



M^a Dolores González de Haro

LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES
SOCIALES, POLÍTICAS Y EDUCATIVAS

Lección Inaugural
Curso 2006-2007

LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES, POLÍTICAS Y EDUCATIVAS

MARÍA DOLORES GONZÁLEZ DE HARO
PROFESORA TITULAR DE LA ESCUELA
UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES,
POLÍTICAS Y EDUCATIVAS
UN MARCO DE REFERENCIA
PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

LECCIÓN INAUGURAL
CURSO ACADÉMICO
2006-2007



Universidad
de Huelva



DATOS EDICIÓN

PRIMERA EDICIÓN EN FORMATO EBOOK: DICIEMBRE 2015

PRIMERA EDICIÓN EN FORMATO PAPEL: SEPTIEMBRE 2006

© Servicio de Publicaciones 
Universidad de Huelva 

© M^a Dolores González de Haro 

I.S.B.N.: 978-84-96373-57-6

Depósito legal: H 235-06

PAPEL

Papel

Offset industrial ahuesado de 90 g/m²
Impreso en papel de bosque certificado

Encuadernación

Rústica, cosido con hilo vegetal


Printed in Spain. Impreso en España.

Imprime

Artes Gráficas Bonanza, S.L.

Publicaciones de la Univesidad de Huelva es miembro de UNE 

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutivo de delito contra la propiedad intelectual.

 [Clique para mayor información](#)



EL EBOOK LE PERMITE



Citar el libro



Navegar por
marcadores e
hipervínculos



Realizar notas
y búsquedas
internas



Volver al
índice
pulsando el pie
de la página



Comparte
#LibrosUHU



Únete y
comenta



Novedades a
golpe de clik



Nuestras
publicaciones en
movimiento



Suscríbete a
nuestras
novedades

El hombre occidental aprende poco a poco lo que es ser una especie viva en un mundo vivo, tener un cuerpo, unas condiciones de existencia, unas probabilidades de vida, una salud individual y colectiva, unas fuerzas que se pueden modificar y un espacio donde se pueden repartir de forma óptima. Sin duda, por primera vez en la historia, lo biológico se refleja en lo político

(M. Foucault, 1976)

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	II
I. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SOCIAL DEL CONCEPTO DE SALUD	13
II. LA SALUD Y LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN.	19
III. LA SALUD EN EL MARCO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: IMPLICACIONES SOCIALES Y POLÍTICAS.	25
1. LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 Y SU PROYECCIÓN EN EL SIGLO XXI	25
2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA LLAMADA A LA RESPONSABILIDAD POLÍTICA Y SOCIAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD	34
IV. LA ATENCIÓN A LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA SANITARIO: ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN	43
1. LOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES	44
2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL	46
3. LA CRISIS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD.	52
V. LAS IMPLICACIONES EDUCATIVAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD.	55
1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU PRAXIS	56
2. LOS ÁMBITOS DE DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA INTERDEPENDENCIA DE LOS AGENTES IMPLICADOS	70
VI. CONSIDERACIONES FINALES.	79
BIBLIOGRAFÍA	83



Excelentísimo y Magnífico Sr. Rector de la Universidad de Huelva
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades
Estimados compañeros y estimadas compañeras
Estimados Miembros de la Comunidad Universitaria
Señoras y señores

Comienzo esta exposición expresando mi más profunda y sincera gratitud a todas las personas que han facilitado y animado mi intervención en este importante acto académico. En primer lugar, a la Escuela Universitaria de Enfermería, por la confianza que ha depositado en mí y, en segundo lugar, a la Universidad de Huelva por invitarme a pronunciar esta lección inaugural que constituye, sin lugar a dudas, una gran responsabilidad.

El tema elegido para esta Lección está vinculado tanto a mi formación académica como a mi condición de profesora en la Titulación de Enfermería.

Hablar de la Salud en cualquiera de sus dimensiones es algo que suscita gran interés en todos los seres humanos, sin excepción alguna. La razón fundamental estriba en que todas las sociedades consideran la Salud como elemento esencial e imprescindible para la vida. En este sentido, conocer, comprender y comprometerse para mantener y mejorar la salud, implica un análisis de todos los factores y acontecimientos que condicionan el proceso de Salud-Enfermedad. Los Cuidados de Enfermería se apoyan necesariamente en este conocimiento y análisis global para ayudar a las personas desde el ámbito individual y comunitario a conservar su salud, a promocionarla, a prevenir los problemas y a recuperarse de los procesos mórbidos.



Desde esta perspectiva, la Salud se muestra como un acontecimiento global, amplio y complejo y vinculado a nuestras vidas de forma inextricable. Por consiguiente se rescata este término de su adscripción casi exclusiva a un entorno sanitario aséptico y aislado, despojado de los fuertes condicionantes sociales, económicos, políticos y educativos. Situación que se viene repitiendo a lo largo de la historia, debido fundamentalmente a la hegemonía de unos principios contrapuestos a los intereses de la Salud Pública.

La respuesta a por qué una gente vive saludablemente y otra no, está en gran medida en la manera en que se presentan todos estos factores y, esencialmente, en el control que somos o no capaces de ejercer sobre los mismos.

El contenido de esta Lección presenta dos grandes dimensiones complementarias: la Salud y sus condicionantes y la manera de situarse e intervenir sobre este fenómeno, lo que conlleva, necesariamente, la identificación con una filosofía de los Cuidados que no contempla en su praxis la Salud y la Enfermedad como acontecimientos aislados, sino en relación con una organización social determinada susceptible de ser modificada en favor de la Salud.

Es, en definitiva, un tema apasionante tanto para la Profesión Enfermera como para el conjunto de los ciudadanos y ciudadanas, ya que el cuidado de la Salud es una responsabilidad social, por tanto, una responsabilidad institucional, política y educativa.

En esta línea discurrirá mi Lección, sintetizada y ultimada para este acto.



I. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y SOCIAL DEL CONCEPTO DE SALUD

La salud ha sido una de las preocupaciones constantes en todas las sociedades a lo largo de la historia, constituyendo un valor social y cultural permanente para el conjunto de los seres humanos, tanto individual como colectivamente. El deseo de gozar de salud para el desarrollo de una vida plena ha representado una de las metas más importantes de la Humanidad.

Al igual que los pueblos primitivos, los miembros de las sociedades civilizadas creen en la posibilidad de un estado de salud y felicidad. Mientras que los pueblos primitivos manifestaban esta creencia a través de leyendas y tradiciones, las sociedades civilizadas intentan racionalizar dicha creencia por medio de las teorías filosóficas y de la ciencia en general.

La concepción de Salud ha ido variando a lo largo de la historia en función de los cambios sociales, políticos, económicos que las sociedades han ido experimentando así como del avance de los conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad.

En el mundo clásico griego, Higia se consideró como la diosa que un día veló por la salud de Atenas. Probablemente, fue una emanación de Atenea, diosa de la sabiduría. Higia era considerada la guardiana de la salud y no tenía nada que ver con la curación de las enfermedades. Simbolizaba la creencia de que los hombres podían mantenerse sanos si vivían de acuerdo con la razón; en definitiva, representaba las virtudes de una vida sana en un medio agradable, el ideal de *mens sana in corpore sano* (Dubos, 1975, 144)

A partir del siglo V a.c. el culto a Higia fue dejando lugar al culto a Esculapio, el dios curador. Los hombres, para evitar las enfermedades o para recuperar la salud, encontraban más fácil recurrir a curanderos que intentar la difícil tarea de vivir sanamente.



Los mitos de Higia y Esculapio representan las oscilaciones constantes entre los dos puntos de vista clásicos sobre la salud y la enfermedad: para los seguidores de Higia, la salud representa el orden natural de las cosas, a la que las personas tendrán derecho si gobiernan sus vidas sabiamente, para ello habría que enseñar las leyes naturales si se quería asegurar la salud de la mente y del cuerpo (Dubos, 1975, 156)

Desde el punto de vista filosófico, Hipócrates (460 a.c.) considerado el padre de la medicina en la antigüedad, representa los conceptos racionales basados en el conocimiento objetivo y la liberación de la ciencia en general, y de la medicina en particular, de todas las influencias mágicas o demoníacas que en la mayoría de las culturas primitivas explicaban la enfermedad. En el mundo occidental, Hipócrates ha representado a lo largo de la historia la perspectiva racional del filósofo, la actitud objetiva del científico, la orientación práctica de Esculapio y las tradiciones humanas de Higia (Dubos, 1975, 150)

En las enseñanzas hipocráticas estaba implícito que tanto la salud como la enfermedad estaban determinadas por leyes naturales y reflejaban la influencia ejercida por el medio y la forma de vida. En consecuencia, la salud dependía de un equilibrio entre los diferentes factores que gobiernan la mente y el cuerpo y que sólo se alcanzaba cuando la persona vivía en armonía con su medio externo: el hombre tendría mayores posibilidades de no enfermarse si viviera razonablemente (Dubos, 1975, 158)

En la Roma clásica, Higia fue conocida como Salus, considerada como divinidad del bienestar, protectora de la salud. Simbolizaba la creencia de que las personas podrían mantenerse sanas si vivían de acuerdo a unos determinados preceptos denominados de higiene.

En consecuencia, el Imperio Romano convirtió en normas públicas las prácticas individuales de higiene del mundo griego. Así, para cuidar de sus ciudadanos, realizó grandes obras públicas relacionadas con el saneamiento del agua (disponibilidad de agua abundante y potable, red de alcantarillado para la conducción de aguas fluviales y de aguas residuales), con la higiene de los alimentos (construcción de mercados), higiene medio ambiental (enterramientos, normas de salud pública...)



Con la caída del Imperio Romano y la instauración progresiva de un oscurantismo religioso en la Edad Media, se produjo un retroceso en cuanto a la salud como un valor social alcanzable vinculado a la organización social y a la práctica de la higiene individual y colectiva. Esta época trajo consigo la creencia de que las enfermedades estaban causadas por la cólera divina, como castigo al comportamiento de los hombres y, por tanto, el abandono de las prácticas higiénicas más básicas para el cuidado de la salud (agua potable, aire limpio y alimentación sana), siendo el resultado la aparición de las grandes epidemias de enfermedades infecto-contagiosas (el cólera, la peste)

A partir del siglo XVIII y XIX, donde se producen grandes cambios en el sistema social (Revolución Industrial), se empieza a abandonar la explicación mágica de la enfermedad, comenzándose a evidenciar asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida. Así, Bernardino Ramazzini estudió mediante una encuesta el estado de salud de los comerciantes (año 1700) y, posteriormente, en 1713 publicó la obra denominada *De las enfermedades ocupacionales*, en la que relacionaba las enfermedades con la práctica de distintos oficios y las penosas condiciones de trabajo.

En el siglo XIX, la Revolución Industrial trajo graves consecuencias para la salud de la población: cólera, tifus, tuberculosis, desnutrición infantil, alcoholismo... y todo ello como resultado de los graves problemas de hacinamiento, empobrecimiento, marginación... a los que llevaban las malas condiciones de trabajo que la población se veía obligada a soportar, ya que, una vez desposeída de su riqueza artesanal, era su prole (de ahí el proletariado) y su correspondiente mano de obra su único medio de subsistencia.

Las transformaciones sociales y políticas que tienen lugar tratan de dar respuesta a esta situación. Así, el abogado británico E. Chadwick elaboró un informe a instancias del Parlamento sobre *las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Gran Bretaña* (1842) en el que se ponía de manifiesto que las carencias de alimentos, aire puro y la contaminación provocaban la pérdida de la salud (Sáez Gómez, 2000, 11)

En 1848, el alemán R. Virchow afirmó que la pobreza era la incubadora de las enfermedades y que, por tanto, era necesario acometer grandes reformas sociales para devolver la salud a las personas.



La era bacteriológica de finales del siglo XIX, que se inicia con los trabajos de L. Pasteur en los que se identifica la naturaleza microbiana de las enfermedades y se crean las primeras vacunas, así como los trabajos de R. Koch donde se afirma que detrás de una enfermedad siempre se encuentra un microorganismo, da lugar a una concepción de salud centrada en el enfoque biologicista con un marcado carácter individual y, por tanto, se plantea la necesidad de que, más que cambiar las condiciones sociales, se hagan todos los esfuerzos en la prevención individual con la aplicación de las vacunas y de la higiene personal (Sáez Gómez, 2000, 14)

Este enfoque ha estado presente de manera constante y ha constituido la base de la formación de los profesionales sanitarios, siendo muy relevante su proyección en la población en general y en todas las prácticas educativas.

El concepto de salud tiene su base en una construcción social que procede de la experiencia de las personas y de los acontecimientos sociales y políticos. En consecuencia, las prácticas individuales y sociales que se derivan del mismo sólo pueden comprenderse integrados en un contexto social, económico, político, histórico... (Sáez Gómez, 2000, 4)

Casi a mediados del siglo XX, los cambios sociales experimentados y los correspondientes avances de la ciencia en el conocimiento cada vez más preciso de los factores relacionados con la salud y la forma de prevenir la enfermedad, el cambio en el patrón de morbi-mortalidad, la revolución de los medios de comunicación y el tratamiento de la información y el fenómeno de la internacionalización han dado lugar a que el concepto de salud evolucione hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social, lo que ha constituido la base para que, desde ese nuevo paradigma emergente, se plantee una nueva cultura de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Constitucional de 1948, define la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”. A pesar de las críticas que ha recibido este concepto, contiene algunos elementos innovadores: introduce el término *positivo*, lo que supone que la salud debe dejar de considerarse como lo opuesto a la enfermedad; incluye la *dimensión mental y social*, por tanto, comienza a plantearse



ya una concepción que va más allá del nivel biológico y pone de manifiesto que el vivir saludablemente es responsabilidad del conjunto de la sociedad y no sólo del individuo.

El debate conceptual al que dio lugar esta definición ha tenido como crítica fundamental la consideración de definición *utópica*, puesto que se trata más de un deseo que de una realidad alcanzable, un objetivo imposible de conseguir. Por otra parte, es una definición subjetiva, ya que sólo hace referencia al término *bienestar*, olvidando aspectos objetivos como la capacidad de los seres humanos para el funcionamiento (Gómez López, 2000, 7)

La propia OMS, aunque no ha formulado ninguna otra definición de salud, sí ha ido abandonando progresivamente este enfoque maximalista y utópico y se ha ido vinculando a través de sus recomendaciones a lo que, en la actualidad, se denomina el *nuevo paradigma emergente de salud* o modelo ecológico, que la concibe desde una perspectiva dinámica e interdependiente y desde donde sea posible conseguir un nivel de salud adecuado para hacer frente a los retos del ambiente. En este sentido, se hace un continuo llamamiento a los gobiernos para que trabajen en favor de la salud. Es, en definitiva, una llamada a la responsabilidad social en la consecución de metas saludables.

Con posterioridad a la definición de la OMS, han ido surgiendo otras formulaciones del término salud: Desde la perspectiva sociológica, R. Dubos (1959) la definió como *el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio*. Ivan Illich (1976) define la salud como *la capacidad de sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la sobrevivencia, pero también de arriesgarla*. Milton Terris (1987) la define como *el producto positivo de la interacción continua del hombre con su medio*.

A lo largo de las últimas décadas, las diferentes formas en que se ha definido la salud han sufrido múltiples críticas, tanto desde el campo de la Sociología en el que se pone de manifiesto el *“papel excesivamente preponderante de las profesiones sanitarias en general y de la médica en particular, en la definición de la enfermedad y sus remedios, cuestionando así la capacidad de los servicios sanitarios en la prevención y curación de ésta”*(Gómez López, 2000, 10), como desde los propios profesionales de la salud, donde se han enfrentado, por una parte, el enfoque biomédico



(centrado en la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad y con un marcado carácter clínico) y el enfoque salubrista, con tendencia hacia una concepción de la salud más socializada y holística.

En definitiva, el concepto de salud está sujeto a la evolución del pensamiento social, a los avances de las ciencias de la salud y a los nuevos retos a los que hay que hacer frente. Constituye, por tanto, uno de los sustratos básicos de nuestro sistema de valores sobre el que día a día intentamos facilitar el desarrollo de una vida plenamente humana y universal.



II. LA SALUD Y LOS FACTORES QUE LA DETERMINAN

¿Cuáles son los factores que influyen sobre la salud de las personas y las sociedades? La respuesta a esta pregunta está en el estudio de los denominados *determinantes del proceso salud-enfermedad*.

Numerosos estudios en distintas épocas han puesto de manifiesto que la gente que ocupa posiciones sociales más altas vive más tiempo y además, en general, gozan de una mejor salud.

En este sentido hay que destacar los trabajos del médico italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714) en los que fue relacionando determinadas enfermedades con la ocupación laboral como factor determinante. Posteriormente, J.P. Franck, a finales del siglo XVIII, sostuvo en su obra *Sistema para una completa policía médica* (1779-1789) que el factor determinante de la enfermedad era la pobreza y que el Estado era el responsable de la salud pública. A lo largo de los seis volúmenes que tiene esta obra se describen de manera completa y científica todas las circunstancias que afectan a la salud: la alimentación, la educación, la sexualidad, el vestido, la vivienda... (Sáez Gómez, 2000, 11)

En el siglo XIX hay que mencionar los trabajos de Rudolf Virchow (1821-1902), médico y político alemán, en los que se afirmaba que la pobreza era la causa de las enfermedades y, por tanto, había que acometer importantes reformas sociales para eliminarla. También Edwin Chadwick (1800-1890), ingeniero inglés, afirmó que las enfermedades siempre iban acompañadas de carencias, suciedad, contaminación, y que sólo era posible la restauración de la salud ofreciendo a la población aire puro, agua pura, alimentos puros y alojamientos agradables. En la misma línea, Max von Pettenkofer (1818-1901), químico y fisiólogo alemán, quien se opone a la teoría de los gérmenes considerando la higiene como una filosofía total de la vida. Desde la concepción de este enérgico higienista,



la salud estaba relacionada con el suministro de aire puro, de abundante agua clara y de un entorno medioambiental repleto de árboles y plantas. Su influencia en los niveles políticos de la ciudad de Munich tuvo como resultado un saneamiento del agua en cuanto a la facilitación de agua potable en abundancia y el drenaje de las aguas residuales. Este hecho contribuyó a conseguir un descenso muy importante en la mortalidad por fiebres tifoideas (desde 72 por millón en el año 1880 hasta 14 por millón en 1898). Munich se convirtió en esta época en una de las ciudades más saludables de Europa (Dubos, 1975. 164)

Los determinantes de la salud-enfermedad se han venido abordando a través de dos grandes modelos: el *modelo tradicional o ecológico* de enfermedad y el *modelo de promoción de la salud*.

El primero se originó a finales del siglo XIX, cuando las enfermedades infecciosas constituían la primera causa de enfermedad y muerte en los países desarrollados. Este modelo concebía la enfermedad como la confluencia de un agente patógeno, el individuo y el medio ambiente, en el que la existencia de un solo agente era suficiente para producir la enfermedad (teoría epidemiológica de la unicausalidad), atribuyéndose al huésped (individuo) y al ambiente la función limitada de modificar el efecto de dicho agente.

Esta nueva situación cambió radicalmente la relación causal, en la que se abandona el enfoque unicausal y se empieza a considerar que varias causas producen un mismo efecto. Así se empieza a tener en cuenta que los *estilos de vida* favorecen la aparición de determinadas enfermedades y, por tanto, pueden considerarse de tipo causal.

En Canadá, siendo ministro de sanidad M. Lalonde, se realizó el estudio: *una nueva perspectiva de la salud de los canadienses* (1973) cuyos resultados se hicieron públicos en el denominado *Informe Lalonde* (1974) que constituyó la bases para este segundo modelo: *el modelo de promoción de la salud*.

Los resultados de este Informe pusieron de manifiesto el enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad a través de cuatro grandes factores y su correspondiente porcentaje en cuanto al grado de contribución potencial al descenso de la mortalidad: *los estilos de vida* (43%), *la biología humana* (27%), *el medio ambiente* (19%) y *el sistema sanitario* (11%)



Posteriormente, a lo largo del siglo XX, se experimentan cambios importantes en los patrones de morbi-mortalidad, pasando a ocupar un lugar preeminente las enfermedades crónicas (cáncer, afecciones cardiovasculares...) y además existen evidencias que cuestionan la explicación de la enfermedad por un solo factor incluso para las enfermedades infecciosas. En este sentido, hay que destacar los resultados de diversas investigaciones: el denominado *Informe Black* (Reino Unido 1977) relaciona el estatus socioeconómico con la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios, siendo la mortalidad infantil cinco veces más elevada en las clases bajas que en las clases altas; McKeown (1979) demostró que el descenso importante de la tasa de mortalidad debida a las principales enfermedades infecciosas en los últimos dos siglos tuvo lugar antes de desarrollarse las medidas terapéuticas derivadas del descubrimiento de la quimioterapia y la vacunación (como lo demuestran sus datos sobre la mortalidad por Tuberculosis en Inglaterra y Gales entre 1840 y 1970), puesto que el descenso había comenzado mucho antes de la identificación del bacilo de Koch (1880) y del descubrimiento del tratamiento químico para combatirlo (McKeown 1981). De esta investigación se deriva que las medidas de salud pública fueran las responsables y no la asistencia médica *per se*, aunque sí se produjo un descenso brusco de la mortalidad (casi del 50%) a partir de 1940 con el desarrollo de una terapia efectiva. Se consideró que esta medida aceleró la velocidad del declive pero no fue la fuerza mayor que lo inició (Evans, 1996,13). También hay que destacar el estudio realizado por Marmot (1987) en el que se hizo un seguimiento a unos 10.000 funcionarios británicos durante casi dos décadas y cuyos hallazgos establecían grandes diferencias en las tasas de mortalidad para todas las causas entre los funcionarios: mayor tasa en escalafones más bajos. Además se observó una mayor proporción de factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia) en los niveles más bajos de la clase funcional.

En consecuencia, el proceso de salud-enfermedad es un fenómeno complejo por su carácter multifactorial y por la interdependencia entre los diferentes determinantes, lo que hace que hoy se hable de *los determinantes de los* determinantes como una auténtica cadena causal entre ellos. Uno de los determinantes que subyace a muchos otros es la



clase social, cuanto más alta es ésta, mejores niveles de salud se observan (Martínez Navarro, 2000, 21)

Mundialmente se ha venido utilizando el denominado *Informe Lalonde* para orientar las políticas de salud, y, en consecuencia, la intervención sobre los determinantes de salud constituye una de las estrategias más importantes para mejorar la salud de la población que, necesariamente, va a estar enmarcada en una acción intersectorial encaminada a producir los cambios sociales necesarios para corregir las desigualdades en salud que se vienen observando.

Actualmente, los determinantes de la salud constituyen una de las grandes preocupaciones de todos los países, sobre todo de los más occidentales. El esfuerzo por dar respuesta a la problemática de salud que se plantea está presente en la agenda política de la sociedad. Los servicios sanitarios debaten constantemente acerca de cuáles deben ser los cambios a realizar para dar respuesta a estos problemas (Evans, 1996, XI)

Esta preocupación compartida, sobre todo en los países desarrollados, se sustenta en una situación favorecida por determinados factores: los cambios en los patrones demográficos y de morbi-mortalidad (envejecimiento de la población, predominio de enfermedades crónicas frente a las agudas, aparición de nuevos procesos infecciosos y aumento de la mortalidad específica por causas externas como los accidentes); los cambios en la situación socio-política a escala mundial (la internacionalización de los conflictos relacionados con la salud y las estrategias de intervención sobre los mismos); los cambios en las expectativas sociales como consecuencia de la elevación del nivel de formación de la población y de un mayor nivel de conciencia en la lucha por el mantenimiento y progreso del Estado de Bienestar vinculado a la concepción de la salud como un derecho irrenunciable, los cambios medioambientales como una nueva amenaza para la salud, la aparición y mantenimiento de bolsas de pobreza en los países desarrollados junto a los grandes desequilibrios en el reparto de la riqueza entre países desarrollados y subdesarrollados; la necesidad de controlar los costes de los sistemas sanitarios y de las prestaciones sociales cuyos rendimientos en los países desarrollados han sido decepcionantes (escasa correlación del gasto con el resultado en salud :tasas de mortalidad infantil, perinatal y para todas las causas, nivel de satisfacción de los usuarios, reducción de las desigualdades en salud...)



Este carácter de *interdependencia* de la salud implica a los diferentes sectores de la sociedad. Por tanto, hay una llamada constante a la acción multisectorial cuando los gobiernos se plantean elevar el nivel de salud de sus ciudadanos y ciudadanas.

En la actualidad, los problemas de salud a lo que se enfrentan los grupos humanos trascienden las fronteras de un país o de una región, es decir, tienen una dimensión internacional, tanto en los mecanismos de producción de los mismos como en las acciones a emprender para solucionarlos (los graves problemas medioambientales, el fenómeno social y económico de la inmigración, la aparición de nuevas enfermedades o el agravamiento de las existentes...)

La aplicación del modelo *Lalonde* (1974) a la formulación de las políticas de salud requeriría calcular la proporción de cada problema de salud atribuible a los correspondientes factores de riesgo, lo que es extremadamente difícil por la interrelación existente entre los determinantes. No obstante, parece evidente que el impacto de los servicios sanitarios sobre la salud de la población es escaso, siendo los efectos atribuibles a los estilos de vida los de mayor influencia. Consecuentemente, las condiciones socio-económicas y el acceso a la educación son las dos condiciones básicas para promocionar estilos de vida saludables.



III. LA SALUD EN EL MARCO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: IMPLICACIONES SOCIALES Y POLÍTICAS

El nuevo paradigma de salud y la importancia de los determinantes son elementos clave en las orientaciones que la OMS viene facilitando a los gobiernos para que lleven a cabo políticas saludables, encaminadas a garantizar el estado de bienestar y a ir eliminando progresivamente las desigualdades de salud que se han ido constatando a través de los diferentes estudios sobre la salud en el mundo.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución de que *la principal meta social de la OMS en las décadas venideras debe ser conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo gocen de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.*

I. LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS 2000 Y SU PROYECCIÓN EN EL SIGLO XXI

En 1978 se celebra en la ciudad de Alma Ata (Rusia) la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que dio lugar a la denominada *Declaración de Alma-Ata*. Esta declaración supuso el punto de partida de las orientaciones y estrategias que con posterioridad se plantearían a nivel mundial y, específicamente, en la Región Europea. Todas las naciones representadas (más de 100 países) a través de sus correspondientes ministros se comprometieron con el objetivo formulado por la OMS en 1977 de *Salud para todos en el año 2000*.

El contenido esencial de la *Declaración de Alma-Ata* se recogió en diez puntos:

- I. Reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de la persona.



- II. La existencia de importantes desigualdades en el estado de salud de las personas entre países desarrollados, en vías de desarrollo y subdesarrollados, así como dentro de los diversos países.
- III. Conseguir la Salud para todos pasa, necesariamente, por un desarrollo económico y social basado en un nuevo orden económico internacional que haga posible la promoción y protección de la salud.
- IV. El derecho a la participación de las personas en la planificación e implementación de la atención sanitaria.
- V. La Atención Primaria de Salud es la clave para conseguir el objetivo de Salud para Todos 2000.
- VI. La Atención Primaria de Salud constituye el primer elemento de la atención sanitaria continuada y está basada en la evidencia científica, en tecnología socialmente aceptable y con acceso universal
- VII. La Atención Primaria de Salud se dirige hacia los principales problemas sanitarios promoviendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación desde una acción multisectorial.
- VIII. Todos los gobiernos deberían establecer la Atención Primaria de Salud como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores.
- IX. Todos los países deberían cooperar con espíritu de servicio para asegurar la APS a toda la población.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales. Una política genuina de independencia, paz y desarme podría y debería dejar recursos adicionales que podrían ser empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la APS, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

Para lograr este objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo junto con la OMS se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población desde un planteamiento integral y progresista: *la Atención Primaria de Salud* (APS).



Las implicaciones sociales y políticas de la APS eran muy fuertes porque apuntaba explícitamente a la necesidad de establecer una estrategia de *salud integral* que no sólo abasteciera servicios de salud, sino que, además, afrontara los determinantes fundamentales de salud: factores sociales, económicos y políticos. En este sentido, se planteó abiertamente que debía promoverse una distribución más justa de los recursos.

La *Estrategia de Salud para Todos en el año 2000* (SPT2000) formulada por la OMS en el año 1979 supuso todo un reto mundial y, a pesar de no ser vinculante para los países, situó la salud como un objetivo prioritario e instó a los gobiernos a que incluyeran en sus políticas la salud y sus determinantes para mejorar la vida de los pueblos.

Los principios en los que se sustentó esta estrategia estaban en consonancia con el nuevo paradigma de salud: transmitir a la gente el sentido positivo de la salud como algo alcanzable y deseable, crear conciencia de la importancia de la participación comunitaria para conseguir los objetivos, poner de manifiesto la dimensión internacional de los problemas de salud y las intervenciones y el planteamiento de la equidad en salud como algo imprescindible para reducir las desigualdades en el mundo.

La estrategia de SPT2000 la constituían 38 objetivos distribuidos en cinco grandes áreas:

- El estado de salud y los determinantes.
- Políticas de salud.
- Prevención de riesgos medio ambientales y laborales.
- Mejorar el sistema de atención a la salud.
- Investigación y desarrollo en salud.

Globalmente, estas 38 metas estaban encaminadas a *añadir salud a la vida*, reduciendo la incidencia de enfermedades y de incapacidades, *añadir vida a los años*, desarrollando todas las potencialidades de las personas, *añadir años a la vida*, mediante la reducción de la mortalidad prematura y el aumento de la esperanza de vida.

En España se comienza a trabajar esta estrategia a partir de 1985 y, aunque la OMS recomendaba que cada tres años se facilitara un informe sobre el grado de consecución de los objetivos, hasta 1999 no se realizó una evaluación formal. La Sociedad Española de Salud Pública



y Administración Sanitaria (SESPAS) publicó los resultados en su informe del año 2000 bajo el título *la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*.

Globalmente, se observaron avances importantes respecto a la mejora de la salud en su conjunto pero también grandes carencias, sobre todo respecto a la mejora de los estilos de vida y a la reducción de las desigualdades en salud.

Estando ya cercano el año 2000 y, ante las importantes deficiencias que aún se detectan a nivel mundial, los Estados Miembros de la OMS en la 51 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1998, reconocen que el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye un objetivo fundamental del desarrollo social y económico y, por tanto, se hace necesario llevar a efecto un nuevo plan denominado *Políticas de Salud para Todos en el siglo XXI*, para lo cual piden a todos los pueblos del mundo que se asocien y realicen un esfuerzo en esta dirección.

La política de *Salud para Todos en el siglo XXI* tiene el objetivo de aplicar la perspectiva de Salud para Todos surgida en la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata de 1978.

Las orientaciones de esta Asamblea dieron lugar al documento denominado *Salud 21*, cuyos valores se agrupan en torno a los siguientes principios:

- La salud como derecho fundamental de todos 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, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Así mismo, *Salud 21* señala cuatro estrategias de acción:

- Estrategias multisectoriales para hacer frente al control de los factores determinantes de salud.
- Programas dirigidos a los resultados sanitarios y al desarrollo de la salud.
- La Atención Primaria de Salud orientada a la comunidad y a la familia con carácter integrador.



- Proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo que implique a los agentes más relevantes en materia de salud: la familia, los centros educativos, los centros de trabajo, los grupos sociales... como una manera de ir consiguiendo una responsabilidad social.

Se establecen las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI, así como diez objetivos que deben crear las condiciones necesarias para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud.

Es evidente que la elevación progresiva del nivel de salud de los pueblos pasa, necesariamente, por un compromiso del conjunto de la sociedad y de sus instituciones. Sólo desde políticas económicas equitativas, desde el trabajo por la protección del medio ambiente, desde una intervención educativa precoz y permanente y desde la implicación personal y colectiva de las personas se podrán ir alcanzando las condiciones necesarias para una vida plena y saludable.

Salud 21 se basa en la experiencia colectiva de los Estados Miembros de Europa desde su perspectiva regional de Salud para Todos, que durante los últimos 15 años ha hecho de los *resultados sanitarios*, en forma de objetivos a alcanzar, la piedra angular del desarrollo de políticas y distribución de programas.

Con la finalidad de perfeccionar los 38 objetivos de SPT-2000, a la luz de los logros alcanzados y de los futuros desafíos, *Salud 21* define 21 objetivos que pretenden constituirse en la esencia de la política regional.

Los objetivos son los siguientes:

1. *Solidaridad para la Salud en la Región Europea*: reducción de las desigualdades de salud, que provoca la pobreza y la falta de cohesión social, mediante el esfuerzo internacional para facilitar la ayuda necesaria a los países más necesitados. Para ello deberá respetarse la denominada *iniciativa 20/20* que surgió de la Cumbre Social de las Naciones Unidas celebrada en Copenhague en 1995: al menos un 20% de la ayuda global al desarrollo se deberá asignar a las actividades del sector social, y los países receptores deberán asignar al menos el 20% de sus presupuestos nacionales a los servicios sociales.



2. *Conseguir la equidad en Salud:* la pobreza es el principal factor de riesgo para la salud y las diferencias sanitarias relacionadas con el nivel de ingresos constituyen una grave injusticia, siendo algunas de sus consecuencias el aumento de la exclusión social, la violencia y la criminalidad. También las desigualdades en función del género son evidentes, las mujeres disponen de peores condiciones sanitarias y, consecuentemente, gozan de peor salud. Los niveles educativos alcanzados están en estrecha relación con la falta de recursos, en consecuencia hay que aplicar una de las estrategias clave: la eliminación de barreras culturales, financieras y de otro tipo que dificultan el acceso a la educación, aplicándose particularmente a los grupos más desfavorecidos: las mujeres y los niños y niñas. Por tanto, es de vital importancia que las políticas públicas se encaminen a la resolución de las causas fundamentales de las desigualdades socioeconómicas, y que las políticas fiscales, educativas y sociales se diseñen para garantizar una reducción sostenida de las desigualdades sanitarias.
3. *Iniciar la vida en buena salud:* invertir en salud a una edad temprana repercute positivamente a lo largo de la vida. Para ello es fundamental que los gobiernos orienten sus políticas a proporcionar el apoyo necesario a las familias y a las comunidades locales al objeto de garantizar un entorno educativo seguro y unos servicios de atención a la infancia y de promoción de la salud.
4. *Mejorar la salud de los jóvenes:* hacer que la elección más sana sea también la más fácil mediante programas públicos que reduzcan los accidentes, la adicción a las drogas y los embarazos no deseados.
5. *Envejecer en buena salud:* las políticas sociales y educativas deben preparar a las personas para que disfruten de un envejecimiento saludable, facilitándoles permanentemente distintas oportunidades sociales y educativas, que aumenten su independencia y su autoestima.
6. *Mejorar la salud mental:* es necesario crear estrategias de promoción y protección de la salud mental a lo largo de toda la vida y,



en particular, a los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo. Para ello es necesario potenciar un mantenimiento de calidad de vida permanente y capacitar al conjunto de la población para realizar un afrontamiento efectivo de los problemas.

7. *Reducir las enfermedades transmisibles*: sólo es posible conseguir este objetivo desde una perspectiva integrada donde se combine adecuadamente la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de las personas afectadas. La mejora y el mantenimiento de una higiene básica, la calidad del agua y la seguridad alimentaria son acciones esenciales, así como los programas de inmunización y la intervención en el control y tratamiento de las diferentes enfermedades.
8. *Reducir las enfermedades no transmisibles*: los mayores problemas sanitarios de la Región Europea lo constituyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma. Estos problemas podrían reducirse y/o eliminarse si todos los países organizaran programas nacionales, regionales y locales para reducir los factores de riesgo comunes a muchas de estas enfermedades (hábito tabáquico, sedentarismo, alcohol, estrés, alimentación inadecuada). La intervención más importante para reducir la incidencia de estas enfermedades es de carácter educativo.
9. *Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes*: las medidas preventivas son la mejor inversión y, en este sentido, trabajar a favor de la equidad y la cohesión social supondría una reducción drástica de la violencia. De nuevo la estrategia educativa es esencial en la reducción de los accidentes y sus principales determinantes.
10. *Proporcionar a la población un entorno físico sano y seguro*: desarrollo de políticas medioambientales enfocadas hacia un desarrollo sostenible que haga posible producir sin destruir y, por tanto, eliminando progresivamente los riesgos para la salud derivados de la actividad industrial, del tráfico rodado y de la actividad agropecuaria y ganadera.




11. *Proporcionar a la población una vida cada vez más saludable*: potenciar estilos de vida saludables mediante la facilitación de los recursos básicos necesarios y del acceso a una educación básica e integral.
12. *Reducir los daños producidos por el alcohol, otras drogas y el tabaco*: el tabaquismo y el consumo de drogas (alcohol y otras) suponen una de las mayores amenazas para la salud en la Región Europea. La lucha contra estos factores de riesgo implica el establecimiento de acciones específicas de carácter educativo y legislativo. En este sentido, la *Carta Europea sobre el alcohol (1995)* y la *Carta de Madrid sobre el tabaco (1998)* han supuesto un establecimiento de medidas encaminadas a disminuir estos dos hábitos tóxicos.
13. *Crear espacios o escenarios favorables para la Salud*: hacer de los lugares específicos donde las personas desarrollan su vida: el hogar, la escuela, los centros de trabajo, los espacios de ocio, la ciudad... un escenario seguro para la salud.
14. *Responsabilidad multisectorial en relación con la Salud*: si la salud tiene múltiples determinantes (sociales, sanitarios, educativos, económicos), la intervención sobre la misma ha de hacerse de manera conjunta desde los diferentes sectores. Las políticas internacionales de colaboración y apoyo al desarrollo de los países más desfavorecidos implican una fuerte responsabilidad política y social absolutamente necesaria en el desarrollo de la salud de los pueblos.
15. *Un sector sanitario integrado*: con énfasis en la Atención Primaria de Salud e integrando las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación.
16. *Gestionar para una atención sanitaria de calidad*: la medición sistemática de los resultados sanitarios mediante la utilización de los indicadores acordados internacionalmente proporcionará una información sustancial acerca de la calidad de los servicios prestados y de la relación coste-beneficio.
17. *Financiar servicios sanitarios y asignar recursos*: una financiación sanitaria que garantice la equidad y la sostenibilidad mediante el acceso universal a los servicios y la contención razonable de los costes globales. En la mayoría de los Estados Miembros se deben



reforzar y renovar las infraestructuras y las funciones de la Salud Pública.

18. *Desarrollar recursos humanos para la salud*: la formación a nivel de salud debe hacerse extensiva a todos los grupos profesionales (arquitectura, ingeniería, educación, economía, sociología...) si se quiere conseguir un apoyo multisectorial a la salud. También, la OMS, desde la Oficina Regional para Europa, tiene el mandato específico de promover una mayor cooperación entre los países para el desarrollo de la salud a través de cinco funciones específicas: crear conciencia sanitaria, proporcionar información sobre la salud y el desarrollo sanitario, analizar y defender las políticas de salud para todos, proporcionar herramientas de investigación basadas en la evidencia y actuar como catalizador para la acción en salud.
19. *Investigación y conocimiento para la Salud*: las políticas y los programas sanitarios se deberán basar en la evidencia científica sobre las necesidades de salud para todos. Para ello se hace necesario reforzar la comunicación y la cooperación entre la comunidad científica y los responsables políticos para la aplicación de los nuevos conocimientos a las necesidades de desarrollo sanitario.
20. *Movilizar agentes para la Salud*: la movilización de recursos humanos y materiales relacionados con la comunicación y la educación es algo esencial para la consecución de los objetivos de *Salud 21*. Los medios de comunicación y los dispositivos educativos de carácter formal e informal son los principales destinatarios para la movilización de agentes de salud.
21. *Políticas y estrategias para Salud para Todos*: conseguir que todos los agentes sociales implicados asuman los valores de *Salud 21* facilitaría la construcción de redes a favor de la salud a todos los niveles y contribuiría inexorablemente a capacitar a las personas para que puedan desarrollar progresivamente actividades a favor de la salud.

En determinados países pueden requerirse además algunas reformas institucionales para promover la cooperación y la descentralización de las estructuras.



2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA LLAMADA A LA RESPONSABILIDAD POLÍTICA Y SOCIAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD

El carácter multifactorial de la salud y la influencia que los determinantes sociales tienen sobre el proceso de salud-enfermedad de los grupos humanos hace necesario que, para dar respuesta a los problemas de salud, se diseñen y pongan en marcha estrategias unificadas desde una perspectiva de desarrollo social y de salud.

La OMS, en 1984, definió la Promoción de Salud (PS) como *el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y la mejoren*. Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir (Martínez Navarro, 2000, 33)

Los principios en los que se basa la Promoción de Salud según la OMS (1984) son cinco:

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o los determinantes de la salud para garantizar un ambiente saludable en aquellas esferas que están más allá del control de los individuos.
- Combina métodos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la Promoción de Salud es básicamente una actividad del ámbito social y de salud y no un servicio sanitario específicamente, los profesionales sanitarios relacionados con la Atención Primaria desempeñan un papel importante.

A partir de la década de los 80, la estrategia de Promoción de Salud ha tenido y sigue teniendo un fuerte protagonismo en el ámbito mundial, diseñándose como un nuevo marco para la acción a favor de la salud. En España, estos planteamientos coincidieron con la Reforma Sanitaria que comenzó a principios de los 80 y que tuvo su máximo



desarrollo a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Los principales referentes internacionales respecto a la Promoción de Salud han sido las diferentes Conferencias Internacionales en las que se insta a los países a que asuman este enfoque como una buena inversión social:

La primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, cuyo tema central fue *iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública*, se celebró en Ottawa (Canadá) el 21 de noviembre de 1986. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Los puntos de referencia fundamentales de esta conferencia fueron: los progresos alcanzados a partir de la Declaración de Alma-Ata (1978), el documento de Salud Para Todos 2000 y el debate sobre la acción intersectorial para la salud propugnado por la OMS. El desarrollo de esta conferencia dio lugar a la denominada *Carta de Ottawa* en la que se establecieron las cinco áreas de actuación sobre las que debería desarrollarse la Promoción de Salud:

- I. Construir políticas públicas saludables que aseguren la existencia de bienes y servicios saludables y seguros.
- II. Crear entornos favorables para la salud que garanticen unas condiciones de vida y trabajo gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.
- III. Reforzar la acción comunitaria como elemento imprescindible en la promoción de salud, ya que la fuerza motriz de este proceso proviene de la implicación real y efectiva de los grupos sociales.
- IV. Desarrollar las aptitudes personales a través de la familia, la escuela, los lugares de trabajo y el propio ámbito comunitario.
- V. Reorientar los servicios sanitarios proporcionando a la población servicios que vayan más allá del ámbito de la atención clínica y responda a las necesidades globales de las personas y de los grupos sociales.

Este planteamiento implica que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados dispensados a nivel individual y colectivamente, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la



propia vida y de asegurar que la sociedad en la que vivimos ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

En abril de 1988 tuvo lugar la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en la ciudad de Adelaida (Australia) sobre *Políticas públicas favorables a la salud* que dio lugar a las *Recomendaciones de Adelaida*. En este documento se destaca que la salud constituye un derecho humano y es, además, una buena inversión social.

Respecto a las desigualdades de salud, se pone de manifiesto que su origen son las desigualdades sociales, siendo su reducción uno de los principales objetivos de las políticas que deben establecer los gobiernos.

La Conferencia de Adelaida se desarrolló en la dirección marcada en la *Declaración de Alma-Ata* y en la *Carta de Ottawa*. Las estrategias planteadas fueron las siguientes:

- *Una política que favorezca la salud*, en las que se insta a los gobiernos a que creen entornos sociales y físicos potenciadores de salud.
- *El valor de la salud* como derecho fundamental, por lo que los gobiernos deberán garantizar el acceso a los recursos esenciales para una vida sana y satisfactoria, uno de los principios básicos de justicia social.
- *Equidad, acceso y desarrollo* para eliminar las desigualdades de salud. Para ello habría que priorizar a los grupos más desfavorecidos y vulnerables.
- *La responsabilidad de la salud* para llevar a cabo las recomendaciones de esta conferencia implica la colaboración de los gobiernos a nivel nacional, regional y local y el reconocimiento de la responsabilidad de los mismos en las repercusiones sanitarias de sus políticas o de la falta de ellas.
- *Avanzar más allá de la asistencia sanitaria* desde un planteamiento integral de desarrollo social y económico.
- *Unidos en el proceso político* desde la formación de alianzas entre los sectores del mundo laboral, el comercio, la industria, la enseñanza...a favor de la salud.

La Conferencia de Adelaida identificó seis áreas prioritarias de acción:



- I. *Proteger la salud de la mujer* ya que, en todas las sociedades, las mujeres son los principales agentes de promoción de salud.
- II. *Los alimentos y la nutrición*: la eliminación del hambre y la desnutrición se plantea como uno de los objetivos fundamentales de una política favorable a la salud.
- III. *El tabaco y el alcohol* como dos importantes factores de riesgo para la salud. En consecuencia, los gobiernos deberán dejar de ser cómplices de las muertes y enfermedades que provocan el consumo de tabaco y el abuso del alcohol.
- IV. *Crear los entornos adecuados* eliminando los riesgos medioambientales y potenciando un desarrollo económico que preserve los recursos naturales del planeta.
- V. *Desarrollar nuevas alianzas en defensa de la salud* con todos los grupos sociales con capacidad para proyectar estrategias encaminadas a preservar y promocionar la salud. Las instituciones de enseñanza deben responder a las actuales necesidades de salud reorientando los planes de estudio para incluir en ellos las habilidades de capacitación, mediación y defensa.
- VI. *El compromiso con una salud pública global* en la que se señalan como pre-requisitos para el desarrollo sanitario y social: la paz y la justicia social, acceso a los alimentos adecuados y agua limpia, la educación, vivienda digna, el desempeño de una función útil a la sociedad, unos ingresos económicos adecuados, la conservación de los recursos naturales y la protección del ecosistema.

La Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud sobre *Entornos propicios a la salud*, se celebró en Sudnsvall (Suecia) en junio de 1991.

En esta conferencia se planteó la preocupación pública y generalizada por las amenazas al entorno global, por lo que se hizo una llamada a todos los países del mundo para que se comprometieran activamente en la creación y apoyo a entornos saludables. Se planteó el reto de crear un medio ambiente físico, social y político que deje de dañar la salud y, por el contrario, la apoye.

Las dimensiones de acción de apoyo a entornos para la salud fueron cuatro:



- La dimensión *social* que incluye los modos en que las normas, las costumbres y los procesos sociales de cambio afectan a la salud, destacándose el cambio en las relaciones sociales con tendencia al aislamiento.
- Garantizar la participación democrática en la toma de decisiones, descentralizando recursos y responsabilidades, tomando como referencia los derechos humanos y, en consecuencia, se hace una llamada a frenar la carrera armamentista y a la derivación de estos recursos a gastos en salud.
- La necesidad de trabajar en la línea de un *desarrollo sostenible* para conseguir los objetivos de Salud para Todos 2000.
- La relevancia del papel de la mujer como agente de salud aprovechando sus habilidades y conocimientos en todos los sectores, para lo cual hay que potenciar una sociedad igualitaria desde la perspectiva de género que facilite un mayor protagonismo de la mujer en todos los sectores sociales.

Los dos principios básicos de la Conferencia fueron:

- La equidad como principio básico para crear entornos saludables.
- La organización de los recursos con perspectiva sostenible que tenga en cuenta las necesidades de las futuras generaciones.

En definitiva, se puso de manifiesto la importancia de fortalecer la acción social y permitir que las personas tomen el control de su propia salud y de sus entornos a través de la educación y el empoderamiento.

Especialmente se hizo mención a la educación como un derecho humano básico y un elemento clave para provocar los cambios políticos, económicos y sociales requeridos para alcanzar las metas de Salud para Todos 2000. La educación como proceso accesible a lo largo de toda la vida, construida en los principios de equidad, respetando la cultura, la clase social y el género.

En el mes de julio de 1997 tuvo lugar la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Yakarta (Indonesia) cuyo tema central fue *Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud en el siglo XXI*.

Los resultados de esta conferencia dieron lugar a la denominada *Declaración de Yakarta* en la que se destacan las prioridades para la promoción de salud en el siglo XXI:



- I. *Promover la responsabilidad social para la salud* mediante la instauración de políticas encaminadas a: evitar daños a la salud, proteger el medio ambiente, restringir la producción y el comercio de sustancias nocivas y de las armas, así como proteger al ciudadano en el lugar de trabajo.
- II. *Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud* en los grupos más vulnerables como son las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los empobrecidos y marginados.
- III. *Consolidar y expandir la colaboración en salud* pues la estrategia de promoción requiere de la responsabilidad efectiva de los diferentes sectores que componen el entramado social.
- IV. *Aumentar la capacidad comunitaria y el empoderar al individuo*, ya que la promoción de la salud no es impuesta desde fuera, sino que se realiza con y por las personas. La capacidad para influir en los determinantes de la salud está vinculada al nivel de desarrollo comunitario de una sociedad. Empoderar a las personas implica un acceso real y constante al proceso de toma de decisiones, a las herramientas y a los conocimientos esenciales para efectuar el cambio social requerido, lo que lleva consigo la intervención educativa como algo esencial para lograr el objetivo de promoción de salud.
- V. *Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud* mediante la creación de redes internacionales, nacionales, regionales y locales que hagan posible la acción intersectorial a favor de la salud.
- VI. *Llamada a la acción* mediante la creación de una alianza global de promoción de salud desde donde impulsar las acciones prioritarias expresadas en esta Declaración. Se destaca el papel relevante de la OMS para comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, Agencia de Naciones Unidas y al sector privado para que inicien acciones en la línea de promoción de la salud.

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud se celebró en Ciudad de México en junio del año 2000.

La finalidad de esta conferencia fue centrar la atención en demostrar la manera en que las estrategias de Promoción de Salud añaden valor



a la eficacia de las políticas, programas y proyectos de salud, particularmente los que intentan mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas.

El contenido de esta Quinta Conferencia avanzó en el desarrollo de las cinco prioridades de *Salud 21*: promover la responsabilidad social, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar y ampliar alianzas en pro de la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud y asegurar la infraestructura necesaria para la Promoción de Salud.

El desarrollo de la Conferencia dio como resultados más relevantes lo siguiente:

1. Presentación de una publicación de la OMS de unos quince estudios de casos de países en desarrollo, en los que se ilustran iniciativas e intervenciones prácticas que han logrado mejorar la vida de comunidades o grupos de población económica y socialmente desfavorecidos.
2. Presentación de seis informes técnicos de la OMS realizados por personas expertas en Ciencias Sociales y de la Salud:
 - Promoción de la responsabilidad social en materia de salud. Avances, desafíos pendientes y perspectivas.
 - Inversión en Salud.
 - Ampliar la capacidad de las comunidades y fortalecimiento de las mismas para la Promoción de la Salud.
 - La infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible.
 - Reforzar la base científica para la Promoción de la Salud.
 - Reorientación de los sistemas y servicios de salud.
3. La Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, firmada por los ministros de Sanidad de todo el mundo, en la que se afirma la contribución de las estrategias de Promoción de Salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud, y se compromete a elaborar en el plazo de un año un plan de acción nacional para evaluar progresivamente los progresos obtenidos en la incorporación de la Promoción de Salud en la política y planificación de los respectivos países.



En definitiva, poner en marcha estrategias de Promoción de la Salud implica de manera muy importante al ámbito de la Educación, ya que promover la Salud desde dentro de los grupos sociales y empoderar a las personas pasa, necesariamente, por una acción educativa dirigida a facilitar los conocimientos precisos y fiables acerca de cómo alcanzar un buen estado de salud mediante el cuidado y el control de los determinantes; a potenciar actitudes positivas hacia la salud, así como a desarrollar las habilidades necesarias que hagan posible un mayor control sobre la salud y, así, poder mejorarla.



IV. LA ATENCIÓN A LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA SANITARIO: ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN

El Sistema de Atención a la Salud puede considerarse como uno de los sectores que componen el macrosistema social. El grado de interacción con otros sectores sociales hace que sea un sistema complejo, condicionado por el conjunto de creencias y valores de una sociedad, por el modelo de organización económica del país, por la propia concepción de salud que tienen las personas y por todos los acontecimientos sociales de carácter demográfico, económico, político, medioambiental...

El Sistema de Atención a la Salud puede definirse como el conjunto de elementos, relaciones y prácticas existentes en una sociedad para atender sus necesidades de salud, por tanto, el sistema sanitario institucional es sólo una parte de ese conjunto (López Santos, 2000, 59). Otros elementos del sistema lo constituirían todo el conjunto de atenciones prestadas por parte de otros agentes y grupos sociales: los denominados *cuidados informales* o atención procedente de la familia y /o del ámbito de amistad; los grupos de *autoayuda* o asociaciones específicas mediante las que conseguimos apoyo emocional y social, además de atender a ciertas necesidades a las que el propio Sistema Sanitario no da respuesta o es muy parcial (asociaciones relacionadas con la demencia de Alzheimer, el Autismo, Síndrome de Down...); la atención dispensada por las Organizaciones no Gubernamentales y el propio sistema de *autocuidados* que practicamos en mayor o menor grado, dependiendo de los valores en los que las personas somos educadas y, por supuesto, del nivel educativo alcanzado y de la formación específica en los aspectos relacionados con la salud.



I. LOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES

A lo largo de la historia, todas las sociedades se han organizado para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud. El modo de organizarse ha estado condicionado por la propia concepción de salud de las personas y por el modelo político, social y económico de cada sociedad y de cada época (López Santos, 2000, 60)

En las sociedades occidentales, el desarrollo de la medicina científica ha conseguido ser la única forma de atender los problemas de salud, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (López Santos, 2000, 60)

En la actualidad, la organización pública institucionalizada de atención a la salud se agrupa en tres grandes modelos diferenciados: el denominado modelo *liberal*, el modelo de *Seguridad Social* o modelo *Bismarck* y el modelo *de Servicio Nacional de Salud* o modelo *Beveridge*.

La atención sanitaria correspondiente al *modelo liberal* se caracteriza por la no intervención del Estado; es decir, ni financia ni regula el sistema; por tanto, en aquellos países donde predomina este modelo, tiene que existir de forma paralela un sistema sanitario para atención a indigentes o población desfavorecida social y económicamente.

El acceso a los servicios se realiza a través de pago directo por servicio o mediante pólizas de seguro con coberturas variables en función de su precio.

El enfoque de la atención sanitaria es eminentemente de carácter reparador, quedando excluidas las estrategias de promoción de salud y restringidas las de prevención de la enfermedad.

La regulación del sistema bajo este modelo liberal corresponde a la ley de mercado (oferta y demanda).

El sistema sanitario de Estados Unidos es el prototipo de este modelo. En este país, a pesar de que el gasto en salud supera el 14% del PIB, cifra muy superior al promedio de los países de la OCDE (8,2%), existen más de 38 millones de personas sin ningún tipo de cobertura sanitaria y un número también muy elevado que dispone de una cobertura insuficiente para atender sus problemas de salud (el *Medicare* o programa de seguro de enfermedad federal para ancianos—sólo cubre el 40% de los gastos sanitarios— y el *Medicaid*, destinado a dar cobertura a



personas sin recursos económicos). El *Medicaid* tiene serios problemas para garantizar el acceso a los servicios de la población destinataria, porque las empresas proveedoras de los mismos tienen una gran resistencia a atender a este tipo de usuarios, dado que el Estado le paga una tarifa inferior a la que por el mismo servicio le abonaría una compañía de seguros privados, y también porque los proveedores tienden a instalarse lejos de las zonas donde reside la mayoría de la población cubierta por este sistema y, que en su totalidad son personas empobrecidas (López Santos, 2000, 61)

Las principales críticas a este modelo están basadas en: su incapacidad para garantizar ningún grado de equidad, la fragmentación de los servicios que impide un enfoque integral de atención a la salud y su elevado coste.

El *modelo de Seguridad Social* se instauró por primera vez en 1883 en Alemania, a instancias del canciller alemán Bismarck, extendiéndose con posterioridad a gran parte de Europa.

Las características fundamentales de este modelo son las siguientes: existencia de un seguro obligatorio de atención sanitaria financiado por el Estado, los empresarios y las personas trabajadoras, por tanto, es un modelo vinculado a la actividad laboral.

Su regulación es estatal y la cobertura es variable. En un primer momento sólo cubría a la persona trabajadora por cuenta ajena, y progresivamente se fue haciendo extensiva a los familiares a su cargo, al ámbito laboral de carácter autónomo y a las personas en situación de paro laboral con subsidio de desempleo.

Esta modalidad, con ciertas variaciones, es la que predomina en Francia, Alemania, Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

Cuando la cobertura no alcanza a la totalidad de la población, los países disponen de un sistema de asistencia pública para las personas con un nivel de renta insuficiente.

Este modelo garantiza un nivel de cobertura en la atención sanitaria muy superior al sistema liberal, pero mantiene un tratamiento desigual en cuanto al acceso a los servicios y un sistema poco equitativo en la financiación del sistema, ya que se centra fundamentalmente en cuotas de las personas trabajadoras y del ámbito empresarial, en lugar de utilizar la financiación estatal a través de los impuestos.



Por último, el *modelo de Servicio Nacional de Salud*, implantado por primera vez en 1948 en el Reino Unido a propuesta del ministro de sanidad J. Beveridge, de ahí su denominación. Fue el primer país capitalista que implantó este modelo.

Este modelo se caracteriza por ser íntegramente de titularidad estatal. Los servicios de atención a la salud se basan en el reconocimiento de la salud como derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas, por tanto su financiación se lleva a cabo a través de los presupuestos generales del Estado.

Los principios básicos donde se sustenta este modelo son la *universalidad*, la *equidad* y la *integralidad*. Por tanto, no sólo se atiende a toda la población sino que se facilita el acceso a los servicios de una manera equitativa, garantizándose la igualdad de oportunidad para todas las personas de beneficiarse de los servicios sanitarios independientemente de su condición económica, social o cultural (López Santos, 2000, 62)

La integralidad del sistema orienta los servicios hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación, desde un enfoque individual y colectivo.

El sector privado de atención sanitaria está muy poco desarrollado, siendo utilizado por la población como complemento del sistema público pero nunca como sustitutivo (López Santos, 2000, 62)

En la actualidad, además del Reino Unido, los países Europeos que disponen de un *Servicio Nacional de Salud* son Suecia, Dinamarca, Portugal, Italia y España.

2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

España tiene en la actualidad un Servicio Nacional de Salud, consolidado desde 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad.

La nueva estructura y organización del sistema sanitario español trata de dar respuesta a los problemas de salud que la sociedad española planteaba y a la nueva perspectiva en cuanto a la necesidad de mejorar progresivamente la salud de los españoles y de las españolas.



¿Cuáles fueron los antecedentes?

La situación de la atención sanitaria en España después de la Guerra Civil (1939) se caracterizaba por la existencia de grandes deficiencias, en parte debidas a la situación de precariedad de la posguerra, pero sobre todo, en los siguientes años, como consecuencia del gobierno dictatorial, que sumió al país en una situación de subdesarrollo que se prolongó hasta primera década de los años setenta.

¿Qué modelo de Atención Sanitaria existía en España?

Hasta 1947, convivían en España dos modelos: el modelo *liberal* a través del pago directo por atención sanitaria, al que sólo tenía acceso la clase acomodada, cuyo privilegio lo ostentaba una minoría, y el modelo *de beneficencia*, subvencionado por el Estado y cuyos servicios eran dispensados de manera semi-gratuita por parte de órdenes religiosas y profesionales en período de aprendizaje o que, libremente ofrecían sus servicios. La población beneficiaria de este sistema era la clase trabajadora y empobrecida que subsistía bajo condiciones de vida muy precarias y que, en España, era la mayoría del país, sobre todo los grupos sociales pertenecientes al sector de los *vencidos* en el desenlace de la guerra civil.

Aumentar la productividad del país implicaba proteger de alguna manera la salud de la población trabajadora. Para ello, en 1947 se instauró en España el modelo de atención sanitaria *de Seguridad Social* o modelo de seguro obligatorio importado de Alemania pero con más de 50 años de retraso.

La población usuaria y beneficiaria de este modelo era la población trabajadora por cuenta ajena, con relación laboral formalizada. La empresa, el Estado y la persona trabajadora financiaban esta atención sanitaria.

¿Cuáles eran las consecuencias de este sistema de atención sanitaria?

Por una parte, la existencia de redes públicas de atención sanitaria no integradas: hospitales de beneficencia y hospitales de la Seguridad Social. Esto implicaba la concentración de servicios sanitarios en las zonas urbanas, ya que eran los hospitales los únicos centros con recursos; la atención primaria era inexistente y las zonas rurales eran atendidas por la denominada *Asistencia Pública Domiciliaria* (APD), atendida por



profesionales de la Medicina (médico general) y de la Enfermería (practicantes, matronas, ATS), cuyos recursos eran de una precariedad extrema, lo que hacía imposible dar una atención sanitaria con las garantías mínimas requeridas.

Por otra parte, se establecía una desigualdad importante en el acceso a los servicios sanitarios disponibles. Los hospitales pertenecientes a la Seguridad Social tenían los mejores recursos humanos y materiales pero sólo tenían acceso a ellos aquellas personas que disfrutaban de una relación laboral estable y con cobertura de fondos por parte de la empresa para poder hacer frente a su financiación. Pero como aún quedaba una proporción muy importante de la población fuera de esta situación, se mantenía el sistema paralelo de beneficencia, con los peores recursos humanos y materiales. Simultáneamente, tanto los hospitales de la Seguridad Social como los de titularidad estatal mantenían un área de servicios privados para las personas socialmente y económicamente acomodadas, que, lógicamente disfrutaban de servicios más rápidos y de mayor calidad.

La atención a la salud mental era de titularidad estatal y combinaba también los servicios privados. Los recursos humanos eran escasos y poco cualificados.

La orientación de la atención sanitaria en todos los modelos era de carácter reparadora, es decir, centrada en la curación de las enfermedades, con escasas medidas preventivas y ninguna acción de promoción de la salud.

¿Cómo fue conformándose la reforma sanitaria en nuestro país?

El sistema sanitario heredado de la dictadura franquista se caracterizaba por ser un sistema no equitativo en el acceso a los servicios, marcado por grandes desigualdades, fragmentado, fuertemente centralizado tanto en su gestión como en su dispositivo único, que era el hospital, por tanto, incapaz de dar respuesta a los problemas de salud de la población española en su conjunto y mucho menos de trabajar en favor de la salud con una proyección de futuro.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su Carta Constitucional del 22 de julio de 1946 establece que *el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los de-*



rechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social.

Esta declaración tuvo una gran influencia en los textos de carácter internacional que se promulgaron con posterioridad a favor de la salud: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 19 de diciembre de 1966 (Pérez Pérez, 2000, 69)

En nuestro país, hasta 1978, con la promulgación de la Constitución Española, es cuando se reconoce explícitamente el derecho a la protección de la salud (artículo 43) y se expresa textualmente que *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.*

Se explicita también que *los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria y el deporte. Así mismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Por tanto, el derecho a la protección de la salud establecido por la Constitución Española de 1978 obliga a los poderes públicos a organizar unos servicios sanitarios que ofrezcan a los ciudadanos y ciudadanas todo tipo de prestaciones de carácter preventivo, curativo y de promoción de salud.

En relación a la atención sanitaria, la Constitución Española de 1978 también hace mención al *derecho a la vida y a la integridad física y moral* (artic. 15). El artículo 45 hace referencia a la protección del medio ambiente y a la calidad de vida. El artículo 47 manifiesta el derecho a una vivienda digna y adecuada.

Específicamente, sobre la salud, hay que destacar: la obligación de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo (artic. 40.2); la realización de una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración a las personas disminuidas a nivel sensorial, físico y psíquico (artic. 49); la promoción del bienestar y atención a problemas específicos de las personas de la tercera edad; y la protección de los consumidores mediante procedimientos de seguridad y protección de la salud (artic. 51)



¿Cuáles fueron las situaciones y hechos que impulsaron la reforma sanitaria en España?

En primer lugar, la transición política, iniciada a partir de la caída de la dictadura con la muerte de Franco en noviembre de 1975 y que culminó con la Constitución Española en 1978. En segundo lugar, habría que mencionar el papel activo de la población como consecuencia de los cambios en la propia concepción de salud, sobre todo en lo referente a la salud como derecho fundamental. En tercer lugar la crisis del sector sanitario generada por los cambios en el patrón de morbi-mortalidad (desplazamiento de las enfermedades infecto-contagiosas hacia los problemas cardio-vasculares, los accidentes de tráfico y las drogodependencias); el envejecimiento progresivo de la población española, y el evidente fracaso del *modelo de Seguridad Social*, por su falta de cobertura y su inequidad. Y por último, la influencia en nuestro país de las orientaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, sobre todo la *Declaración de Alma-Ata* en cuanto a la organización de la Atención Primaria y la *Estrategia de Salud para Todos 2000*, asumida por España más tarde (1989)

La reforma sanitaria fue también impulsada por colectivos profesionales progresistas que, agrupados formal o informalmente, fueron un importante referente para la reforma que acometida por el Partido Socialista Obrero Español a partir de 1982.

El grado de satisfacción de las personas usuarias de los servicios sanitarios y de los profesionales era deficiente. Según un estudio realizado en 1979 por el Servicio de Estudios Sociales del Instituto de Estudios de la Seguridad Social, el 85% de los profesionales sanitarios consideraba insatisfactoria la asistencia prestada en los ambulatorios y un 59% de los asegurados opinaban lo mismo. Era evidente que la reforma de la Atención Primaria era una necesidad prioritaria, y así lo ponían de manifiesto no sólo la propia Administración, sino todas las fuerzas políticas y sociales (Álvarez Nebreda, 1994, 152)

En 1982, gana las elecciones el Partido Socialista Obrero Español y, en consonancia con su programa electoral, se plantea la lucha contra las desigualdades desde el ámbito de la salud.

La política socialista pretende crear un servicio de salud integrado, con cobertura a todos los ciudadanos y ciudadanas. La orientación de



la atención estará basada en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención primaria y la asistencia eficiente a nivel individual y colectivo.

Esta iniciativa gubernamental se vio fuertemente apoyada por diferentes profesionales sanitarios que, tras la dictadura, trabajaron incansablemente y apostaron por la creación del futuro Servicio Nacional de Salud como uno de los logros más importantes para el Estado de Bienestar y la cohesión social.

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del 18 de marzo de 1986, aprobó, de conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Española de 1978, el Proyecto de Ley General de Sanidad, publicado como *Ley 14/86 General de Sanidad, de 25 de abril*, en el BOE de 29 de abril de 1986 (Álvarez Nebreda, 1994, 163)

La directriz básica de la reforma que establece la Ley General de Sanidad (LGS) es la creación de un *Sistema Nacional de Salud* (SNS), recogida en su Título III: de la estructura del Sistema Sanitario Público, artículo 44: *todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud*. Se especifica también su carácter descentralizador, atribuyendo las competencias a las Comunidades Autónomas (artic. 49)

Los *Principios Generales* que sustentan la organización del Sistema Sanitario en la LGS son los siguientes:

1. Principio de *universalidad* mediante el cual son titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional (artic. 1º.2)
2. Principio de *equidad* en el acceso a los servicios y las prestaciones, así como a orientar las políticas del gasto sanitario hacia la corrección de desigualdades sanitarias (artic. 12 y 43.f)
3. Principio de *participación ciudadana*, concretado mediante la previsión de diversos órganos colegiados: Comité Consultivo vinculado al Consejo Interterritorial del SNS, integrado por organizaciones empresariales, sindicales y sociedades de consumidores y usuarios (artic 47.5); El Consejo de Salud (artic. 53.2 y 58.2) en el ámbito de la Comunidad Autónoma, y las correspondientes Áreas de Salud que se creen.



4. Principio de *financiación pública* a través de los recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios (artic. 46.d)
5. Principio de *gestión pública* del SNS, integrando y coordinando todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único (artic. 46.c)
6. Principio de *atención integral* a la salud, tanto desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación (artic. 46.b), procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (artic. 46.e)

El SNS español estructura la atención sanitaria en dos niveles: nivel de *Atención Primaria de Salud*, mediante la organización en Áreas de Salud con criterios geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales y climáticos (artic. 56.4). Estas áreas se dividirán en Zonas Básicas de Salud (artic. 62.1) que serán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud donde desarrollarán las actividades sanitarias los Centros de Salud (artic. 63); y el nivel de *Atención Especializada* vinculado también a las Áreas de Salud y constituido por una red de hospitales públicos y de centros de especialidades (artic 65.1), estableciéndose la correspondiente coordinación entre estos dos niveles (artic. 65.3)

3. LA CRISIS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD

En estos últimos años, en Europa, puede apreciarse un movimiento de reforma en la mayoría de los Sistemas de Atención a la Salud. Al margen de la fuerza política que gobierna y del modelo de sistema sanitario predominante, el problema común en todas las reformas es la preocupación por el crecimiento de los costes en el sector y la búsqueda de la eficiencia (López Santos, 2000, 63)

La atención sanitaria universalizada, pública y con tendencia a la equidad, es considerada como uno de los grandes logros en cuanto a cobertura social y, por supuesto, es un componente importante del *Estado de Bienestar*.

Hay un esfuerzo generalizado de todos los gobiernos por racionar el gasto a todos los niveles, no sólo respecto a la asistencia sanitaria. En



realidad lo que está en crisis no son los sistemas sanitarios, específicamente, sino el *Estado de Bienestar*.

El término *reformas* circula mundialmente como alternativa a la crisis, pero lo que en realidad se pretende es recortar los beneficios sociales.

Vicente Navarro, catedrático de Políticas Públicas en la Universidad Pompeu Fabra, publica en el diario El País un artículo titulado *¿Excesivos Estados de Bienestar?* (12 julio de 2003) en el que se parte de un análisis de la situación de España. En este sentido hay que destacar que el gasto público en protección social es el más bajo de la Unión Europea, según datos correspondientes al año 2001 (19,1% del PIB frente al promedio europeo del 27,6% del PIB) y que, además, su proceso de crecimiento hasta 1993 ha sido más lento que en otros países, descendiendo sin embargo, a partir de este año, de una manera más brusca. Las diferencias han continuado aumentando y, en consecuencia, nuestra sanidad, nuestros servicios de ayuda a la familia, nuestras residencias de ancianos, nuestra política de vivienda social...son cada vez más deficitarias en relación al promedio de la Unión Europea. Esta divergencia social con Europa, según el profesor Navarro, se debe a que el aumento de los ingresos al Estado español, resultado de un mayor crecimiento económico y de un incremento de la carga fiscal, no se ha gastado en reducir el déficit social, sino en eliminar el déficit presupuestario del Estado, siendo España uno de los países con menor déficit presupuestario y con mayor déficit social.

Por otra parte, según el reciente estudio realizado por la OCDE sobre el *panorama de la salud en 2003*, el gasto sanitario en España está por debajo de la media de la Unión Europea (7,5% del PIB, frente al 8,26% promedio de la Unión Europea).

Las diferentes evaluaciones que se realizan en el sistema sanitario ponen de manifiesto la necesidad de aumentar la eficiencia y, en este sentido, habría que buscar nuevas vías de organización, de proveer y financiar el Estado de Bienestar, pero se habla demasiado de crisis. Los gobiernos conservadores están demasiado contentos de aceptar y, en realidad, de promover la noción de crisis desde el momento en que ésta legitima las políticas de repliegue y rebajas de las expectativas de mejora (López Santos, 2000, 66)



Si hay una ausencia de análisis y debate social profundo, los logros alcanzados a nivel de salud pueden desaparecer casi sin darnos cuenta. Por tanto, no sólo no avanzaremos en conseguir mayores cotas de bienestar, sino que podemos llegar a creer que no es posible conseguir niveles de salud más óptimos.

Por tanto, no hablemos de crisis, hablemos de defender y aumentar el Estado de Bienestar.



V. LAS IMPLICACIONES EDUCATIVAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD

La perspectiva de *Promoción de la Salud* implica un posicionamiento de carácter emancipador capaz de desarrollar en todas las personas, sin excepción alguna, la capacidad para potenciar y exigir un entorno saludable y adoptar estilos de vida positivos con el objetivo de conseguir mayores cotas de calidad de vida. La consecución de esta meta está determinada de manera importante por la perspectiva filosófica y práctica de la Educación, ya que, específicamente, la *Educación para la Salud*, como educación en valores en el ámbito formal educativo y como Pedagogía Social en un nivel más general, está inscrita en el marco general de la Educación que abarca a todos los aspectos de la vida.

Por consiguiente, tratar desde el punto de vista teórico y práctico las principales variables educativas que tienen especial incidencia en el proceso vital de las personas es una reflexión obligada para poder comprender la salud como un valor irrenunciable y básico para los seres humanos, cuyo cuidado y fomento dependen en gran medida de la orientación de la práctica educativa, de la filosofía que la sustenta, de los valores y del concepto de persona que subyace en ella.

La Educación como realización histórico-cultural es comunicación de actitudes y valores que facilita la estabilidad de un sistema social y, al igual que la salud, constituye uno de los bienes esenciales de todas las sociedades.

La meta humana de vivir saludablemente está estrechamente unida y determinada por la Educación y su consecuente transmisión de creencias y valores. El cuidado de la mente y del cuerpo ha estado presente en todas las culturas en mayor o menor grado y, lógicamente, vinculado siempre a la acción educativa.



La Educación es esencialmente *modo de vida* que muestra la forma de ser, de pensar y actuar de cada persona, de cada pueblo, de cada época. Es *realización histórico-cultural*. Es comunicación de *actitudes y valores* instalada en una sociedad determinada que permite la estabilidad de un sistema social (Capitán Díaz, 2002, 7)

Por lejos que nos remontemos en el pasado de la Educación, ésta aparece como *inherente* a las sociedades humanas, contribuyendo al destino de las sociedades en todas las fases de su evolución.

Indudablemente, la Educación no es una actividad *teórica*, sino una actividad *práctica* relacionada con el cometido general de contribuir al desarrollo de la persona mediante los procesos de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan a lo largo de todo el ciclo vital. Como actividad *intencionada*, desarrollada de manera *consciente*, sólo es posible comprenderla desde el marco de pensamiento de las personas que la llevan a cabo. Aunque todas las prácticas educativas pueden estructurarse en torno a conceptos como aprendizaje, inteligencia, intereses...sus significados diferirán según los esquemas conceptuales en los que se desarrolla su interpretación (Carr, 1999, 56-57). Son pues, los esquemas de pensamiento los que dan sentido a las experiencias profesionales con finalidad educativa: qué se hace y qué se trata de conseguir.

I. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU PRAXIS

Los términos Educación y Salud están sujetos a los múltiples cambios que se producen en el conjunto de las sociedades y, en consecuencia, deben considerarse como conceptos que emergen de un sistema social que trata de responder a los retos educativos y de cuidados de la salud que la sociedad plantea como respuesta a sus necesidades.

La configuración del concepto de Educación para la Salud (EpS) es un fenómeno evolutivo, vinculado al desarrollo experimentado por la sociedad en general, y, específicamente, en los ámbitos sanitarios y educativos (López Santos, 1998, 29)

El cuidado de la salud exige un desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades que no pueden improvisarse, sino que, por el contrario, deben ser cuidadosamente planificados para que sean vinculados inextricablemente al



proceso vital de las personas. Si la salud es un recurso indispensable para la vida, hay que poner los medios necesarios para aprender a manejarlo (López Santos, 1998, 43)

El enfoque de *Promoción de Salud* es el eje vertebrador de un concepto de EpS integral, contextualizado y facilitador de los cambios sociales necesarios para fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

¿Es necesaria la Educación para la Salud en nuestro contexto social?

En la actualidad, los cambios sociales experimentados están dando lugar a una transformación importante en los problemas y necesidades a nivel de salud y de educación.

Desde la perspectiva epidemiológica, hay que destacar el aumento de las enfermedades por transmisión sexual. Los cambios culturales de las últimas décadas (ocio, viajes, migraciones, relaciones de pareja) y las modificaciones en la conducta de la población adolescente, en cuanto a la disminución de la edad de comienzo de las relaciones sexuales, han contribuido de manera importante a este aumento (Serrano González, 2002, 5)

El consumo de drogas, unido a las prácticas sexuales de riesgo, han hecho aumentar la incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), con tendencia al crecimiento en las generaciones jóvenes de 16 a 29 años (Serrano González, 2002, 4)

Según el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de 1993, los problemas prioritarios de salud en España se centran en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, el SIDA, la salud mental, las discapacidades y la salud de las personas mayores. Es importante resaltar que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país y además los fármacos utilizados para estas dolencias son el tercer grupo terapéutico más vendido y el primero en gasto farmacéutico. Disminuir la incidencia de estas enfermedades pasa por una acción de carácter preventivo, centrada en mejorar los estilos de vida de las personas, ya que sus determinantes están relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el hábito tabáquico.



De la misma manera, el resto de los problemas prioritarios también están determinados en gran medida por estilos de vida no saludables y por la existencia de riesgos medioambientales.

Respecto a los *determinantes* de salud de la población, el Informe SESPAS 1993 señaló como los más importantes: las prácticas sexuales, el uso de drogas, el tabaquismo, la dieta y nutrición, el ambiente social, las condiciones de trabajo y el medio ambiente.

Sobre estos determinantes, la evaluación de la *Estrategia de Salud para Todos en el año 2000* (Álvarez-Dardet, 2000) puso de manifiesto las grandes deficiencias y la necesidad de incidir sobre la salud y sus determinantes, sobre las políticas de salud, sobre el medio ambiente, sobre el sistema de atención a la salud y sobre la investigación en salud.

Los objetivos encaminados a facilitar la adopción de estilos de vida saludables en la población no se han conseguido plenamente. En este sentido hay que señalar que se constata una heterogeneidad en la dieta de la población española, que aparece como hipercalórica, hiperproteica, algo hiperlipídica y con deficiencias en la ingesta de hidratos de carbono (Martín Moreno, 2000, 227) También se observa un aumento en la proporción de personas con sobrepeso.

Respecto al consumo de tabaco en España, la situación tampoco es positiva de cara a la salud. La prevalencia de personas fumadoras mayores de 15 años ha descendido del 38% al 35,7% y las muertes atribuidas al tabaco se han incrementado (Villalbí, 2000, 230)

El consumo de alcohol se ha incrementado notablemente a partir de 1996, así como los años potenciales de vida perdidos por efecto de los accidentes de tráfico (Villalbí, 2000, 230)

Abordar esta problemática sanitaria implica, necesariamente, poner en marcha programas de EpS en todos los ámbitos sociales, ya sean de carácter formal o informal.

Por otra parte, en España, los *movimientos migratorios*, lejos de suponer un enriquecimiento cultural, se van constituyendo en minorías socioculturales, económicamente débiles y caldo de cultivo de diferentes problemas de salud, propios de situaciones de marginalidad (Serrano González, 2002, 6)

También los cambios en el sistema sanitario, en cuanto a la búsqueda de una mayor eficiencia en los resultados y el papel cada vez más



preponderante que está teniendo la familia en el cuidado de la salud, constituyen un reto en la mejora de ésta.

Es evidente que todos los problemas de salud que se identifican en la actualidad tienen un sustrato común: pueden prevenirse en una proporción elevada y están vinculados a un orden económico y social injusto desde la perspectiva de la equidad, así como a comportamientos individuales y colectivos no saludables. ¿Educar es la alternativa? Si promocionar la salud es dar a las personas la capacidad de intervenir sobre su propia salud y la de los demás con el objetivo de mejorarla, desde luego, educar es la alternativa.

Alcanzar la *salud para todos* es una meta, en cuya consecución está presente la EpS. Actualmente no existe programa o proyecto sanitario dirigido a la población donde la EpS no tenga su espacio. Técnicos y políticos aluden a ella en sus trabajos y discursos. Y la población, cada vez más, empieza a considerarla una necesidad y un derecho (López Santos, 2000, 341)

A pesar de la necesidad evidente y reconocida de la EpS, su puesta en práctica carece de los recursos necesarios para su efectividad. No cuenta con la asignación presupuestaria requerida ni con la inversión en la formación de los profesionales que deben planificar y llevar a cabo dichas acciones (personal sanitario, educadores, agentes informales de la comunidad)

Aún con estas limitaciones, la salud, hoy, se juega en lo cultural (Serrano González, 2002, 8) Los nuevos estilos de vida necesarios para mejorar progresivamente la salud, implican de manera muy importante al ámbito de la educación. Educar en valores humanos como la tolerancia, la solidaridad, la responsabilidad social, la paz, el cuidado medioambiental, la interculturalidad, la justicia y el principio de igualdad supone crear un caldo de cultivo favorable a todos los aspectos relacionados con la salud. Trabajar en favor de la salud desde la estrategia de EpS supone partir del principio humano de igualdad, desde el que la salud constituye un derecho irrenunciable para la vida, sin excepción alguna.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en su *Estrategia de Salud para todos 2000* (1979) como en sus diversas asambleas, se insta a los gobiernos a que desarrollen programas de EpS para mejorar la salud de la población.



En la Unión Europea, el Tratado de Maastricht, que entró en vigor de forma general en 1993, destaca en su Título X (artículo 129) que *La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuera necesario, apoyando la acción de los mismos. La acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente las más graves, y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, apoyando la investigación de su etiología y de su transmisión, así como la información y la Educación Sanitaria.*

En base a este artículo, se reconocen como pilares básicos de todo el sistema la prevención, investigación, información y Educación para la Salud (González Alonso y col., 1998, 63)

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43.3, explicita que *los poderes públicos fomentarán la Educación Sanitaria, la Educación Física y el deporte.*

También la Ley General de Sanidad, en su artículo 6º, especifica que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a *promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada Educación Sanitaria de la población.*

En el *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población andaluza a partir de las necesidades detectadas y de las recomendaciones contenidas en distintos documentos internacionales (*Salud para todos en el Siglo XXI*, las conclusiones del informe de la situación de la salud mundial de 2002 y el Programa de Acción Comunitaria de la Unión Europea en el ámbito de la Salud Pública 2003-2008) se plantean diez líneas prioritarias de acción:

1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente, que dé respuesta a las nuevas situaciones y que sea sensible a las demandas sociales.
2. Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.
3. Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.
4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales contra el cáncer, la



diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y en favor de la salud mental y atención a las personas en situación de dependencia.

5. Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos.
6. Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.
7. Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías con criterios de equidad y evidencia científica.
8. Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación.
9. Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.
10. Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios.

La puesta en marcha de estas líneas de actuación, sobre todo de la 1 a la 6, va a requerir estrategias de EpS, tal y como el mismo plan especifica en su desarrollo.

Es evidente que, si se quiere mejorar progresivamente la salud de la población, hay que situarse en el nuevo paradigma de salud, en cuyo marco de acción el protagonismo corresponde a los ciudadanos y ciudadanas. Por tanto, la EpS es un elemento fundamental tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Tampoco hay que olvidar la crisis actual de los sistemas sanitarios, incapaces de dar respuesta a todas las demandas de atención a la salud, las cuales tratan de frenar. También aquí se hace necesaria la intervención educativa: liberar a la población de la dependencia que el sistema sanitario ha generado, ayudar mediante la EpS a racionalizar el gasto sanitario.

A todas estas razones que justifican sobradamente la necesidad de la EpS, hay que añadir la importancia que hoy tiene la realización personal y social, la capacidad de autonomía de las personas y los pueblos. Si la salud es tan importante, no se puede seguir manteniendo una relación tan dependiente del nivel institucional (López Santos, 2000, 342) La instauración de un sistema de *autocuidados*, que implicaría el ser capaz de cuidar de sí mismo/a, de los demás y de pedir ayuda cuando se necesite, pasa necesariamente por un proceso permanente de EpS.



La Educación para la Salud (EpS) está inextricablemente unida a la manera en que una sociedad concibe el término salud. El nuevo paradigma sitúa la salud como un medio imprescindible para vivir en plenitud y, por tanto, considera el *estado de bienestar* como un requisito básico para alcanzar progresivamente mayores niveles de salud. Reforzar y ampliar el *estado de bienestar* implica poner en marcha estrategias de EpS enmarcadas en el enfoque de *promoción de la salud*. Este enfoque supone el establecimiento de un compromiso social y gubernamental dirigido a crear entornos favorables a la salud, a promover estilos de vida saludables, mejorar las condiciones personales en todas sus dimensiones y reorientar los servicios sanitarios hacia una atención integral (Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa, 1986, 2). La EpS es un elemento nuclear para conseguir una participación activa y responsable de la población en el logro de estas metas (López Santos, 2000, 342)

La dimensión globalizante de la salud hace que la EpS se sitúe en la intersección de diversos aportes teóricos y prácticos que la configuran como una disciplina y una práctica profesional ecléctica. De este modo, recibe ideas, teorías y métodos procedentes de diversos campos de conocimiento y de acción, entre los que pueden considerarse como más importantes las Ciencias de la Salud, las Ciencias de la Educación, las Ciencias de la Conducta, las Ciencias Sociales y de la Comunicación, quiénes, a su vez, hunden sus raíces en muchos componentes de las Ciencias Humanas (García Martínez, 2000, 47-48)

La EpS es, evidentemente, una práctica interdisciplinar, tanto desde las diversas teorías que la sustentan como desde los ámbitos hacia los que orienta su praxis. Teniendo en cuenta que las características que definen el desarrollo teórico y práctico de las Ciencias de la Educación son la pluralidad y la interdisciplinariedad y que sólo desde la diversidad es posible construir la singularidad y la individualidad de cada disciplina pedagógica, ello supone la presencia de una pluralidad de perspectivas y de referentes epistemológicos en la propia consideración de la EpS, en tanto que disciplina en la que confluyen las aportaciones presentes en la Pedagogía Social, las Ciencias de la Educación, las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales (García Martínez, 2000, 8) Consecuentemente, la conceptualización de la EpS ha de realizarse dentro del contexto de



los marcos científicos y de los modelos de racionalidad de la Pedagogía Social y de las Ciencias de la Salud, pero también a partir de la práctica educativa, de la intervención pedagógica, de la acción educativa-social (García Martínez, 2000, 12)

La Organización Mundial de la Salud, en su XXXVI Asamblea Mundial de 1983, define la EpS como *cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando la necesite.*

Esta definición contempla la necesidad de desarrollar la EpS desde una perspectiva educativa integral que contemple la dimensión cognoscitiva, actitudinal y conductual.

Otra definición es la que aporta Green (en Rochón, 1992, 6): *La EpS es toda combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.* Aquí se ponen de manifiesto tres aspectos fundamentales en la EpS: por una parte la *sistematización* de la EpS, por otra parte, el papel de la persona que educa como *facilitadora* del aprendizaje, el derecho a la *autodeterminación* de la persona y, por último, las *finalidades* relacionadas con comportamientos considerados como saludables.

Una tercera definición (Costa, 1996, 29) es la consideración de la EpS como *un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.* Esta definición enfatiza el objetivo de que las personas realicen elecciones informadas y voluntarias respecto a las prácticas saludables.

Desde cualquiera de las perspectivas de estas definiciones, la EpS como tarea socioeducativa tiene una doble finalidad: por una parte, contribuir a dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, individual y comunitariamente, mediante la capacitación para tomar decisiones y por otra, para comprometerse permanentemente en la transformación social necesaria para crear entornos y políticas favorables a la salud.



Uno de los objetivos de la *educación social* es educar para la participación social, para aprovechar los beneficios de la cultura del bienestar, lo que supone incidir en las estructuras cognitivas y afectivas del sujeto y trabajar con la finalidad de producir un cambio en su repertorio conductual, cambios que requieren, a su vez, modificaciones en los contextos vitales de las personas (Petrus, 1996 en García Martínez, 2000, 13)

Estos rasgos de la educación social coinciden plenamente con los de la EpS en tanto que se plantea la promoción de la salud y la mejora de las condiciones de vida como determinantes de la salud de la población. La EpS es, por tanto, una educación social y permanente, esto es, un elemento vivo, vinculado al devenir educativo de las sociedades humanas (García Martínez, 2000, 14)

¿Cuáles son los principales enfoques de EpS en la prestación de Cuidados?

Las distintas concepciones de salud y de educación a lo largo de la historia han condicionado la manera en que se ha llevado a la práctica la Educación para la Salud (EpS) sus contenidos y los ámbitos en los que debía desarrollarse.

En función de la ideología subyacente respecto a la salud y a la educación, se han formulado objetivos y se han establecido diversas metodologías para llevar a cabo la EpS.

En la actualidad, partiendo de estas variables, pueden distinguirse diferentes modelos en la praxis de la EpS.

Para Tones (1981) (en López Santos, 2000, 346) existen cuatro enfoques básicos de EpS: el enfoque *educativo* en el que la práctica docente se dirige a facilitar los elementos necesarios para una toma de decisión informada, al margen de los resultados en salud, el enfoque *preventivo* centrado en la modificación de los comportamientos como origen de la enfermedad, el enfoque *radical* orientado a la transformación de los factores sociales, económicos y culturales que inciden en la salud y el enfoque *de desarrollo personal* basado en el entrenamiento de habilidades personales para combatir los factores negativos del medio.

Salleras (1985) distingue entre el modelo de *creencias de salud*, los modelos derivados de la *comunicación persuasiva*, modelos teóricos



basados en la *política económica* y el modelo *pragmático*, mezcla de los modelos anteriores.

Una tercera clasificación (Serrano González, 1990, 25-41) distingue entre el modelo *informativo*, el modelo *persuasivo-motivacional* y el modelo *político-económico-ecológico* (éstos dos últimos, inspirados en Tones y Salleras).

Todos estos enfoques se agrupan en tres grandes tendencias o modelos (Sánchez Moreno, 1995, 69: 95-139)

1. El denominado *Modelo divulgativo*, inspirado en una concepción biologicista, individual y negativa de la salud (la salud es la ausencia de enfermedad) Este modelo es sinónimo de *divulgación sanitaria*. Se trata de hacer llegar a la población los conocimientos sanitarios de forma vulgarizada, centrado en un conjunto de recomendaciones y prescripciones facultativas en materia de salud (López Santos, 1998, 29) de carácter preventivo o terapéutico.

Esta orientación prescriptiva se corresponde con el enfoque preventivo de atención a la salud y se basa en los siguientes principios (Aibar Remón, 2000, 63):

-Dado que las conductas desempeñan un importante papel en la etiología de las enfermedades, hay que tratar de que las personas adopten conductas saludables.

-La realidad socioeconómica y cultural, aunque es un determinante de salud, es difícilmente modificable, por tanto la EpS debe dirigirse a los individuos, incrementando su responsabilidad en el cuidado de la salud.

-Las personas no poseen los conocimientos necesarios para proteger su salud pero sí están dispuestas a aceptar y cumplir con las indicaciones de los profesionales sanitarios.

-Los profesionales sanitarios son quienes mejor conocen los hábitos y comportamientos que mejoran la salud, por tanto, son ellos los que deben prescribir las conductas deseables.

Se concibe la educación como una transmisión de conocimientos de carácter unidireccional donde lo que prevalece es el criterio y contenido de la persona *experta*, siendo ésta quien decide *qué necesitan saber* las personas y *cómo* debe producirse este aprendizaje.

Las características fundamentales que definen este modelo pueden resumirse en ser un enfoque *individual, centrado en la enfermedad y au-*



toritario (López Santos, 1998, 30) En consecuencia, este modelo omite la dimensión social de la salud, dejando al margen todos los determinantes sociales que, a su vez, condicionan las conductas de las personas. Está dirigido a evitar la aparición de determinados problemas de salud, utilizando para ello una estrategia parcial centrada, casi exclusivamente, en facilitar determinada información y, evidentemente, establece una comunicación unidireccional legitimada en el rol del profesional sanitario como única fuente de conocimiento.

La información por sí sola y la prescripción se han mostrado ineficaces para cambiar los patrones de conducta no saludables. Actualmente existe información suficiente sobre los efectos nocivos del tabaco, del consumo excesivo de alcohol, de conducir bajos los efectos de determinados fármacos y/o drogas... y sin embargo, este conocimiento no parece suficiente para cambiar este tipo de prácticas (López Santos, 1998, 31)

2. El *Modelo Conductual* centrado en producir cambios comportamentales beneficiosos para la salud de los individuos mediante la inhibición de conductas de riesgo y la potenciación de conductas alternativas (López Santos, 1998, 30)

La concepción de salud se corresponde con el bienestar individual en sus dimensiones biológica y psicológica. En consecuencia, tiene un enfoque individual de carácter preventivo y terapéutico.

Las estrategias educativas que utiliza provienen de las teorías del aprendizaje basadas en el condicionamiento clásico o instrumental y en las teorías cognitivistas.

Este modelo de aprendizaje del comportamiento tiene su base teórica en las siguientes teorías (Rochón, 1992, 29):

- *Teoría de la adquisición de innovaciones de Rogers* cuyas etapas son: estar informado o conocer, estar interesado (actitud receptiva en relación a la conducta), tomar una decisión, probar (ensayar) y adoptar o incorporar la conducta.
- *Teoría de las necesidades de Maslow* (clasificación jerárquica de cinco necesidades del ser humano: fisiológicas, de seguridad, de identidad y amor, de autoestima y de desarrollo personal) que constituye la base teórica de una fase del modelo de aprendizaje del comportamiento: experimentar la necesidad de tomar una decisión.



- *El diagnóstico educacional del modelo PRECEDE* (acrónimo de Predisposing: predisponentes; Reiforcings: reforzadores; Enabling: facilitadores; Causes: causas; Educational: educacional; Diagnosis: diagnóstico y Evaluación: evaluación) en el que deben identificarse los distintos factores predisponentes, facilitadores y reforzadores que influyen en el comportamiento que se pretende incorporar.
- *El Modelo de aprendizaje de Gagné* como una de las aportaciones de educación cognitiva y psicomotriz, cuyas etapas permiten una enseñanza óptima: informar al discente sobre los objetivos de aprendizaje, presentar los estímulos, aumentar la atención, establecer los prerrequisitos, facilitar las condiciones, determinar la secuencia y guiar el aprendizaje.
- *La Teoría del cambio de Kelman* que tiene sus orígenes en la sociopsicología. Supone un cambio personal en relación con los factores ambientales. Los tres procesos de cambio son: el cumplimiento, la identificación y la interiorización.

Este modelo desplaza el objeto de una profesión a otra, del modelo biomédico al modelo psicologicista. El comportamiento es parte de la vida, pero la vida es mucho más que un comportamiento: la vida misma, las tradiciones, los valores, los ideales, el trabajo, el tiempo libre, las condiciones de vivienda (Panico, 1985, en Serrano González, 1990, 34)

Una de las limitaciones más importantes de este modelo es que mejorar la salud depende de los comportamientos, olvidando la influencia del entorno y la correspondiente acción comunitaria para producir cambios positivos en las estructuras sociales.

El enfoque *conductual* está enraizado en un planteamiento de la enseñanza de carácter técnico-racional y una intervención desde el ámbito de la salud centrada en la curación y la prevención como fenómeno individual, concibiéndose así la EpS como un proceso tecnológico a aplicar a personas o grupos para erradicar conductas consideradas como no saludables (López Santos, 1998, 31)

Este modelo tiene cierta utilidad para hacer frente a problemas específicos con un fuerte componente comportamental, siendo poco eficaz para dar una formación integral que permita el cuidado de la salud (López Santos, 1998, 31)



3. *El Modelo integral* propugna una praxis educativa que, partiendo del análisis de los factores personales, ambientales e institucionales determinantes de la salud, potencia la participación y el compromiso de las personas para que sean capaces de impulsar los cambios estructurales y coyunturales, que faciliten unas condiciones de vida saludables.

Es un modelo enmarcado en el enfoque de *Promoción de la Salud* (PS), por tanto, va más allá de la modificación de conductas individuales. Está orientado claramente a la *capacitación* de las personas. En este sentido, es importante retomar algunas de las definiciones de PS:

La Carta de Ottawa (1986) manifiesta que *la PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*. Esta definición explicita claramente el protagonismo de las personas en la transformación de su propia realidad.

Nutbeam (1986) (en Restrepo, 2001, 29-30) define la PS como *el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de este modo, mejorar su estado de salud*. Es un concepto unificador para todas aquellas personas que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir (Restrepo, 2001, 30)

Desde esta perspectiva, la Educación para la Salud (EpS) es una herramienta conceptual y metodológica de la Promoción de Salud.

La concepción de salud que subyace en este enfoque se corresponde con el nuevo paradigma: la salud como fenómeno positivo, dinámico, multicausal, social y multidimensional (nivel biológico, psicológico, social y espiritual)

La Educación está encaminada al desarrollo integral de las personas y su base es un modelo de aprendizaje significativo vinculado a la teoría de la asimilación de Ausubel. Su núcleo básico de intervención es el nivel comunitario, sin dejar por ello de contemplar la acción educativa individualizada.

Los principios más importantes que sustentan este modelo son los siguientes (Aibar Remón, 2000, 64):



-Considera la estructura socioeconómica como un determinante de la salud, por lo que se plantea la capacitación de las personas para su análisis.

-Concibe la educación como una manera de ayudar a las personas en su desarrollo individual y su autonomía.

-El papel de la persona que educa se centra en ayudar a la población en el proceso de adquisición de conocimientos y análisis de situaciones, proporcionándoles una información verídica y completa, de forma que facilite una *elección informada*.

-Las personas son las verdaderas protagonistas de un complejo proceso dirigido a su capacitación.

¿Qué se pretende conseguir con las estrategias de EpS desde este modelo?

Por una parte, despertar en la población el *interés* por su salud, y por otra, hacer posible la toma de conciencia y la asunción de la *responsabilidad individual y comunitaria* en el mantenimiento y mejora de la salud a través de la comprensión crítica del fenómeno salud-enfermedad (López Santos, 1998, 32)

Se plantearían tres objetivos básicos:

-Conseguir que la población sea cada vez más autónoma en el cuidado de su salud, potenciando tanto el autocuidado como la relación de ayuda.

-Facilitar la adopción de estilos de vida saludables.

-Alcanzar la implicación individual y colectiva en la transformación del entorno natural y social, con el fin de crear condiciones cada vez más saludables.

La consecución de estos objetivos implicaría poner en marcha estrategias educativas que abarquen los niveles cognoscitivo, afectivo y conductual desde una perspectiva educacional liberadora y de promoción de la persona, que lleve a que cada sujeto sea capaz de analizar críticamente la realidad y se comprometa individual y colectivamente en el cambio social que favorezca la salud.

Desde esta óptica es fácil entender que la EpS no pueda verse como un proceso aislado, al margen de lo que son los procesos educativos básicos. Conseguir que las personas sean cada vez más autónomas y solidarias en el cuidado de su propia salud y la de los demás, que tengan



capacidad para elegir las opciones más saludables, que se impliquen en la transformación de los determinantes de salud, que participen activamente en la creación de entornos saludables... es algo imposible, sin contemplar la EpS en un proceso formativo global (López Santos, 1998, 34)

La filosofía de la Educación que requiere el desarrollo de la Promoción de Salud (PS), a través de las estrategias de EpS, es aquella que apuesta claramente por una educación en valores relacionados con el desarrollo de la capacidad crítica, la responsabilidad social, la solidaridad, la tolerancia, el destino universal de los bienes, la igualdad, la autoestima.

2. LOS ÁMBITOS DE DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA INTERDEPENDENCIA DE LOS AGENTES IMPLICADOS

Si se considera la salud como un recurso básico para la vida, la Educación para la Salud (EpS) es uno de los medios más importante para lograrlo.

La salud como fenómeno multidimensional abarca todas las esferas de la vida: personal, familiar, institucional, ambiental, y, en definitiva, todo el entramado social y cultural en el que se desarrolla la vida humana. Por ello, es evidente que los ámbitos donde debe desarrollarse la EpS son también múltiples. Se hace necesario ir más allá de los espacios *formales* (instituciones educativas, servicios sanitarios) y abarcar también todos los niveles *informales*, tengan o no un carácter específicamente educativo.

La Educación, como fenómeno global de la vida de los seres humanos, tiene que hacerse presente en todos los ámbitos de la misma. Por tanto, la EpS no puede considerarse un *complemento* del proceso educativo, sino una *necesidad formativa básica* (López Santos, 2000, 343)

Las instituciones Educativas, los lugares de trabajo, la familia, los Centros Sanitarios, las asociaciones culturales y deportivas, los grupos de autoayuda, las Organizaciones no Gubernamentales, las instituciones de personas mayores son ámbitos en los que deben llevarse a cabo estrategias de EpS.



Los medios de comunicación social (Tv, radio, prensa, revistas, internet), sobre todo la Televisión, tienen una gran repercusión en cuanto a los valores y modelos que presentan y la ejercen una enorme influencia en la adopción de estilos de vida, desde patrones alimentarios, utilización del ocio, la manera de relacionarse, el consumo de alcohol y otras drogas, hasta la configuración de las propias expectativas.

La familia, las instituciones educativas y, especialmente la escuela por ser la responsable del proceso de socialización/educación en edades tempranas, los medios de comunicación social y el sistema sanitario son los principales ámbitos de EpS.

La familia, como núcleo primario de socialización y cuidados, es uno de los principales agentes de EpS. En ella se cubren las necesidades básicas de alimentación, aseo, seguridad, afecto, se transmiten valores y pautas de comportamiento (López Santos, 2000, 344)

La sociedad en su conjunto demanda de la familia la respuesta a todas esas necesidades básicas y, por supuesto, la educación en cuanto a valores y pautas de conducta. No obstante, la familia como grupo social primario está experimentando profundos cambios, tanto en su estructura como en los roles que sus miembros desempeñan. La progresiva incorporación de la mujer al trabajo por cuenta ajena, las separaciones matrimoniales, el divorcio, la legalización del matrimonio entre personas del mismo sexo, las parejas de hecho, las adopciones nacionales e internacionales, las familias monoparentales, la desestructuración familiar como consecuencia de conflictos afectivos y/o socioeconómicos, la tutela ejercida por los abuelos y abuelas... todo ello está contribuyendo a que se proyecten valores y conductas distintas a las esperadas. Surgen nuevos problemas y nuevas potencialidades que, desde la perspectiva de la EpS, deben ser tenidas en cuenta en la valoración de las necesidades educativas y, posteriormente, en la intervención.

La escuela como otro de los ámbitos importantes de socialización y educación sistemática, constituye uno de los escenarios relevantes de la EpS. En este proceso continuo de formación/socialización, la salud debe ocupar un lugar importante. Como elemento esencial para el bienestar y el desarrollo humano no puede quedar al margen de la dinámica educativa global (López Santos, 2000, 4000).



Desde los Gobiernos, a nivel nacional, autonómico y municipal, debe instarse a los medios de comunicación social para que trabajen en favor de la salud, por una parte, creando espacios específicos de EpS en una proporción importante y, por otra parte, dejando de proyectar valores y comportamientos no saludables como el individualismo, la violencia, la intolerancia, el consumismo, los hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol de forma excesiva o a edades tempranas), la competitividad... Aunque en la actualidad están funcionando determinadas campañas informativas sobre las drogas y los accidentes de tráfico, su eficacia es dudosa por tratarse de medidas muy superficiales ante problemas de gran complejidad y, sobre todo, porque es una acción puntual por parte de los medios de comunicación, exenta de compromiso social con la salud de la población.

El Sistema Sanitario tiene también un papel fundamental en la EpS. Aunque ésta no es competencia exclusiva del mismo, sí hay que admitir que tiene un papel rector y dinamizador en cuanto que son los profesionales sanitarios los que tienen la responsabilidad de elaborar el cuerpo de conocimientos científicos (a partir de las investigaciones que se realizan) que sustente la intervención en EpS, orientar técnicamente las políticas de salud en las que deben quedar enmarcadas las acciones de EpS (López Santos, 2000, 344)

Además, el Sistema Sanitario tiene dos grandes funciones respecto a la EpS: una, dirigida a reforzar los ámbitos educativos básicos, ejerciendo una labor de apoyo a la práctica educativa de la escuela, la familia y los medios de comunicación. Respecto a la escuela, los servicios sanitarios deben actuar como dinamizadores y facilitadores aportando conocimientos y recursos, trabajando de manera conjunta en proyectos concretos a partir de las necesidades de salud de la zona (López Santos, 2000, 345)

Respecto a los medios de comunicación social, el Sistema Sanitario tiene la responsabilidad de facilitar los conocimientos científicos pertinentes para evitar los mensajes pseudocientíficos que pueden afectar negativamente a la salud de la población. La formación especializada de los profesionales del periodismo es fundamental, así como el asesoramiento en determinados temas. El Sistema Sanitario, por su responsabilidad para velar por los intereses de la salud pública, deberá también



fomentar mensajes dirigidos al cuidado de la salud y censurar aquellos que puedan perjudicarla.


Otra de las funciones esenciales del Sistema Sanitario es potenciar la actividad educadora de los servicios sanitarios. Se trataría, por una parte, de dar una respuesta educativa a necesidades específicas como aprender a cuidarse y/o cuidar a los demás en situaciones especiales como la infancia, la vejez, la enfermedad, la invalidez (López Santos, 2000, 245). Por otra parte, tendría que abordar las necesidades educativas derivadas de los nuevos problemas de salud que van apareciendo y que tienen una gran repercusión social (SIDA, drogodependencias, Enfermedades de Transmisión Sexual, el deterioro medioambiental), actuando directamente en determinadas situaciones y sensibilizando a la población sobre las repercusiones y las pautas de promoción de la salud y prevención.

En definitiva, se plantea la necesidad de estructurar la EpS en un proceso de educación permanente que, comenzando por la familia y la escuela, encuentre su continuidad tanto en ámbitos educativos especiales (servicios sanitarios, centros de trabajo, grupos de autoayuda, asociaciones ciudadanas) como en los contextos educativos informales como el ambiente y los medios de comunicación social (López Santos, 2000, 345)

Desde la perspectiva pedagógica social, los problemas de salud sólo pueden ser abordados desde su vinculación con la situación que rodea la vida social de las personas, y es, precisamente, esta vinculación la que le da sentido como dimensión humana fundamental en la consecución de una vida más digna y saludable (García Martínez, 2000, 127), siendo la Educación para la Salud (EpS) uno de los pilares básicos en el ámbito de la educación global para conseguir mayor bienestar social e individual.

La interacción escuela-entorno constituye un proceso esencial en el desarrollo de la EpS en la Escuela en general y, específicamente, en las Escuelas Promotoras de Salud.

Los agentes implicados son los que forman parte del sistema social que envuelve a la institución escolar: el alumnado, el profesorado, el personal de administración y apoyo, la familia, las instituciones sociales y sanitarias, las asociaciones, los medios de comunicación social y la



calle como *micromedio* (término según clasificación de Puig (1987), citado en López Santos, 1998, 57)

La relación familia-escuela: un reto educativo que no pasa:

La familia, como núcleo de socialización básico, tiene una concepción de salud y de la atención a la misma que está mediatizada por las creencias y valores transmitidos de una generación a otra y por la información que recibe de los medios de comunicación social.

El resultado de este proceso no siempre es positivo frente a la salud. En ocasiones, lo que la familia transmite a los niños y niñas son actitudes negativas y pautas de comportamiento erróneas que, posiblemente, entrarán en conflicto cuando se integren en la vida escolar.

Buscar una coherencia entre los mensajes procedentes del entorno familiar y los que implícita o explícitamente ofrece la escuela, es un ideal educativo al que siempre se trata de llegar (López Santos, 1998, 56)

Este objetivo constituye todo un reto educativo y social. Para comenzar a trabajar en este sentido, es necesario partir de un conocimiento sociológico sobre la estructura familiar en la que viven los niños y niñas. Hay que ir asumiendo los nuevos modelos de familia que van emergiendo como consecuencia de los cambios que se están produciendo en la relación afectiva de las personas, en el sistema legislativo y en los valores sociales en general.

Desde las diversas situaciones tiene que darse una condición indispensable: la *participación* en la vida escolar de los miembros familiares que tengan una mayor responsabilidad en la educación del niño y/o la niña (padres, madres, abuelos, abuelas...)

La salud, por su importante dimensión social, es uno de los temas que gozan de mayor capacidad para establecer un vínculo adecuado entre la institución escolar y la familia.

El primer paso es dialogar y exponer con absoluta claridad el papel que cada uno de estos ámbitos ha de desempeñar en el proceso educativo global del niño y la niña.

Las personas responsables en el núcleo familiar tienen que conocer y comprender los contenidos de EpS que van a ser tratados en la escuela



y la influencia que ellos, como padres y madres (según el caso) pueden ejercer como facilitadores o inhibidores de su aprendizaje (López Santos, 1998, 56-57)

Por su parte, la escuela tiene que conocer previamente todas las variables culturales y sociológicas que pueden tener mayor influencia en el ámbito familiar, identificando las necesidades más importantes que requieren un tratamiento educativo desde la EpS.

El proceso de participación de la familia no acaba aquí, sino que debe implicarse de una forma más permanente y efectiva. Incorporar a los padres, madres, abuelos, abuelas a determinadas actividades relacionadas con la EpS (taller de alimentación, primeros auxilios, higiene de los alimentos...) es una buena forma de vincular de una manera más práctica y permanente al núcleo familiar. A partir de estas experiencias, habría que ir trabajando de manera conjunta temas que pueden generar más conflicto por su relación con el sistema de creencia y valores, como la educación sexual, la salud mental, las drogodependencias, las relaciones socio afectivas en el marco de la tolerancia, la educación para el consumo o la manera de combatir la violencia, la xenofobia...

La implicación del profesorado:

Educar para conseguir que el alumnado sea capaz de comprometerse individual y socialmente a favor de la salud significa que la EpS, como herramienta conceptual y metodológica para conseguir los objetivos de promoción de la salud, debe superar el carácter *prescriptivo* de presencia en el currículum y recuperar el verdadero sentido que tienen los contenidos transversales. Es decir, vincular el aprendizaje de los niños y niñas a sus preocupaciones sociales y a sus necesidades de incorporación y participación en la vida social. En realidad, la *transversalidad* significa que ciertos elementos cognitivos o valorativos, que reflejan a la vez ciertas consideraciones sociales apreciadas como fundamentales para la formación de las personas, deben estar presentes en el proceso educativo (García Martínez, 2001, 36)

La dimensión comunitaria de la EpS requiere del profesorado una firme convicción acerca de la salud como valor indispensable y la necesidad de la intervención educativa. Para ello, la formación permanente



y la reflexión pedagógica sobre la EpS en el ámbito escolar es una condición indispensable para hacer frente al reto educativo.

El compromiso del equipo educativo se convierte en una apuesta por la salud dentro y fuera de la escuela. Por consiguiente, tiene un proyecto educativo que es producto del *consenso* entre los agentes implicados (escuela, familia, entorno). Esto no es un logro inmediato, sino producto de todo un proceso de maduración en el que la escuela ha de abandonar los planteamientos dogmáticos y escasamente fundamentados en los temas relacionados con la salud, y abrirse a las diferentes realidades culturales desde una base científica basada en la evidencia.

El alumnado como agente de salud:

Desde el enfoque de promoción de la salud, no hay aumento de la calidad de vida sin compromiso social. El carácter multifactorial de la salud y su proyección social ha puesto de manifiesto que el control sobre los determinantes de salud (la biología, los estilos de vida, el medio ambiente, el entorno, el sistema sanitario, la educación...) es una de las acciones clave para poder alcanzar un nivel óptimo de salud que permita una vida gozosa y plena.

Desde esta perspectiva, el alumnado puede convertirse en un agente de salud dentro de la escuela, en su propia familia, con los grupos de iguales, en el ambiente de la calle...capaz de ir promoviendo los cambios sociales necesarios para detener la involución del *estado de bienestar* y conseguir políticas sociales avanzadas.

La calle y sus posibilidades de Educación para la Salud:

Desde la pedagogía se considera que la calle como micromedio tiene una gran influencia en la formación de las personas en edad escolar y, por tanto, es también un ámbito de intervención (López Santos, 1998, 58)

¿Cómo perciben la calle la familia, el profesorado y el alumnado?

Actualmente, la familia percibe la calle más como un espacio de riesgo que como un lugar de esparcimiento.

El profesorado la considera un medio muy influyente pero ajeno a su responsabilidad, puesto que la escuela, institucionalmente, sigue limitada a las aulas y el recreo (López Santos, 1998, 58)



Para el alumnado, la calle o el medio externo tiene tres funciones: placer, libertad y socialización. Frente a las connotaciones de disciplina y control de la casa y la escuela, la calle significa independencia, autonomía, expansión (López Santos, 1998, 58)

También la calle es el campo de experiencia para la socialización de los niños, niñas y jóvenes, donde se muestran las adhesiones, las tensiones, la capacidad de defensa y de amor (López Santos, 1998, 59)

¿Cómo intervenir pedagógicamente en el ambiente de la calle para hacerlo más saludable?

Partir del conocimiento de la realidad es fundamental. Las generalizaciones acerca de la misma, en base a experiencias concretas, nos hacen percibir la calle como una realidad homogénea y negativa sobre la que es difícil intervenir.

Desde la perspectiva de EpS, la calle es parte del entorno que influye poderosamente sobre el alumnado y sobre el conjunto de la comunidad.

Conocer el comportamiento y las expectativas del alumnado en la calle es un elemento imprescindible para detectar las necesidades educativas en materia de salud.

Las Escuelas Promotoras de Salud, desde su proyección de creación de entornos saludables, intervienen positivamente en la calle, desde el alumnado, la familia y las organizaciones locales existentes. Desde esta implicación, el trabajo en las aulas está más centrado en los intereses del alumnado y más cerca de la situación real de salud de esa comunidad.

Merece la pena salir fuera de la escuela, investigar el entorno social del alumnado, los espacios que frecuentan o a los que acudirán en un futuro (López Santos, 1998, 60)

El conocimiento profundo y sistemático de la realidad es la primera garantía para saber que estamos en el camino de educar desde la vida y para la vida con un enfoque crítico y constructivo.



Los servicios sanitarios en el marco de la Educación para la Salud en la Escuela:

Tradicionalmente, los ámbitos sanitarios y educativo han estado separados y con una colaboración puntual de charlas o revisiones médicas al alumnado (García Martínez, 2000, 124)

La actual orientación de las políticas educativas y sanitarias han puesto de relieve la necesidad de trabajar de manera coordinada en el desarrollo de la Promoción de la Salud (García Martínez, 2000, 125)

Las implicaciones culturales, sociales, económicas, educativas, medioambientales, políticas...de la Promoción de la Salud, hacen que la EpS tenga, como estrategia, un carácter *multidisciplinar*.

En el ámbito de la Escuela, el protagonismo de la EpS es claramente del profesorado, si bien se requiere una acción coordinada entre los servicios sanitarios de la zona y el centro escolar. El objetivo es único: capacitar a las personas para que sean capaces de alcanzar una calidad de vida que les permita vivir satisfactoriamente.

Los centros sanitarios y los respectivos profesionales están llamados a una tarea de apoyo y orientación sobre medidas de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Por tanto, constituyen un referente importante para el profesorado de las escuelas.

Además de esta cooperación tan evidente y razonable, es necesario crear un espacio de reflexión y formación compartido sobre aspectos más globales relacionados con la salud: la influencia de las políticas sanitarias y educativas en la salud, las dificultades que existen para llevar a cabo la promoción de la salud, los cambios sociales necesarios para sostener y aumentar el estado de bienestar, las nuevas necesidades de salud en base a problemas de gran repercusión social y sanitaria, así como la importancia del compromiso profesional, social y político para trabajar en favor de la salud.



VI. CONSIDERACIONES FINALES

El conocimiento, análisis y reflexión sobre la Salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas constituye uno de los referentes más importantes para el desarrollo de una filosofía de los Cuidados de Enfermería que, indudablemente, dará lugar a un desempeño profesional enmarcado en el enfoque de *Promoción de Salud*, en el que se pone de manifiesto la dimensión comunitaria y multifactorial del proceso salud-enfermedad.

En consecuencia, el cuidado de la Salud tiene en su base la *acción intersectorial*, pues no es posible mantener y mejorar la Salud sin el compromiso conjunto de los distintos sectores que conforman la sociedad y, específicamente, desde el ámbito educativo y sanitario se hace necesario establecer un marco de acción encaminado a fomentar en las personas el compromiso individual y social para mantener, preservar y aumentar la Salud. En este sentido, la defensa del medio ambiente, la eliminación de las desigualdades en Salud con todo lo que conlleva de eliminación de las desigualdades sociales, económicas y educativas, la mejora de las condiciones de vida de los grupos y personas más desfavorecidas... son objetivos prioritarios y permanentes que deben guiar la acción profesional docente y, evidentemente, la de los profesionales sanitarios en general y, especialmente, la de las Enfermeras y Enfermeros como responsables de la práctica de los Cuidados en el más amplio sentido de la palabra Cuidados que se proyectan individual y comunitariamente, en situación de buena salud y de enfermedad, en los Centros Sanitarios, en los domicilios, en los Centros de Mayores, en los Centros de Trabajo, en las instalaciones deportivas, en los Grupos de Autoayuda, en los Centros Escolares... Cuidados que se sustentan en el conocimiento científico desde una dimensión humana y social, con una clara intencionalidad de facilitar a las personas el desarrollo



de su capacidad para el control sobre su propia Salud. En este sentido, el modelo de los *autocuidados* constituye un claro exponente de la contribución de la Enfermería a la capacitación y liberación del potencial de Salud de todas las personas y los grupos humanos. Así mismo, la implicación cotidiana de poner de manifiesto las necesidades de salud de las personas y grupos sociales para los que trabajan, así como desde su acción investigadora en todo lo que supone la búsqueda de evidencias que expliquen los problemas de salud, la efectividad de los cuidados que se dispensan o la identificación de situaciones sociales, económicas, educativas y medioambientales que fomentan la Salud, representan la praxis de una filosofía de los Cuidados basada en una visión positiva, multifactorial, dinámica y social de la Salud y de la enfermedad.

Este enfoque profesional supone un desempeño de los Cuidados de Enfermería desde el compromiso en favor de la Salud. Implica, así mismo, defender de manera inequívoca los intereses de la Salud Pública, de la Salud como derecho para todas las personas, sin excepción alguna. En consecuencia, la *equidad como principio* ha de guiar la práctica profesional de cada día si queremos ayudar al conjunto de la sociedad a vivir saludablemente desde una intervención interdisciplinar.

Conocer el Sistema Sanitario, sus principios y el tipo de servicio que presta al conjunto de la sociedad, constituye una referencia obligada para la Enfermería. La perspectiva del Sistema muestra claramente una concepción de Salud determinada y, en consecuencia, nos pone de manifiesto las decisiones políticas en cuanto a qué problemas se priorizan, qué tipo de atención se va a prestar y cuál se va a omitir. En este sentido, quedan definidas las acciones profesionales que se van a llevar a cabo. El análisis crítico de la estructura y el funcionamiento del Sistema Sanitario constituye para la profesión enfermera un hecho más de su compromiso en favor de la Salud, ya que el punto de referencia fundamental no es la cartera de servicios del Sistema Sanitario sino la respuesta a las necesidades de Salud del conjunto de la población. Por tanto, descubrir las áreas de inequidad, las desigualdades en Salud o una prestación de servicios sin la calidad requerida es algo fundamental para mantener y aumentar el nivel de Salud.



Desde la doble consideración de la Salud y la Educación como responsabilidad social, se hace cada vez más necesario el establecimiento de proyectos conjuntos entre estos sectores, por la amplia proyección que ambos tienen sobre el conjunto social y por la capacidad potencial de influir sobre el sector político y económico para que se comprometan a mantener y mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas.

Esta acción conjunta ha de ser permanente, sin limitarse, como hasta ahora, a la elaboración de determinados proyectos que tienen un comienzo y un final. Por el contrario, trabajar en favor de la Salud es una opción vital que da sentido al quehacer profesional diario.

La búsqueda del apoyo institucional y social es esencial para conseguir el compromiso comunitario imprescindible para mejorar progresivamente la Salud de la población. Desde los Centros Sanitarios, especialmente los Centros de Salud, y desde las instituciones escolares habría que impulsar redes de colaboración que lleguen a los ayuntamientos, para que éstos, a su vez, sean capaces de crear entornos favorables a la Salud desde la mejora del medio ambiente, el acceso a la vivienda, el apoyo y cobertura social a grupos desfavorecidos, la educación en la calle, alternativas saludables al ocio, la promoción cultural... También a los medios de comunicación, a los grupos de Autoayuda, a los partidos políticos, a las asociaciones...

En definitiva, la Salud, recurso imprescindible para la vida, se proyecta como una responsabilidad social, política y educativa. Por tanto, como un derecho que, individual y comunitariamente, tenemos que defender en todas y cada una de sus dimensiones. No olvidemos que la Historia nos demuestra que los logros en Salud no son permanentes a no ser que el conjunto de la sociedad exija, controle e impulse los cambios sociales, políticos, económicos y educativos necesarios que garanticen el principio de equidad en Salud.



BIBLIOGRAFÍA

- AIBAR REMÓN, C. (2000) Educación para la Salud (en Colomer Revuelta)
- ÁLVAREZ DARDET-PEIRÓ (2000) Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. (EASP. Granada)
- ÁLVAREZ NEBREDA, C. (1994) Administración Sanitaria y sistemas de Salud (Síntesis. Madrid)
- BIMBELA PEDROLAS, J.L. (2001) Cuidando al cuidador: counseling para profesionales de la salud (Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada)
- BORREL, C. y col. (editores) (2004) Informe SESPAS 2004: La Salud Pública desde la perspectiva de género y clase social (Gaceta Sanitaria. Barcelona)
- CABASÉS, J.M. y col. (2002) Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública (SESPAS. Barcelona)
- CAJA LÓPEZ, C. y LÓPEZ PISA, R.M (2003) Enfermería Comunitaria (Masson. Barcelona)
- CAPITÁN DÍAZ, A. (2000) Educación en la España contemporánea (Ariel. Barcelona)
- CAPITÁN DÍAZ, A. (2002) Breve historia de la educación en España (Alianza Editorial. Madrid)
- CARR, W. y KEMMIS, ST. (1988) Teoría Crítica de la Enseñanza (Edit Martínez Roca. Barcelona)



- CARR, W. (1999) Una teoría para la educación. Hacia una investigación educativa crítica (Edic. Morata. Madrid)
- CATALÁ VILLANUEVA-DE MANUEL KEENOY (1998) Informe SESPAS 1998: la Salud Pública y el futuro del estado de bienestar. (EASP. Granada)
- COLOMER REVUELTA-ÁLVAREZ DARDET (2000). Promoción de la salud y cambio social. (Masson. Barcelona)
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996) Educación para la Salud (Pirámide. Madrid)
- DEVER (1977) An Epidemiological model for health policy analysis (Soc. Ind Res)
- DUBOS, R. (1975) El espejismo de la Salud (Fondo de Cultura Económica. México)
- EVANS, R. G. y col. (1996) ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? (Díaz de Santos. Madrid)
- FAURE, E. Y col. (1980) Aprender a Ser (Alianza Universidad-UNESCO. Madrid)
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (1990) La sanidad española a debate (FAPDSP. Madrid)
- FERNANDEZ SIERRA, J y SANTOS GUERRA, M.A. (1992) Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud (Edit. Aljibe. Málaga)
- FRÍAS OSUNA, A. (coord.) (2000) Salud Pública y Educación para la Salud. (Masson. Barcelona)
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. Y col. (2000) Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida (Arán. Madrid)
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. y col. (2001) Educación para la Salud (DM. Universidad de Murcia)
- GAVIDIA CATALÁN, V. (2001) La transversalidad y la escuela promotora de salud (Revista Española de Salud Pública N° 6 Noviembre-diciembre, 505-516)



- GIMENO SACRISTÁN y PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1997) Comprender y transformar la enseñanza. (Morata. Madrid)
- GÓMEZ LÓPEZ, L.I. y RABANAQUE HERNÁNDEZ, M.J. (2000) Concepto de Salud (en Colomer Revuelta)
- GÓMEZ LÓPEZ, L. y col. (2000) Mejorar conocimientos y motivaciones para una conducta saludable (en Álvarez Dardet)
- GONZÁLEZ ALONSO y col. (1998) Análisis de la situación de salud (en Catalá Villanueva)
- HAWE, P y col. (1993) Evaluación en promoción de salud (Masson. Barcelona)
- HOUSE, E.R. (1997) Evaluación, ética y poder (Morata. Madrid)
- ILLICH, I. (1976) Némesis Médica (Edit. Joaquín Mortíz. México D.C.)
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1993) La educación Primaria. Educación para la Salud (Red Telemática Educativa de Andalucía)
- JUVINYA CANAL, D. (1998) L'Educació per a la Salut a l'Escola i el paper del professorat (Colección Tesis Doctorals.Universitat de Girona)
- LEY GENERAL DE SANIDAD de 25 abril 1986
- LÓPEZ SANTOS, V. (1998) Hacia una escuela saludable. (Junta de Andalucía. Sevilla)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Educación para la salud en la Escuela (en Frías Osuna)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Sistemas de Salud (en Frías Osuna)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Marco conceptual de Educación para la Salud (en Frías Osuna)
- MARTÍN MORENO, J.M. (2000) Vivir saludablemente (En Álvarez Dardet)
- MARTÍN RIVAS, D. (2002) La Educación para la Salud en la Escuela en la Unión Europea. Modelos, instituciones y programas (Edic. Universidad de Salamanca)



- McKEOWN, T (1981) Introducción a la Medicina Social. (Siglo XXI. México)
- MARTÍNEZ NAVARRO, J. y GRAULLERA SANZ, B. Sociedad y enfermedad: el proceso de enfermar (en Sánchez Moreno)
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1987) Encuesta Nacional de Salud (M.S.C. Madrid)
- MOLINA, M.C. y FORTUNY, M. (2003) Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención (Laertes S.A. Barcelona)
- NOVAK, J. (1985) Teoría y práctica de la educación (Alianza Universidad. Madrid)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978) Declaración de Alma-Ata (O.M.S. Rusia)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1984) Health Promotion: A discussion document on the concept and principles. Supplement to Europe News, 3 (OMS.Copenhague)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1984) Salud para todos en el año 2000. (Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986) Carta de Ottawa (O.M.S. Ottawa. Canadá)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1988) Recomendaciones de Adelaida (O.M.S. Adelaida. Australia)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1991) Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: entornos propicios a la Salud (O.M.S. Sudnsvall. Suecia)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997) Declaración de Yakarta sobre Promoción de la salud en el siglo XXI (O.M.S. Yakarta. Indonesia)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) Salud para todos en el siglo XXI. (Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000) Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (O.M.S. México)



- PÉREZ PÉREZ, J.L. (2000) El Sistema de salud español (en Frías Osuna)
- RESTREPO, H. y MÁLAGA, H. (2001) Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable (Panamericana. Bogotá)
- ROCHÓN, A. (1992) Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. (Masson. Barcelona)
- ROSET ELIAS, M.A. y VILADOT AGUAYO, R. (2003) Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa (en Molina y Fortuny)
- SÁEZ, S. y col. (2001) Promoción y Educación para la Salud: conceptos, metodología, programas (edit. Milenio. Girona)
- SÁEZ GÓMEZ, J.M., MARSET CAMPOS, P., AGUINAGA ONTOSO, E. (2000) Concepto de salud y perspectiva histórica en Salud Pública (en Sánchez Moreno)
- SALLERAS SANMARTI, L. y col. (1985) Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones (Díaz de Santos. Madrid)
- SÁNCHEZ MORENO, A. y col. (1995) Estructuras de racionalidad en Educación para la Salud: fundamento y sistematización (Revista Sanidad de Higiene Pública, 69: 5-15)
- SÁNCHEZ MORENO, A. y col. (2000) Enfermería comunitaria I. Concepto de salud y factores que la condicionan. (McGraw-hill. Madrid)
- SANTOS GUERRA, M.A. (1994) Una tarea contradictoria: educar para los valores y educar para la vida (Kikirikí, 31-32: 59-68)
- SARLET GERKEN, A.M. y col. (1996) Educación para la salud: una perspectiva antropológica (Nau llibres. Valencia)
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I. (1990) Educación para la Salud y participación comunitaria (Díaz de Santos. Madrid)
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I. (2002) La Educación para la salud en el siglo XXI. (Díaz de Santos. Madrid)
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2003) III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (1993): Informe SESPAS: La salud y el sistema sanitario en España (SG editores. Barcelona)

TERRIS, M. (1987) La revolución epidemiológica y la medicina social (Siglo XXI. Madrid)

VILLALBÍ, J. y otros (2000) Reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas (en Álvarez Dardet)