariado de la localidad, que hicieron turnos y se encargaron del cuidado de los niños pequeños mientras sus padres trabajaban. Les dieron clases de español en la casa de la cultura (había varios maestros entre ellos) y realizaron actividades de ocio para los más pequeños.

El equipo de Galapagar pensó que sería buena solución recurrir a los mismos métodos y consiguieron que varias asociaciones de voluntarios se encargaran del cuidado de los pequeños. Además, el ayuntamiento, enterado del problema gracias a un representante de la localidad, consiguió fondos económicos para iniciar el proyecto de una guardería que diera cabida no sólo a estos niños, sino a otros de la localidad que también tenían el problema de padres trabajadores y quedaban al cuidado de sus abuelos ancianos, y en ocasiones, enfermos.

Preguntas:

- ¿Te parece real el caso planteado?
- ¿Qué papel juega el consejo de salud?
- ¿De qué elementos se sirven para resolver el problema?
- ¿Quiénes intervienen y cómo resuelven el problema?

Material 4H

El funcionamiento de los consejos

Se propone realizar un trabajo de discusión en dos fases, la primera analizando los problemas existentes en el funcionamiento de los consejos mediante un cuestionario que centre los temas a analizar y en una segunda fase se discuten las propuestas de mejoras que los participantes aporten.

Fase 1ª: Identificación de problemas del consejo de salud:

En las funciones y objetivos:

- Grado de cumplimiento.
- Carácter de los acuerdos.
- Resolución de los problemas.
- En la creación del contexto comunitario en salud.

En los representantes:

- Asistencia.
- Grado de representación.
- Participación.
- Cargos del consejo.

En la organización:

- Horario.
- Locales.
- Frecuencia
- Reuniones. Moderación. Actas.
- Secretaria.

Fase 2ª: Propuestas de mejoras

Material 4I

Caso abierto

Problemática concreta de un municipio.

Dividir a los participantes en tres grupos, representantes de:

- comunidad
- administración
- sanitarios

Ver si una reunión entre dos grupos de ellos y faltando el tercero, es suficiente para resolver esta situación concreta.

Caso de Villa Manrique.

Villa Manrique de Tajo es un pueblo muy pequeño de la Comunidad de Madrid (aprox. 600 habitantes). En verano se ve invadido por una cantidad enorme de personas desplazadas que tienen allí una segunda residencia y pasan tres o cuatro meses.

La consulta del pueblo es muy pequeña y la sala de espera sólo tiene cabida para unas diez personas. Además, tanto el médico como la enfermera reparten su trabajo entre dicho pueblo y otro pueblo próximo de unos 400 habitantes, situado a unos 10 km. de distancia, no dando casi tiempo en 2 ó 3 horas a ver la gran cantidad de pacientes que vienen a diario. Se decide tratar el tema entre varios representantes de vecinos con el médico y la enfermera. Se avisó al alcalde del pueblo, pero nos dijeron que estaba de vacaciones y que no podían mandar a nadie en su lugar.

Tanto los sanitarios como los vecinos pensaron en pedir más personal para el verano (otro médico y otro enfermero más que estuvieran en el pueblo durante toda la mañana) y, además, pedir a un representante municipal (hay varios trabajadores del ayuntamiento disponibles) que dieran cita previa para evitar que se acumulara mucha población en la sala de espera. Esto lo hicieron en otro municipio cercano y resolvió la problemática existente.

El problema es que los representantes de la administración no acudieron y no se pudo ni siquiera intentar plantear el problema.

Se presenta el caso y dar representatividad a los tres grupos y ver soluciones posibles.

Material 4J

Algunas ideas equivocadas sobre la comunicación en una comunidad

Estas suposiciones son tan habituales que todos y todas tendemos a creerlas verdaderas, por ello es conveniente tenerlas presentes para evitar que nos conduzcan a errores en el momento de transmitir o recibir información:

- Creer que una comunicación correcta se produce de forma natural, casual.
Por el contrario, la comunicación no es algo que se produce ‘porque sí’. Habitualmente requiere voluntad, capacidad y esfuerzo por parte de quienes quieren comunicarse. La comunicación no se improvisa, ‘se construye’.
- Creer que la comunicación entre las personas es un proceso sencillo, en el que coinciden ‘todas las mentes’.
En la comunicación intervienen un conjunto de elementos que la convierten en un proceso complicado. Lograr una buena comunicación, que sea clara, rápida y que llegue a todos los miembros de la comunidad, siempre requiere tiempo y la mayoría de la veces, ‘aprender a comunicarse’.
- Creer que la comunicación se basa únicamente en las palabras.
La palabra es sólo una pequeña parte de la comunicación. No se trata sólo de ‘lo que decimos’, sino de ‘cómo lo decimos’, con qué entonación, intención, etc. Una buena parte de la comunicación se produce a través de los gestos y expresiones, lo que se llama ‘comunicación no verbal’.
- Pensar que sabemos lo que los demás quieren decir y que ellos saben lo que deseamos expresar.
A menudo una de las principales dificultades para la comunicación está en que muchas veces, aunque utilicemos las mismas palabras, estamos queriendo comunicar ideas diferentes. En otras ocasiones, coincidiremos en las ideas, pero no en las expresiones, no en las palabras que utilizamos.

Se propone reflexionar colectivamente sobre estas ideas y abrir un debate sobre las mismas.

- ¿Qué os parecen? ¿Estáis de acuerdo?
- ¿Se os ocurren algunas otras?
- ¿Qué dificultades se tiene para resolver estos enfoques?

Material 4K

Pistas para mejorar la comunicación

- Considerar la comunicación como una condición necesaria para que pueda desarrollarse adecuadamente la participación de las personas, de la organización. Prestarle la atención necesaria.
- Establecer en el interior de la asociación vías de comunicación precisas en las que queden claramente descritas:
 - Las funciones: ¿qué papel cumplirá cada uno de los miembros en el intercambio de la información?
 - Los contenidos: ¿qué informaciones, sobre qué cuestiones, deberán intercambiarse?
 - Los interlocutores e interlocutoras: ¿quiénes cumplirán las distintas funciones?, ¿a quiénes deberán informar cada miembro?
- Revisar regularmente el funcionamiento de las vías de comunicación para valorar cómo funcionan y adaptarlas a las necesidades de la asociación.
- Comparar, de una forma regular, las informaciones para asegurar que existe una comprensión correcta de las mismas por parte de los miembros.
- Preparar y seleccionar las informaciones. Tan mala es la falta de información como el exceso de informaciones que «rebosan» las vías de comunicación y no dejan distinguir entre lo que es importante y lo que no. En cada información hay que destacar lo que realmente interesa.
- Aprender a mejorar nuestra comunicación. Realizar ejercicios, preparar las reuniones, mejorar y desarrollar las capacidades, etc., para facilitar la comunicación.
- Asegurar que existe una estrecha relación entre nuestra forma de: organizarnos, trabajar y comunicarnos. Que la información circule por las mismas vías que se toman las decisiones y se realizan las acciones.
- Comprobar si realmente las informaciones que se transmiten son útiles para las personas a quienes van dirigidas. Comprobar en qué medida están siendo tenidas en cuenta las informaciones.
- Evitar etapas innecesarias: las vías de comunicación que las informaciones tengan que recorrer un camino excesivamente largo desde que se emiten, basta que lleguen a las personas a quienes van dirigidas. Cuantos más intermediarios, más filtros y deformaciones en los mensajes.
- Reforzar el conocimiento interpersonal entre las personas, favorecer un clima de confianza mutua.

Nota: Se distribuye el material para ser trabajado en grupos y luego con puesta en común.

Material 4L.

Pasos para resolver problemas y tomar decisiones

Identificar el problema.

A menudo los problemas surgen de “forma natural” y se presentan en forma de conflictos, aumento de la tensión entre los miembros...

En muchos casos existe la tentación de “esperar a que el problema se resuelva solo”, sin embargo dejar pasar el tiempo sólo conduce a la aparición de nuevos problemas.

Identificar el problema consiste “simplemente” en que los miembros del grupo hagan un esfuerzo por dar un “nombre” a la situación problemática, describiéndola.

Una vez que hay un acuerdo sobre cuál es el problema, es importante descubrir cuál es el nivel de urgencia que según los miembros tiene el problema.

Diagnosticar el problema.

Cuando se ha reconocido el problema, conviene analizar y llegar a un acuerdo sobre cuáles han sido las causas que han llevado a la aparición del problema.

En este punto es muy importante no esforzarse en buscar “buenos o buenas” y “malos o malas”, hay que intentar no apasionarse y en ningún caso, hacer juicios sobre las personas. El interés de conocer las causas que han originado el problema es buscar soluciones, no encontrar “culpables”.

En el caso de la toma de decisiones, este diagnóstico del problema significa identificar sobre qué cuestiones se va a decidir, teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, no se puede decidir sobre todos los temas pendientes.

Pensar alternativas

Tanto si se trata de resolver un problema como de tomar una decisión, el siguiente paso es encontrar todas las soluciones o alternativas posibles.

En este momento no se trata de elegir, sino de disponer del mayor número de posibilidades.

Elegir las soluciones o alternativas

Ahora sí es el momento de analizar:

- 1) El esfuerzo requerido.
- 2) Las ventajas e inconvenientes.
- 3) Las consecuencias de cada una de las soluciones o alternativas que han salido a la luz en la fase anterior.

Es muy importante no precipitarse y valorar cada una de las posibilidades de que se dispone, para después elegir aquella que cuente con un mayor nivel de acuerdo entre los miembros y una mejor relación esfuerzos /resultados.

Es en este punto donde con mayor facilidad se produce el desacuerdo, por lo que es conveniente resaltar los puntos que existen en común. No siempre será posible un acuerdo total, pero esto no puede impedir el trabajo colectivo.

En las ocasiones en que el acuerdo sea muy difícil, es preferible darse tiempo antes que hacer una elección precipitada que, en la mayoría de los casos, sólo ocasionará problemas.

Poner en marcha la solución o alternativa

Una vez hecha la elección, hay que dejar claro:

- a) El tiempo que se considera necesario para poner en marcha el acuerdo.
- b) Cuáles son las tareas que hay que realizar.
- c) Cuáles son las personas encargadas de realizar esas tareas.

Evaluar

Definir qué criterios son los que se van a utilizar para comprobar cómo se ha desarrollado la solución o la alternativa elegida, en qué momento se va a producir la evaluación, y qué medidas se van a adoptar en caso de que la evaluación sea negativa.

Actividad 5: Participación del ciudadano en la mejora de la calidad

Se pretende contribuir a identificar los componentes de la calidad de los servicios sanitarios, promover la actitud constructiva y crítica, y propiciar habilidades para la forma de participar en los programas de mejora de la calidad.

La calidad. Se promueve que las y los participantes si han tenido alguna experiencia de participar en algún instrumento de control de calidad, ya sea en los servicios sanitarios o en otros servicios, comenten sus experiencias y vivencias utilizando la rejilla del Material 5A.

Posteriormente se valorará en grupo general lo que entienden por calidad en general y en específico por la calidad en los servicios sanitarios. Para ello mediante una tormenta de ideas (Material 5B) se recoge la información en grupo grande y posteriormente se hace un breve resumen sistematizando las ideas aportadas y señalando las dimensiones o componentes más habituales que engloba el concepto en los servicios: la calidad científico técnica, el trato recibido, las amenidades y ambiente general del servicio, la eficiencia económica, la capacidad para resolver problemas y satisfacer necesidades en tiempo y forma.

Cuento del traje nuevo del Emperador. Se puede utilizar el cuento para reflexionar sobre el control de la calidad y qué factores intervienen (Material 5C). Se estudia el caso en grupo pequeño para luego en grupo grande recoger lo realizado por los grupos y resumir y puntualizar.

Que métodos concretos existen: Mediante una breve exposición del material incluido en centrándonos en el tema, participación del ciudadano en la mejora de calidad de los servicios sanitarios, se informa sobre los diversos instrumentos existentes en nuestro país de cómo la ciudadanía puede participar o intervenir en los programa de control y mejora de la calidad de los servicios públicos. (Material 5).

¿Realmente sirven para algo?. Se debe facilitar el análisis de algunos de los instrumentos más conocidos y utilizados mediante el estudio y trabajo en grupo de casos concretos. Nos parecen en este momento como prioritarios analizar la reclamación, el informe de usuarios, el consentimiento informado y las encuestas de satisfacción. Tras trabajar en pequeños grupos se pasa a una puesta en común en donde el o la coordinadora debe aclarar en breve lección aspectos concretos del instrumento que se analiza y su utilidad y gestión. De cada instrumento se debe analizar por un lado lo que se pretende de ellos y la utilidad de los mismos en este momento en los servicios sanitarios, y por otro lado la percepción y opinión de los y las participantes sobre los mismos.

Reclamaciones (Material 5E y 5E bis) Se puede trabajar con diversas reclamaciones obtenidas en el centro de salud de referencia sobre motivos diferentes como el del ejemplo, facilitando unas preguntas de reflexión, con factores condicionantes y posibles soluciones. También se puede trabajar con un caso historiado de una reclamación con distintos factores a analizar y preguntas de reflexión: el problema, la demanda de la reclamación, su tramitación por el ciudadano, la gestión de la misma, quiénes participan, cómo se analiza y los resultados.

Informe de usuarios. Explicar lo que es este instrumento y distribuir algún ejemplar de los que se utilizan en el sistema sanitario, siendo lo más frecuentes los de alta hospitalaria, pero también alguno de un centro de salud.

Consentimiento informado (Material 5F y 5 F bis): Se sugiere trabajar primero la justificación ética y legal del mismo con la lectura de la reflexión de Stuart Mill y/o la lectura de los artículos del Convenio de Oviedo que obligan a su aplicación en el estado español, y posteriormente analizar algún caso concreto de formulario de consentimiento como el facilitado en el Material 5G y 5H.

Cómo adquirir habilidades para la participación del ciudadano. Se debe proceder a explicar detenidamente cómo se deben utilizar los distintos instrumentos más utilizados, o que vayan a serlo por el grupo, y luego proceder a realizar su práctica. A modo de ejemplo se facilitan en el Material 5I modelo de consentimiento informado, en el Material 5J instrucciones para utilizar la “reclamación” y en el material 5K modelo de encuesta de satisfacción del usuario. Se pueden hacer instrucciones para los instrumentos que se vayan a trabajar en el taller. Se propone que con el modelo correspondiente de instrumento (reclamación, consentimiento informado, informe de usuario, encuesta de satisfacción) los participantes lo cumplimenten en el taller y se analicen las dificultades que existen.

Material 5 A

Control de la calidad

Expresa tus vivencias al participar en el control de la calidad de un servicio o empresa (reclamaciones, encuestas de satisfacción, entrevistas, informe de usuarios....)

- Tipo de instrumento utilizado.

- Aspectos positivos.

- Aspectos negativos.

- Dificultades.

Material 5B

Qué entendemos por calidad

- ¿Qué significa calidad en general?
- ¿Qué significa para ti la calidad en los servicios sanitarios?
- ¿Qué componentes engloba?

Material 5C

El traje nuevo del emperador

Había una vez un emperador que sólo se preocupaba de vestir bien. Gastaba la mayor parte de su tiempo y de su dinero en comprar y ponerse trajes nuevos. El emperador quería un traje para cada hora del día, y siempre se estaba probando nuevas levitas, bordadas en oro y adornadas con piedras preciosas.

Un día llegaron a la ciudad dos malandrines, que decían ser los mejores tejedores del mundo y hablaban de las maravillas que eran capaces de hacer. “Hemos hecho trajes para el emperador de la China y para el marajá de Kapurtala”, decía uno, “lo más fantástico es el tejido invisible para tontos”, decía el otro. “Sólo lo pueden ver aquellos que son inteligentes y capaces para hacer su trabajo”. La gente les escuchaba con curiosidad e interés.

La noticia llegó a palacio y el emperador mandó llamar a los tejedores de la tela que era invisible para tontos. Los dos pillos le confesaron sus habilidades.

El emperador le encargó un traje de aquel tejido para descubrir quiénes eran sus servidores inteligentes. “Podéis armar el telar aquí mismo, en palacio, y yo mandaré que os traigan lo necesario”.

A partir de entonces, los dos estafadores pasaban el tiempo fingiendo que tejían. Pedían hilos de oro y piedras preciosas, que escondían para llevárselos.

El emperador sentía curiosidad por ver el tejido para su traje nuevo, pero tenía miedo de no verlo y descubrir que no era inteligente ni capaz de gobernar. Así que decidió mandar al primer ministro en su lugar: “Quiero que vayas a ver si el tejido que están haciendo los tejedores está quedando bonito, porque voy a usar ese traje en el gran desfile real”, dijo el rey al ministro.

El ministro se quedó espantado al no ver nada en el telar. En el primer momento hasta dudó de ser un buen ministro. Pero fingió que veía y exclamó: “¡Qué maravilla! ¡Qué colores y qué dibujos! ¡Creo que al emperador también le va a gustar mucho!”.

El emperador decidió ir al día siguiente a visitar a los tejedores, pues si su primer ministro había visto la tela, él también la vería. Y llevó consigo a su primo el duque. Los dos tejedores hicieron como que extendían la tela para que el emperador la viese mejor. Él no veía nada, pero comentó que era bellísima. El ministro y el gran duque se acercaron incluso al telar para examinar con más detalle aquella maravilla. “Me alegro que os guste tanto este tejido maravilloso”, dijo el emperador a sus acompañantes.

A partir de aquel día los dos tejedores dieron por terminado el tejido y empezaron a cortar y coser el traje nuevo del emperador. Fingían trabajar con ahínco, y la víspera del desfile pasaron la noche entera haciendo comedia, para que el traje estuviera listo por la mañana temprano.

Cuando el emperador fue a ponerse el traje nuevo, los dos fingían sostener con las manos la levita y las calzas.

“Rogamos a Vuestra Majestad que nos permita vestirla”, dijeron los tejedores, quitando al emperador la ropa y dejándole en calzoncillos y camiseta. Luego empezaron a gesticular como si le estuviesen vistiendo.

Al terminar, el emperador, entusiasmado, fue a mirarse en el espejo.

“Reparad, majestad en la maravillosa caída del tejido. Observad la elegancia del corto”, decían los tejedores.

El emperador, satisfecho, salió para el desfile. Medio desnudo, marchaba orgulloso bajo un palio. Todos veían que iba sin ropa, pero nadie decía nada por no pasar por bobo. Por eso alababan el traje real. Hasta que un niño gritó:

“¡Pero si va desnudo!”.

La carcajada fue general. Y por fin el emperador se dio cuenta de que había sido burlado.

Hans Christian Andersen

Preguntas:

- ¿Quién quiere ejercer un control de calidad?.
- ¿Es correcto el método que utiliza? ¿por qué?.
- ¿Quién es el que resuelve el problema?

Material 5D

Tabla de métodos de participación según origen de la iniciativa

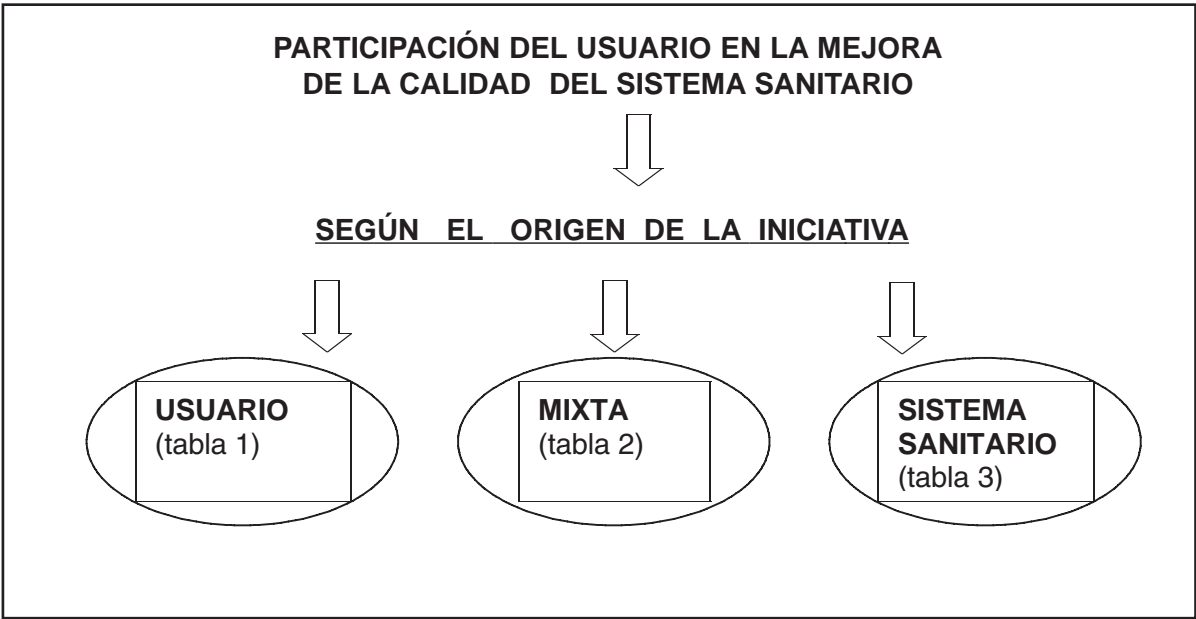


TABLA 1: INICIATIVAS DE LOS USUARIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD

LIBRO DE RECLAMACIONES	Acto de carácter administrativo para mostrar insatisfacción con el servicio recibido.
BUZÓN DE SUGERENCIAS	Útil para corregir defectos y errores o incorporar aportaciones beneficiosas para mejorar la calidad.
DENUNCIAS	De carácter judicial, vía penal pretende la sanción al profesional de indemnización monetaria.
DEMANDAS	De carácter judicial, vía civil pretende la indemnización por daños y perjuicios, posible acto de conciliación.
CAMBIO DE PROVEEDOR	Derecho reconocido del usuario, se pretende introducir como mejora de calidad, perspectiva de gestión neoliberal.
ASOCIACIONES, GRUPOS DE AUTOAYUDA	Agrupar a usuarios con intereses comunes aumentan su fuerza de influencia en la calidad del sistema.
DONACIONES	Además de contribuir con los impuestos, distintos tipos de donaciones imprescindibles sangre, médula, órganos..
TESTAMENTO VITAL	Definen la atención deseada, en enfermedad terminal, nunca eutanasia (ilegal) pero evitando el encarnizamiento terapéutico.

TABLA 2: INICIATIVAS COMPARTIDA O MIXTA USUARIO Y SISTEMA DE SALUD

CONSEJOS DE SALUD	Ideal de participación conjunta en mejora de calidad, regulado por distintas normativas autonómicas.
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	Usuarios, profesionales o gestores investigan buscando iniciativas para mejorar el sistema de salud.
EQUIPOS MIXTOS, COMISIONES	Evaluaciones concretas . Ejemplo, los grupos de seguimiento del cumplimiento de la carta de derechos y deberes del ciudadano.

TABLA 3: INICIATIVAS DEL SISTEMA DE SALUD CON PARTICIPACIÓN.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Indaga en el grado de satisfacción e insatisfacción y factores asociados, busca medidas correctoras.
ESTUDIOS DE EXPECTATIVAS	Busca producir un servicio que cumpla las expectativas del cliente, proviene de las teorías de calidad industrial.
INFORME DE USUARIO	Estudia aspectos objetivos de la atención específica recibida por el usuario encuestado.
INFORMADORES CLAVE	Se realizan entrevistas estructuradas a informadores clave y líderes de opinión de la comunidad.
GRUPOS DE DISCUSIÓN	Colectivos implicados identifican determinantes de problemas, factores causantes, posibles soluciones...
REGISTRO DE INCIDENCIAS	Detecta problemas de funcionamiento, utilizado en algunos sistemas de control de calidad.
OBSERVACIÓN EXTERNA	A través de medios directos o audiovisuales en programas docentes e investigación preferentemente.
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS	Proceso de análisis de objetivos, proceso o resultados de los programas de salud en los que participan los usuarios.
PROGRAMA MOSTRADOR	Mejora la accesibilidad a los servicios, tramitación de documentos, detecta y soluciona problemas.
ATENCIÓN AL PACIENTE	Ventanilla de consulta en expansión mediante nuevas tecnologías asesora personalmente, teléfono, internet...
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Mejora la información y educación sanitaria del paciente obteniendo su autorización en procedimientos.

Material 5 E

Reclamación 13001

NOMBRE Y APELLIDOS: Fernández Peralta, Antonia

DOMICILIO: Solicitud 3

LOCALIDAD: Madrid **PROVINCIA:** Madrid

NOMBRE DEL PACIENTE: Rosaura Fernández

TELÉFONO: s/n

FECHA DE RECLAMACIÓN: 18 de septiembre 2001.10:30 A.M.

CENTRO: Alcalá de Guadaira

UNIDAD DONDE OCURRIERON LOS HECHOS: Centro Alcalá de Guadaira

RECLAMACIÓN: Motivo: Retraso en atención de fisioterapia

Padeciendo dolores agudos de espalda, acudo a mi médico de cabecera quien, tras las oportunas radiografías y exploración para diagnóstico, me da volante para cita con el fisioterapeuta a fin de iniciar tratamiento para recuperación o al menos minimizar el dolor que también tengo ya en las rodillas.

El pasado 5 de septiembre, con el mencionado volante se me cita para el 19 de noviembre para que me vea el fisioterapeuta y ante mi queja verbal me indican que antes es imposible por estar todas las fechas ocupadas.

Me parece intolerable una demora de más de dos meses para atender una enfermedad que conlleva dolor y por tanto otros efectos secundarios que me incapacitan para llevar una vida normal.

.En Madrid a 18 de Septiembre de 2001.10:30 A.M.

Firma:.....

Preguntas:

- ¿Parece real la reclamación? ¿Conocen otras parecidas?.
- ¿Qué causas la motivan?.
- ¿Qué medida propones para solucionar este problema?.

Material 5E BIS

El recorrido de una reclamación en el Área 1

La señora Ramírez cansada de los problemas que tiene y de las listas de espera se queja en el libro de reclamaciones de su centro salud.

La unidad administrativa le facilita con ciertas dificultades el libro en el mostrador.

El coordinador médico del centro al final de la semana lee y analiza la reclamación y solicita al profesional afectado que informe sobre lo que plantea la reclamante.

En 15 días tras recibir la información del profesional le envía una carta de contestación a la Sra. Ramírez explicándole el motivo de la demora y los problemas del servicio y pidiéndole disculpas, pero que no puede solucionar el problema.

La enferma, no contenta con la contestación, reclama que cuanto antes se le resuelva el problema. El equipo de coordinación del centro de salud remite la reclamación con las actuaciones efectuadas a la gerencia del Área para su conocimiento y supervisión. En la gerencia se valora la reclamación y la contestación, y en caso, de no estar de acuerdo o tener dudas solicita información complementaria al centro e investiga si hay algún problema en la gestión de la lista de espera del profesional afectado en la reclamación.

Se valora si se deben tomar medidas complementarias o solucionar el problema de otra forma. En tal caso de no estar de acuerdo remite otra contestación al reclamante.

Preguntas:

- ¿Te parece real la reclamación?
- ¿Has utilizado en alguna ocasión el libro de reclamaciones?
- ¿Qué dificultades tuviste? ¿recibiste contestación?
- Identifica que personas y niveles de gestión administrativa intervienen en la tramitación de las reclamaciones.
- ¿Te parece adecuada la tramitación? ¿Qué problemas tienes?

Material 5F

Consentimiento informado.

Definición y texto para la reflexión

En el Diccionario de la Lengua Española, aparece con “nombre propio”, “Consentimiento Informado: el que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento”.

En lo referido a “consentir” y “consentimiento” el diccionario nos muestra varias definiciones: “**Permitir algo o condescender en que se haga**”, “**Manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente**”, en los contratos “**conformidad que sobre su contenido expresan las partes**”.

En lo referido a “informar” e “información” resaltaremos las siguientes definiciones: “**Enterar, dar noticia de algo, dar información**” y en el ámbito científico, en lo relacionado con las ciencias de la salud hablaremos de “Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que poseen sobre una materia determinada”.

La razón ética de la existencia del consentimiento informado, se remonta a finales del siglo XIX cuando el filósofo, moralista y economista británico Stuart Mill, formuló su principio de autonomía:

“Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano” (Stuart Mill J. Sobre la Libertad: Orbis, 1985;32)

Preguntas:

- ¿Qué te parece la definición?.
- ¿Qué te parece la reflexión de Stuart Mill?.
- ¿Qué nivel de cumplimiento existe?. ¿Cuántos consentimientos has firmado?.
- ¿Qué dificultades y problemas habéis tenido?.

Material 5F BIS

Normativa del Convenio Internacional para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Oviedo 2000. Firmado por el gobierno español

Capítulo II Consentimiento.

Artículo 5. Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.
2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.
3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.
4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.
5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. Deseos expresados anteriormente.

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Material 5 G

Modelo de Consentimiento informado sobre cirugía menor del Área 1

Hoja 1

Paciente Nº Hº

1 Fecha de Nacimiento

2 FECHA: * PROFESIONALES IMPLICADOS

3 MÉDICO QUE REMITE

Alergias anestésicos locales		Antecedentes cicatrices queloides o hipertróficas	
SI	NO	SI	NO
Alteración de coagulación		Consumo anticoagulantes/antiagreg. (aspirina)	
SI	NO	SI	NO

Diagnóstico clínico		Anestésicos locales: SI NO Procedimiento		Anatomía Patológica Envío: SI NO	
Herida cutánea	21	Suturas	1	Nevus Melanocítico	61
Absceso cutáneo	22	Punción-drenaje	2	Queratosis actínica	62
Nevus Melanocítico	23	Afeitado y curetaje	3	Molusco contagioso	63
Queratosis actínica	24	Excisión lesión superficial	4	Queratosis seborreica	64
Molusco contagioso	25	Extirpación lesión subcutánea	5	Quiste epidérmico o triquilemico	65
Queratosis seborreica	26	Extirpación sacabocados	6	Lipoma	66
Quiste epidérmico o triquilemico	27	Extracción cuerpos extraños	7	Verruga plantar	67
Lipoma	28	Cirugía de la uña	8	Verruga vulgar, otras localizaciones	68
Verruga plantar	29	Criocirugía	9	Fibroma blando (acrocordón)	69
Verruga vulgar, otras localizaciones	30	Electrocirugía	10	Quiste mucoide	70
Fibroma blando (acrocordón)	31	Otros: especificar:	11	Uña encarnada	71
Quiste mucoide	32			Otra patología ungueal	72
Uña encarnada	33			Otras patologías no especificadas	73
Otra patología ungueal	34				
Otras patologías no especificadas	35				

Plan de cuidados 7

Se entrega hoja de consejos SI NO

Precisa revisión SI NO 8

Fecha de revisión:

Se deriva a su médico: SI NO

Fecha de consulta:

Firma:

COPIA, EJEMPLAR PARA EL CENTRO

9 FECHA: PROFESIONALES IMPLICADOS

Complicaciones		Secuelas		Precisa revisión: SI NO Fecha:	
Sin complicación	40	Sin secuelas	50	Se deriva a su médico: SI NO Fecha:	
Sangrado de la herida	41	Cicatriz hipertrófica	51	Alta por mi parte. Firma: 12	
Hematomas	42	Pigmentaciones anómalas	52		
Infección de la herida	43	Cicatriz dehiscente	53		
Reapertura de la herida	44	Déficit funcional	54		
Rechazo de Catgut	45	Disestesias	55		

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Excepto intervenciones de patologías no demorables (heridas y abscesos))

13 1º.- He sido informado de la necesidad de que se me realice una sencilla intervención quirúrgica consistente en: como mejor alternativa terapéutica a mi problema.

14 2º.- Se me ha explicado que me van a administrar anestesia local y que las complicaciones más frecuentes (poco graves) son: infección o hematoma de herida quirúrgica, lesiones cutáneas alérgicas, cicatrices antiestéticas, molestias o dolor local; y las poco frecuentes (graves) son: reacción alérgica grave a anestesia local. Además sé que por mi situación vital basal, puede aumentar la gravedad de complicaciones como:

15 3º.- Si por motivos médicos es necesario modificar o añadir algún procedimiento, entiendo que debe realizarse.

Por ello, consiento que el/a Dr./a Del Centro de Salud de realice la citada intervención

Nombre del paciente

En: a de (lugar y fecha)

Firmado: Paciente/Padre/Tutor/.....

Material 5H.

Modelo de consentimiento informado para realizar pruebas alérgicas.

Paciente..... n° H^a.....
Diagnóstico

Médico que remite (responsable de la prescripción del tratamiento).....de servicio de

Del centro (hospital o centro de salud).....
La enfermera/o que tiene asignada en su centro de salud,Deseando los mejores resultados, en el seguimiento de su tratamiento para el control de su enfermedad alérgica, observa necesario el conocimiento de ciertos aspectos del tratamiento de los que debe hacerse usted responsable.

Al seguir el tratamiento en este Centro de Salud acepta que:

- Ha sido informado de que el extracto alérgico se conservará siempre en el frigorífico, evitando su congelación.
- Ha sido informado de la necesidad de acudir periódica y puntualmente a inyectarse el extracto, de acuerdo con las dosis y días señaladas por su alergólogo en la cartilla de tratamiento, o en su defecto, con la pauta que aconseja el laboratorio responsable de la preparación del mismo.
- Ha sido informado que **tras la inyección de la “vacuna”, debe permanecer en reposo y observación un mínimo de 30 minutos en el Centro de Salud**, y que no realizará ejercicios físicos violentos, o se bañará en agua caliente en las tres horas siguientes a su administración.
- Ha sido informado que en caso de reacción local manifiesta (intenso pico, enrojecimiento, inflamación e hinchazón local superior a 5 cm. de diámetro mayor), lo pondrá en conocimiento de su enfermera/o.
- Ha sido informado que en caso de reacción general (aparición de sus síntomas alérgicos, enrojecimiento y picor generalizado, urticaria, sensación de mareo, etc.) acudirá inmediatamente a un centro sanitario y posteriormente, de **forma obligatoria**, lo pondrá en conocimiento de su alergólogo.
- Ha sido informado de la conveniencia de comunicar cualquier modificación de su estado de salud previa a la administración del extracto (reagudización de su enfermedad alérgica, padecer alguna dermatitis, padecer enfermedad febril, embarazo, inicio del tratamiento con otros fármacos, especialmente Betabloqueantes...) que modificarían la indicación del tratamiento, por modificarse las circunstancias que se daban en el momento de prescripción por el alergólogo.

Por tanto, conociendo la información anteriormente expuesta, autorizo al personal sanitario del centro de salud “Alcalá de Guadaira”, a que administre la vacuna responsabilizándome de seguir las indicaciones de este informe durante todos los días que reciba el tratamiento. el personal de enfermería del centro de salud le administrará la medicación siguiendo la prescripción facultativa y registrando en su hoja específica de seguimiento: la dosis, el lugar de administración, la vía de administración, las incidencias y la firma de la enfermera que haya sido la responsable de administrar el tratamiento. Fecha inicio..... Fecha de finalización.....

Fdo.:/Paciente/Padre/Tutor.....

Material 5I

Instrucciones para el consentimiento informado

Modelo de Consentimiento informado sobre Cirugía Menor del Área 1 del Insalud Madrid.

En el material 5G podemos identificar distintos elementos que integran uno de los consentimientos informados elegidos como ejemplo, en este caso, disponemos del consentimiento informado utilizado en la práctica diaria en el servicio de cirugía menor (Área 1 – IMSALUD – Madrid). Es un documento muy completo, que a pesar de parecer muy extenso, en la práctica es muy útil y dinámico. Se adapta a cualquier tipo de intervención de cirugía menor proporcionando abundante información y facilitando el seguimiento del paciente, y por tanto dando continuidad al proceso de información y asistencia.

Elementos identificados:

1. Filiación del paciente: información de datos básicos del paciente, nombre, apellidos, fecha de nacimiento, número de historia....
 2. Filiación del personal sanitario: identifica a los profesionales responsables de la asistencia y la fecha en la que se realiza la intervención. Debe ser el personal reflejado en el consentimiento el que realice la intervención y no otro. El médico no puede permitirse el “lujo” de ser susceptible por el hecho de que su paciente quiera una segunda opinión de otro profesional. Además si el profesional no tiene suficiente confianza o cualificación para realizar la intervención, puede informar al paciente de esta situación, sin darle más importancia ya que se trata de un derecho del paciente que está específicamente regulado en los artículos 21.2 y 34.2 del Código de Deontología Médica del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos de España.
 3. Descartar contraindicaciones: un elemento antes de realizar cualquier intervención sanitaria es descartar posibles contraindicaciones, en este caso, nos habla de alergias, alteraciones de la coagulación...
 4. Diagnóstico clínico: fundamental antes de iniciar el proceso, conocer la naturaleza del problema, la formulación y comunicación del diagnóstico es competencia del personal facultativo, por esto mismo en la definición de consentimiento informado habla de “información que debe transmitirle el médico”. Esta información es confidencial (artículo 5 del Título II de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal – B.O.E. nm. 298, de 14-12-1999 y artículo 18 de la Constitución Española –el derecho a la intimidad-). Tanto en el consentimiento informado como en el testamento vital, el paciente de no hacer explícito lo contrario, tiene derecho a ser informado de la naturaleza de su enfermedad. Por lo tanto sería importante, que quien se preocupe de este asunto, deje perfectamente aclarado este aspecto, antes de comenzar la relación profesional e, incluso pedirlo expresamente (mediante testamento vital u otro medio válido) para que el deseo del paciente conste en la Historia Clínica para evitar cualquier duda al respecto.
- En caso de comunicar el diagnóstico a una tercera persona o grupo de personas, es el paciente el que decide el tiempo y la forma (con ayuda del profesional sanitario si es necesario), de esta manera la Ley 15/199 de Protección de Datos de Carácter Personal en su artículo 6.1 nos dice que “El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa”.
5. Procedimientos: es necesario informar con detalle, si puede ser de una forma ilustrada, de los distintos procedimientos, entre los que el paciente puede elegir para solucionar el problema. En este caso el paciente puede elegir si desea o no el uso de anestesia, además muchos problemas tienen distintas soluciones en función del procedimiento una misma lesión en la piel puede ser eliminada con una extirpación superficial con bisturí e incisión fusiforme, con criocirugía, con electrocirugía...). El paciente tiene derecho a conocer las distintas alternati-

- vas, para compartir la decisión con el médico mediante el consentimiento informado.
6. Revisiones: Hay que informar de la evolución su proceso, del número de revisiones que precisará, su frecuencia, tratando de prever el impacto que tendrá sobre su posterior calidad de vida.
 7. Plan de cuidados: es interesante comenzar la educación sanitaria en este momento informándole de los cuidados que deberá seguir tras el tratamiento.
 8. Seguimiento: con esta información nos garantiza la continuidad del proceso de información y de la asistencia. Identifica a los profesionales responsables del seguimiento que en numerosas ocasiones no coinciden con los profesionales que inician el tratamiento.
 9. Registro de revisiones: en este modelo observamos la ventaja que supone el tener integrado datos de evolución en el consentimiento informado.
 10. Complicaciones: la disposición de este modelo nos ayuda a informar de las posibles complicaciones y a registrarlas durante las revisiones.
 11. Secuelas: encontramos posibles secuelas, que generalmente se pueden presentar en este tipo de procedimiento, sin consideramos que hay alguna secuela que no se recoja, en el momento de pedir el consentimiento la deberíamos añadir e informar de los mismo al paciente.
 12. Fecha de Alta: este modelo sigue ofreciendo datos para registrar las revisiones y además nos permite datar la fecha de alta por parte de quien realiza la revisión, ofreciendo alternativas, o por no precisar revisión o por ser derivada a otro médico.
 - 13, 14, 15. Registran la respuesta del paciente a nuestra explicación recogiendo su consentimiento, además permite individualizar el consentimiento, identificando: la intervención quirúrgica concreta, las complicaciones propias de la intervención, la filiación de los profesionales responsables y la filiación del paciente o tutor.
- En el que caso de no ser una persona apta para firmar el consentimiento por discapacidad, edad..... un tutor asuma la recepción y comprensión de la información, con las consecuencias asociadas a ésta. El artículo 6 del “Convenio de Oviedo”, hace referencia a la protección de las personas que no tienen potestad para expresar su consentimiento.
- Además este modelo incluye otros elementos: una hoja autocopiativa similar a la expuesta para entregar al paciente y un plan de cuidados que se lleva el paciente.

Material 5J

Instrucciones para las reclamaciones

El libro de reclamaciones es un instrumento creado para propiciar la participación de la ciudadanía en la evaluación y mejora de los servicios que recibe.

En la legislación española se reconoce el derecho de la ciudadanía a utilizar la reclamación.

En todo servicio sanitario debe existir un libro de reclamaciones fácilmente accesible al ciudadano.

Las unidades administrativas o de información al ciudadano deben facilitar el libro y la información necesaria para su correcto uso.

Se debe facilitar un espacio reservado para la elaboración de la reclamación. En caso de dificultades para la escritura el ciudadano puede solicitar colaboración de la propia unidad administrativa o de otra persona.

El ciudadano o ciudadana puede elaborar y escribir con tranquilidad su reclamación en casa con y ayuda de familiares o amigos, y entregarlo en días posteriores a la unidad admisión para incluirlo en el libro de reclamaciones.

Una vez escrita la reclamación, el reclamante debe recibir una de las copias de la reclamación.

En cada reclamación es importante:

- Identificar correctamente la persona que hace la reclamación y la dirección o forma de localizarla.
- Narrar lo ocurrido señalando el problema que tenemos y el desacuerdo que queremos remarcar. Identificar correctamente la persona o el servicio o unidad afectada en la reclamación.
- Especificar lugar y fecha (día, hora , mes y año) de lo ocurrido.

Toda reclamación debe tener una contestación en un tiempo menor a un mes.

Material 5 K.

Modelo de ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL ENFERMO/ FAMILIAR

(Fuente: Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la luz de Cuenca)

VIA CLÍNICA DE NEUMONÍA COMUNITARIA CON INGRESO:

SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, DR:.....

Fecha de ingreso:/....../.... Fecha de alta:/....../.... Fecha actual:/....../....

Por favor recuerde que se le pregunta en cada cosa “lo que ha recibido” y “lo que desea y espera recibir”

Marque con una “X” lo que proceda: 1: nivel más bajo o peor 10: nivel más alto o mejor

¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido?											SI	NO
¿Conoce el nombre de la enfermera que le ha cuidado?											SI	NO
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre del médico que le ha atendido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre de la enfermera que le ha cuidado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Le enseñaron y explicaron los dibujos informativos de su estancia en el hospital?											SI	NO
¿Coincidió su estancia con lo que en esa hoja se le explicó?											SI	NO

¿Cómo valora usted que se le informe de las atenciones que va a recibir?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a que coincida lo planificado con o realizado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué mejoría del dolor ha tenido en los primeros días en el hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted al alivio del dolor?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué mejoría de la sensación de falta de aire obtuvo en los primeros días?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a que se resuelva esta sensación de falta de aire?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué mejoría del estado general sintió usted en los primeros días?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la mejoría del estado general?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Cómo cree que le informaron de sus enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a estar informado de su enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Se ajustó el tiempo de visitas a lo esperado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a tener visitas en el hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué le pareció la limpieza de la habitación donde ha estado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la limpieza de la habitación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué le pareció la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la cantidad y calidad de la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Recomendaría a un familiar los servicios de este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a la atención recibida en este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Estamos interesados en utilizar sus opiniones para mejorar nuestro trabajo. ¿Desea hacer alguna sugerencia adicional?. Por favor díganos:

Lo que menos le ha gustado:
Lo que más le ha gustado:

Gracias por su atención