



La Salud Pública
instrumento
para la **convivencia**



Foro de debate sobre
la Salud Pública en Andalucía

La Salud Pública
instrumento
para la convivencia

La salud pública: instrumento para la convivencia: foro de debate sobre la salud pública en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Dirección General de Salud Pública y Participación

Edita: Consejería de Salud
Avda. de la Innovación, s/n, Edif. Arena 1
41020 - Sevilla

Coordinación técnica: Javier Ortiz, Jefe del Servicio de Programas, Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Miguel Picó, Rafael Muriel, Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Olga Solas, Coordinadora de Consultoría, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Supervisión editorial: Rosa Baras, Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Giulia Fernández Avagliano, Unidad de Publicaciones, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Traductora: Doreen Carrol

Maquetación y cubierta: Catálogo Publicidad

Ilustración de cubierta: *Vista de Córdoba. Río Guadalquivir, Puente Romano y Mezquita al fondo* (grabado). Juan María Sánchez

Imprime: Gráficas Alhambra

Depósito Legal: Gr-1584/2003

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, sin la autorización por escrito de la Consejería de Salud.



**Foro de debate sobre
la Salud Pública en Andalucía**

Del 9 al 11 de octubre de 2002

Palacio de Congresos y Exposiciones de Córdoba

La Salud Pública
instrumento
para la **convivencia**



Foro de debate sobre
la Salud Pública en Andalucía

Del 9 al 11 de octubre de 2002

Palacio de Congresos y Exposiciones de Córdoba

ÍNDICE

Presentación	13
Primeras impresiones. Citas del Libro de honor	15
Precursores del encuentro. Homenaje a Maimónides	16
Para situarse	23
Capítulo I. El arte de vivir y la promoción de la salud	
<i>Conferencias</i>	
• Incrementando las inversiones para la salud: logros alcanzados	27
<i>Ponencias en mesas</i>	
• Salud y desarrollo sostenible. La perspectiva del consumidor organizado	55
<i>Introducciones a debates</i>	
• Educación y salud	61
• Difusión en España del Informe europeo <i>La evidencia de la eficacia de la promoción de salud</i>	69
• El contexto del Informe <i>La evidencia de la eficacia de la promoción de salud</i> y la adecuación de un proyecto de difusión a la situación española	75
<i>Experiencias</i>	
• Danza Mobile	79
• Proyecto Triana de seguimiento del tratamiento farmacológico a pacientes diabéticos	81
• Grupos de atención psicosocial para mujeres.....	83
• El corazón objeto de mimo. Un paseo por la rehabilitación cardiaca	85
• Asociación de pacientes coronarios Macarena	87
Capítulo II. La convivencia como objetivo e instrumento	
<i>Ponencias en mesas</i>	
• Convivir con los jóvenes. Algunas reflexiones sobre la construcción de los problemas juveniles	91
• Ser adolescente a comienzos del siglo XXI	115
• Acerca de los conflictos: ¿qué saben los profesionales y qué conocen las mujeres?	119
<i>Introducciones a debates</i>	
• Violencia doméstica	123
• Evaluación del Plan de actuación del Gobierno andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres	125

Experiencias

- Mesa técnica de salud para la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales 129
- Otra herramienta de mediadores. Sí da, no da 131
- Programa de prevención de embarazos juveniles y enfermedades de transmisión sexual
Enróllate conmigo 133

Capítulo III. Familia, cuidados y calidad de vida

Conferencias

- La Salud Pública, la otra cara de la organización sanitaria 137

Ponencias en mesas

- Desarrollo de políticas de apoyo a las familias andaluzas por la Junta de Andalucía 147
- El sufrimiento 155
- Sobre el dolor 159

Introducciones a debates

- Cuidar a la cuidadora 161

Experiencias

- La acupuntura para mejorar la calidad de vida de los enfermos con dolor 165
- Desarrollo de programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en el Área de Valme. Su continuidad a través de la integración en atención primaria. Organismos locales y plataformas de participación ciudadana 173
- Atención de enfermería al dolor provocado por procedimientos cruentos 177
- Implementación e impacto de programa de educación sanitaria sobre el paciente pluripatológico, su cuidador y el sistema 191

Capítulo IV. Reducir desigualdades

Introducciones a debate

- Atención a la inmigración 197

Experiencias

- Programa de intervención en medio abierto con población de alto riesgo social en el Barrio San José de Palmete en Sevilla 201
- Abordaje de la atención sanitaria a la población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería205

Capítulo V. La apuesta institucional

Conferencias

- El futuro de la Salud Pública 209

Ponencias en mesa

- Vacunas del futuro 221
- Vacunas del futuro I 227
- Vacunas del futuro II 237
- Análisis de las causas de los accidentes de trabajo leves en la construcción en España 247
- La siniestralidad laboral: factores determinantes. Estrategias de prevención 261
- Modelo de crisis en Salud Pública 263

Introducciones a debate

- Crisis en Salud Pública 267

Experiencias

- Mesa Intersectorial de Málaga para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes 269
- Aplicaciones tácticas a una estrategia de educación para la salud:
la educación afectivo-sexual en el IES "Las tres culturas" 273
- ESO sin humo 281

Capítulo VI. La intersectorialidad necesaria

Conferencias

- El trabajo intersectorial, reto de los servicios públicos 289

Experiencias

- El trabajo intersectorial en el campo de la salud 297

Conclusiones del Foro

Ideas fuerza 317

Dossier de prensa 323

Exposición de fotografía

Reflejo interior 339

Concurso sobre el sida

Exposición de carteles 347

En torno al Foro 357

Comité científico > Comité organizador > Entidades colaboradoras

Presentación

El interés que Andalucía siempre ha manifestado por complementar los aspectos más tradicionales de la salud, como son la enfermedad y los servicios para atenderla, con la prevención de los problemas y, más recientemente, con la promoción de la salud y el disfrute de las opciones más saludables, está propiciando que el tema de la Salud Pública ocupe cada día un lugar más destacado entre las prioridades de los ciudadanos.

Ya no sólo interesan las listas de espera y la calidad de la atención de los servicios. Los ciudadanos están cada vez más preocupados por los cuidados a sus mayores, por las situaciones de riesgo de sus jóvenes... No sólo les preocupan las enfermedades del corazón y la diabetes, sino que comienzan a conocer que éstas dependen de lo que comen y del ejercicio que hacen. Les preocupa su seguridad, prevenir los accidentes tanto de tráfico como en el trabajo o en el hogar, y ya saben de su alto coste en vidas y secuelas, en definitiva, en sufrimiento.

Les preocupan las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. Están pendientes de la repercusión de las adicciones como el alcohol, el tabaco o el cannabis y, fundamentalmente, de los problemas de la conducta que tienen repercusiones directas en la salud, como la violencia, los trastornos alimentarios, como la anorexia, etc... En definitiva, el nivel de salud mental de nuestra sociedad.

La Salud Pública en Andalucía, consciente de este interés creciente, ha abierto una línea de discusión con este Foro de Debate, cuyo lema, "La Salud Pública como instrumento para la convivencia", ya es bastante explícito, para poder extraer y aplicar las recomendaciones derivadas del mismo a su trabajo cotidiano en lo que se ha convenido en llamar "la otra cara de la organización de la salud", la cara más humana y cercana a nuestras relaciones, y sus repercusiones directas en la salud.

Esta forma de trabajar para mejorar la salud de los andaluces incluye desde el principio la implicación de otros sectores competenciales en un trabajo conjunto e intersectorial. Como el educativo, para incorporar los instrumentos en el aprendizaje; el de asuntos sociales, en la necesidad de reducir las desventajas también en la salud de las poblaciones más desfavorecidas; los organismos de juventud, esenciales en las políticas de salud con los jóvenes; los de la mujer, para afrontar el impacto de la diferencia de género en la salud; el medioambiental, partiendo de la importancia del entorno en un proyecto sostenible de salud; los planes de apoyo a la familia, etc... Todos ellos convergen en un plan de salud que es más un plan de Gobierno.

El siguiente elemento que este debate ha incorporado es la participación de los ciudadanos a través de una alianza cada vez más estrecha con sus asociaciones y colectivos para obtener conjuntamente objetivos de salud con el convencimiento de que sólo así puede conseguirse estimular decisiones favorables a la convivencia y más saludables.

Esta primera publicación ha ordenado el debate y constituye un interesante instrumento en cuanto recoge aquellas conclusiones que pueden ser útiles para seguir avanzando en la sintonía de las inquietudes de salud de los ciudadanos en esa otra cara de la salud.

Sólo me resta agradecer su labor a todos aquellos profesionales que lo han hecho posible y ofrecer con ellos el reto de la continuidad de este tipo de encuentros, en la certidumbre de que constituyen una herramienta imprescindible en la mejora de la salud.

Ilma. Sra. Dña. Antigua Escalera Urkiaga
*Directora General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud
Junta de Andalucía*

Primeras impresiones. Citas del Libro de honor

Varios de los asistentes al Foro plasmaron sus impresiones sobre el mismo en el Libro de honor, que se dispuso para ello. Estas son algunas:

«En momentos difíciles para lo público, es más necesario hacer valer la igualdad y la solidaridad como elementos que permiten que los ciudadanos y ciudadanas tengan acceso a unos servicios públicos universales y de calidad.

Ahí está la clave del presente y el futuro del estado del bienestar.»

Gaspar Zarrías > Consejero de la Presidencia de la Junta de Andalucía

«Un Foro para echar raíces, para unir estrategias y acciones. Un Foro para involucrar a más actores, para comprometer a la sociedad en lo mejor que tenemos, para defender la Salud Pública.

Es un honor para mí haber participado en un Foro que merece para sus participantes y organizadores el aplauso de toda la sociedad.»

Francisco Vallejo > Consejero de la Salud de la Junta de Andalucía

«Vivir en igualdad supone crecer en aquellas dimensiones de la vida que nos aproximan. La política socio-sanitaria debe conseguir que nadie en Andalucía, en cualquier circunstancia, se sienta abandonado o desvalido.»

José Chamizo > Defensor del Pueblo Andaluz

«El arte de vivir lo tienen ya ellos; no hace falta que nadie se lo cuente. En recuerdo de la amable acogida que el Foro de Salud Pública me ofreció el 10 de octubre del 2002.»

Gustavo Bueno > Filósofo

«Un buen momento para dar un nuevo impulso al Proyecto "Ciudades Saludables" y abrir la puerta a la tarea de los municipios en el desarrollo de la acción en el campo de la Salud Pública desde la filosofía de la promoción de la salud. ¡Adelante!»

Juan Carlos Raffo > Red Andaluza de Ciudades Saludables

Precursores del encuentro. Homenaje a Maimónides

> Javier Ortiz

Jefe del Servicio de Programas

Dirección General de Salud Pública y Participación

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Al plantearnos el Foro de Debate sobre Salud Pública que hoy iniciamos, tuve grandes dudas respecto al enfoque con el que lo debíamos abordar. En esta tesitura, el recuerdo de la figura de Maimónides se me representó como una posible guía, por cuanto una de sus tesis fundamentales, bien que tomada de los clásicos Aristóteles y Platón, era la consideración de que el paciente debía ser atendido a través de una visión holística, es decir, la que entiende que el todo debe tomarse en función de cada una de sus partes en conjunto, y que éstas no son nada sin el todo.

Esta concepción, y es lo que quiero significar, parte de la complejidad del paciente en tanto que ser humano, y la banalidad que significa no abordar su diagnóstico y tratamiento desde ese ángulo.

Me recordaba la frase que continuamente me repetían mi padre y mis profesores y que tanto me ha marcado en mi vida: "no hay enfermedades sino enfermos".

Así que Maimónides seguía el concepto del hombre clásico y lo transmitió a través de la Edad Media, mal llamada oscura, donde se forjó el Renacimiento y donde esta idea, de la importancia del ser humano, marcó la vida entera. El hombre pasó a ser el centro de la creación, una vez más.

Pero, además, Maimónides manejaba con rara inteligencia el concepto según el cual "vida" significa "estar bien". Esta idea la recogió probablemente de Marcial (40-104 a.C.), bilbilitano (de Calatayud, para los modernos), que estableció el siguiente precepto: "Non est vivere, sed valere est", y la transmitió al Renacimiento y a las épocas sucesivas, donde Quevedo, probablemente una de las figuras claves de nuestras letras, y de las universales, decía: "no es bien el vivir, sino el vivir bien".

Volvió, pues, el espíritu clásico, transmitido por las ilustres figuras del Islam y del judaísmo como Averroes y Maimónides, ambos (¡qué casualidad!) cordobeses.

Como más adelante veremos, tuvieron ambos genios, Maimónides y Quevedo, bastantes cosas en común y, de hecho, mi pretensión ahora es establecer un cierto paralelismo en las ideas de ambos monstruos del saber.

Más tarde me alargare un poco en ello, pero ahora quizá sea bueno recordar que nuestro personaje era judío cordobés, que nació en el año 1135 y murió en 1204. Con la llegada de los almohades, y por la eterna intolerancia religiosa, tuvo que huir de Córdoba y, tras algún tiempo en Marruecos, marchó a Egipto, donde se estableció como emigrante. A la muerte de su padre y de su hermano, tuvo que afrontar las obligaciones familiares y comenzó a ejercer la medicina, llegando a ser médico personal del hijo del Sultán Saladino, el que combatió en las cruzadas contra Ricardo Corazón de León y le enseñó que la habilidad vale, muchas veces, más que la fuerza bruta. La historia lo cuenta así: «Estando juntos Saladino y Ricardo Corazón de León, el rey cristiano quiso hacer una demostración de fuerza y pidió un casco de hierro sobre un cojín. Llevado a su presencia, de un mandoble de su espada, lo partió por la mitad. A la pregunta de si era capaz de emular aquello, Saladino respondió que no, pero sí quiso dar una respuesta y, para ello, pidió un almohadón de plumas, y, lanzándolo al aire, lo separó en dos limpiamente con su cimitarra. El cristiano también confesó su incapacidad de superar aquel gesto.»

En este periodo, Maimónides escribió algunas obras médicas para atender a tan regio paciente.

Introdujo la idea, que después se desarrollaría con el término, que no dudo haría salir a Maimónides de su tumba, si lo oyera, maldiciendo a quien lo inventó y a quien lo diga, de "biopsicosocial", como factores de la salud y la enfermedad. Escribió el *Regimen Sanitatis* y la *Conservacion de la Juventud*, entre otras obras, dándonos en ellas, y por la influencia hipocrática y galénica, una serie de consejos que agrupa en los siguientes apartados:

1. Recomendaciones para los hábitos de vida:

- > Comer un tercio de lo necesario para hartarse. No sé muy bien qué medida tomaba, aunque ya se desprende del dicho que la medida es fundamental.
- > Consumir harina con salvado. El pan integral de ahora, que nosotros llamábamos en la postguerra el pan moreno.
- > Evitar el exceso de grasas.
- > Beber vino con moderación.
- > Comer frutas y vegetales.
- > Hacer ejercicio físico moderado. Hay que recordar la *Carta al rey inglés*, que remitió la Escuela de Salerno a un monarca de ese país, con todas estas recomendaciones, o, de la misma escuela, a la médica Trótula, un hito en la práctica de la Medicina, que, por primera vez y rompiendo esquemas, planteó la posibilidad de parir sin dolor y el posible origen masculino de determinados casos de infertilidad.

A continuación, y, como ya he comentado, queriendo poner de manifiesto el paralelismo entre ambos, os leo una frase de Quevedo, muy ilustrativa y que coincide con los postulados de nuestro amigo:

«Has de tratar tu cuerpo, no como quien vive por él, que es necedad; ni como quien vive para él, que es delito; sino como quien no puede vivir sin él. Trátale como a un criado: susténtale, vistéle y mándale, que sería cosa fea que te mandase quien nació para servirte.»

2. En su enfoque diagnóstico y en aspectos del tratamiento:

- > Habla de los roles del médico y la naturaleza en la mejora de la enfermedad.
- > A los médicos les exige, por encima de todo, que sean humildes, cautos, que estudien mucho y que tengan en cuenta que cada enfermo es un ser. Se puede saber mucha medicina pero carecer del arte de curar o de sanar, que sólo se consigue con el «médico agan» o «nada en demasia». Podemos estar ahora mismo formando magníficos especialistas de nada.
- > Habla de la medida en las prescripciones, que deben ser «relata» suaves, evitando las grandes sangrías y las purgas exageradas. Y cuidado con las medicinas que se dieran. Entre otras razones, porque Maimónides era perfectamente consciente de la ignorancia que los médicos y la medicina tenían de muchas cosas. Y ahora que estamos prácticamente en los balbuceos del sistema de fármaco-vigilancia y nos resulta enormemente complejo evaluar los efectos de los nuevos fármacos, conviene tener muy presentes estos pensamientos.

Y, volviendo a Quevedo, ya decía éste sobre las prescripciones: «Mata el médico al enfermo con lo que le receta para que sane». O bien esto otro, riéndose de los medios y parodiando:

«Escribir, enfermero, esta receta:
 acua lingun con zumo de corneta,
 recipe hacer su gusto uncias cuatro
 Lo demasiado siempre fue veneno
 y la templanza es el mejor galeno.»

Y siguiendo con las comparanzas, os leo también algunas de las «perlas» que escribió sobre los médicos:

«A un médico en la tumba
 Yacen de un home en esta piedra dura
 El cuerpo yermo y las cenizas frías:
 Médico fue, cuchillo de natura,

Causa de todas las riquezas mías.
 Y ahora cierro en honda sepultura
 Los miembros que rigió por largos días;
 Y aun con ser Muerte yo, no se la diera,
 Si dél para matarle no aprendiera.»

«Médico Casorio
 Quien os lo pintó cobarde
 no lo conoce, y mintió,
 que ha muerto más hombres vivos
 que mató el Cid Campeador.
 Ení entrando en una casa
 tiene tal reputación,
 que luego dicen los niños:
 "Dios perdona al que murió".»

Pero sigamos con Maimónides, que recomienda:

- > Alegría ambiente. Como en el Servicio de Programas, en donde trabajamos duro pero contentos.
- > Información exacta al paciente. Al respecto, pensad un momento en cómo actualmente se empiezan a regular estos derechos a una información completa, pero comprensible para el que la recibe. No sirve ponerle delante las mil y una complicaciones del tratamiento si él no las entiende.
- > Y en cuanto al tratamiento de los aspectos psicológicos, lo considera fundamental, pues sin él, probablemente, ni se diagnostica ni se cure.

Ilustrativo de este planteamiento es la historia de Erasistrato y Estratonice

Cuentan que, siendo Erasistrato el médico de la corte, éste fue reclamado por el rey para que tratara la enfermedad de su hijo, desconocida hasta ese momento para todos los galeanos que la habían estudiado. El rey, en ese tiempo, acababa de desposar a la joven y bella Estratonice. Erasistrato pidió instalarse en la corte junto al joven heredero y pudo comprobar cómo sus males se acentuaban con la presencia de Estratonice. Concluyendo que los orígenes de su enfermedad estaban en el amor que sentía por su madrastra, habló al rey y le dijo que no había posibilidad de cura, pues el coste de la misma era demasiado alto. El rey montó en cólera y le reprochó esta actitud, diciéndole que la salvación de su hijo estaba por encima de todo lo que su reino poseía. Erasistrato le contestó algo así como: «Pues en tu mano está, pues tú eres el rey, el padre y el esposo», y le explicó el origen de los males de

su hijo. La historia, afortunadamente, acaba bien y el rey renunció a su esposa para cedérsela a su hijo, que, obviamente, curó de sus males.

3. En los aspectos socio-ambientales, Maimónides destaca:

- > Aire fresco.
- > Ambiente puro (vivir en las afueras, letrinas lejos y evitar el ruido etc.).
- > Sol, como máximo dios de la vida, como ya los egipcios lo consideraban y ahora, 5.000 años más tarde, descubren los israelitas. Saben ustedes que propugna una desinfección basada en las propiedades del sol (como veis, Maimónides era ya un jabato en cuestiones medio-ambientales y sanitarias).
- > Buena calidad de comida, es decir, tenía ya la misma preocupación que embarga a nuestros colegas de alimentaria.

Como es natural, también lo decía Quevedo en su *Oda a un posadero*, el cual le constaba era un ladrón y ponía en sus comidas todo esto:

«Y sábese por cierto
que en su tiempo no hubo perro muerto,
rocines, monos, gatos, moscas, pieles.
Que no hallasen posada en sus paredes.»

- > La higiene personal también es motivo de atención de Quevedo, que, en sus *Coplas Satíricas*, ironiza sobre los lavados y aseos personales que los madrileños hacen en el Manzanares, un río infecto de todos los desechos de la ciudad.
- > En las relaciones sexuales, también Quevedo, y refiriéndose a las potencias de los hombres, dijo algunas cosas:

«Tan grande tu miembro
sueles empinar, ¡oh, buen Muñiz!
y es tan grande tu nariz
que enderezando lo hueles.»

Pero después puntualizaba y avisaba, por si las moscas:

«Melchorilla, yo no puedo
siempre que te veo, arrechar
que no se puede mandar
el ciruelo con el dedo.»

Como veis, he querido rendir homenaje a Maimónides haciendo un juego de pareceres con el que, para mí, es el autor más preclaro y más entero: Quevedo. Y son tan grandes los dos personajes que han sido los únicos que escribieron sobre asuntos tan prohibidos como *Tratado de las hemorroides* (Maimónides) y *Las gracias y desgracias del ojo del culo* (Quevedo).

Y, para acabar, un soneto de despedida, antes de la invocación al maestro Maimónides, que habla de la dificultad del trabajo que me encomendasteis y que fue dicho por Lope de Vega:

«Un soneto me manda hacer Violante
que en mi vida me he visto en tanto aprieto;
catorce versos dicen que es soneto;
burla burlando van los tres delante.

Yo pensé que no hallara consonante,
y estoy a la mitad de otro cuarteto;
mas si me veo en el primer terceto,
no hay cosa en los cuartetos que me espante.

Por el primer terceto voy entrando,
y parece que entré con pie derecho,
pues fin con este verso le voy dando.

Ya estoy en el segundo, y aun sospecho
que voy los trece versos acabando;
contad si son catorce, y está hecho»

INVOCACIÓN

«Dios, llena mi alma de amor por el arte y por todas las criaturas. Aparta de mí la tentación de que la sed de lucro y la búsqueda de la gloria me influencien en el ejercicio de mi profesión. Sostén la fuerza de mi corazón para que esté siempre dispuesto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al justo y al injusto.

Haz que no vea más que al hombre en aquel que sufre. Haz que mi espíritu permanezca claro en toda circunstancia, pues grande y sublime es la ciencia que tiene por objeto conservar la salud y la vida de todas las criaturas. Haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus lechos a los charlatanes, al ejército de parientes con sus mil consejos y a los vigilantes que siempre lo saben todo; es una casta peligrosa que hace fracasar por vanidad las mejores intenciones.

Concédeme, Dios mío, indulgencia y paciencia con los enfermos obstinados y groseros.

Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo puedo todo. Dame la fueraz, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos, a fin de que pueda procurar mayores beneficios a quienes sufren.

¡Amén!»

Maimónides

Para situarse

Las líneas de debate del Foro han sido las siguientes:

1. Acción intersectorial

El debate sobre la importancia de la Salud Pública, y la necesaria implicación de los distintos sectores para su desarrollo.

2. Alianza de los servicios públicos con la organización civil

La sociedad misma, a través de sus asociaciones y colectivos, que componen una organización civil en constante desarrollo, tiene uno de sus puntos de interés en la Salud Pública, que se viene reflejando también, frecuentemente, en los medios de comunicación.

3. Problemas vitales y de relación

Viene siendo habitual la preocupación por los problemas de los jóvenes y los cuidados de los mayores, la inquietud por temas como la nutrición y el ejercicio, los trastornos de la alimentación, las adicciones, los accidentes del trabajo y los de tráfico.

4. Condicionantes, género, estilos, convivir, entorno

Todo ello impregnado por una cuestión de género, por los estilos de vida, por la forma de establecer nuestra convivencia y nuestras relaciones, en un entorno que se pretende sea cada vez más saludable.

5. Desigualdades e inmigración

Por otro lado, estos mismos problemas de salud se agudizan en colectivos que viven situaciones socioeconómicas desfavorables, fruto de las desigualdades sociales, a las que además se añaden diferencias de tipo cultural, como ocurre con los emigrantes, u otras vías que conducen a la exclusión social.

6. Calidad de vida

Para obtener una mayor calidad de vida no basta sólo con mensajes y consejos basados en actitudes proteccionistas y prohibitivas, sino que hoy se prefiere la libre elección, mejor informada y formada, de modo que diversión y salud sean cada vez más compatibles.

7. Primer plano

El interés predominante y a veces excluyente por la gestión ha venido ocultando cuestiones como el dar las respuestas adecuadas al sufrimiento, al dolor y a aspectos positivos de la salud que deben pasar de nuevo a un primer plano.

8. Salud Pública, instrumento para la convivencia

Por todo ello: por la necesidad de trabajar con otros, contando con la participación directa de las asociaciones, situando en el centro de la atención a los problemas de los ciudadanos, fomentando su implicación por medio de la libre elección y persiguiendo como primer objetivo el alivio de los aspectos más humanos de los problemas de salud.

Aunque, naturalmente, el Foro tuvo su libro de contenidos, esta segunda publicación, de carácter más reposado, pretende ofrecer las aportaciones de una forma más ordenada, para facilitar su comprensión y cumplir así su objetivo final de servir de herramienta para el desarrollo de la promoción de la salud. Teniendo en cuenta el lema del Foro, que señalaba a la Salud Pública como instrumento de la convivencia y a la acción intersectorial como instrumento, a su vez, para la Salud Pública.

Para ello, todas las aportaciones se estructuran en los siguientes capítulos: el primero destaca «El arte de vivir y la promoción de la salud»; el segundo se ocupa de «La convivencia como objetivo e instrumento»; el tercero se refiere a la «Familia, cuidados y calidad de vida»; el cuarto agrupa los instrumentos para «Reducir desigualdades»; y, finalmente, el quinto concreta el compromiso de «La apuesta institucional».

Con esta columna de desarrollo de los distintos apartados, esta publicación concluye con la dedicación de un sexto capítulo referido al instrumento de «La intersectorialidad necesaria», que atraviesa transversalmente todas las aportaciones.

Finalmente, establece las referencias en torno al Foro, en las que se especifican los Comités, las entidades colaboradoras, el perfil de los participantes, la documentación generada, la distribución de los stands, etc.

En definitiva, se trata de aportar una herramienta más para el desarrollo de la Salud Pública en el siglo XXI. Sean dadas las gracias, pues, a todos aquellos que han hecho posible con su generosidad que podamos tener en nuestras manos esta publicación.

El arte de vivir
y la promoción de la salud



Capítulo I

Conferencias

Incrementando las inversiones para la salud: logros alcanzados

Colaboración especial de la Organización Mundial de la Salud

> Dr. Erio Ziglio

Oficina Regional para Europa de la OMS

Programa de Promoción e Inversión para la Salud

Con la colaboración de los profesores

> Prof. Spencer Hagar

London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Gran Bretaña

> Prof. Laurie McMahon

Office for Public Management, Londres, Gran Bretaña

> Dra. Sarah Harvey

Luton Primary Care Group, Luton, Gran Bretaña

> Prof. Lowell Levin

Yale University, School of Medicine, Estados Unidos

1. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud desarrolló su filosofía sobre promoción de la salud a mediados de los años 80 y la resumió en la Carta de Ottawa de 1986 para la Promoción de la Salud. Posteriormente, este concepto y sus principios fueron desarrollados en diversas conferencias, celebradas en Adelaide, Sundsvall y Jakarta. Durante este periodo, ha habido un incremento significativo de las prácticas para promover la salud a nivel global, basado cada vez más en la evidencia de su eficacia, aunque en la mayoría de las sociedades aún no se han dado la organización y los recursos necesarios para que alcancen toda su potencia.

Si bien todas las conferencias de la OMS sobre promoción de la salud, desde Ottawa a Yakarta, han aceptado la importancia de los servicios de atención de salud, reconocen asimis-

mo que el origen de la salud reside en un componente social más profundo, que requiere una amplia estrategia de promoción sanitaria. Existe un conocimiento renovado de que la salud, y su ausencia, son el resultado no solamente de factores genéticos o gérmenes patógenos, sino también de condiciones sociales y ambientales.

En años recientes hemos logrado un conocimiento mucho más claro del papel de estos últimos factores en elevar o reducir la salud de un grupo específico de población. Hemos empezado a apreciar la especial importancia de la salud en términos de la estructura social, que liga a las personas entre sí mediante redes y la confianza que existe en la comunidad. Entendemos mejor cómo dichas redes, junto con el estado de ánimo y los recursos a nivel individual, pueden ayudar a la gente a adaptarse a los cambios. Pero al tiempo que se eleva nuestro conocimiento sobre la teoría y los principios de los factores que determinan la salud, nos damos cuenta de que desconocemos qué sistemas, procesos y alianzas se necesitan para que funcionen las modificaciones que se hagan.

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI puso nuevo énfasis en el concepto de la promoción de la salud al afirmar que la salud contribuye al desarrollo económico, social y humano, y que éste debe proceder de forma que se mejore la salud. Se identificó, por primera vez, la inversión para la salud en la Declaración de Yakarta de 1997 como una de cinco prioridades. El incremento en dicha inversión se consideró parte de un esfuerzo totalmente multisectorial.

La Declaración dice que: "La mayor inversión para la salud y la reorientación de la inversión a nivel nacional e internacional pueden fomentar considerablemente el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida". Es fácil estar de acuerdo con esta declaración, pero la auténtica cuestión que surge es ¿cómo? La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud ha tratado sistemáticamente de crear las herramientas y metodologías necesarias, prestando su apoyo a proyectos pilotos con el objetivo de estudiar cómo la IS podría llegar a ser un enfoque viable en la implementación de estrategias eficaces de promoción de la salud. Este informe ofrecerá una síntesis de las principales lecciones aprendidas hasta la fecha tras esos esfuerzos.

Este informe se nutre en gran medida de la Iniciativa de Verona *Inversión en favor de la salud: el contexto económico, social y humano* (<http://www.who.dk/Verona/main.htm>), desarrollada en los tres últimos años por la Oficina Regional de la OMS para Europa.

Introducción al enfoque de inversión para la salud

A lo largo de la historia, los principales avances en la salud de la población han surgido principalmente de mejoras sociales y económicas que también promueven la salud (18); y viceversa: las poblaciones más saludables pueden contribuir de forma más productiva al desa-

rollo en general, necesitan menos servicios sociales de salud y asistencia social, tienen más capacidad de prestar apoyo a su comunidad, y evitan acciones que, a largo plazo, dañan su entorno. Por ello, una inversión en el bienestar y salud de la población también redundará en beneficios sociales y económicos para toda la comunidad.

La inversión en favor de la salud es un enfoque práctico basado en estos factores. Se apoya en el razonamiento de que lo ideal es utilizar los recursos de forma que se logre, tanto atacar las principales causas de la enfermedad, de forma plausible, efectiva y ética, como impulsar los objetivos de desarrollo económico y social.

Las áreas de prioridad social y económica (como la educación, el mantenimiento de salarios dignos, directrices que afectan al ámbito laboral, la vivienda, el transporte, la agricultura y las comunicaciones), así como las iniciativas privadas, tienen un profundo efecto sobre la salud. Los gobiernos poseen gran potencial para mejorar o empeorar la salud de la población mediante decisiones normativas en dichas áreas, lo que también se aplica cada vez más al sector privado. Si las políticas públicas o iniciativas privadas son equivocadas, se puede infligir un daño serio a la salud. El enfoque de inversión para la salud ofrece medidas prácticas para prevenir tales situaciones, al fomentar una economía y sociedad sólidas, con mejoras en salud que son equitativas, sostenibles y que fortalecen a la población.

Por ello, el enfoque de inversión para la salud requiere de nuevas formas de liderazgo. El liderazgo en acciones para promover la salud no puede provenir únicamente del sector sanitario, sino que debe basarse en la capacidad de construir alianzas fuertes entre diversos sectores, tales como salud, la prestación de servicios sanitarios, desarrollo social, y desarrollo económico sostenible.

Según Kickbusch (20), para desarrollar una estrategia de promoción de la salud convincente y sólida hay que responder por lo menos a tres preguntas claves:

- > ¿Dónde se promueve y mantiene la salud en una determinada población?
- > ¿Qué inversiones y estrategias producen los mayores beneficios de salud para la población?
- > ¿Qué inversiones y estrategias contribuyen a reducir las desigualdades en salud y coinciden con la protección de los derechos humanos?

Estas preguntas constituyen la esencia del enfoque de la inversión en favor de la salud (77). Dicho enfoque también plantea y trata de responder a una cuarta pregunta: ¿qué inversiones contribuyen al desarrollo económico y social de forma equitativa y sostenible y producen un alto beneficio para la población en general? (76).

Casi ninguna de las reformas del sector sanitario actualmente en marcha en muchos países del mundo aborda con rigor estas cuatro preguntas (77, 45). La inversión para la salud es un intento práctico de contestarlas mediante la identificación de las características normativas pertinentes, la consideración de los factores que pueden promover o inhibir

cambios normativos, la evaluación de las opciones que benefician tanto a la salud como a las políticas normativas de un sector concreto, y la planificación de un proceso político para lograr los necesarios cambios legislativos, normativos, financieros, institucionales y educativos (76). La optimización de los efectos del desarrollo sobre la promoción de la salud requiere que se implique tanto el sector público como el privado en iniciativas que afectan a ámbitos como la educación, el trabajo, los salarios, la asistencia sanitaria, la vivienda, la agricultura y el transporte.

Como enfoque para promover la salud de la población, la inversión para la salud está fundamentada en las observaciones, teorías y comentarios sobre la salud, el bienestar social y el desarrollo socioeconómico publicados a lo largo de los últimos 20 años. Durante las últimas tres décadas, muchos autores han expuesto una tesis compartida: la salud de una población es determinada, básicamente, por políticas públicas y factores sociales, demográficos y económicos que están fuera del cometido tradicional de la medicina o, incluso, de la Salud Pública (3, 4, 6, 8, 9, 13, 15, 34, 37, 39, 41, 48). Considerados en su conjunto, estos estudios proporcionan las pruebas y un marco coherente que exige una reevaluación y renovación del papel de la Salud Pública. La Carta de Ottawa (60) proporciona una base para reevaluar las prioridades en Salud Pública y reorientar sus estrategias para englobar la promoción de la salud. La inversión para la salud es clave para poner en marcha tal reorientación (76). Este enfoque fue debidamente resaltado en la Declaración de la Conferencia de 1997 en Yakarta (68).

En mayo de 1998, la Asamblea Mundial de la Salud declaró: "afirmamos nuestra voluntad de promocionar la salud mediante un análisis de los determinantes y prerrequisitos básicos para la salud." El máximo objetivo del desarrollo económico y social es la salud y el bienestar de las personas. La salud es un recurso social y personal que necesita ser fomentado – necesita inversión. Si invertimos en alternativas que garantizan la salud y bienestar, también contribuiremos a crear beneficios económicos y sociales para la sociedad entera (76). A la inversa, no todas las inversiones económicas y sociales promueven la salud (61, 66, 70). La clave está en identificar aquellas que sí lo hacen.

Debemos de prestar atención a la naturaleza de las contribuciones directas e indirectas que la inversión en salud supone para el desarrollo económico y social, porque no son triviales. La salud es tanto un producto como un recurso para el desarrollo económico y social. Esta relación habla por sí misma, pero no se defiende sola. Hay que forjar enlaces prácticos entre la inversión para la salud y el desarrollo económico y social. Una de las funciones más críticas de la práctica de invertir para la salud consiste precisamente en exponer esas necesidades y construir esos enlaces, mientras la rendición de cuentas forma uno de los aspectos más importantes de la evaluación de las inversiones en salud.

En algunos contextos, la inversión para la salud exigirá cambios significativos en las políticas, algo que puede requerir grandes esfuerzos financieros, institucionales, humanos, nor-

mativos o educativos. Lograr y gestionar esos cambios forma una parte esencial de la práctica de invertir para la salud.

En resumen, la inversión en favor de la salud es un intento deliberado de abordar las principales "causas" de la salud, de forma plausible, efectiva y ética, con la actuación conjunta del sector de atención a la salud y otros sectores de la sociedad (40, 76). El enfoque consiste en desarrollar políticas y programas basados en, y dirigidos a, los principales factores determinantes de la salud, que están relacionados en su mayor parte con factores económicos y sociales (73). Por consiguiente, es fundamental estimular y lograr el interés propio de otros sectores sociales relevantes. Cambios positivos para la salud deben de ser facilitados tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Estilos de vida y sus determinantes estructurales deben ser abordados con ética y credibilidad, basándose en la abundante evidencia científica disponible. Por lo tanto, ¡hay que modificar condiciones de vida insaludables y no sólo factores de riesgo! De hecho, las condiciones de la vida influyen mucho en los patrones de comportamiento que luego determinan estilos de vida. Cuando se abordan y se modifican ciertas condiciones dañinas para la salud, como la pobreza, las desigualdades y la exclusión social, muchos factores de riesgo, como el abuso de alcohol, disminuyen.

Factores sociales y económicos determinantes de la salud. Qué dice la evidencia

Hasta muy recientemente la práctica de la Salud Pública (incluida la variedad y selección de las intervenciones de salud) se ha basado casi exclusivamente en pruebas de epidemiología médica (60, 68), prestando mucha menor atención al efecto del desarrollo económico y social en la salud de la población. Todavía no está ampliamente aceptada la idea de que para asegurar un beneficio sostenible las decisiones de Salud Pública tienen que estar profundamente ligadas a objetivos sociales y económicos más amplios. Sin embargo, hay una creciente base de literatura convincente sobre la relación entre el desarrollo económico y la salud (11, 12, 21, 30, 31, 33, 34, 41, 43, 44, 56).

Lecciones adquiridas del pasado

El continente europeo ha registrado un cambio dramático en los últimos 150 años en cuanto a los perfiles epidemiológicos de las enfermedades. Mucho se ha publicado sobre el hecho de que las naciones industrializadas más avanzadas de Europa (así como del mundo entero) han experimentado una reducción en el tremendo costo en vidas y salud que suponen enfermedades infecciosas como el cólera, la poliomielitis, la tuberculosis, etc. Se trataba de epidemias que afectaban típicamente a las poblaciones en las etapas iniciales de la urbanización (33). Basándose en datos de Inglaterra y del País de Gales (si bien se han obtenido resultados similares de estudios realizados en otros países europeos), McKeown (34) confir-

ma que la reducción de las tasas de mortalidad a la mitad (de 23/1000 en 1851 a 11/1000 en 1980) y la duplicación de la esperanza de vida (para las mujeres: de 40 años en 1840, a 76 en 1980; y para los hombres: de 43 a 70 años) se explica por la reducción en las causas infecciosas de muerte, debido a mejoras en el medio ambiente (como la introducción de medidas de saneamiento), las condiciones de vida (mejor vivienda y nutrición, etc.), y otros factores relacionados con el desarrollo social y económico (por ejemplo mayor ingreso familiar). Los descubrimientos médicos, como las vacunas y los antibióticos, llegaron después de la Segunda Guerra Mundial, y para entonces ya había tenido lugar la principal reducción en las tasas de mortalidad (35).

En los países desarrollados la reducción en las pandemias de infecciones durante los siglos XVIII y XIX se debió más a mejoras sociales, económicas y ambientales que a los avances de la ciencia médica (34), que fueron pocos, paulatinos y llegaron demasiado tarde para ser responsables de los cambios en la salud y la tipología de las enfermedades. Las implicaciones normativas de este conocimiento no se han considerado en toda su extensión. No cabe duda de que dicha reducción en mortalidad está fuertemente ligada a mejoras en las condiciones de vida y trabajo, como resultado del desarrollo económico y social (14, 33, 34, 35, 41, 43, 79).

El argumento de que la reducción en las tasas de mortalidad y la disminución de las pandemias en los dos últimos siglos han sido debidas a cambios en el medio ambiente, el estado de nutrición de la población, el abastecimiento de agua limpia y a un saneamiento eficaz, en lugar de a una intervención médica específica, no resta importancia al papel de los profesionales de la salud en dichos logros. En muchos casos fueron los médicos quienes observaron la relación entre la enfermedad y la nutrición, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la pobreza, y obligaron a las autoridades a tomar medidas (46,47). Las profesiones sanitarias han desempeñado y desempeñan una función importante en cambiar la tipología de las enfermedades, pero es importante reconocer que las acciones para combatir o eliminar las enfermedades son con frecuencia intervenciones de orden social, económico o ambiental.

Lecciones adquiridas del presente

Volviendo a nuestros días, existen una serie de estudios recientes que se centran específicamente en el tema del desarrollo económico y social como elemento esencial de los factores determinantes de la salud (8, 9, 13, 31, 35, 48, 53, 54, 56). Varios de ellos señalan que los signos tempranos del deterioro en la salud de la población vienen dados generalmente por cambios en su condición social, económica y ambiental (ver por ejemplo: 23, 48, 50, 56, 57,58).

A nivel nacional, se observa una relación demostrable entre el desempeño económico, la distribución del ingreso y el estado de salud, lo que tiene importantes implicaciones en cuanto a la formulación de políticas sociales y económicas. Cuanto mayor son los ingresos promedios per cápita de un país, y más equitativa la distribución de los ingresos, mayor la probabilidad

de que su población disfrute una vida larga y sana (61, 64). Los patrones de salud materna infantil con frecuencia reflejan las tendencias económicas en su conjunto. Por ejemplo, se ha observado que las penurias económicas se acusan en las tasas de mortalidad de niños y lactantes. Los estudios de los países en desarrollo revelan que un aumento del 10% en los ingresos per cápita redundaría en una caída del 3,5% en las tasas de mortalidad infantil (57). Según el Banco Mundial, este cálculo refleja la repercusión global del ingreso sobre la salud, lo que incluye el efecto directo de los ingresos (por ejemplo el consumo alimentario) y factores indirectos que dependen a su vez del ingreso (como el acceso a agua potable y saneamiento, la disponibilidad de atención a la salud, etc.). El informe del Banco Mundial indica asimismo que un aumento de 10% en los ingresos reduce la mortalidad de los lactantes entre un 1% y un 2% en Nigeria, Sri Lanka, Tailandia y varios países latinoamericanos, y entre 4 y 8% en Costa de Marfil y Ghana.

En la actualidad se dispone de pruebas abrumadoras de que gran parte de las enfermedades y muertes en nuestros días (y por ende las posibilidades de promoción de la salud) tienen sus raíces en el tipo predominante de desarrollo económico que existe, y están ligadas a factores sociales (8, 9, 11, 12, 13, 30, 48,53). En general, si el desarrollo económico conlleva una reducción en la desigualdad social, no daña el medio ambiente y eleva el capital social, tendrá una repercusión positiva en una amplia gama de indicadores sociales y de salud. Tanto en los países desarrollados, como en los que están en vías de desarrollo, el número de personas en condiciones de pobreza constituye una causa particularmente importante de las desigualdades en la salud; y en todas las sociedades los ingresos y la condición de la mujer tienen un efecto importante en la salud de la población. Las políticas que aceleran el crecimiento del ingreso familiar, reducen la pobreza y amplían las oportunidades (especialmente para las niñas), contribuyen a mejorar la salud, particularmente en los países más pobres (57).

En su libro *Sociedades Insalubres (Unhealthy Societies)*, Wilkinson confirma la necesidad de poner de relieve la situación económica y social para poder entender mejor sus efectos sobre la salud (56). Es un estudio sumamente interesante que analiza datos de varios países europeos, los Estados Unidos y Japón. Las principales lecciones de la obra pueden resumirse como sigue:

- > Una vez que se supera cierto nivel de riqueza, no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejor salud, sino las que exhiben las menores diferencias de ingresos entre ricos y pobres.
- > La desigualdad económica conlleva cargas económicas, sociales y psicológicas que reducen el bienestar de la sociedad en su conjunto.
- > No hay razón para tener que optar por mayor igualdad o crecimiento económico, sino que al mejorar el funcionamiento de la economía y la sociedad, la inversión en "capital social" eleva la eficiencia de la economía.

La distribución de los ingresos es importante, no sólo para la salud sino también para la cohesión social. Las sociedades donde existen altos niveles de desigualdad en los ingresos tienden a tener niveles más altos de delitos violentos. La privación causa estrés y penurias económica, reduce la capacidad de las personas para cumplir con sus responsabilidades y contribuye a producir trastornos psicológicos; pero la desigualdad en los ingresos también debe considerarse desde un punto de vista más amplio, que tiene en cuenta la disponibilidad de bienes sociales (como la educación gratuita) entre los sectores de menor nivel económico de la población.

Las sociedades con instituciones que funcionan bien y comunidades cívicas bien desarrolladas disfrutan de cohesión social. Al reducir la desigualdad en el ingreso y mejorar el nivel de vida de toda la población, la sociedad en su conjunto puede crear y participar en redes sociales a través de una variedad de organizaciones, fines y actividades cívicas. Cuando aumentan las desigualdades, las brechas sociales se vuelven más profundas. Las sociedades que aplican políticas más equitativas con frecuencia tienen tasas de crecimiento económico más rápido y mejores niveles de salud. El costo de la desigualdad no conlleva ningún beneficio económico, sino que impone una considerable carga y reduce la competitividad de toda la sociedad (70).

Hoy en día existe una proporción creciente de personas en condiciones de pobreza en muchas partes del mundo. El alto crecimiento económico, junto con el aumento en el desempleo, la inseguridad laboral y los trabajos mal remunerados llevan a una creciente desigualdad de ingresos e inequidad social (54,56). Los cambios en las condiciones de vida y la mayor variedad de estructuras familiares (familias con un solo padre o madre, padres divorciados, familias que viven parte del tiempo separadas por razones laborales, etc.) son una realidad cada vez más frecuente en la mayoría de los países. El enfriamiento del mercado de trabajo y la fragilidad de las redes de apoyo familiar y social dan lugar a mayores porcentajes de niños en peligro de vivir en la pobreza (90). Sabemos que todo ello tendrá serias consecuencias en cuanto al deterioro de la salud a corto y largo plazo. A no ser que se diseñen políticas intersectoriales decisivas y coordinadas, concebidas específicamente para combatir este fenómeno, y a no ser que se apliquen de forma efectiva, será sumamente más difícil mantener la salud y, por supuesto, mejorarla (77). Hay mucho en juego si tales estrategias no se aplican.

Un estudio realizado por Cornia (8, 9) explora las razones de la crisis de mortalidad durante el periodo de transición (1989–1995) en los países de Europa central y oriental. Durante los primeros años de la reforma, la esperanza de vida al nacer se redujo en 12 de los 16 países en el caso de los hombres, y en 10 de los 16 para las mujeres. En todos estos países, la esperanza de vida en 1995 continuaba siendo inferior a la de 1989. En los años noventa, la mayoría de dichos países fueron afectados por una baja sin precedentes en su producción e ingreso, un empobrecimiento rápido de grandes sectores de la sociedad, un creciente nivel de incertidumbre, y una crisis de mortalidad (50). Según Cornia, entre 1989 y 1994 "el número de pobres en la región aumentó en 75 millones, la tasa de delincuencia se triplicó y el

número de muertes adicionales alcanzó los 2 millones. Los cambios en el mercado de trabajo fueron igual de drásticos (...). El efecto de estos y otros cambios en la mortalidad ha sido enorme" (8). Ni las explicaciones populares ni los modelos teóricos pueden esclarecer plenamente la crisis de mortalidad que tuvo lugar en esta parte de Europa. Existen cada vez más pruebas de que se debió en gran parte al estrés psicosocial generado por un proceso de reestructuración sin apoyo, guía o control, cuyas características y ritmo fueron dictadas (y continúan siéndolo en muchos casos) por mercados sumamente imperfectos e instituciones todavía débiles (8, 9, 70).

Principios para el desarrollo de estrategias

La inversión para la salud esta fundamentada en una serie de principios esenciales:

> Un enfoque centrado en la salud

El objetivo es desplegar una acción eficaz para atacar las causas que deterioran la salud y crear oportunidades que eleven la salud de la población. Si bien es cierto que mejorar la salud no siempre será el objetivo principal de las políticas que se apliquen, sigue siendo importante evaluar el impacto sobre la población (positivo y negativo) de las decisiones tomadas respecto a las políticas públicas y las estrategias de desarrollo e inversión, especialmente si tienen repercusiones económicas y sociales. El desarrollo económico puede servir para mejorar la infraestructura social y la salud de las personas, por lo que deben hacerse inversiones que contribuyan a mejorar la salud.

> La implicación total del público

Para realmente implicar al público, cuya salud se ve afectada por decisiones normativas, hay que ir más allá de los tradicionales procesos electorales y consultivos. Deben existir nuevas oportunidades para la participación democrática formal y completa a todos los niveles políticos, respetando las diferencias de sexo, edad y raza, como lo exigen los principios de justicia social.

> Verdadera colaboración intersectorial

Hay que tener en consideración la importancia para la salud de las decisiones y las acciones que surgen en sectores como la agricultura, la educación, las finanzas, la vivienda, los servicios sociales y el empleo. Para poder adoptar una estrategia sensata y eficaz es necesaria la participación activa de todos ellos, con lo que se logrará la sinergia necesaria para mejorar la salud de la población.

> Equidad

La estrategia de la OMS para garantizar la salud a nivel mundial se basa fundamentalmente en lograr mayor igualdad sanitaria entre países y en el seno de los mismos. Esto implica que todas las personas tengan las mismas oportunidades para desarrollarse y mantener su salud, mediante una distribución más justa de los recursos que refuercen la salud.

> Sostenibilidad

La sostenibilidad, en la forma en que se usa en este contexto, tiene un doble sentido: indica, en primer lugar, el deseo de crear un proceso de inversión en favor de la salud duradero y fuerte y, en segundo lugar, que las inversiones y los recursos sean administrados de forma que no comprometan la salud y el bienestar de las generaciones futuras.

> Una amplia base de conocimientos

El desarrollo y la ejecución de planes y políticas que contribuyan al logro de las metas de inversión para la salud no pueden basarse exclusivamente en información técnica, sino que tiene que tener en cuenta las aspiraciones y objetivos de la comunidad. El conocimiento que se use a este respecto debe incluir la opinión y apreciación de la comunidad, además de datos de investigación y otras fuentes de información "científica".

Las ideas que apoyan estos principios no son nada nuevas, e intuitivamente sabemos que son correctas; pero los países y regiones del mundo que aplican sistemáticamente estos principios en decisiones para mejorar la salud de sus pueblos son pocos o ninguno.

La aplicación de estos principios requiere una estrategia que combine el esfuerzo concertado de una variedad de actores a todos los niveles del gobierno y la sociedad. Para que la estrategia tenga éxito, debe incidir sobre los sectores de atención a la salud, servicios sociales, educación, medio ambiente y desarrollo económico y social, entre otros. Es imprescindible que existan iniciativas públicas y privadas, con los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales, etc. para preservar los derechos humanos, así como la cohesión y la justicia social (59, 60, 64, 66, 69). Dados los intereses tan diversos en juego, una estrategia para promocionar la salud tiene que ser intersectorial, involucrando a diversos niveles (local, regional, nacional y a veces supranacional) en la formulación de políticas económicas y de desarrollo social, así como logrando cambios mediante una amplia gama de recursos (educativos, legislativos y fiscales). Para poder influir de forma tan amplia e integral sobre tantos y tan diversos sectores de la sociedad, los que quieren promover la salud tienen que ofrecer algo a cambio a dichos grupos o sectores. El enfoque de inversión para la salud hace precisamente eso; además de mejorar la salud, genera mayores beneficios que redundan en una mayor prosperidad socioeconómica para el país, la región o la comunidad en su conjunto.

Metodologías y experiencias prácticas

Mencionamos anteriormente que una de las principales dificultades para llevar a la práctica el concepto de la inversión en favor de la salud es pasar de la teoría y los postulados a la toma de decisiones y su aplicación. Esta sección presenta de forma resumida la serie de herramientas diseñadas, aplicadas y perfeccionadas en diversos proyectos de demostración de la inversión en favor de la salud, llevados a cabo por la Oficina Regional de la OMS para Europa. Durante todo este proceso, la OMS recibió la cooperación de una amplia gama de países e instituciones, y entre ellos es importante resaltar el apoyo recibido de la Oficina para la Administración Pública (Office for Public Management). Las experiencias adquiridas a través de estos proyectos confirman que para lograr que la inversión en favor de la salud sea una realidad, se necesitan metodologías, herramientas, y procesos de formulación de políticas que puedan:

- > Evaluar las estructuras, sistemas y procesos de un país, región o área local teniendo en cuenta las oportunidades presentes y futuras (tanto dentro como fuera del sector de salud), identificando los que promuevan u obstaculicen la salud de la población junto con las formas de mejorar dicha infraestructura;
- > Definir los elementos esenciales de una estrategia para mejorar la salud de la población mediante una inversión selectiva, dentro y fuera del sector de salud, que apoye las prioridades económicas y sociales claves;
- > Negociar la realización de inversiones para la salud con las autoridades políticas y los principales encargados de la toma de decisiones en otros importantes sectores económicos y sociales.

Está claro que hay mucho que aprender en lo referente a la eficacia de los procesos de inversión en favor de la salud. La evaluación de dichos procesos se dificulta por el hecho de que las circunstancias económicas y sociales no siempre son las mismas, por lo que la transferencia y replicación presenta problemas (24, 25). Sólo mediante pruebas prácticas podremos empezar a identificar y ordenar aquellas variables que contribuyan a procesos eficaces y buenos resultados en la inversión para la salud. Se necesitan "laboratorios vivos" donde observar los procesos de toma de decisiones de inversión, y donde hacer los ajustes apropiados en los objetivos de las políticas, los apoyos administrativos y logísticos, y los planes de acción. Dichas experiencias prácticas deben centrarse, no sólo en mitigar o reducir al mínimo el impacto negativo de los cambios sociales y económicos, sino en mejorar al máximo los recursos disponibles para la salud en la comunidad.

Maximizando los recursos para la salud

Desde 1995, la Oficina Regional de la OMS para Europa viene realizando una serie de estudios pilotos, a petición de sus estados miembros, en un espíritu de mutuo aprendi-

zaje sobre la forma de decidir, aplicar y evaluar las inversiones en salud (63, 67, 71). Estas experiencias han demostrado que es importante tener en cuenta todos los elementos de promoción de la salud para poder especificar dónde se necesitan cambios. Entre dichos elementos se encuentran las inversiones de las políticas gubernamentales, los cambios normativos, el fomento de recursos y programas no-gubernamentales, el fortalecimiento de las infraestructuras y foros de decisión que fomentan la salud, la reorientación de la educación, la inversión en investigación, la capacitación en destrezas esenciales para la promoción de la salud, y la mejora del medio ambiente.

Lo esencial para invertir para la salud está en la identificación y fortalecimiento de los recursos disponibles. Lo que ocurra después – las áreas que requieren cambios – depende en gran medida de las circunstancias locales: la voluntad de la comunidad de efectuar cambios que mejoren sus condiciones de vida, la calidad del entorno físico, el nivel de capital social y cualquier otro recurso colectivo que pueda utilizarse para promover la salud y tener mayor control sobre los factores que determinan la salud de la población.

Pensar en función de los recursos para la salud no es algo que surja de forma natural. La mayor parte de las intervenciones para promover la salud de la población deben centrarse en las necesidades o problemas de una población específica. Aunque las evaluaciones contemplan las necesidades sanitarias, el objetivo principal de la inversión para la salud no es la reducción de dichas necesidades, sino una elevación del estado de salud y los potenciales recursos para la salud (figura 1). ¿También se trata de medir el grado de la eficacia en mejorar salud o reducir la necesidad de atención sanitaria!

Supongamos que el nivel de necesidad de una comunidad es A (en el eje que indica la necesidad). En dicho nivel, el tipo y el grado de inversión a favor de la salud depende de los recursos de la comunidad, que pueden ser bajos (B) o altos (C).

Si la estrategia que se elige no tiene ningún efecto en la necesidad (por ejemplo, un cambio de B a B₁), los indicadores epidemiológicos tradicionales, u otros basados en necesidad, podrían sugerir que la estrategia de promoción de la salud no ha dado resultado en absoluto, pero en realidad mediante esta estrategia se están aumentando los recursos de la comunidad para mejorar la salud. De igual manera, si la condición inicial de una comunidad es C y, como resultado de una estrategia dada pasa a C₁, una evaluación convencional basada en necesidades podría sugerir que no se ha registrado efecto alguno, cuando en la práctica C₁ es algo peor en términos generales que la situación inicial C. Asimismo, si una comunidad pasa de C a D, D no representa necesariamente una situación mejor, porque la reducción en la necesidad va acompañada de un recorte en los recursos para la salud.

Una evaluación de inversiones para la salud implica la búsqueda e identificación no solo de reducciones en las necesidades, sino de la maximización de recursos. Este tipo de evolución también ayuda a identificar diversas estrategias de promoción de la salud

cuando un país, región o comunidad local se sitúa en diferentes cuadrantes del diagrama de necesidades y recursos (ver figura 1).

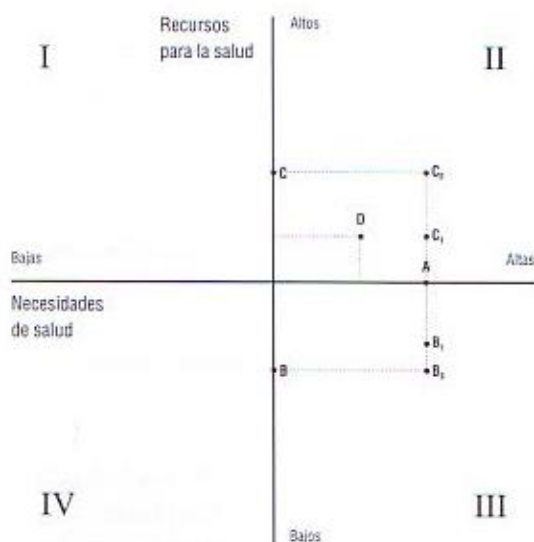


Figura 1. Necesidades y recursos para la salud

Mapa de ganancias en salud: El proyecto piloto de Trentino Alto

La mayoría de las comunidades pueden llegar a un consenso sobre los temas más importantes que afectan su salud y su percepción de bienestar. Los más importantes suelen ser el empleo, la educación, la seguridad y la vivienda, seguidos por el transporte, la limpieza urbana y el acceso a la atención sanitaria. Sin embargo, en la mayoría de los casos no es sencillo pasar de un acuerdo general sobre los temas de relieve a la estrategia que debe adoptarse, y es precisamente esta decisión práctica la que reviste crucial importancia en el enfoque de inversión para la salud. Un "mapa de ganancias en salud" (figura 2), u otras formas de documentar la repercusión de políticas sociales, iniciativas privadas, reglamentos y programas, puede establecer una base de comparación y un sistema permanente de auditoría de cuentas (62,75).

	Servicio de salud	Educación	Transporte	Asistencia social	Medio ambiente	Otros
GRUPO POBLACIONAL 1						
GRUPO POBLACIONAL 2						

CRITERIOS PARA LA ACCIÓN

- ¿Ganancias en salud?
- ¿Costes de ejecución?
- ¿Concesiones en inversiones?
- ¿Valores?

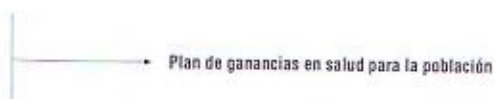


Figura 2. Mapa de ganancias en salud

Pueden aplicarse diversas metodologías para crear un mapa de ganancias en salud de una comunidad o zona geográfica específica, incluidos los métodos normales de evaluación de repercusiones sobre la salud (1, 28, 40), análisis de políticas (5, 29, 42, 49, 51, 52, 56) y simulaciones (32). También puede recopilarse información de importancia si la comunidad participa en la evaluación, para lo cual se ha demostrado que las técnicas de grupos nominales (o por categorías), los grupos focales y otros métodos resultan valiosos (2, 10, 26, 27, 74).

Estas técnicas son particularmente útiles para plasmarse en un “esquema de ganancias en salud” que identificará las políticas de diversos sectores que pueden contribuir a la salud. Con frecuencia hay que sopesar las diferentes opciones de la inversión en favor de la salud ateniéndose a diversos criterios. La figura 3 muestra un esquema basado en cuatro criterios (C_1 a C_4) elegidos para la evaluación de dichas opciones. En el proyecto piloto los criterios fueron:

- > La equidad;
- > La sostenibilidad de las mejoras en salud;
- > El fortalecimiento de la capacidad de acción de la población;
- > Los recursos generales que se necesitan.

Se usaron las técnicas mencionadas anteriormente para sopesar la importancia relativa acordada a los criterios por los diversos segmentos de la comunidad, los encargados de la formulación de políticas y otras partes directamente interesadas.

Servicios	S. de salud	S. sociales	Educación	Transporte	Vivienda	Entorno físico
GRUPO 1	Promoción de una juventud saludable					
GRUPO 2	Promoción de un envejecimiento saludable					

Figura 3. Matriz de oportunidades para la Inversión

El marco de la negociación: El proyecto piloto de Valencia

Los sectores de formulación de políticas no están esperando pacientemente a ser reformados o asesorados por los expertos en salud (21). Tiene que existir suficiente incentivo (o si no habrá que crearlo) para que un área normativa refuerce su impacto sobre la salud, y para alentar el intercambio de información y exploración de las diversas opciones que mejor se ajustan a la cultura organizativa de dicho sector sin tener consecuencias negativas (como mayor costo, pérdida de empleos, o conflictos jurisdiccionales).

Estas lecciones fueron puestas de relieve en un proyecto piloto llevado a cabo en el sur de España por la Oficina Regional de la OMS para Europa, en cooperación con el Instituto Valenciano de Salud Pública y la Comunidad Autónoma de Valencia (65). El objetivo principal del proyecto piloto fue explorar la posibilidad de establecer alianzas para la inversión para la salud con sectores esenciales para el desarrollo económico, social y sanitario de la región valenciana. Los sectores identificados con este fin fueron los de salud, turismo (que constituye un porcentaje importante del PIB de la región) y agricultura (un sector históricamente muy importante en términos de la cultura y la producción de la región, y uno de sus principales pilares económicos, incluso en la actualidad).

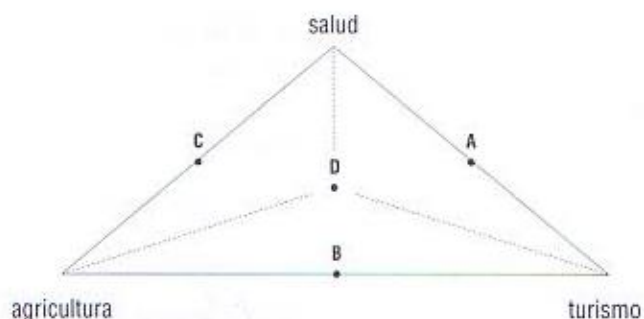


Figura 4. Alianzas para la inversión en salud en sectores esenciales

El proyecto identificó las metas y decisiones normativas compartidas (D) que redundarán en beneficio para los tres sectores (figura 4). No es posible establecer un programa común para invertir para la salud sólo mediante la búsqueda de soluciones beneficiosas en todos los aspectos (es decir, las D). Otras decisiones importantes también se pueden tomar bajo el enfoque de invertir para la salud, pero en un contexto de políticas negociadas. Es decir, que el sector de salud estará dispuesto a apoyar las decisiones B, relativas por ejemplo a incentivos financieros, para promover el turismo rural (lo que beneficia tanto al sector agrícola como al turístico, sin tener impacto sobre la salud), siempre que el sector agrícola apoye las decisiones A (reducción de la congestión y la contaminación urbana, por ejemplo), lo que beneficia a la salud y al turismo; y el sector turístico apoyará las decisiones de tipo C (como la reducción de los accidentes y la mortalidad en zonas rurales y agrícolas), que benefician a la agricultura y la salud.

Los sectores que establecen las políticas sociales tienen a su disposición numerosas herramientas y técnicas, si están dispuestos a reconsiderar sus prioridades de desarrollo para establecer nuevas metas compartidas, con objeto de crear un programa común de inversión para la salud. Entre dichas herramientas se encuentran la evaluación de oportunidades, el análisis de situaciones conflictivas, modelos de características múltiples, evaluaciones por las partes interesadas y simulaciones institucionales y de comportamiento (16, 17, 19).

Evaluaciones nacionales para invertir en salud

La Oficina Regional de la OMS para Europa ha llevado a cabo evaluaciones de la inversión para la salud a nivel nacional en Eslovenia, Hungría, Rumania y Malta; otros países, tanto de la Europa occidental como de la oriental, han pedido ser objeto de evaluaciones similares. De hecho, el interés se extiende en la actualidad más allá del continente europeo.

A petición del ministerio de salud o del parlamento de un país, el servicio de evaluación de la OMS proporciona un equipo internacional de técnicos expertos en las áreas de prioridad indicadas por el país solicitante, para evaluar la situación y presentar un informe a dichas autoridades ministeriales o parlamentarias, sobre lo siguiente:

- > La estrategia necesaria para mejorar el estado de salud de la población;
- > Las posibilidades de inversión para la salud en el estado miembro;
- > La infraestructura que se necesita para establecer, apoyar y mantener la inversión para la salud.

La evaluación consta de tres partes:

1. La situación general del país.
2. Un análisis de cada sector (por ejemplo, la industria y el comercio en su conjunto; los servicios financieros; el turismo y la industria de restauración; la agricultura, la horticultura; la industria alimentaria; el transporte; la educación; la atención a la salud; los medios de comunicación) y las opciones normativas a tener en cuenta en las consideraciones intersectoriales.
3. Cuestiones estructurales, de organización, intersectoriales e institucionales.

Los dos primeros temas se presentan en función de los puntos fuertes y débiles observados en la práctica actual de la inversión para la salud, seguida de una evaluación de las oportunidades y riesgos de cara al futuro. El tercer tema se refiere tanto al desarrollo sectorial como intersectorial (78). Cada parte de la evaluación identifica las oportunidades de promover la salud de forma más eficaz, mediante características claves en las políticas de desarrollo económico y social, y oportunidades de mejorar dicha promoción con la inversión para la salud.

La tercera parte de la evaluación requiere mayor explicación. El informe sobre cuestiones estructurales, de organización, intersectoriales e institucionales se concentra en si existe un ambiente normativo lo suficientemente propicio para la inversión para la salud. Para facilitar la inversión para la salud, el contexto normativo debe tener y mantener:

- > Formulación de políticas por consenso, basadas en el enfoque de invertir para la salud (especialmente, compromisos gubernamentales sostenibles a medio y largo plazo) y con el apoyo sistemático (con información actualizada y fiable) proporcionado por el parlamento y otras entidades implicadas en la formulación de políticas.
- > Una infraestructura totalmente acorde y con capacidad suficiente para apoyar la formulación y aplicación de políticas.
- > El enfoque apropiado y la necesaria capacidad a nivel nacional y regional.
- > Pruebas basadas en las prácticas locales de promoción de la salud.
- > Incentivos para el establecimiento de alianzas a todos los niveles.
- > Realización de encuestas, investigación y evaluaciones con conocimientos técnicos.
- > Educación y capacitación para todos los aspectos de las actividades de promoción de la salud, y en especial para defender y promover la causa, mediación, participación comunitaria y fortalecimiento de la capacidad de acción de la población.
- > Recursos a largo plazo, usados de forma flexible y sostenible.

Al evaluar la capacidad de un país, región o área local para abordar estos temas, pueden utilizarse herramientas metodológicas como el "punto de referencia de Verona" (Verona Benchmark) (72).

En estas evaluaciones nacionales las principales recomendaciones para las autoridades del país (gobierno o parlamento) se refieren a temas fundamentales de desarrollo social, económico y sanitario, y generalmente han incluido lo siguiente:

1. Asesoramiento al gobierno y al parlamento sobre el modo de formular una estrategia de inversión para la salud; el papel desempeñado aquí por el parlamento es fundamental a la hora de garantizar la sostenibilidad de políticas y hay que fomentarlo, aunque este asesoramiento no siempre es bien recibido por los gobiernos.
2. Recomendaciones sobre deficiencias concretas en la infraestructura existente de promoción de la salud, y los pasos que se necesitan para corregirlas. Al centrarse en la tarea desde una perspectiva integral que contempla todos los sistemas, se recomiendan cambios estructurales basados en sólidos análisis de funciones, con objeto de adaptar y modificar, siempre que sea posible, y sólo sugerir nuevas estructuras cuando la adaptación no resulte factible.
3. Procedimientos para establecer medios de financiación seguros y sólidos a largo plazo para la inversión para la salud.
4. Planes para diseñar y ejecutar medidas sólidas para el desarrollo y despliegue del número de personas debidamente capacitadas que se necesite para aplicar con éxito la inversión en favor de la salud.
5. Asesoramiento sobre la necesidad de asegurar que las recomendaciones señaladas cuenten con el compromiso político de los distintos partidos para que puedan aplicarse de forma sostenible.

La evaluación de inversiones para la salud tiene por fuerza que ser totalmente integral y basada en los sistemas (78). Se centra en el desarrollo económico, social, y sanitario del país en su conjunto. Las funciones del sector sanitario y los sectores no-sanitarios están consideradas como un solo sistema. Se evalúa de forma sistemática la integridad, fuerza y el potencial futuro de ese sistema (figura 5) y tras esa evaluación se formulan recomendaciones (en ámbitos como los educativos, fiscales, reguladores, administrativos, organizacionales y legislativos) para futuras estrategias, junto con los tipos de inversión e infraestructura de apoyo.

De esta manera, la estrategia recomendada está cuidadosamente ligada al programa global de desarrollo económico y social para cada país. Por ejemplo, un país que tiene el potencial para explotar el turismo con un alto valor añadido, pero que arrastra un legado de industrias pesadas que han dañado el medio ambiente y perjudicado el turismo de masas, tiene que hacer ciertas concesiones. Podría apostar por potenciar el sector turístico, algo que generaría

ingresos más elevados y mejores puestos de trabajo en ese sector, pero supondría restricciones para el sector de la industria pesada, con la pérdida de empleo que eso conllevaría. A la misma vez, estas concesiones podrían resultar en los beneficios de una mejoría sostenible en las condiciones del medio ambiente, una mejoría en la seguridad y la salud laboral de los trabajadores en la industria turística, y el desarrollo de nuevas destrezas.

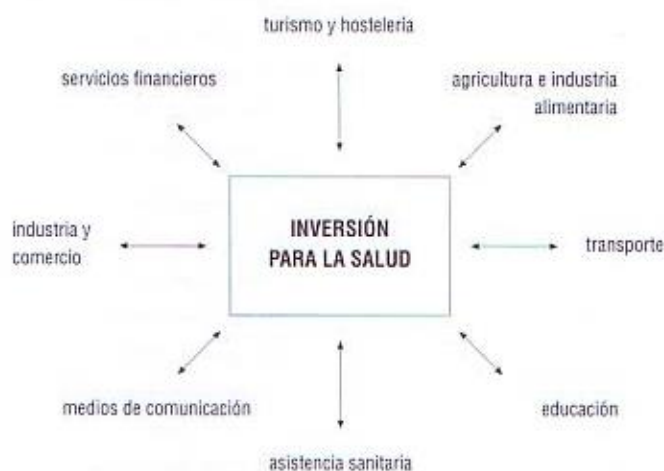


Figura 5. Evaluación de las oportunidades de la inversión en favor de la salud

La experiencia acumulada hasta la fecha sugiere que, para tener éxito:

- > La definición de los medios de ejecución tiene que formar parte de la evaluación de una inversión para la salud;
- > El parlamento tiene que jugar una función importante y permanente en el proceso de ejecución, comenzando por el debate del informe de evaluación tan pronto se publique y continuando por fijar sus recomendaciones firmemente en el ámbito político;
- > Después de la publicación del informe, las principales autoridades responsables del diseño de normativas para todos los sectores claves del gobierno y la sociedad necesitan embarcarse en una experiencia de aprendizaje conjunto sobre los principios de la inversión para la salud y los aspectos prácticos de su ejecución sostenida;
- > Es esencial que exista estabilidad, tanto en la formulación de la política sanitaria, como para asegurar la continuidad de sus profesionales de alto rango.

Es probable que haga falta apoyo técnico durante un período largo, y sus características evolucionarán conforme los países van acumulando experiencias y destrezas en la ejecución de estas estrategias, compartiendo entre sí sus experiencias.

Conclusiones. Qué hay que hacer

Si hacemos lo de siempre, recogeremos lo de siempre. La esperanza para la salud seguirá siendo tan ansiada como siempre por parte del público en general. Pero para hacer que esto funcione, para garantizar que las personas a las que servimos puedan cumplir con sus aspiraciones, tenemos que mirar más allá de nuestras fronteras tradicionales o, una vez más, fracasaremos. Para poder aplicar con eficacia los principios de inversión para la salud, las formas tradicionales de formular políticas han de cambiar. Harán falta nuevos compromisos y destrezas para trabajar dentro y, más importante, fuera del sector sanitario; buscando apoyo en las nuevas herramientas y evaluaciones que se necesitarán.

Cada uno de los proyectos pilotos reseñados en este informe ha demostrado que no debemos subestimar los retos que aparecen cuando trasladamos nuestros conocimientos sobre inversión para la salud a la práctica. Es gigantesco el paso que hay que dar entre creer que las conexiones entre la salud y desarrollo socioeconómico son reales y conseguir que otras personas cambien sus formas de trabajar. Es difícil cambiar, y las fuerzas de inercia son potentes, pero los potenciales beneficios de inversión para la salud son enormes. ¿Cómo podemos ir preparando el terreno para fomentar prácticas de inversión para la salud? La respuesta es que deben ocurrir una serie de cambios esenciales:

1. Hay que dar prioridad política a la salud

La salud no puede seguir considerándose como algo que corresponde a los médicos, enfermeras, sus pacientes y el ministerio de salud. El compromiso para la inversión para la salud no puede quedarse en teoría y palabras. Los políticos tienen que comprender mejor los factores que llevan a la buena salud y la enfermedad, y la forma de lidiar con ellos. Para los ministerios de salud, ésta es una oportunidad sin igual para tomar las riendas y defender la causa en el seno del gobierno. Pueden alentar a sus colegas de otros ministerios a apreciar la pertinencia del programa de salud en su propia esfera de actividades e intereses, y ayudarles a desarrollar la destreza política idónea para que tomen decisiones que mejoren la salud.

2. Aparte de la prioridad política, tiene que haber una clara voluntad de evaluación de la gestión y los resultados respecto a las mejoras en salud por parte de todos los sectores y departamentos

La expresión "Salud para todos es el negocio de todos." tiene que dejar de ser un cliché. Al igual que ocurre en el mundo empresarial, hay que exigir responsabilidad por los resultados en el terreno político. Pero si se exige que los ministros, los legisladores, y los gerentes den cuenta de sus éxitos y fracasos en el mejoramiento de la salud, tiene que haber maneras más eficaces de medir la salud. No se pueden exigir responsabilidades, a

menos que haya formas de medir las mejoras. La mayoría de los países recopilan datos sobre mortalidad y morbilidad, pero pocos se centran en indicadores de salud. Por ello, un proceso de evaluación exige el desarrollo de sistemas, procesos y herramientas de análisis, para evaluar la salud y los efectos que las decisiones legislativas tienen sobre ella.

3. Debe haber un conocimiento público de lo que constituye la salud y cómo puede promoverse y preservarse entre la población

La opinión pública es arrastrada fácilmente por los hospitales y la enfermedad. Para que los políticos puedan tomar las difíciles decisiones que se exigirá de ellos, es necesario que el público entienda las inversiones que son necesarias para promover la salud, y que se comprometa a hacerlas.

4. Potencial para resaltar las inversiones

Siempre hay opciones que compiten entre sí cuando se hace una inversión; lo mismo ocurre con la inversión para la salud. Algunas decisiones puede que sean obvias, y otras no tanto. Cuanto más se explore la inversión para la salud, se descubrirán mayores opciones. Hay que reconocer que las concesiones mutuas en el desarrollo económico, social y sanitario son inevitables, así como que no todos los interesados que pueden influir en la salud consideran su mejora como la prioridad esencial. También existe una necesidad urgente de implementar procesos de toma de decisiones que permitan a los diferentes sectores de la sociedad entender que es esencial hacer concesiones recíprocas en sus decisiones.

5. Hay que desarrollar destrezas y capacidades para trabajar con otros sectores a todos los niveles de la sociedad

Cada sector tiene sus propios intereses, metas, recursos y maneras de trabajar. La acción común para mejorar la salud requiere puntos de confluencia: ideas compartidas, recursos, y un lugar de reunión. Estas cosas no ocurren en un vacío; tienen que existir estímulos y procesos que reúnan a las personas, y otros recursos, para un fin común.

6. Hay que desarrollar nuevos incentivos

Los sectores no cooperarán entre sí simplemente porque alguien diga que es una buena idea. Deben ver los beneficios para sus propios fines y contar con suficientes incentivos para llevar a cabo los ajustes normativos que promueven la salud. Puede que se necesiten campañas políticas, beneficios tributarios, o formas especiales de recompensa, y sin lugar a dudas es necesaria imaginación y negociación.

7. Tener una idea clara de lo que puede lograrse con la inversión para la salud.

No solamente hay que saber lo que es posible a nivel privado o estatal, sino también lo que las personas y comunidades pueden hacer. Los enfoques de abajo a arriba que movilizan los recursos de la comunidad pueden ser sostenibles, pero necesitan llevarse a cabo en un contexto favorable.

8. Infraestructura

Puede que se necesiten nuevas infraestructuras para apoyar la inversión para la salud, pero no pueden aplicarse de forma paralela a sistemas anticuados; es mucho más importante adaptar la infraestructura existente para mantener la inversión en favor de la salud (véase también el informe técnico titulado *Obtención de una infraestructura para promover la salud* [*Securing an Infrastructure for Health Promotion*]).

9. Aprendizaje

Algo crucial para todo lo anterior es la voluntad de aprender la forma de llevar a cabo la inversión para la salud. A este respecto, la OMS tiene una función singular y fascinante en facilitar el intercambio de ideas, experiencias prácticas y resultados de investigación entre todos los países y gobiernos.

Referencias bibliográficas

1. Abelin T, Brezezinski ZJ, Carstairs VDL, editores. Measurement in Health Promotion and Protection. Copenhagen: World Health Organization, European Series No. 22 (see chapter 11), 1987.
2. Alemi F, Gustafson DH, Johnson M. How to Construct a Subjective Index. *Evaluation and Health Professions*, 9(1), pp45-52. (1986)
3. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic Determinants of Health; Health and the Life Course: Why Safety Nets Matter. *British Medical Journal*, 314(4), pp1194-1196. (1997)
4. Blane D, Brenner E, Wilkinson RG. Health and Social Organization - Towards a Health Policy for the 21st Century. London: Routledge, 1996.
5. Brewer G, de Leon P. Foundations of Policy Analysis. Homewood, IL: Dorsey, 1983.
6. Chu C. Integrating Health and Environment: The Key to an Ecological Public Health en C. Chu and R. Simpson (Eds) *Ecological Public Health: From Vision to Practice*. Queensland, Australia: Watson Ferguson & Company. (1994)
7. Cookm RL, Stewart TR. "A Comparison of Seven Methods for Obtaining Subjective Description of Judgmental Policy." *Organizational Behavior and Human Performance*, 12, pp31-45. (1975)
8. Cornia GA. Labour Market Shocks, Psychosocial Stress and the Transition's Mortality Crisis. *Research in Progress*, October. Helsinki: United Nations University, WIDER. (1997)
9. Cornia GA, Paniccia R. The Demographic Impact of Sudden Impoverishment: Eastern Europe during the 1989-94 Transition." Florence: Unicef, International Child Development Centre. (1995)
10. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*. Glenview, IL: Scott-Foreman and Co. . (1975)
11. Draper P, Best G, Dennis J. Health and Wealth. *Royal Society of Health Journal*, 97(3), pp121-126. (1977)
12. Draper P, Smart T. Health in the Economy - The NHS Crises in Perspective. (Proceeding of a Conference held on 6th of January 1984 at Guy's Hospital in London). London: Unit for the Study of Health Policy, Guy's Hospital Medical School. (1984)
13. Dreze J, Sen A. *Hunger and Public Action*. Oxford: Oxford University Press. (1989)
14. Dubos, R. (1959) "Mirage of Health." New York: Anchor Books.

15. Evans, R.G., Barcer, M.L. and Marmot, T.R. (Eds) (1994) *Why are Some People Healthy and Others Not?* New York: Aldine De Gruyter.
16. Gustafson, D.H., Cats-baril, W.I. and Alemi, F. (1992) "Systems to Support Health Policy Analysis: Theory, Models and Uses." Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
17. Gustafson, D.H. and Holloway, D. (1975) "A Decision Theory Approach to Measuring Severity of Illness." *Health Services Research*, 10, pp97-196.
18. Hancock, T. (1982) "Beyond Health Care: Creating a Healthy Future." *The Futurist*, August, pp4-13.
19. Keeney, R.L. (1977) "The Art of Assessing Multi-Attribute Utility Functions." *Organizational Behavior and Human Performance*, 19, pp267-310.
20. Kickbusch, I. (1997) "Think Health: What Makes the Difference?" Address given by Dr Ilo-na Kickbusch at the 4th International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997. Geneva: World Health Organization, HPR/HEP/4ICHP/BR/97.3.
21. Labonte, R. (1998) "Healthy Public Policy and the World Trade Organization." *Health Promotion International*, 13(3), pp245-256.
22. Lalonde, M. (1974) "A New Perspective on the Health of Canadian - A Working Document." Ottawa: Government of Canada.
23. Levin, S.L., McMahon, L. and Ziglio, E. (Eds) (1994) "Economic Change, Social Welfare and Health in Europe." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
24. Levin, S.L. and Ziglio, E. (1996) "Health Promotion as an Investment Strategy: Considerations on Theory and Practice." *Health Promotion International*, 11(1). pp33-40.
25. Levin, S.L. and Ziglio, E. (1997) "Health Promotion as an Investment Strategy: A Perspective for the 21st Century" in M. Sidell, L. Johns, J. Katz and A. Peberdy (Eds). *Debates and Dilemmas in Promoting Health*. London: MacMillan Press Ltd.
26. Linstone, H.A. (Ed) (1984) "Multiple Perspectives for Decision-Making: Bridging the Gap between Analysis and Action." Amsterdam: North Holland.
27. Linstone, H.A. and Meltsner (1984) "Guidelines for Users of Multiple Perspectives" in Linstone (Ed) *Multiple Perspectives for Decision-Making: Bridging the Gap between Analysis and Action*. Amsterdam: North Holland.
28. Macarthur, I. and Bonnefoy, X. (1998) "Policy Options." Copenhagen: World Health Organization, European Series, No. 77.

29. Malinowski, B. (1939) "The Group and Individual in Functional Analysis." *American Journal of Sociology*, 44, pp938-964.
30. Makara, P. (1994) "The Effect of Social Changes on the Population's Way of Life and Health: A Hungarian Case Study" in S.L. Levin, L. McMahon and E. Ziglio (Eds) *Economic Change, Social Welfare and Health in Europe*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series No. 54.
31. Marmot, M. (1998) "Improving the Social Environment to Improve Health." *Lancet*, 351(1), pp57-60.
32. McMahon, L. (1995) "Learning from the Future - Using Behavioural Simulations for Management Learning." *Future Management*, 1, pp4-5.
33. Mckeown, T. (1971) "A Historic Appraisal of the Medical Task" in C. McLachlan and T. McKeown (Eds) *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives*. London: Oxford University Press.
34. (1976) "The Role of Medicine: Dream Mirage or Nemesis?" London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
35. Mckeown, T. and Record, D. (1962) "Reasons for the Decline of Infant Mortality in England and Wales during the 20th Century." *Population Studies*, 16, pp94-122.
36. Milio, N. (1980) "Modern Illness, Health Behaviour and Health Policies." Philadelphia F.A. Davis
37. Milio, N. (1981) "Promoting Health Through Public Policy." Philadelphia: F.A. Davis.
38. Murray, J.L.C. and Lopez, D.A. (1996) "The Global Burden of Disease." Boston: Harvard University Press.
39. Mustard, J.F. (1996) "Health and Social Organization in Health and Social Capital." London: Routledge.
40. National Institute of Public Health (1997) "Determinants of the Burden of Disease in the European Union." Stockholm: National Institute of Public Health, F series No. 24.
41. Omran, A.R. (1979) "Changing Patterns of Health and Disease During the Process of National Development" in G.L. Albrecht and P.C. Higgins (Eds) *Health, Illness and Medicine: A Reader in Medical Sociology*. Chicago: Rand McNally, College Publishing Company.
42. Phillips, L.D. (1984) "A Theory of Requisite Decision Models." *Acta Psychologica*, 56, pp29-48.

43. Popay, J., Griffiths, J., Draper, P. and Dennis, J. (1980) "The Impact of Industrialisation on World Health" in *Through the '80s: Thinking Globally Acting Locally*. Washington D.C.: World Future Society.
44. Powels, J. (1973) "On the Limitations of Modern Medicine." *Science, Medicine and Man*, 1, pp1-30.
45. Saltman, R. and Figueras, J. (1997) "European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series No. 79.
46. Rosen, G. (1958) "A History of Public Health." New York: MD Publications.
47. (1979) "The Evolution of Social Medicine" in H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Reeder (Eds) *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
48. Sen, A. (1995) "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure." Florence:, Istituto degli Innocenti.
49. Senge, P.M. (1990) "The Fifth Discipline - The Art & Practice of the Learning. Organization." New York: Doubleday.
50. Unicef (1997) "Children at Risk in Central and Eastern Europe: Peril and Promises." Florence: International Child Development Centre, *Economies in Transition Studies, Regional Monitoring Report No. 4*.
51. Vedung, E. (1997) "Public Policy and Programme Evaluation." London: Transnational Publisher.
52. Weiss, C.H. (1998) "Methods for Studying Programmes and Policies." Upper SaddleRiver: Prentice Hall.
53. Whitehead, M. (1994) "Counting the Human Costs: Opportunities for and Barriers to Promoting Health" in L.S. Levin, L. McMahon and E. Ziglio (Eds), *op. cit.*.
54. Whitehead, M., Dahlgren, G. and Diderichsen, F. (1998) "Social Inequalities in Health: What Are the Issues for Health Promotion?" (Unpublish Working Document for the European Committee for Health Promotion Development). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion and Investment Programme.
55. Wildavski, A. (1979) "Speaking Truth to Power." *The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston: Little Brown.
56. Wilkinson, R.G. (1996) "Unhealthy Societies." London: Routledge.
57. World Bank (1993) "Investment in Health." *The World Bank in Action*. Washington, D.C.: The World Bank.

58. (1995) "Investing in People: The World Bank in Action." Washington, D.C.: The World Bank.
59. World Health Organization (1984) "Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
60. (1986) "Ottawa Charter for Health Promotion." World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada. November 21, 1986. (Available through: Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
61. (1995) "Health in Social Development." (World Health Organization. Position Paper. World Summit for Social Development, Copenhagen, March 1995). Geneva: World Health Organization.
62. (1995) "Securing Investment for Health: Report of a Demonstration Project in the Provinces of Bolzano and Trento." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion and Investment Programme.
63. (1996) "Investment for Health in Slovenia." Copenhagen: World Health Organization, Health Promotion and Investment Programme.
64. (1996) "Investing in Health Research and Development." (Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options). Geneva: World Health Organization.
65. (1996) "Investment for Health in the Valencia Region: Mid-Term Report." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion and Investment Programme.
66. (1997) "Intersectoral Action for Health: Addressing Concerns in Sustainable Development." Geneva: World Health Organization.
67. (1997) "Investment for Health in Hungary." Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion and Investment Programme.
68. (1997) "The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century." Copenhagen: World Health Organization.
69. (1998) "The World Health Report." Geneva: World Health Organization.
70. (1998) "Health 21 – Health for All in the 21st Century." Copenhagen: World Health Organization, European Health for All Series No. 5.
71. (1998) "Public Health in Latvia - With Particular Reference to Health Promotion." Copenhagen: World Health Organization: Health Promotion and Investment Programme.

72. (1999) "Benchmark I: System Characteristics. The Verona Initiative - Investing for Health in the Context of Economic, Social and Human Development." Copenhagen: World Health Organization, Health Promotion and Investment Programme.
73. Ziglio, E. (1993) "European Macro Trends Affecting Health Promotion Strategies." (World Health Organization/European Working Paper.) Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion and Investment Programme.
74. (1996) "The Delphi Method and its Contribution to Decision-Making" in Adler, M. and Ziglio, E. (Eds) Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its application to Social Policy and Public Health. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
75. (1996) "How to Move towards Evidence-based Health Promotion Interventions." Promotion & Education, IV(2), pp29-33.
76. (1998) "Producing and Sustaining Health: The Investment for Health Approach." Keynote Speech, The Verona Initiative - Investing for Health in the Context of Economic, Social and Human Development. Copenhagen, Arena Meeting 1, Verona, Italy, October 14-17. Paper available through: World Health Organization, Health Promotion and Investment Programme.
77. (1998) "Key Issues for the New Millennium." Promoting Health The Journal of Health Promotion for Northern Ireland, 2, pp 34-37.
78. Ziglio, E. and Hagard, S. (1998) "Appraising Investment for Health Opportunities." Copenhagen: World Health Organization, Health Promotion and Investment Programme.
79. Ziglio, E., Levin, L.S. and Bertinato, L. (1998) "Social and Economic Determinants of Health: Implications for Health Promotion" FORUM, (Special Issue).

Ponencias en mesas

Salud y desarrollo sostenible.

La perspectiva del consumidor organizado

> Olga Ruiz Legido

Gabinete técnico-jurídico FACUA

La salud y la seguridad aparecen específicamente citadas en el artículo 51 de nuestra Constitución como dos de los objetivos específicos de protección cuyo fomento, desarrollo y cumplimiento efectivo compete a los poderes públicos. Son garantías que deben proporcionarse en defensa de los consumidores y usuarios y de los ciudadanos en general, dando cobertura también a la información y educación del consumidor.

Esta especificidad también se produce en el artículo 129A del Tratado de la Comunidad Europea (Tratado de Roma). A su vez, el artículo 2 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y el artículo 4 de la Ley de Consumidores y Usuarios de Andalucía, en idéntico sentido, anteponen como derecho básico de los consumidores y usuarios la protección contra los riesgos que puedan afectar a su salud y seguridad. En sentido similar se orienta la Ley General de Sanidad, que no sólo se centra en la salud individual sino que realiza una aportación a la salud medioambiental, incluyendo actuaciones en el ámbito de promoción y mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos, control del aire, vigilancia sanitaria y adecuación de la salud del medio ambiente en todos los ámbitos, incluida la vivienda.

Por su parte, el derecho a un medio ambiente adecuado reconocido en el artículo 45 del Tratado de la CE ha sido relacionado inmediatamente con el derecho a un medio ambiente saludable, por su relación con el desarrollo de la persona y por la obligación impuesta a los poderes públicos de proteger y mejorar la calidad de vida. El artículo 130R del Tratado de Roma también fija como objetivos en el ámbito del medio ambiente la conservación, protección y mejora de la calidad de vida, la protección de la salud y la utilización racional de los recursos, entre otros.

El Principio 1 de la Declaración de Río (1992) reconoce que el individuo tiene derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza.

Existe por tanto una relación clara entre consumo y medio ambiente, salud y la seguridad de las personas que nos lleva necesariamente a un concepto de salud multidisciplinar. Un concepto de salud como bienestar del individuo y de la comunidad, como formas de vida sana, íntimamente relacionado con la protección del medio ambiente y la apuesta por un desarrollo sostenible.

Como estableció la *I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud* reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, y recogida en la llamada Carta de Ottawa, las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable y saludable, la justicia social y la equidad. Partiendo de estas premisas está claro que nuestros hábitos de vida, nuestra relación con el medio ambiente y con los recursos, nuestros niveles de renta y nuestro nivel de información y formación son factores determinantes en nuestra salud.

Los ciudadanos como tales, pero también en nuestro papel básico de consumidores y usuarios, tenemos una gran responsabilidad en la necesaria transformación socioeconómica requerida para entrar en un proceso de desarrollo sostenible y de mejora ambiental y de calidad de vida, que son las dos caras de la misma moneda. La clave de dicho cambio radica en una profunda modificación en los modelos de producción y consumo actuales. Modelos que degradan el medio ambiente y radicalizan aún más si cabe las diferencias entre los países pobres y los ricos: los beneficios del crecimiento económico y del progreso técnico se concentran en los países desarrollados, mientras continúa el aumento de la población y de la pobreza en el mundo no desarrollado o en fase de hacerlo, el llamado tercer mundo. No obstante, las enfermedades y males ambientales se distribuyen; las contaminaciones se globalizan y las consecuencias de los fenómenos del cambio ambiental afectan a todos y surgen nuevos problemas a los que hacer frente en las sociedades más desarrolladas (contaminación atmosférica, uso de plaguicidas, impacto de las radiaciones, uso excesivo de fármacos y drogodependencias, etc.) y la destrucción de los recursos naturales se intensifica.

El desarrollo sostenible persigue una mejora de la calidad de vida de todas las generaciones, sin comprometer a las generaciones futuras, haciendo compatible el crecimiento y el desarrollo económico con la gestión y conservación de los recursos naturales, la protección del medio ambiente y el desarrollo personal y social, creando una sinergia entre desarrollo y salud (55ª Asamblea Mundial de la Salud).

Por su parte, el consumo sostenible se define como "el uso de bienes y servicios que responde a las necesidades básicas y reporta una mejor calidad de vida, al tiempo que minimiza el uso de los recursos naturales, materiales tóxicos y emisiones de desechos y contaminantes en relación con su ciclo de vida, para no poner en peligro las necesidades de futuras generaciones".

El concepto de desarrollo sostenible se mueve en tres dimensiones: la ecológica-ambiental, la económica y la sociocultural. Todas ellas integradas e imprescindibles para que el individuo y la comunidad se desarrollen y ejerzan su actividad de forma sana, en un entorno ambientalmente sano, económicamente viable y socialmente justo:

Dimensión ecológicoambiental

Es preciso promover a nivel individual y nacional modalidades de consumo sostenibles y favorables para la salud, guiados por el principio de la precaución frente a posibles riesgos y de la información correcta y completa sobre los bienes y servicios a los que accedemos. Es preciso cuestionar a nivel global nuestro consumo y nuestro modo de vida basado en la superpoblación, el consumo exarcebado y la tecnología.

Somos muchos, consumimos en exceso y disponemos de una tecnología ineficiente o inadecuada (ténganse en cuenta los problemas que con ella se generan: contaminación, generación incontrolada de residuos, deficiencias en la depuración de las aguas, etc.). La producción y el consumo han alcanzado proporciones tales que no pueden ser procesados por el sistema ecológico. La Cumbre de Río de Janeiro de 1992 señaló la necesidad de modificar las actuales pautas de consumo en el mundo industrializado como una de las tareas principales de nuestro tiempo.

Es preciso promover la libertad pero también la racionalidad en el consumo y adecuar las pautas del consumo a un uso racional de los recursos naturales. Gobiernos, industria y consumidores, todos somos responsables de la crisis ecológica y a todos nos involucra la estrategia para alcanzar un consumo y una producción sostenibles. Los gobiernos tienen la responsabilidad de crear políticas de protección ambiental que apunten hacia una producción limpia y hacia la racionalización del consumo. La industria, por su parte, como responsable directa de la mayor parte de la degradación ambiental, debe asumir la responsabilidad y transformar sus medios de producción y comercialización. Y los consumidores también tenemos que asumir nuestra cuota en la responsabilidad colectiva y adoptar pautas de conducta más responsables en relación al consumo y disfrute de bienes y servicios y a la vez, ser más exigentes con el nivel de información en relación a los mismos.

En definitiva, en la relación consumidor-medio ambiente se debe considerar a éste también como un agente responsable de la degradación del mismo (aunque en menor medida que la industria y los gobiernos), pero a su vez es una víctima de la degradación. Por ello, debe ser nuestro objetivo alcanzar una modalidad de consumo sostenible que no hipoteque la supervivencia de las generaciones venideras. Los medios para alcanzarlo son, de una parte, la educación y la concienciación de un consumo responsable, y de otra, el trabajo de denuncia para conseguir producciones, bienes y servicios menos dañinos para el medio ambiente y para los

ciudadanos en general, así como poner de relieve públicamente aquellas situaciones que generan un riesgo real y potencial para nuestra salud, nuestra seguridad y nuestro entorno.

Dimensión económica

Como se concluyó en la Cumbre de Johannesburgo, la pobreza es una de las causas más importantes de la desnutrición y la mala salud, contribuye a difundir las enfermedades y a degradar el medio ambiente, socava la eficacia de los sistemas de salud e impide los esfuerzos por desacelerar el crecimiento de la población. El vínculo entre salud y medio ambiente es aún más evidente entre los pobres, la pobreza contribuye a la utilización insostenible de los recursos y a la degradación del medio ambiente.

Debemos partir de los datos existentes: el 20% de la población más rica del mundo consume aproximadamente el 80% de los recursos naturales del planeta y produce una contaminación global equivalente, contaminación cuyos efectos son aún peores en el Sur pobre. La fractura existente entre riqueza y pobreza acelera el desastre ecológico: de un lado se alienta el consumo derrochador y de otro la pobreza esquiladora.

Se hace preciso, por tanto, abordar una reducción de la pobreza y la desnutrición, facilitando el acceso de la población a prestaciones y servicios de salud eficientes y a precios asequibles.

Dimensión sociocultural

La sociedad en su conjunto debe preguntarse sobre su propio estilo de vida y poner en entredicho el lema publicitario "tener y consumir más lleva a ser más feliz y a disfrutar de una mejor calidad de vida". Los consumidores de las economías industrializadas nos afanamos por consumir más y mejores bienes de consumo. Sufrimos una dependencia casi paranoica de este tipo de bienes, que sirven de estímulo externo e interno en nuestras relaciones con los demás y nuestro entorno (laboral, social, etc.) y que además sirven y responden más a símbolos (posición social, potencia sexual, etc.) que a realidades, por lo que al final ni tan siquiera dan respuesta a nuestras necesidades (ficticias o no).

La promoción del consumismo, a través de la publicidad, la televisión comercial y los grandes centros comerciales, nos hace inventar nuevas necesidades y modificar nuestras prioridades personales, familiares y sociales. Se crean cadenas de tipo psicológico que nos hacen sentirnos infelices si no logramos imitar los patrones de felicidad que la publicidad nos muestra.

El consumo responsable y los hábitos de vida saludables deben formar parte de la ética de los ciudadanos. El conocimiento, la información y la concienciación sobre todas las implicaciones ambientales, sociales y económicas de sus actos para elegir correctamente.

El consumo sostenible debe empezar por un consumo consciente y responsable, y para ello el consumidor debe tener información clara, sencilla y actualizada acerca de las connotaciones ecológicas y sociales de los productos ofertados y bienes en el mercado. Hoy, a pesar de que el nivel de conciencia ecológica va aumentando, aún existe una considerable carencia de información que no permite una correcta comprensión del problema, ni la participación pública activa en defensa del medio ambiente y de la salud humana por parte de la mayoría de los consumidores.

Estas tres dimensiones del problema exigen finalmente un refuerzo de la acción comunitaria. La promoción de la salud y el desarrollo sostenible demandan la participación efectiva y concreta de la comunidad tanto en la fijación de las prioridades, como en la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación y análisis de los problemas, así como la participación pública y control y seguimiento de las decisiones adoptadas, con un constante flujo de información y apostando por la educación como motor de concienciación.

Introducciones a debates

Educación y salud

> Valle López Santos

Profesora del Departamento de Enfermería

Universidad de Huelva

Desde un enfoque de Salud Pública, la educación es considerada tanto un elemento explicativo del nivel de salud alcanzado por la población, como uno de los principales recursos a utilizar en cualquier política orientada hacia la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida.

La salud, como resultante de múltiples interacciones en las que se entrecruzan variables biológicas, culturales, económicas y sociales es, indiscutiblemente, un espacio intersectorial que exige para su promoción y mantenimiento intervenir en los tres planos básicos de la realidad social: el plano estructural, el ambiental y el personal.

En el plano estructural, la intervención debe ir enfocada, como recoge la Carta de Ottawa (1986) y, con algunos matices, las posteriores Conferencias de Yakarta (1997) y México (2000), al fomento de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y los modos de vida de la población y a superar las desigualdades de acceso a la salud (alimentación, vivienda, empleo, educación, servicios sanitarios, etc.)

En estos momentos, aunque la salud es un valor en alza, el cuestionamiento del Estado del bienestar constituye una seria amenaza para cualquier proyecto de promoción de salud, al poder lesionar alguno de los múltiples intereses económicos que se generan en torno a la misma.

La salud, dentro del escenario sociopolítico y económico que está configurándose, juega un doble papel: por un lado, se nos muestra como uno de los derechos fundamentales que aglutina mayor sensibilidad social y, por otro, aparece como un bien de consumo que se puede comprar y vender, creando en torno a sí una red de intereses imposibles de ignorar en cualquier planteamiento que respecto a ella y a su atención se pretenda realizar.

Esto hace más necesario que nunca el esfuerzo activo y efectivo por enriquecer el tejido social, potenciando los espacios participativos y las distintas redes sociales. El choque de inte-

reses que supone una política global orientada hacia la salud, únicamente puede ser superado positivamente si el interés por la misma está suficientemente representado en la escena política. De lo contrario las decisiones a tomar en el nivel legislativo y ejecutivo estarán expuestas a las influencias de grupos de presión con intereses particulares ajenos a la salud.

No obstante, el trabajo de promoción de salud, en este plano estructural, pasa en la actualidad por encontrar puntos de confluencia, que salvando el valor salud, lesionen el menor número de intereses posibles.

Los procesos educativos en general y, muy especialmente la educación para la salud, pueden jugar un importante papel capacitando a las personas para que puedan incidir en las decisiones políticas, bien de forma directa a través de sus representantes y asociaciones, bien indirectamente creando estados de opinión sobre lo adecuado o inadecuado de las políticas o acciones planteadas. "La educación sanitaria es una fuerza muy poderosa que puede despertar la conciencia del pueblo hasta el punto de que las necesidades ignoradas se conviertan en necesidades sentidas, y éstas se transformen en demandas con repercusiones sociales, políticas y culturales" (Standard y Kaplun, 1983).

En el plano ambiental, es fundamental que junto a las medidas legislativas destinadas a crear entornos lo más saludables posible, se desarrolle un clima social y cultural favorable a la salud, que haga que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.

Incidir en la moda, la publicidad y en general en los medios de comunicación sociales es uno de los principales recursos de los que se dispone en la actualidad para hacer del ambiente un elemento facilitador de conductas y de políticas orientadas a la salud.

Al comienzo del siglo XXI, los problemas ambientales están empezando a tocar fondo. La política de crecimiento económico ilimitado de las últimas décadas está llevando a una explotación indiscriminada de los recursos naturales y a una espiral de consumo difícil de sostener. Los atentados contra el medio ambiente y la inoculación social de valores contrarios a una ética centrada en los derechos humanos (violencia, desprecio por el débil, competitividad, inmediatez, individualismo, etc.) se están convirtiendo en uno de los puntos más críticos del sistema y por ende, en una de las mayores dificultades para desarrollar proyectos de promoción de salud, en los que el respeto a la vida y a todo lo que la sostiene constituye un elemento clave.

En este plano ambiental, los ámbitos educativos pueden intervenir favoreciendo un conocimiento crítico del medio; potenciando entre los ciudadanos la toma de conciencia de la dimensión colectiva de su salud e impulsarles y capacitarles para que puedan adoptar una postura activa en la transformación del entorno y en la creación de contextos saludables.

Junto a la acción sobre las estructuras y el ambiente es necesario incidir de forma directa sobre las personas para que "sepan como alcanzar su salud, deseen estar sanos y hagan lo que puedan individual y colectivamente para conseguirlo" (OMS, 1983). La educación para la

salud a este nivel, tendría que ir dirigida a capacitar a la persona para el autocuidado y el cuidado de los demás, facilitándoles para ello:

- > «Un conocimiento preciso y fiable sobre como alcanzar un buen estado de salud y sobre los riesgos para la salud que se presentan en la vida cotidiana.» (G.H. Brundtland)
- > La adquisición de actitudes y valores que le orienten en la toma de decisiones hacia las elecciones más saludables y hacia la participación en pro de un medio ambiente y unas condiciones de vida más sanas.
- > El desarrollo de las habilidades y destrezas necesarias para utilizar su capital cognitivo y actitudinal de la forma más eficaz posible en pro de su salud y la de los demás.

La educación como proceso que capacita al individuo para comprender y gestionar su propia realidad e implicarse activamente en los distintos escenarios sociales en los que está inmerso, se nos muestra así como uno de los instrumentos más poderosos en pro de la salud.

- > ¿Cómo hacer de la educación ese instrumento de desarrollo personal y de cambio social que estas estrategias de promoción de salud conllevan?
- > ¿Cómo conseguir que el medio, importantísimo factor de transmisión de valores e información, sea un medio educador y promotor de salud?
- > ¿Cómo insertar el valor salud en la microcultura de la escuela para que impregne todo su quehacer y se convierta en una escuela que educa en salud porque ella misma es saludable?
- > ¿Cómo hacer de la familia un ámbito de promoción y educación para la salud?

Estos son algunos de los retos que tenemos hoy planteados y que pueden ser el punto central de este debate.

No olvidemos que el problema en la actualidad no está explícitamente en el nivel teleológico ni normativo, sino en el nivel práctico. No hace falta profundizar mucho para observar la gran distancia existente en estos momentos entre lo que es reconocido por todos como el "deber ser" de la promoción de la salud y la educación para la misma y el escaso desarrollo que de esos principios, recogidos en leyes y documentos programáticos, se esta teniendo en la realidad.

En los retos lanzados por el Director General de la OMS en la Conferencia de México se alude claramente a esta contradicción al explicitar, entre otras, la preocupación por "cómo hacer efectivo el cumplimiento de normas mínimas ambientales, laborales y sanitarias en un mundo en que los inversores mueven los bienes en cuestión de meses y el capital en pocos segundos para obtener garantías máximas en un corto plazo" o "cómo puede favorecerse el acceso a los bienes públicos (...), cuando las personas no pueden acceder a ellos a causa de deficiencias sistemáticas del mercado".

Sin intentar responder a los cuatro grandes interrogantes planteados, voy a atreverme a lanzar algunas cuestiones respecto a cada uno de ellos por si pudiera dar pistas para el coloquio y la discusión posterior.

Respecto al reto de hacer de la educación general -sustrato básico donde tiene que sustentarse la educación para la salud- un instrumento para el desarrollo personal y el cambio social, los problemas a superar siguen siendo importantes, aunque España ha hecho un singular esfuerzo en las últimas décadas. La población entre 25 y 34 años que alcanza el nivel de bachillerato en nuestro país es del 55%, frente al 72% de los países de la OCDE. Las desigualdades socioculturales de partida han aumentado en los últimos años, ocupando en estos momentos el noveno puesto respecto a los países europeos. El gasto en educación descendió de un 4,8% del PIB en 1992 a un 4,5% en 2001, situándonos en el undécimo puesto entre los 15 países de la OCDE. La violencia escolar, la contradicción entre los valores que la escuela esta llamada a transmitir y los que impone el medio, la resistencia ambiental y la dificultad para la integración de la población emigrante, el fracaso escolar, etc. son algunos de estos problemas.

La salud de nuestros escolares va a depender, en cierta medida, de la capacidad que tengamos de dar respuesta a estos grandes retos. No olvidemos que las desigualdades en educación se convierten a medio y largo plazo en desigualdades en salud y que la violencia y el aislamiento son factores de primer orden en la génesis de las enfermedades psicosociales.

En relación con el papel educador y promotor de salud que juega el medio ambiente, el esfuerzo que se está realizando por diversas instituciones y grupos en relación con la defensa de la naturaleza es un elemento importante de sensibilización social que debemos saber aprovechar en pro de la salud. Igual ocurre con los proyectos de ciudades, escuelas o centros de trabajos saludables. Pero en lo que más energía creativa habría que derrochar es en la promoción mediática, pues la influencia y el enorme atractivo que ejercen los medios de comunicación, sobre todo en la población joven, es un hecho tan evidente que no necesita ser argumentado. La promoción de estilos de vida saludable puede tener en ellos un potente aliado o uno de sus más serios obstáculos. El reto está, entre otras cosas, en convencer de lo rentable que para todos puede ser el fomento de la salud.

La tercera cuestión en la que nos detendremos un poco más es en el papel de la escuela como educadora de salud y los obstáculos que encuentra para ello.

La escuela, junto con la familia y el medio son los ámbitos educativos por excelencia. En ella el niño va asimilando los elementos fundamentales de su civilización, interiorizando valores y comportamientos, adquiriendo conocimientos y destrezas.

En este proceso continuo de formación/socialización, la salud debe ocupar un lugar importante. La salud como un elemento esencial para el bienestar y el desarrollo humano no puede quedar al margen de la dinámica formativa global. El niño debe aprender a cuidar de su

salud y la de su entorno, a la vez que aprende a relacionarse con los demás, a interactuar con su medio, a manejar los símbolos de su cultura, a conocerse a sí mismo y a desarrollar sus capacidades. La salud no es algo al margen de cada una de estas adquisiciones, sino que debe ser uno de sus elementos.

Para lograr estos objetivos no basta con introducir los contenidos de educación para la salud en el currículo como otra materia más. Para que la escuela eduque en salud es necesario que el valor "salud" impregne su estilo de educar, su diseño curricular, su organización espacio/temporal y su sistema de relaciones.

En España los avances en este terreno han sido considerables debido fundamentalmente a los siguientes hechos:

- > Desarrollo de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) con la que se introduce la educación para la salud en los centros docentes como materia transversal, reconociendo con ello su fuerte contenido actitudinal, su valor para el desarrollo integral del alumno y su imprescindible carácter interdisciplinario.

Esta opción verdaderamente rica e innovadora, no exenta de riesgos y dificultades, requiere de un esfuerzo conjunto por parte del equipo docente que implique una reflexión sobre qué significa enseñar salud, un análisis del contexto sociocultural para detectar necesidades educativas en el área de salud y un programa explícito de educación para la salud, que sirva de guía al profesor y que actúe como elemento de coordinación entre los distintos niveles y áreas.

- > Amplia difusión del proyecto *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REPS)* al que se han incorporados numerosos centros educativos de nuestra comunidad.
- > Puesta en marcha del Programa de Salud Escolar desde el ámbito sanitario, tras la reforma de la atención primaria, en el que se da especial énfasis al trabajo de educación para la salud.

No obstante, a pesar de los logros alcanzados en materia legislativa y organizativa, la presencia real del enfoque de promoción de salud en los centros docentes y el desarrollo de la educación para la salud en el currículo son claramente insuficientes.

En la evaluación realizada por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de la estrategia *Salud para Todos 2000*, el grado de consecución de los objetivos 13 al 17, directamente relacionados con el ámbito educativo, se considera bajo. Resaltando en sus conclusiones los siguientes aspectos: la falta de datos específicos por centro acerca del nivel de desarrollo de la educación para la salud en ellos; el escaso nivel de formación en educación para la salud que se da en la universidad en general y específicamente en las titulaciones de Ciencias de la Salud y Ciencias de la Educación y la necesidad de desarrollar planes institucionales de formación de base territorial para profesores.

Junto a estas deficiencias, las investigaciones realizadas destacan los siguientes problemas:

- > Falta de identificación o asunción de los planteamientos de promoción de salud por un amplio sector del profesorado.
- > Una seria dificultad para gestionar en la práctica la transversalidad (Gabidia, 2001).
- > Resistencia de la institución escolar a cuestionar los contenidos tradicionales.
- > Falta de coordinación del trabajo intersectorial, provocando una fuerte presión sobre la organización escolar desde distintas instituciones y grupos sociales para incorporar nuevos contenidos y actividades al currículo.
- > La escuela se ve hoy desde numerosas instituciones y grupos sociales como una extraordinaria plataforma para tratar determinados problemas como droga, sida, deterioro del medio ambiente, accidentes de tráfico, racismo, etc. olvidando que la escuela tiene su propia dinámica, y su programación, aunque abierta y flexible, no puede estar sometida a continuas contingencias externas.

Falta de recursos

Recordemos que la escuela ha estado sometida en las últimas décadas a una profunda reforma que ha implicado no sólo un cambio de las estructuras sino, fundamentalmente, un cambio en la mentalidad del profesorado y en todo el quehacer educativo. Cambios que por su naturaleza son, en sí, lentos y problemáticos.

Por último, se debe aludir, aunque sea muy brevemente, al reto de hacer de nuestras familias plataformas de educación y promoción de la salud. Para ello, además de la política de promoción en los medios de comunicación que antes hemos comentado y del fortalecimiento de las redes sociales relacionadas con la institución familiar, es fundamental utilizar el contacto obligado que tienen tanto el sistema educativo como el sanitario, a través de sus actividades y programas, con la familia para fomentar su participación y corresponsabilidad en la transmisión de valores y pautas de comportamiento en el seno del hogar. Algunas de las estrategias que podemos utilizar para ello son, entre otras: la diversificación de la oferta participativa de forma que en ella tenga cabida intereses y sensibilidades diversos, el empleo de estructuras de trabajo abiertas y flexibles, emprender acciones con ciertas garantías de éxito, despertar la conciencia de logro, plantear líneas de formación conjunta, etc.

Espero que esta breve exposición les haya dado algunas pistas sobre las que poder debatir. Con ella tan sólo he pretendido ofrecer un marco de referencia minimamente compartido sobre el que poder comenzar a dialogar y reflexionar.

Referencias bibliográficas

Álvarez Dardet, Peiro (2000). Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada, EASP.

Gabidia Catalán, V (2001) Estrategias para el tratamiento de la educación para la salud como materia transversal al currículo escolar. [www.mec.es / cide / programas / reeps / publicaciones / fondocum / estrategias.html](http://www.mec.es/cide/programas/reeps/publicaciones/fondocum/estrategias.html)

Gimeno Sacristán, J. Discutamos Los problemas. Debate en torno a la Ley de Calidad. <http://www.forojabalquinto.org>

Gro Harlem Brundtland (2000). Quinta Conferencias Internacional sobre la Promoción de la Salud. México.

OMS (1983). 36 Asamblea Mundial de la Salud.

OMS (1986) Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa (Canadá).

OMS (1997) Cuarta Conferencias Internacional sobre la Promoción de la Salud. Yakarta.

OMS (2000) Quinta Conferencias Internacional sobre la Promoción de la Salud. México.

Standard K, Kaplun A. (1983) Educación Sanitaria: nuevas tareas y nuevos criterios. Crónica de la OMS. 79-83:372.

Páginas web

www.ince.mec

www.inem.es/observatorio_ocupacional

www.pisa.oecd.org/knowledge/summary/b.htm

Introducciones a debates

Difusión en España del Informe europeo

La evidencia de la eficacia de la promoción de salud

> Inés García-Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Introducción

En el marco de la contratación de un trabajo de consultoría y asistencia firmado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y la EASP, sede de la Oficina Regional Europea de la UIPES¹, se ha desarrollado el proyecto *Difusión de determinadas acciones europeas relativas a la promoción de salud en España*.

Su objetivo principal fue difundir la edición en español de *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud: Configurando la Salud Pública en una nueva Europa*, editado por el MSC, acompañado de una revisión en nuestro país sobre los distintos temas que en él se tratan y estimular un debate público en foros profesionales o políticos sobre la importancia de la promoción de salud (PS).

La información obtenida del análisis de los informes recibidos así como de las entrevistas a informantes clave realizadas permiten contar con una útil valoración del libro mencionado y con claves sobre cómo podrían aplicarse en nuestro entorno algunas de las estrategias de desarrollo de la promoción de salud que se indican en dicho libro, así como una recopilación de experiencias locales de actividades de promoción de salud que se están desarrollando en España.

A continuación se exponen brevemente los objetivos, metodología y resultados del proyecto.

1. Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud.

Objetivos

- > Impulsar el conocimiento y aplicación en España del informe de UIPES *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*.
- > Sensibilizar a profesionales y políticos sobre la necesidad de desarrollar en España determinadas intervenciones promotoras de salud que han demostrado resultar eficaces.
- > Estimular el debate y la reflexión sobre las acciones de PS realizadas y las actuaciones necesarias para el futuro.
- > Hacer recomendaciones para la acción en nuestro país.

Método

El método planteado por la EASP fue la utilización del libro *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud: Configurando la Salud Pública en una nueva Europa* (en adelante mencionado como *Eficacia de la PS*) como un instrumento de trabajo que sirviese para reflexionar sobre el estado de la cuestión en nuestro país, estimular el debate en el ámbito nacional sobre la PS y recoger opiniones de expertos sobre cómo estamos y qué deberíamos hacer en determinados temas que se revisan en el libro.

El método plantea las siguientes líneas de trabajo:

- > Lectura crítica del libro por un grupo de expertos nacionales.
- > Recogida mediante un cuestionario diseñado al efecto de las opiniones de los expertos y el análisis de las mismas.
- > Recogida mediante una entrevista personal de las opiniones de los expertos y el análisis de las mismas.
- > Elaboración de un documento base que recoge las opiniones de esos expertos y las recomendaciones de acciones promotoras de salud que deberían desarrollarse en España.
- > Celebración de seminarios con grupos específicos para presentar el proyecto y estimular el debate y la reflexión sobre qué acciones debemos emprender en nuestro entorno.
- > Presentación del proyecto, libro y material de apoyo en encuentros científicos nacionales, foros profesionales y parlamentos nacional y de las diferentes CCAA.
- > Facilitar el acceso tanto al libro como al material de apoyo que se elabore para contribuir a la difusión del proyecto.

Evaluación del desarrollo del proyecto

El desarrollo del proyecto y los resultados obtenidos son satisfactorios. Se han realizado en tiempo y forma las actividades previstas en el plan de trabajo y la respuesta de expertos e instituciones nacionales para participar en su desarrollo ha sido excelente.

Ha quedado constituido un panel de expertos nacionales de reconocido prestigio y con representación multidisciplinaria y participación de varios sectores (sanitario, académico, servicios sociales, redes...)². La tasa de respuesta fue del 77%.

La información obtenida del análisis de los informes recibidos, así como de las entrevistas a informantes clave realizadas, permiten contar con una útil valoración de *Eficacia de la PS*, con claves de cómo podrían aplicarse en nuestro entorno algunas de las estrategias de desarrollo de la promoción de salud que se indican en dicho libro, así como una recopilación de experiencias locales de actividades de promoción de salud que se están desarrollando en el país.

El libro se ha hecho accesible en formato PDF a través de las web del MSC y de la EASP, se ha distribuido en su versión en papel en foros nacionales e internacionales así como a todas las instituciones y profesionales contactadas para ofertarles colaborar con el proyecto. Ha sido muy bien acogido tanto por el interés que despierta el tema como por su utilidad práctica en foros académicos (escuelas de Salud Pública, escuelas de enfermería...) y de intervención (distritos sanitarios, ONG, centros de salud, ayuntamientos...)

2. El panel de expertos/as consultados ha estado constituido por los siguientes profesionales:

Agea Rodríguez, Silverio - Aguilera Guzmán, Marta - Álvarez González, Francisco Javier - Armas Navarro, Alberto - Artigao Ramírez, Rosario - Babin Vich, Francisco de Asís - Banegas Banegas, José Ramón - Colomer Revuelta, Concha - De Manuel Keenoy, Esteban - Escudero Alvaro, Consuelo - Fornés Vives, Joana - Funes, Jaime - Gallego Dieguez, Javier - García Gutiérrez, José Francisco - Gómez López, Luis Ignacio - Gonçalves Estella, Fernando - Granizo Membrado, Cristina - Juvinyá Canal, Dolores - Laespada, Teresa - López Fernández, Luis Andrés - López Nomdedeu, Consuelo - Mendive Arbeloa, Juan Manuel - Merino Merino, Begoña - Orte, Carmen - Ozamiz, Agustín - Palomo Sanz, Vicente - Plasencia Taradach, Antoni - Piñeiro Guerrero, Rosa - Ramos Montserrat, María José - Ribera Casado, José Manuel - Robledo de Dios, Teresa - Rodríguez Alonso, Elías - Rubio Colavida, Jesús Miguel - Saiz Martínez-Acitores, Isabel - Sainz, María - Segura Benedicto, Andreu - Távora Ribero, Ana - Vargas Marcos, Francisco - Zorragoitia, Juan.

El equipo investigador ha estado constituido por:

- > Inés García-Sánchez, coordinadora e investigadora principal
- > Ala Lilianna Palacios García, becaria asignada al proyecto
- > M^a Ángeles Cantón Gálvez, secretaria.

Resultados

El informe final de resultados obtenido del análisis de la información aportada por los expertos se ha organizado en la siguiente forma:

> Información general sobre *Eficacia de la PS*.

Qué opinión global ha merecido, qué relevancia puede tener, cuáles son los puntos débiles y fuertes del mismo...

> Información general sobre el proyecto del MSC

Qué interés puede tener el difundir *Eficacia de la PS*, qué utilidad tiene el generar debate nacional sobre el tema, en qué grado y cómo creen los expertos que se puede sensibilizar a los distintos actores que intervienen en el desarrollo de la PS...

> Información sobre la situación de la PS en el contexto nacional.

A su vez organizada en tres partes:

- Información global sobre la similitud con la situación de la PS descrita en el libro: cuáles son las prioridades nacionales para intervenir en PS, qué grado de desarrollo tiene la PS en nuestro país...

- Información específica sobre determinados temas seleccionados arbitrariamente para exponer en mayor profundidad las opiniones recogidas.

- Información aportada por los expertos para adaptar o actualizar *Eficacia de la PS* a la situación española.

Conclusiones y recomendaciones para la acción en España

Según la opinión de los expertos nacionales que han respondido, en nuestro país las actuaciones realizadas hasta el momento son escasas y existe un amplio campo para el desarrollo de la PS. Tradicionalmente se ha desarrollado más la atención sanitaria y la prevención que las actividades y programas de PS.

Se considera que existe poca voluntad política para desarrollar estrategias y actividades de PS. El papel de las distintas administraciones públicas, de ámbito nacional, autonómico o local se considera fundamental para poder desarrollar, mantener y difundir los programas y las actuaciones con un enfoque de promoción de salud. Es muy necesario un compromiso político claro, consistente y estable y que cuente con una financiación que asegure la puesta en práctica de programas y la continuidad de los mismos y permita la dotación adecuada de recursos personales y materiales.

España presenta los problemas enunciados en el libro aunque con matices de carácter local. Se consideran prioridades para incidir a nivel nacional abordar temas como el envejecimiento, la salud mental, el tabaquismo y los accidentes. Asimismo, se considera necesario abordar cuestiones relacionadas con política sanitaria y de infraestructuras.

Se considera útil el provocar debate público y reflexión entre políticos y profesionales sobre las actuaciones y la utilidad de la PS en nuestro país. El papel de los profesionales y de la población se considera prioritario para poder crear la necesidad de incluir en la agenda política aspectos relacionados con la PS.

Las acciones de PS deberían centrarse en la movilización social y no sólo en la educación sanitaria y educación para la salud. Es necesario crear una cultura de opinión en la población y su "empoderamiento". A su vez es necesario crear opinión en el mundo científico y profesional para de esta forma se presione a los políticos y éstos incluyan la PS en sus agendas.

Las acciones de PS deberían tener un enfoque poblacional: dirigirse a poblaciones y entornos, no sólo centrarse en enfermedades y/o factores determinantes de salud. Es necesario el fomentar y favorecer el trabajo intersectorial y el implicar en los temas relacionados con la salud a sectores distintos del sanitario.

Se señala el poco conocimiento que se tiene de las acciones que se están desarrollando en nuestro país. Se considera necesaria una mayor difusión de la información a todos los niveles: profesionales, asociaciones y usuarios y una sensibilización de todas las partes implicadas en cuanto a la necesidad y eficacia de PS.

Existen argumentos que pueden esgrimirse para convencer a políticos, gestores, profesionales y población general. El libro aporta pruebas de eficacia que pueden ser utilizadas para sensibilizar la opinión pública sobre el tema.

Valoran positivamente la iniciativa del proyecto. Esperan que se plasme en planes específicos que sirva para mejorar la salud de la población.

Datos de publicación

La evidencia de la promoción de salud, configurando la Salud Pública en una Nueva Europa.
Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

Introducciones a debates

El contexto del Informe *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud* y la adecuación de un proyecto de difusión a la situación española

> Begoña Merino Merino

Consejera Técnica

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Ministerio de Sanidad y Consumo

En este Debate, queremos presentar el proyecto de difusión en España del informe europeo de “La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud”. No sin antes exponer las razones que llevaron al Ministerio de Sanidad y Consumo a encargar este proyecto a la Oficina Regional Europea de UIPES (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud) que alberga en estos momentos la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Este informe europeo fue realizado por la UIPES mundial para la Comisión Europea. El informe fue publicado en su versión inglesa por la Comisión Europea y presentado al Parlamento europeo por el grupo promotor en enero del año 2000. El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) es miembro nacional constituyente de UIPES desde sus inicios, hace unos 50 años, y participó en el diseño, elaboración, y promoción del informe europeo. Cuando este vio la luz, el MSC inició su traducción y publicó este informe en lengua española a finales del año 2000. Iniciando un proceso de amplia difusión, con una edición de 5.000 ejemplares y accesibilidad a través de la página web: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm> .

Sin embargo, la simple difusión pasiva de un producto realizado en el ámbito internacional no logra necesariamente el impacto potencial que por su novedad y calidad, este documento podría producir.

El informe realizado por expertos, que es muy recomendable leer en su integridad para poder valorar el trabajo que en este debate les presentamos, recopila la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud en los últimos 20 años (volumen II). Plantea cuestiones claves como: ¿qué se entiende por eficacia de la promoción de la salud?, ¿qué medidas y métodos de investigación se pueden utilizar?, ¿qué programas se pueden evaluar y de qué modo? Analiza qué estrategias funcionan y qué recursos se necesitan. También, se realiza la pregunta de, si la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud es suficientemente sólida como para que las personas involucradas en la toma de decisiones la apoyen plenamente.

En él se abordan áreas temáticas cruciales, como: nutrición, enfermedad cardiovascular, accidentes, salud bucodental, salud mental, tabaco, alcohol y drogas; los entornos de vida más destacados para la promoción de la salud -en el lugar de trabajo, en la escuela, en los servicios sanitarios; la salud de poblaciones como los mayores y los jóvenes marginados-; y otros temas claves para la promoción de la salud como las desigualdades y las infraestructuras.

Sobre cada uno de estos temas, se valora el impacto político, social, económico y sanitario que las intervenciones de promoción de la salud suponen; esta presentación, ayuda a corresponsabilizar a otros sectores con la promoción de salud de la población y puede ayudar a valorar el impacto en la salud de otras políticas. El informe final se discute con responsables y políticos de otros sectores y se llega a acuerdos que son recogidos en el volumen uno del informe.

El informe, en definitiva, visibiliza todo el potencial que las estrategias de promoción de la salud, ya acordadas en Ottawa (1986) son capaces de desarrollar y que no siempre han tenido una traducción práctica en los países.

Concretamente en nuestro país se da una paradoja: por un lado está la importancia legislativa de la promoción y la educación para la salud y por otro el escaso desarrollo que estas actividades tienen en la práctica real. La promoción y la educación para la salud está definida como una prioridad en las legislaciones de vertebración del sistema sanitario, educativo y social, como consecuencia de la importancia que la Constitución española otorga a la salud. Los documentos programáticos y planes de las comunidades autónomas (CCAA), competentes en estas materias, las mencionan ampliamente. Nuestro ordenamiento jurídico posibilita que, como en otros temas claves para la salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo, pueda ejercer la coordinación estatal y la representación estatal en foros, programas y actividades internacionales en esta materia. Así, tras las transferencias de las competencias en Salud Pública a las CCAA, el MSC sigue ejerciendo entre sus funciones:

"El análisis, propuesta y, en su caso, gestión de programas de prevención de las enfermedades, de educación para la salud, y de promoción de hábitos saludables, especialmente de aquellos que supongan el desarrollo de iniciativas adoptadas por la Unión Europea, en coordinación con las Comunidades Autónomas, y la elaboración de recomendaciones al Sistema para la mejora de las actuaciones que en estas materias se realizan" (Real Decreto 1450/2000 de 28 de julio).

Como consecuencia de estas funciones el MSC debe impulsar, facilitar e implementar determinadas actividades en nuestro país.

Tras la entrada en vigor del Tratado de Ámsterdam (1999); el espacio europeo ha posibilitado amplias actuaciones en el campo de la salud pública. Dentro de las acciones que en materia de salud pública la Comisión Europea ha llevado a cabo, ha destacado el Programa de Acción Comunitaria de Promoción, Información, Educación y Formación en materia de salud en el mar-

co de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000) y prorrogado hasta la puesta en marcha del nuevo Programa marco de acción comunitario en el ámbito de la salud pública.

La importancia que la promoción y la educación para la salud ha adquirido en este nuevo Programa marco europeo hace que uno de los objetivos sea: "abordar los factores determinantes de la salud mediante medidas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fomentando y desarrollando amplias actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como de instrumentos específicos de reducción y eliminación de riesgos".

En este marco institucional, nacional y europeo, el MSC ha venido trabajando en fomentar la participación de instituciones y profesionales españoles en los proyectos europeos financiados por este Programa de acción comunitaria de promoción, información, educación y formación en materia de salud, y en facilitar la difusión de los resultados y conclusiones emanados de estos proyectos en el ámbito nacional.

En la última evaluación del Programa de Acción Comunitaria de Promoción, Información, Educación y Formación en materia de salud, hecha pública en 1999, se informó que de 131 proyectos financiados por este programa durante el periodo 1996-1998, sólo tres proyectos habían sido liderados por instituciones o profesionales españoles y sólo los resultados del 32% de los proyectos habían sido conocidos por el Ministerio de Sanidad y por lo tanto solo estos, tenían ciertas posibilidades de ser difundidos a profesionales y ciudadanos españoles. Para que este déficit de liderazgo e implicación de ciertos países europeos (los del sur de Europa) fuera superada, el informe de evaluación recoge una recomendación a la Comisión Europea para incrementar la participación de los países del sur de Europa. El Ministerio de Sanidad y Consumo, en vista de este resultado valoró las acciones necesarias para mejorar la información y los conocimientos derivados de estos proyectos europeos en España (en la población general, los políticos e instituciones relacionadas con la promoción de la salud), y también se propuso mejorar el conocimiento de las distintas acciones de promoción de la salud que se desarrollan en las diferentes Comunidades Autónomas y el intercambio de esta información con Europa. Para ello propuso la creación de un Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud permanente en el seno de la Comisión de Salud Pública (1998) e inició la construcción de un Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud (SIPES). No obstante, y hasta que estas acciones ya implementadas pudiesen mejorar tanto la participación española en proyectos europeos de promoción de la salud, como aumentar la visibilidad y liderazgo de la promoción de la salud española en Europa, era necesario impulsar activamente en España la difusión y la implementación de las conclusiones y proyectos más importantes desarrollados en el ámbito europeo.

Este informe de la UIPES cumplía todos los requisitos de idoneidad para su adaptación a nuestro país y para fomentar el debate y la reflexión sobre la situación de la promoción de la Salud en España.

El análisis previo de la situación de la promoción de la salud nos indicaba que:

- > Sólo el 0,8% del gasto sanitario público estaba dedicado a la salud pública y dentro de la salud pública, las actividades de promoción de la salud eran las que menor interés recibían y, por tanto, menos se desarrollaban.
- > Hasta 1998 no se había creado, en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, un grupo permanente para la coordinación de esta temática (antes mencionado). Sin esta mínima infraestructura, los temas de promoción de la salud, que casi nunca son percibidos como urgencias, no tenían la posibilidad de situarse entre las prioridades en las agendas políticas.
- > Este grupo hizo un primer diagnóstico de situación en el que se constataban los diferentes grados de desarrollo, estructuras, recursos, actividades y enfoques de las CCAA.
- > La conciencia pública y la de la propia administración sanitaria estaba centrada en la enfermedad y no se utilizaba el amplio potencial de la promoción de la salud.
- > Carencia de infraestructura nacional adecuada a nuestro nivel de desarrollo.
- > Esta situación, tenía su reflejo en la organización de la sociedad civil y en la propia cultura de la salud de la población.

A nuestro juicio, existía además una situación favorable para que la difusión de este informe pudiese cristalizar y hacer avanzar, de manera acompañada, las estrategias de numerosos profesionales de los campos sanitarios, educativos y sociales que hasta ahora habían desarrollado en sus campos concretos de actividad con enfoques muy limitados.

El hecho de que la Oficina Regional Europea de la IUHPE, estuviese en Granada, en la EASP, fue la oportunidad para encargar un proyecto concreto de difusión y adaptación a España de este informe, que respondiera a la situación detectada y nos ayudara a seguir desarrollando la promoción de la salud en España y su conexión con un marco europeo más global. El proyecto concreto se explica en el siguiente capítulo.

Aunque aquí se presentan unas conclusiones que debieron alcanzarse en los periodos legales que se establecen en este tipo de contratos; el Ministerio de Sanidad no piensa que este debate esté concluido y desea que este informe siga siendo difundido y debatido; y que todos los profesionales concernidos, si es ese su deseo, puedan hacernos llegar sus opiniones porque somos conscientes de que la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud debe llegar a todos los profesionales y ciudadanos.

Experiencias

Danza Mobile

> Compañía de Danza Mobile

La Asociación *Compañía de Danza Mobile* es una entidad privada sin ánimo de lucro, constituida en enero de 1996 con la finalidad de colaborar en la mejora de la calidad de vida de las personas con minusvalías (psíquicas, físicas y sensoriales), ofreciéndoles unas actividades alternativas dentro del ámbito de las artes escénicas, así como facilitar el proceso de rehabilitación personal y social. Sus objetivos son los siguientes:

- > La unión de una serie de profesionales del mundo de las artes escénicas y de la atención a minusválidos para prestar sus servicios de forma coordinada en favor del objetivo final.
- > Crear un recurso comunitario que genere la oportunidad de practicar actividades relacionadas con las artes escénicas para la población de minusválidos.
- > Facilitar, a través de dichas actividades artísticas, el desarrollo de potencialidades físicas (conciencia y control de movimientos, coordinación, flexibilidad, mecánica corporal estática y dinámica, etc.), cognitivas (percepción del espacio, del tiempo, concentración, rememoración, etc.), y espirituales (sensibilidad, expresividad, creatividad, autodisciplina, participación, trabajo en grupo, respeto por los demás y por sí mismo, etc.).
- > Proporcionar a aquellos alumnos con cualidades artísticas un medio escénico donde desarrollarse.

En la actualidad, la Asociación ha ido diversificando los servicios que presta en concordancia y consecución de los objetivos que persigue. De esta manera, podemos distinguir los siguientes servicios:

> Escuela de Danza

Dirigida a personas con discapacidad psíquica a partir de los 2 años de edad, independientemente del grado de discapacidad o diagnóstico. Estas clases se realizan diariamente entre las 17 y las 21 horas. Actualmente mantiene la fórmula de Centro Especial de Empleo, asistiendo unos 60 alumnos.

> Centro de artes escénicas

Es un centro de formación para personas con discapacidad psíquica como profesionales del espectáculo. Se encuentran inscritos 15 alumnos asistiendo a una formación reglada en Danza (clásica, española y contemporánea), teatro, música, maquillaje y creación coreográfica, además de recibir apoyo para mejorar su ajuste personal y social.

> Compañía de Danza Mobile

Formada por bailarines con discapacidad psíquica, ha llevado a cabo hasta la fecha 4 producciones y unas 45 representaciones, y viene participando en programaciones normalizadas de Danza y teatro de nuestro entorno (*Sevilla a Escena* del Área de Cultura del Ayuntamiento de Sevilla y el Circuito Provincial de Teatro del Área de Cultura de la Diputación de Sevilla):

- El primer espectáculo tiene el nombre de *Figuras para un sueño*, y está formado por 12 coreografías cortas de Danza.
- La segunda de las producciones recibe el nombre de *Tic-Tac* y está compuesta por dos coreografías sobre el tema de la relación entre el hombre (lo urbano) y la naturaleza. En este espectáculo se han introducido además elementos dramáticos.
- La tercera producción es una versión libre del texto *El Paseo de Buster Keaton* de Federico García Lorca (fragmento de *Poeta en Nueva York*), dirigida por Julio Fraga, y estrenada el 13/11/00 en la inauguración del *I Festival Internacional de Artes Escénicas y Discapacidad de Sevilla*, organizado por nuestra entidad.
- La cuarta de ellas es *MalOficio*, dirigida por Javier Ossorio, sobre un texto del propio director, estrenada el 15/05/01 dentro de la programación de *Sevilla a Escena* del Área de Cultura del Ayuntamiento de Sevilla.
- *Sigue Latiendo. Recordando a Luis Cernuda*, en colaboración con la Compañía Vía 3 de Sevilla, dirigida por Javier Leyton, donde han participado 2 bailarines alumnos del Centro de artes escénicas Danza Mobile (Daniel Parejo y José Manuel Muñoz). Ha estrenado el 29/04/02 en Sevilla con motivo del Día Mundial de la Danza.

Experiencias

Proyecto Triana de seguimiento del tratamiento farmacológico a pacientes diabéticos

> J. Román, A. Delgado, J.P. Vaquero

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla

El Proyecto Triana de seguimiento de la medicación en el paciente diabético por su farmacéutico, es una iniciativa del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, en la que aplicando la metodología de una nueva forma de práctica profesional farmacéutica, el seguimiento de la medicación, pretendemos poner de manifiesto que podemos mejorar la calidad de vida del paciente diabético, al reforzar la eficacia y seguridad de su tratamiento farmacológico.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a un gran número de personas, representando un problema personal y de Salud Pública de enormes proporciones. Su prevalencia se sitúa entre el 2 y el 6% de la población, aumentando con la edad. Sólo en Andalucía se estima que existen unos 439.000 diabéticos.

Por motivos de prevalencia, por tratarse de pacientes con pluripatología y factores de riesgo asociados, se ha pensado que el paciente diabético podría beneficiarse en gran manera del seguimiento de su medicación por su farmacéutico.

Si a esto le sumamos que es precisamente el propio paciente diabético el verdadero protagonista del control de su enfermedad, tal y como se manifiesta en la Declaración de Saint Vincent (1989), donde se afirma que no se pueden introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin una verdadera educación diabetológica, queda clara la importancia de motivar al paciente diabético, pero no de forma puntual sino de manera continua, insistiendo, insistiendo e insistiendo, en un proceso largo, que requiere insistencia y paciencia. Esta labor se puede reforzar desde las oficinas de Farmacia, en las que mantenemos un contacto permanente y prolongado con estos pacientes.

De todo ello, deducimos la idoneidad de llevar a cabo desde la farmacia comunitaria programas de seguimiento de la medicación de los pacientes diabéticos, tal como el Proyecto Triana.

El programa se realizó durante el año 2000 y en él participaron 44 farmacéuticos pertenecientes a 25 farmacias de Sevilla y provincia.

Se realizó el seguimiento de la medicación a 201 pacientes. Se detectaron 381 problemas relacionados con la medicación, de los cuales se solucionaron, gracias a la intervención del farmacéutico, 238. Estos problemas relacionados con los medicamentos (PRM) se distribuyeron en un 31% de criterios de necesidad, en un 48% de efectividad y en un 21% de seguridad. Para la resolución de estos PRM se realizaron 165 intervenciones a pacientes y 201 intervenciones a médicos.

Experiencias

Grupos de atención psicosocial para mujeres

El paraíso no se puede aislar y conservar y disfrutar de él sin activamente ocuparse de él

> Antonio Gutiérrez

Distrito Bahía de Cádiz

> Carmen Campuzano

Equipo de apoyo al Distrito Jerez-Sanlúcar

Cuando a los servicios sanitarios les llegan demandas que trascienden lo estrictamente sanitario, y necesitan respuestas más allá de la atención del síntoma a través de las técnicas médicas, estos no tienen más remedio que disponer de medidas nuevas que bajo la premisa de la globalidad y atención desde lo contextual ofrezcan verdaderas respuestas para quienes piden ayuda en busca de una situación de bienestar.

Hace más de doce años que desde el Equipo de Salud Mental de Jerez, los dos trabajadores sociales vienen ofreciendo una atención psicosocial a demandas por trastornos adaptativos en mujeres entre 30 y 65 años. El nivel de dicha atención es grupal y su objetivo la atención a la salud emocional de la mujer en el ámbito de la promoción de la salud. En general, la intervención se dirige a reflexionar sobre esas demandas resituándolas en lo relacional, orientando a las mujeres en su proceso de adaptación social y conformando una red de apoyo social a través de la experiencia grupal.

Durante el tiempo en que trabajamos en este programa intentamos no perder el horizonte, mirando hacia la promoción de la salud, evitando medicalizar problemas psicosociales y realizando el trabajo con los grupos dentro de la red de servicios sociales comunitarios y de atención primaria de salud.

Debemos resaltar la importancia de la coordinación intersectorial (programa de educación de adultos, servicios sociales comunitarios, atención primaria de salud y salud mental) donde los trabajadores sociales hemos servido como guías para estas mujeres, acompañándoles en su camino hacia nuevos proyectos personales e implicando en la tarea a los compañeros de servicios que nada tienen que ver con la especialización de la Salud Mental.

Como dijimos, doce años de encuentros con más de cuatro grupos a la semana, donde participaban entre 6 y 12 mujeres. En todo este tiempo han pasado alrededor de 500 mujeres por este tipo de atención. En algunos casos también sus familias, a través de sesiones de orientación familiar anexas a la intervención grupal.

Esta experiencia no hubiese resultado exitosa si no hubiese contado con unas normas de funcionamiento (discreción y confidencialidad) que han hecho que las mujeres encontraran en el grupo un verdadero espacio de escucha, encuentro y reflexión. El trabajo de reflexión ha sido conducido por TS de Salud Mental, AP y SS y la metodología ha sido básicamente directiva y de orientación sistémica.

Hablamos del éxito de la experiencia en cuanto a que numerosas mujeres han dejado de acudir al fármaco como única vía de solución a problemas de adaptación a circunstancias personales y familiares, a que gran número de ellas han descubierto que es posible incorporar a sus proyectos personales nuevos contenidos diferentes a los de madre o esposa y en cuanto a que hemos alimentado el tejido social en el que se solían desenvolver. Los grupos han servido como espacios donde aprender nuevas pautas para desenvolverse en el contexto de lo "público": entrevistas de trabajo, reuniones de compañeras y amigas, etc. Llevándoles a la adquisición de habilidades sociales que les permitiesen pisar, con seguridad y firmeza, fuera del terreno de lo doméstico y el contexto de lo privado. Según comentarios sacados de los propios grupos, *"cambiar los pañuelos de papel por la alfombra con los folios del currículum"*.

Experiencias

El corazón objeto de mimo.

Un paseo por la rehabilitación cardiaca

> Jorge Caparrós Valderrame

Servicio de Cardiología

Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Si consideramos que el corazón representa el fondo más íntimo del ser humano, que es el símbolo de la vida y del amor, que durante siglos ha sido depositario del alma y los sentimientos, que es donde siempre hemos identificado y ubicado nuestras pasiones, y de alguna manera es el órgano central, no sólo anatómicamente sino también como representante del motor de nuestra vida, no tenemos más remedio que mimarlo y quererlo sin límites. De forma inconsciente le damos tanta importancia a nuestro corazón, que cuando enfermamos, paralelamente a las consecuencias funcionales que determinan la enfermedad, aparecen una serie de alteraciones anímicas y psicológicas que van a requerir una actuación urgente por parte de los cardiólogos, ya que el paciente siente miedo a la muerte, a la incapacidad, a la pérdida de la calidad de vida y por supuesto a convertirse en un enfermo crónico, con las consiguientes reacciones de ansiedad, depresión e incertidumbre de futuro, lo que en muchas ocasiones desemboca en una situación de absentismo laboral.

Por todo ello, el paciente busca ayuda médica inmediata, científica, y por supuesto, con tanta importancia o más, humana y psicológica. Necesita encontrar un trato personalizado, sintiéndose como el único enfermo del corazón y con la posibilidad de poder comunicarse íntimamente con su médico y de hacerlo depositario de su problema de forma integral, de forma que se establezca una comunicación humana, fluida y sincera que le permita tener toda la información posible sobre su enfermedad, a la vez que encomendar a su médico el destino de su evolución, aunque ésta sea mala. En esta tesitura, es nuestra obligación como cardiólogos dedicar todo el tiempo que sea necesario a comprender a nuestros enfermos y darles toda la confianza posible, para que adquieran la confianza y seguridad necesarias para que la evolución de su enfermedad sea satisfactoria. A la vez debemos emplear tiempo en informar y explicar en qué consisten los factores de riesgo cardiovascular, y por qué es tan importante erradicar, en la medida de lo posible, todos esos factores susceptibles de ser modificados.

Con este espíritu nacen las unidades de rehabilitación cardiaca que en su inicio, a mediados de los años 60, se vuelcan más en los programas de ejercicio físico, tras múltiples disquisi-

ciones sobre si el ejercicio o el reposo sería mas beneficioso para las enfermedades cardiovasculares. A partir de la década de los 90 es el control de los factores de riesgo lo que adquiere una mayor preponderancia en los programas multidisciplinarios de la rehabilitación. En el año 1964 se define la rehabilitación cardíaca en Ginebra por la OMS, y unos años más tarde se redefine la rehabilitación como un programa global que integra un proyecto multifactorial de ejercicio físico, y también, como mínimo programa psicológico, el consejo y un programa de prevención secundaria, cuya finalidad es restaurar y mantener a los pacientes en un status fisiológico, vocacional y social óptimos.

La rehabilitación cardíaca está indicada en todas las patologías cardíacas, pero al ser una técnica poco extendida en nuestro país y estar habitualmente mal dotada de aparataje o recursos humanos, no es posible atender la extensa demanda que habría si se rehabilitaran todas las cardiopatías. Por ello habitualmente la mayoría de los pacientes que participan en programas de rehabilitación cardíaca son los que padecen una enfermedad coronaria arteriosclerótica, en cualquiera de sus posibles presentaciones, haciendo hincapié en los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio. En cuanto a las contraindicaciones, en la práctica se reducen a la disección de aorta no intervenida y a la obstrucción al tracto de salida del VI.

Nuestra unidad de rehabilitación tiene dos dependencias: una ubicada en el H. de Valme que es donde se rehabilitan los pacientes de alto riesgo, y la otra en el H. El Tomillar donde se trabaja con los pacientes de medio y bajo riesgo, teniendo los pacientes en esta última unidad la oportunidad de practicar programas de terapia ocupacional (cultivo de huerto propio, talleres de carpintería, cestería, etc.), actividades al aire libre y por supuesto con las características intrínsecas de los programas de rehabilitación.

La rehabilitación cardíaca consta de tres fases: las dos primeras son intrahospitalarias aunque la segunda se lleva a cabo en una unidad de día, y la tercera, de mantenimiento, extrahospitalaria y para toda la vida. Desde nuestra unidad se han articulado los protocolos que hacen posible que los pacientes sigan sus actividades en el área sanitaria, con el apoyo inestimable de los centros de salud y de algunos centros periféricos de especialidades y que realicen las actividades físicas en polideportivos o en las asociaciones de pacientes coronarios, que afortunadamente cada vez son más abundantes en el área. De esta manera aseguramos, en la medida de lo posible, el seguimiento de por vida de los factores de riesgo cardiovascular,

Dado que esta técnica para tratar a los pacientes y hacer una prevención secundaria adecuada y lo más diáfana posible para los pacientes, es por un lado inocua, con mínimas complicaciones ya contrastadas con estudios previos, y por otro es de un coste económico bajo, con unos beneficios directos (ingresos hospitalarios) e indirectos (bajas laborales) también suficientemente contrastados con otros trabajos, es absolutamente necesario promover la creación de este tipo de unidades en cantidad suficiente para que todos los pacientes tengan la oportunidad de participar en los protocolos de rehabilitación.

Experiencias

Asociación de pacientes coronarios Macarena

> Antonio Muñoz Blanco

Presidente de la Asociación de Pacientes Coronarios Macarena. Sevilla

La Asociación de Pacientes Coronarios Macarena es una asociación civil con los fines siguientes:

1. Fomentar la salud mediante la prevención de las enfermedades cardíacas.
2. Aportar información y ayuda para la rehabilitación y mejora de la calidad de vida de sus socios.
3. Cooperar con los médicos, personal sanitario, autoridades, y otras asociaciones cuyos fines sean los mismos.
4. Promocionar la investigación que mejore las condiciones de nuestro colectivo.
5. Formar y ejercer un voluntariado que ayude al enfermo y sus familiares a integrarse de nuevo en la sociedad.

Las actividades de la Asociación son la formación y cambio de hábitos, como instrumento de prevención, mejora de la calidad de vida y motor del cambio hacia la salud.

Nuestro objetivo inmediato es conseguir la puesta en marcha de unidades de rehabilitación cardíacas en todos los hospitales de nuestra comunidad, que sean capaces de valorar a todos los pacientes cardíacos.

Nuestro objetivo final es que las enfermedades cardíacas pasen a ser de una de las principales causas de muerte a unas enfermedades marginales vencidas a través de la prevención.

El medio que vamos a emplear es la solidaridad. El que sepa que ayude al que no sabe. El que pueda que ayude al que no pueda.

Las tareas que realizamos son:

- > Campañas antitabaco un día al mes en los tres hospitales de Sevilla y algunos centros de salud y campañas de prevención en las escuelas de preescolar y primaria; con más edad llegamos tarde.

- > Realizamos todos los años las jornadas provinciales reuniendo a todas las asociaciones del corazón.
- > Colaboramos con la semana provincial que se hace una vez al año.
- > Realizamos los siguientes cursos de formación:
 - Monitores; ponentes en la escuela; voluntariado en domicilio; autoayuda para enfermos y familiares; depresión tras el infarto; integración en la vida diaria para mayores; prevención de cardiopatías en el trabajo dirigido a trabajadores en las empresas; reorientación laboral a través de la informática; salud laboral; educación viaria; asesores de consumo, tabaquismo en las empresas, etc.
 - Mujer y corazón; formación y mantenimiento integral para mayores; ayuda mutua dirigido a las asociaciones de la Provincia.
 - Monitores de urbanismo (limpieza varia, consumo responsable de aguas, ahorro de energías, seguridad vial, protección de la Naturaleza) dirigidos a escuelas, asociaciones y entidades ciudadanas; primeros auxilios.
- > Talleres de comunicación; gimnasia de mantenimiento; manualidades; periodismo; relajación; teatro.
- > Creación de páginas de Internet y correo electrónico para consultas y orientación.
- > Creación de un gabinete de asesoramiento jurídico, médico, psicológico y sociológico.
- > Baremación y aplicación en casos de invalidez; medicamentos; etiquetado de alimentos, etc.

La convivencia
como objetivo e instrumento



Capítulo II

Ponencias en mesas

Convivir con los jóvenes. Algunas reflexiones sobre la construcción de los problemas juveniles

> Enrique Martín Criado

Profesor titular de Sociología de la Educación

Universidad de Sevilla

La juventud se ha convertido en una categoría central, tanto en la percepción que tenemos de nuestras sociedades, como en los distintos dispositivos de intervención social. Estamos completamente acostumbrados a escuchar discursos sobre los problemas de la juventud: el botellón, la droga, la delincuencia juvenil, el desempleo juvenil, etc. Además, hay una continua proliferación de dispositivos institucionales relacionados con la juventud: planes de juventud, políticas de juventud, consejos de juventud, oficinas para la juventud; para insertarla, formarla, informarla, contabilizarla, asesorarla, subvencionarla, entretenerla, organizarla, concienciarla, llevársela de excursión, a congresos... Parece que la juventud se ha convertido en una de las marginalidades preferenciales del estado de bienestar.

Lo que pretendo aquí no es contribuir a la avalancha de discursos que hablan de, o por, la juventud y sus problemas. Lo que pretendo es preguntarme sobre la misma pregunta: ¿qué implica definir algo como un problema juvenil? ¿Cuál es su ámbito de pertinencia? ¿Qué otras problematizaciones excluye? ¿Qué efectos tiene?

Procederé en esta cuestión de analizar la juventud como problema social por pasos. Primero intentaremos ver qué es un problema social. Luego, plantear qué es eso de la juventud. Por último, en qué consisten los problemas juveniles: en qué dinámicas se generan, qué pertinencia tienen, y qué efectos producen.

La producción social de los problemas sociales

Lo primero que tenemos que plantearnos es qué es un problema social. En principio, parece algo evidente: habría un problema grave, importante, tan importante que la sociedad se daría cuenta de él y reaccionaría. Sin embargo, las cosas no son tan sencillas. Pensemos, por ejemplo, en el problema del sida. Este se convierte en problema social cuando las cifras de afectados son mínimas. A partir de esta incidencia inicialmente mínima, el sida pasa a los titulares de los periódicos como la plaga del siglo XX. En la actualidad, con 34 millones de infectados a nivel mundial, ocupa un lugar secundario. Otro problema: el agujero de ozono. Este se convierte en problema social durante unos pocos años y en la actualidad prácticamente ha desaparecido como problema social, aunque no como agujero. El maltrato infantil es un problema relativamente reciente, surgido precisamente cuando la inmensa mayoría de los padres se lo piensa tres veces antes de darle un capón a su hijo, y va al psicólogo a confesarse si lo hace.

Los problemas sociales no "aparecen" por las buenas en la opinión pública. Suponen, por el contrario, todo un trabajo político de construcción: los problemas sociales se generan porque hay grupos, organizaciones que logran imponer la percepción de una determinada "realidad" como problema social, como algo que concierne a la totalidad de la población y que exige soluciones políticas urgentes. Y también: porque estos grupos y organizaciones encuentran un terreno abonado en las instituciones estatales o en el resto de la población para la imposición de una determinada "realidad" como problema social. Baste con pensar en las enfermedades que se imponen como problemas sociales. Por ejemplo, el cáncer. Durante la primera mitad de este siglo el cáncer se constituye como problema social en buena parte de los países europeos, con sus días del cáncer para recoger fondos, sus ligas de lucha contra el cáncer, etc. ¿Por qué el cáncer? Pues (y esto lo ha estudiado en el caso de Francia un sociólogo francés, Patrice Pinell) en parte porque la gente vivía más años y también porque era la enfermedad mortal que más afectaba a las clases altas, es decir, a aquellos grupos que tenían más recursos a su alcance para poder elevar esta enfermedad a la categoría de problema social público, general, de primera importancia.

Algo similar ha ocurrido en nuestra época con el sida: esta enfermedad se convierte en problema social cuando las cifras de afectados son mínimas. Aquí jugó también un papel fundamental el nivel social de los afectados y su capacidad de organización: personas de clase media-alta con recursos para organizarse rápidamente y convertirse en interlocutores de las autoridades sanitarias. Y, por supuesto, jugó también un papel fundamental el hecho de que la enfermedad se detectase primero en Estados Unidos, de donde se exportó al resto del mundo la concepción de esta enfermedad como problema social junto con su conceptualización en términos de grupos de riesgo.

Primera constatación, por tanto, en torno a los problemas sociales: la definición de una situación como problema social no es simplemente función de su impacto cuantitativo en la población, sino de dinámicas sociales amplias en las que juega un papel importante la im-

portancia política que pueda tener para determinados grupos el conceptualizar algo como problema social y los recursos (económicos, políticos, simbólicos...) que puedan movilizar para imponer esta percepción. El caso del sida que acabo de exponer es un buen ejemplo, y basta con compararlo con la malaria: esta enfermedad afecta a mucha más población a nivel mundial –entre 300 y 500 millones de afectados por 34 millones de personas infectadas por sida- y provoca un número similar de muertes anuales –en torno a 2-3 millones- y, sin embargo, se beneficia de muchos menos fondos de investigación (60 millones de dólares anuales, por 950 el sida), relevancia pública, etc.

Los ejemplos se podrían multiplicar. Los malos tratos a mujeres se convierten en problema social recientemente, cuando no son nada nuevo. Lo mismo ocurre con la delincuencia: numerosas investigaciones sociológicas constatan que no hay relación entre la percepción que tiene la población del problema de la inseguridad ciudadana y el número de delitos. Mientras que el número de delitos es una cifra relativamente constante, su relevancia pública sufre altibajos en función, principalmente, de su cobertura mediática. ¿Y qué decir del problema de las vacas locas, esa extraña epidemia que hemos sufrido sin que se detecte ninguna persona enferma en nuestro país?

La segunda observación que podemos hacer en torno a la definición de los problemas sociales es el hecho de que siempre implican una serie de supuestos sobre qué –o quién- es lo que constituye verdaderamente el problema y, por tanto, de cuál puede ser su solución. Y aquí nuevamente nos encontramos con un hecho político: esta definición depende de la relación de fuerzas entre distintos grupos y tiene consecuencias políticas. Volvamos al ejemplo del cáncer: a partir de los años sesenta, el principal factor del cáncer, desde el punto de vista social, es el tabaco. El tabaco es considerado como uno de los principales problemas sociales de salud. ¿Cómo se inicia este problema social? Por el coste económico que generan en los hospitales de EEUU los enfermos de enfisema. Estos enfermos son muy costosos de mantener y, para colmo, tardan mucho en morir: luego son muy caros (Hay que tener en cuenta que la mayoría del gasto sanitario lo genera un porcentaje pequeño de la población: los crónicos hospitalizados). Una correlación estadística saca a la luz que la mayoría de los enfermos son fumadores. Y se llega a una conclusión aparentemente lógica: el tabaco es un factor de riesgo.

A partir de aquí, se multiplican las investigaciones para relacionar el tabaco con todas las enfermedades. Ahora bien, aceptando estas correlaciones estadísticas, ¿por qué no se buscan otras? ¿Por qué no se construyen otros problemas sociales sanitarios? Podríamos pensar en la relación del cáncer con la contaminación –que se conoce- o con múltiples sustancias que se manejan en la industria química. Claro que aquí los problemas se definirían de otra manera, esto es, habría otros culpables y otras soluciones. Un sociólogo norteamericano lo expresaba de una manera muy simple: ¿fumar mata a los trabajadores o trabajar mata a los fumadores? (Esta pregunta se podría aplicar a multitud de problemas sociales: ¿beber mata a los conductores o conducir mata a los bebedores?)

Otro ejemplo lo podemos ver con un problema social muy reciente: la inmigración. Vamos a dejar de un lado el hecho de la propia categorización de la inmigración como problema, que ya de por sí es extremadamente curiosa, por no decir que plenamente circular: al definir la inmigración como problema a resolver –al parecer, habría que contener la avalancha de inmigrantes- se generan unas condiciones de inmigración y de trabajo realmente problemáticas que causan numerosas muertes y condenan a los trabajadores extranjeros a una situación de desprotección, de infravivienda y de explotación que se califica oficialmente de "ilegalidad". ¿Quién es aquí el problema? Sigamos el razonamiento oficial: el problema no puede estar en la política estatal; viene de fuera.

En principio, podrían ser los propios inmigrantes, que transgreden la ley española hecha contra ellos. Pero sería realmente sádico y políticamente poco correcto –tendría un tufillo a racismo demasiado evidente- cebarse en ellos. También podrían ser los empresarios que contratan "ilegales": tampoco hay que meterse demasiado aquí; todos sabemos que los empresarios crean riqueza. Además, estos empresarios son españoles, no extranjeros. Entonces, ¿quién es el problema? El problema son unos marroquies muy malos y muy poderosos: las mafias que "trafican" con inmigrantes. La solución, por tanto, es relativamente fácil y apela a nuestros sentimientos patrióticos más esenciales: hay que acabar con esos "moros malos" que se aprovechan de los pobres "negritos".

Con las constataciones anteriores quiero llegar a una tercera afirmación en torno a los problemas sociales que constituye el nudo de lo que voy a contar en torno a los problemas juveniles. Hasta ahora he hablado de la construcción de los problemas sociales como si fuera simplemente una cuestión de apuntar en un sentido u otro: podemos señalar tal o cual cosa como problema, hay una selección política de qué y quién se considera problema. Pero la cuestión va más allá: no se trata simplemente de señalar hacia algo que ya está ahí, se trata de estructurar la percepción a partir de un sistema de categorías.

En otras palabras, lo que hay que cuestionarse es el sistema de categorías a partir del cual se construye el problema. Los sistemas de categorías no son simples reflejos de una realidad externa: operan, por el contrario, una determinada estructuración –entre muchas posibles- de la percepción de la realidad. Todo sistema de categorías supone operar un recorte en la diversidad en las situaciones reales, recorte que supone a su vez dos operaciones. En primer lugar, una operación de división –de sujetos, objetos o situaciones- en compartimentos estancos, claramente separados. En segundo lugar, una operación de homogeneización de los incluidos en el seno de cada compartimento: los otros rasgos que pudieran diferenciarlos pasan a segundo plano. Esta doble operación de división-homogeneización nunca es, por tanto, neutra: supone la exclusión de otras formas de categorizar, de construir identidades; selecciona las heterogeneidades pertinentes e impertinentes.

Una investigación que pone claramente de relieve la importancia de estas categorizaciones en la estructuración de la percepción y, a través de ella, en la estructuración de la

realidad, es la que realizó el historiador inglés Edward P. Thompson sobre la construcción de la clase obrera en Inglaterra. En el siglo XVIII no existía la categoría de clase obrera: los asalariados manuales se percibían a través del sistema de oficios: estibadores, carpinteros, zapateros, etc. Un asalariado carpintero se percibía como alguien de un grupo, de una categoría, distinto que un asalariado zapatero: el sistema de oficios reagrupaba en la misma categoría a todos los que ejercían el mismo oficio –ya fueran los dueños del taller o los asalariados- y separaba a los de distintos oficios, aunque fueran asalariados o patrones.

Mediante un proceso largo, en buena medida político, se va construyendo la categoría de clase obrera: ésta supone concebir como miembros de la misma categoría a todos los asalariados manuales y, a partir de aquí, comenzar a plantear todo un tipo nuevo de luchas laborales y políticas. Frente a la categorización en términos de oficios, la categorización en términos de burgueses contra obreros supone una nueva forma de división –primera operación- al mismo tiempo que una nueva forma de homogeneización: la identidad de asalariados pasa a primer plano, se considera como una categoría fundamental que supone unos intereses comunes, dejando así como secundaria la división de oficios.

Esta doble operación de división-homogeneización es fundamental a la hora de analizar la construcción de los problemas sociales. Lo ilustraré con un ejemplo ficticio: una persona, llamémosla Pepita, consume hachís. Esa persona tiene 26 años, es mujer, procede de un pequeño pueblo de la provincia de Almería, está soltera, es hija de un pequeño propietario agrícola, estudió magisterio y ejerce de maestra en un colegio público de Jaén, es heterosexual, conduce un Peugeot 206, come alimentos precocinados y lee novelas históricas (entre otras muchas cosas). ¿Dentro de qué “problema social” la podemos categorizar? Claramente: juventud y drogas. ¿Qué implica esto?

En primer lugar, que de todos sus consumos en los más diversos ámbitos, nos quedamos con uno: el consumo de hachís, que incluimos en una categoría más amplia, las drogas. Ello supone la doble operación que hemos visto. Por un lado, se divide a los sujetos en base a un consumo que se estima fundamental: el de las sustancias que quedan categorizadas como drogas. Así tenemos consumidores y no consumidores, y Pepita la maestra cae del lado de los consumidores. Por otro lado, se homogeneiza a todos los sujetos incluidos en la categoría: Pepita comparte, se supone, una serie de características fundamentales con los otros consumidores de todas las sustancias que se llaman drogas y el resto de sus características pasan a segundo plano.

En segundo lugar, Pepita también es categorizada como joven, con las mismas consecuencias: se divide a la población en jóvenes y adultos, ella cae del lado de los jóvenes y se supone que comparte una identidad con el resto de sujetos que entran en el mismo abanico de edades.

A partir de esta doble reducción, se opera una categorización muy particular: de todas las características de Pepita, nos quedamos con dos fundamentales, su consumo de hachis y su edad. El consumo de hachis es el problema: la droga. La edad es otro problema: la juventud. La juventud se convierte en variable independiente y el consumo en variable dependiente. La pregunta ahora se formula así: ¿qué ocurre con los jóvenes, entre ellos Pepita, para que consuman drogas? El consumo de hachis de Pepita se explicaría por su edad y por los problemas o déficits asociados a su edad: la pérdida de valores de la juventud, su hedonismo, su valoración del presente inmediato, su desinformación, etc.

Esta operación de división-homogeneización que opera todo sistema de categorías supone, así, una exclusión de todas las categorías alternativas. Podríamos preguntarnos sobre la relación entre hachis y estudiar magisterio, entre hachis y mujer, entre hachis y heterosexualidad, entre hachis y ser funcionario o entre hachis y conducir un Peugeot 206. Claro que aquí nos encontramos con preguntas que simplemente no se formulan: ser heterosexual o funcionario no son categorías que encontremos relacionadas con ningún problema social.

Esta última observación me lleva a la siguiente constatación en torno a la construcción de los problemas sociales. Las categorías que constituyen problema son categorías más o menos estigmatizadas, mientras que los "normales" no constituyen problema. Así, cuando se habla de accidentes de tráfico, la categoría de riesgo por antonomasia son los jóvenes: las estadísticas dan un peso proporcionalmente mayor de jóvenes que de adultos en estos accidentes. Sin embargo, las estadísticas también nos dicen que los hombres tienen muchos más accidentes que las mujeres y esto no constituye un problema social. Podríamos pensar en campañas similares a las que se dan con los jóvenes: en vez de joven + alcohol + coche = peligro, varón + coche + alcohol = peligro. Otro ejemplo: la mayoría de los que asesinan a sus mujeres son varones adultos, en muchos casos de edad avanzada, pero los varones adultos no son categoría de riesgo. Lo mismo ocurrió con el sida: al principio se relacionó con homosexualidad y drogadicción, y estas categorías fueron rápidamente identificadas como categorías de riesgo.

En la actualidad, cuando sabemos que la mayoría de casos de sida a nivel mundial se originan por transmisión heterosexual, la heterosexualidad no es categoría de riesgo. ¿Y qué decir de todos los escándalos financieros, de todas las ilegalidades y delincuencias que cometen banqueros y empresarios a todos los niveles? Fraudes fiscales, contrataciones ilegales, corrupción de funcionarios, dobles contabilidades, violación de las normas de seguridad en el trabajo y de la legislación laboral... Todavía no hemos visto que se construya el problema social "empresarios y delincuencia".

Recapitemos: Los problemas sociales no son simples reflejos de realidades que se aparecerían a la opinión pública o a la conciencia pública. Por el contrario, son el producto de determinadas dinámicas sociales, de determinadas luchas políticas que operan una definición de la realidad entre otras posibles. Operan una selección de objetos, situaciones y poblaciones entre otras posibles: una categorización. Estas categorizaciones, además, tienen pode-

rosos efectos de realidad porque estructuran las percepciones, las prácticas y los posibles efectos sociales de los distintos agentes e instituciones.

Ejemplo: el sida de los grupos de riesgo. Su definición como enfermedad de homosexuales y drogadictos, de "perversos" –a pesar de transmitirse igual que la hepatitis-B- fue decisiva en la extensión de la enfermedad. La población heterosexual no tomaba medidas preventivas, pero tampoco los gobiernos: pasaron cinco años desde que se supo que se transmitía por la sangre hasta que los diversos estados tomaron medidas de estricto control de los bancos de sangre.

Estos efectos de realidad de los sistemas de categorías a partir de los que se construyen los problemas sociales son mucho mayores cuando dan lugar a una serie de políticas y dispositivos institucionales que, basándose en estos sistemas de categorías, les van a conferir mucha más realidad en su propia dinámica de funcionamiento. Baste pensar en lo que supone la categoría del paro: no se trata únicamente de un concepto con el que percibamos determinadas situaciones. Esta categoría está convertida en un objeto social "duro", resistente, que no depende simplemente de apreciaciones individuales, precisamente porque está funcionando en la realidad en múltiples instituciones (oficinas de empleo, políticas de empleo, dispositivos de inserción, políticas sociales, etc.), porque constituye el objeto de lucha entre múltiples actores sociales (partidos políticos, sindicatos, patronal, organizaciones diversas) y porque está en el mismo centro de los sistemas estatales de contabilidad de datos sociales y económicos, que mediante los sistemas de categorías a partir de los que elaboran sus estadísticas, constituyen un verdadero instrumento de imposición monopolística de una representación legítima del mundo social y económico.

Es decir, los problemas sociales, como todo tipo de construcciones sociales, sufren procesos de objetivación: terminan convirtiéndose en realidades duras, resistentes, que no se pueden modificar a voluntad. Esta objetivación –es decir, esta conversión de los sistemas de categorías en objetos institucionales y sociales duros- de los sistemas de categorías en instituciones que abarcan todo el espacio social es la que provoca que se nos presenten como evidencias, como algo indiscutible: son una parte del mundo que habitamos y de los esquemas con que percibimos este mundo. Es esto lo que hace que sea tan difícil constituir estas categorías o estos problemas sociales como algo que a su vez pueda ser analizado o cuestionado.

La juventud

Lo primero que nos tenemos que plantear, ante tanto problema juvenil, es la misma categoría de joven. En principio, la utilizamos sin ningún problema. Todos sabemos, de una manera intuitiva, quién es joven. Todos hablamos de que tal persona es joven o ya no lo es, de que los jóvenes hacen esto o piensan lo otro, de que la juventud es así o asá, y nos identificamos

como jóvenes o adultos. Aunque, ya sobre esto último, comienzan los problemas: alguien se enfada porque le toman por adulto cuando es realmente joven. O aún más: podemos ser jóvenes en unos casos y adultos en otros. Algunos dicen de mí que soy un "profesor joven", pero si voy a un concierto de Estopa estoy fuera de lugar, porque es un concierto para jóvenes. Un político joven puede tener 40 años, un músico de rock con esa edad es un viejo rockero de los que nunca mueren.

El hecho de tener un determinado número de años no parece que sea determinante para que uno sea clasificado como joven o adulto. O, en términos sociológicos: una cosa es la edad biológica y otra muy distinta, que no se deduce necesariamente de la primera, la edad social.

Entremos en la edad social, por tanto. Para hablar de la juventud como categoría social hemos de distinguir tres cosas distintas: la clase de edad, la generación y el uso estratégico de la noción.

El término de generación, tal como se usa en sociología, es distinto del uso corriente del término. Su primera conceptualización sistemática se la debemos a Mannheim. Para este autor alemán, para hablar de "generaciones" no basta con que el hecho de que un conjunto de individuos sean contemporáneos y tengan la misma edad: el hecho de haber nacido en el mismo año o en un número de años se designa como cohorte. Por el contrario, para hablar de generaciones hemos de remitirnos a cambios en las condiciones de existencia que hacen que los individuos sean distintos, cambien: esto es, que actúen de manera distinta, que piensen de manera distinta. Pongamos un ejemplo: en una zona rural, la mayoría de la población la forman jornaleros agrícolas, analfabetos o con una escolaridad mínima, con una situación de recursos muy escasos. Los hijos, por las leyes de escolaridad obligatoria, comienzan a tener una formación escolar mayor que la de los padres. Además, hay un crecimiento urbano e industrial que provoca una emigración masiva para trabajar en las industrias.

Ahí tenemos un cambio generacional: los hijos pensarán y actuarán de manera muy distinta a la de los padres porque viven en condiciones de existencia muy distintas. Si nada hubiera cambiado, si los hijos hubieran conocido las mismas condiciones de existencia que los padres, actuarían, de adultos, de la misma manera: no podríamos hablar de cambio generacional, simplemente de sucesión de cohortes: el joven, cuando fuera adulto, actuaría de la misma manera que su padre; y su padre, cuando era joven, actuaba de la misma manera que su hijo. Esto es, sólo podemos hablar de generaciones cuando hay un cambio en el modo de generación de los sujetos: son generados en condiciones sociales distintas.

Otra cosa distinta son las clases de edad. Las clases de edad son categorías que se forman, en base a una edad definida socialmente, entre los individuos: la infancia, la juventud, la vejez, etc. Cada una de ellas supone una forma de pensamiento y comportamiento socialmente definida; por ejemplo, un tipo de prácticas sexuales, una relación distinta con

el trabajo, un tipo de actividades de ocio, etc. Así, la juventud se suele definir como un período de irresponsabilidad transitoria que tiene como contrapartida una ausencia de poder de decisión. A su vez, las clases de edad se definen por una serie de momentos de transición que marcan el paso de una a otra como los ritos de paso en las sociedades primitivas, pero también sus versiones similares en las sociedades avanzadas: matrimonio, mili, acceso a una vivienda propia, en el caso de la transición de la juventud al estado adulto, o bien jubilación, para la transición a la vejez, o terminación de la escolaridad primaria, para la infancia, etc.

Estas clases de edad varían históricamente, tanto en términos de los comportamientos que se les atribuyen como en términos de la edad biológica que separa unas de otras. Así, la infancia contemporánea es muy distinta de la que ha existido durante mucho tiempo en Europa. Antes de la escolarización generalizada de todos los individuos, la infancia tenía un período mucho más corto que el actual: terminaba en torno a los ocho años, edad a la que comenzaban a trabajar o entraban en aprendizaje y donde ya eran jóvenes a los que se les suponía —y que además tenían— una serie de capacidades que hoy nos parecen insólitas para un niño (por ejemplo, en la universidad medieval, los sujetos de ocho o diez años participaban de las mismas juergas, peleas y visitas a burdeles que sus compañeros de quince, veinte o treinta años).

Además, suponía comportamientos muy distintos: los niños vestían las mismas ropas que los adultos, escuchaban las mismas historias, realizaban actividades de ocio parecidas —por ejemplo, bailar los mismos bailes o jugar apostando— y no se les ocultaba la actividad sexual. Los niños eran pequeños adultos a los que sólo se les suponía mayor irresponsabilidad, pero que no necesitaban de un mundo aparte para ser educados. Progresivamente se constituye, en un movimiento que abarca cinco siglos, la infancia contemporánea: ropas distintas, cuentos para niños, juegos para niños, hasta una voz especial de los adultos cuando hablan a los niños. Este movimiento está íntimamente relacionado con la escuela, que instituye un espacio separado para la socialización de los niños y los aparta del mundo del trabajo. Esta infancia que ahora nos parece normal es fundamentalmente un producto del sistema escolar que ahora se halla profundamente objetivizado, lo que nos hace verla como algo natural: los individuos de diez años se comportan como “niños” y todos hemos incorporado esa construcción de la infancia, hasta el punto de que si vemos a alguien de diez años comportarse como un adulto pensamos que se trata de un adulto prematuro o un niño que ha perdido su infancia natural.

Otro producto del sistema escolar es eso que llamamos adolescencia, y que se comienza a inventar en el siglo XIX, en relación con los vástagos de la burguesía y de las clases medias que acuden a la enseñanza secundaria y que a los 14 o 16 años siguen viviendo en un mundo apartado de los rigores del trabajo y de la vida adulta. Estos “adolescentes”, a diferencia de sus contemporáneos obreros o de las clases altas, viven una situación de prolongación de la infancia: siguen vigilados en sus comportamientos (sexuales, de ocio...) y están apar-

tados de las responsabilidades adultas; son escolares. Además, a diferencia también de los "jóvenes" de clases altas u obreras, que tienen muy clara su posición social futura, a qué pueden llegar, se hallan en una situación de "indeterminación de trayectoria"; su posición futura no está clara. En estas condiciones, algunos de ellos desarrollan "crisis de identidad", que no son sino, en parte, el fruto de esta situación social específica.

A partir de este reducido grupo social, y de unas teorías psicológicas del desarrollo del individuo que se remontan hasta Rousseau, se inventa la adolescencia como período turbulento y problemático que sería un estadio natural del desarrollo del individuo. A ello contribuyen en gran medida los psicólogos y psiquiatras, que elaboran teorías de la adolescencia a partir de los adolescentes que les llegan llevados por los padres. Claro, que los únicos adolescentes que les llegan son los que tienen problemas, con lo que la afirmación de que la adolescencia es un período problemático, turbulento, se alimenta circularmente. Una vez definido así, y convencido todo el mundo de que a ciertas edades uno tiene ciertas turbulencias, es normal que tales turbulencias aparezcan, confirmando las expectativas previas sobre lo turbulento de la adolescencia. Como dice un sociólogo inglés, John Davies, "una razón importante de que algunos adolescentes tengan problemas es simplemente que sus padres y profesores esperan que los tengan".

Las clases de edad, por tanto, son construcciones sociales con poderosos efectos de realidad: terminan conformando a los sujetos de acuerdo a las características que socialmente se espera de ellos. Quizás el índice más significativo y más cruel de ello lo da el enorme salto que se da en la mortalidad de los varones en los años que siguen inmediatamente a la edad de jubilación, que marca, en nuestras sociedades, la frontera entre ser adulto y viejo.

Generaciones y clases de edad son, por tanto, dos conceptos distintos para analizar la edad social, lo que no significa que no estén relacionadas: en muchos casos, los cambios generacionales son cambios en la conceptualización de las clases de edad. Voy a poner un ejemplo para aclarar estos conceptos que saco de un sociólogo francés, Patrick Champagne.

Este sociólogo analizó los cambios en las relaciones entre generaciones en una zona rural de Francia en los años setenta. En las familias de pequeños propietarios agrícolas, el paso de la propiedad agrícola de padre a hijo –y la correspondiente jubilación del primero– depende de la relación de fuerzas entre generaciones. Cuando la herencia del patrimonio familiar supone la mejor posición que el hijo puede alcanzar, el padre determina el ritmo de la sucesión, manteniendo al heredero en situación de ayuda familiar célibe hasta que considera que ya no puede seguir llevando la explotación y la transmite al hijo, junto con la casa familiar, a cambio de permanecer en la casa y ser cuidado por su nuera. Esta relación de fuerzas, que retrasa la edad de matrimonio de los herederos hasta avanzada la treintena, se legitima mediante una moral de las relaciones entre generaciones: los hijos han de obedecer la autori-

dad de los padres y hacerse cargo de ellos en su vejez. Aquí la generación mayor obliga a la menor a permanecer joven hasta los treinta y muchos. Todo cambia con el acceso a la enseñanza secundaria de los hijos y la posibilidad de acceder a empleos asalariados con mejores condiciones que el trabajo agrícola. En este caso, el hijo ya no depende principalmente de la transmisión del patrimonio familiar: puede encontrar trabajos mejores y casarse y tener vivienda propia mucho antes, sin tener que someterse a la autoridad paterna. Por ello, porque tiene alternativas, puede forzar el ritmo de la sucesión, amenazando con irse si no accede al patrimonio antes.

A su vez, el cuidado de los padres ancianos pasa a ser considerado cada vez más como una carga por un hijo y nuera para quienes la permanencia en el trabajo agrícola es una alternativa más. Aquí se dan las condiciones perfectas para una redefinición de la moral de las relaciones generacionales en la que se formará una colusión de intereses entre los sucesores y los especialistas de la tercera edad, cuya posición social depende de su éxito en implantar las nuevas formas burocratizadas de gestión de la vejez.

Estos ofrecen a las familias un nuevo discurso de las relaciones entre generaciones –los padres no han de ser una carga para los hijos, la tercera edad es una nueva etapa de la vida, las residencias son sitios ideales para esta etapa...– que les sirve a los hijos para legitimar una práctica (llevar a los padres a una residencia) que según la moral antigua hubiera sido completamente inmoral. No se trata ahora de desembarazarse de los padres colocándoles en un asilo, sino de ofrecerles una forma de vida que, según los expertos, es la que mejor les puede convenir. La transformación de los asilos en residencias que suponen un importante coste económico para los hijos, a su vez, permite a éstos legitimar aún más su decisión como un sacrificio financiero por sus padres.

Aquí tenemos una dinámica curiosa al mismo tiempo de transformación generacional y de clases de edad. Hay un cambio en las condiciones de existencia que altera los modos de generación de los individuos y con ellos las relaciones entre generaciones: un cambio que produce en este caso un conflicto generacional. (Un aparte: los conflictos generacionales tampoco son universales psicológicos de matar al padre ni nada de eso, se producen en condiciones sociales particulares. Otra cosa es que los psiquiatras también universalicen este conflicto, lo que es normal: cuando los padres se deciden a llevar al hijo al psiquiatra o a internarlo es muy posible que este hijo no esté muy contento con sus padres.

Un buen ejemplo de la producción social del conflicto generacional nos los ofrece un historiador de la juventud, John Gillis: a fines del XVIII en Inglaterra, con el cercamiento de las tierras muchos pequeños campesinos se proletarian: pierden la herencia como forma de controlar el comportamiento de sus hijos y se desata un conflicto entre padres e hijos. Los primeros piensan que los hijos deben seguir obedeciéndoles como ellos obedecían a sus padres, pero han perdido el recurso esencial para obligar a esta obediencia). Volviendo al

ejemplo de Francia, este cambio generacional, a su vez, supone cambios en las clases de edad: la juventud ahora se acaba antes y la vejez también empieza antes.

Otro aparte en relación a este ejemplo: el alargamiento o acortamiento de la juventud depende, en general, de las condiciones para la sucesión: la posibilidad por parte de los hijos de encontrar medios económicos para independizarse, esto es, para acceder no simplemente a la condición de adulto, sino a una posición social acorde con su origen social. El debate que tanto oímos sobre la juventud que se prolonga indefinidamente, sobre los hijos que se quedan en casa, no es nada nuevo históricamente. Cuando las oportunidades de empleo o de colocación independiente ventajosa crecen, y cuando no se depende de la herencia paterna para la instalación independiente, la juventud se acorta: es lo que ocurrió, por ejemplo, en Inglaterra a principios del XIX con los cercamientos de tierras y la proletarización de la población. Y viceversa: cuando las oportunidades de encontrar una posición social similar o superior a la paterna se contraen, la juventud se alarga. Los debates sobre una juventud contemporánea excepcional, demasiado prolongada, que permanece demasiado en casa de los padres, son simplemente cuestión de sociocentrismo, y se plantean a partir de una generación que tuvo una juventud excepcionalmente corta porque se benefició de la expansión de las oportunidades de empleo de los años sesenta.

Con este ejemplo también quería introducir el tercer elemento en la conceptualización de la edad social: su carácter estratégico. En la medida en que el hecho de ser niño, joven, adulto o viejo tiene consecuencias al suponer distintos derechos o deberes, el hecho de ser incluido en una clase de edad u otra puede ser objeto de luchas, puede utilizarse estratégicamente. Esto se ve claramente en el ejemplo anterior: ser joven significa no poder acceder al patrimonio. Normalmente cuando pensamos en la utilización estratégica del concepto de joven pensamos únicamente en la juventud como valor, ya que es lo que sale normalmente en la prensa: todo el mundo quiere ser joven. Claro que joven ¿para qué?

En el mercado sexual todos queremos ser jóvenes, porque aquí el tiempo juega en contra. Pero no estamos siempre jugando nuestras cartas en el mercado sexual; por lo menos, no todos. En otros ámbitos, calificar a alguien de joven es una manera de frenarlo, de decirle "no aspiras todavía a tomar responsabilidades", esto es, a ocupar ámbitos de poder. A alguien que quiere acceder a una posición de poder en una organización se le puede decir: eres joven; esto es, no ha llegado tu hora, espera. El ejemplo a contrario lo ofrece Tierno Galván, que con poco más de treinta años insistía en que le llamaran "viejo profesor".

Las luchas por la sucesión, por ocupar posiciones en un ámbito determinado, suelen definirse en términos de jóvenes y viejos. Para los que ocupan las posiciones de poder, los que aspiran a ellas son todavía demasiado jóvenes: y aquí la juventud se define como irresponsabilidad, falta de experiencia, comportamiento impetuoso y falta de reflexión:

los jóvenes a divertirse y a aprender, que los mayores nos ocupamos de mandar. Para los que quieren acceder a las posiciones de poder los que están en ella son los viejos, y aquí se define a los otros no como los que tienen experiencia, responsabilidad, etc., sino como los anquilosados, los anclados en el pasado, los que ya no tienen reflejos...

De hecho, buena parte de lo que son los estereotipos sobre la juventud que se han repetido en los últimos dos siglos, se deben a conflictos generacionales que son conflictos de sucesión. Así, buena parte de los mitos que nos dicen que la juventud es una etapa de la vida rebelde, desapegada de los bienes materiales y los compromisos mundanos, se han forjado en épocas en que los vástagos de la burguesía o de las clases medias tenían que vivir en estado de juventud porque no podían acceder a las posiciones de poder; épocas, normalmente, en que había un incremento de titulados superiores o medios que intentaban acceder a posiciones burocráticas mientras que estas posiciones no crecían o estaban ocupadas por personas que habían accedido demasiado jóvenes al poder e iban a permanecer mucho tiempo en ellas sin dejar paso a los que venían detrás. (Hace poco leí que cuando se reúnen los cardenales para elegir al Papa, uno de los criterios en que casi todo el mundo está de acuerdo es que no sea demasiado joven, porque entonces tardaría mucho en morir y frenaría la promoción de futuros cardenales.)

En esta situación los condenados a permanecer jóvenes hacían de la necesidad virtud y elaboraban una mitología de la juventud rebelde, bohemia y romántica, que se ha convertido en un cliché que se repite a través del tiempo y que reaparece con especial virulencia cuando se reproducen las mismas condiciones en las que se generó.

Tenemos, por tanto, tres aspectos o formas de conceptualizar la juventud: como generación, como clase de edad y la utilización estratégica de ésta. Ahora quisiera abordar una cuestión fundamental para hablar de los "problemas juveniles". ¿Podemos hablar de la juventud como una categoría homogénea? En otras palabras, ¿Es lícito poner "la juventud" como sujeto de una frase? (como cuando decimos: la juventud es así, o piensa esto, o hace lo otro). Aquí hemos de distinguir, dejando a un lado la utilización estratégica, en términos de generaciones o de clases de edad.

¿Podemos hablar, en primer lugar, de una sucesión de generaciones que afectaría de manera similar a todos los sujetos con la misma edad, que supusiera un corte homogéneo en toda la sociedad entre jóvenes y viejos? Ello supondría un cambio en las condiciones de existencia homogéneo en todo el espacio social. Pero tal cosa jamás se produce: los cambios se producen en áreas específicas de la sociedad y repercuten de manera diferente en las personas en función de su posición social. Un exceso de titulados superiores afecta de manera distinta a los que van a la universidad, y a las capas sociales que más van a la universidad, las clases medias y altas, que a los que no. Un Papa longevo puede preocupar a los cardenales, pero dejar indiferente al resto de la sociedad, que no aspira a ser Papa.

Incluso hechos supuestamente universales para toda una sociedad afectan de manera distinta a los distintos medios sociales: la redefinición de las relaciones de género es muy desigual en los distintos medios sociales, el crecimiento del paro no afecta a todos por igual e incluso hechos como una guerra puede tener consecuencias muy distintas para los varones de clases bajas, que forman el grueso de los que van a morir, que para los de clases altas, que pueden librarse fácilmente del frente e incluso hacer buenos negocios, o para los militares (la guerra de Marruecos fue una buena oportunidad para los militares "jóvenes", como Franco, de hacer carrera).

¿Y como clase de edad? ¿Podríamos hablar de una clase de edad "juventud" que abarcara de manera homogénea todo el espacio social, todas las clases? Aquí nuevamente nos encontramos con que no: tanto en sus límites como en los comportamientos que supone, la clase de edad juventud es muy distinta según los medios sociales.

En primer lugar, en extensión. Esto lo hemos visto con el ejemplo anterior: la extensión de la "juventud" como clase de edad depende de las condiciones de la sucesión, de las condiciones de la reproducción de los diversos grupos sociales. En nuestra sociedad, la juventud obrera es mucho más corta que la juventud de los que van a la universidad, y comienzan a trabajar y se casan mucho antes. Mientras que uno puede seguir siendo "joven" a los 25 años, haciendo cursos de posgrado, asistiendo a conferencias sobre multiculturalidad, ligando en fiestas y conciertos, haciéndose piercings o pintándose el pelo de colores y gastándose el dinero de que dispone en bienes de ocio, el otro está casado, tiene niños, trabaja todo el día y está preocupado por la hipoteca, los libros de la escuela y la factura de la luz.

En segundo lugar, la clase de edad juventud también difiere en contenido en los distintos medios sociales: los jóvenes obreros y burgueses, por quedarse con los tipos extremos, comen cosas distintas, piensan de manera distinta, se relacionan con sus parejas o ligues de manera distinta, tienen distintas formas de noviazgo, ven programas de televisión o escuchan programas de radio diferentes, difieren en sus prácticas de ocio o en sus prácticas sexuales, leen más o menos o nada, y cuando leen, leen otras cosas... Eso sin hablar de lo que hacen en la escuela o en el trabajo, de las expectativas que tienen o de los esquemas cognitivos a partir de los cuales perciben cosas como la cultura, la escuela, el mundo del trabajo, las relaciones de autoridad o familiares...

Bueno, se me dirá, pero existe una cultura juvenil. Existe un tipo de bienes de ocio, fundamentalmente musicales y de vestimenta, que se venden con la etiqueta de juveniles, y que además son muy variados: se consumen de manera distinta en los distintos medios sociales y en muchos casos no son sólo consumidos por los incluidos en la clase de edad "juventud". De hecho, las investigaciones empíricas que se han hecho sobre subculturas juveniles han puesto de relieve que estas subculturas son muy distintas en función del origen de clase, y que cada subcultura juvenil tiene más elementos en común con los esquemas de los adultos de la propia clase social que con las subculturas juveniles de otra clase social. Y eso sin ha-

blar del hecho de que la mayoría de los jóvenes no está incluido en ninguna "subcultura" o "tribus urbanas", como se les llama ahora.

En fin, se me contestará, pero al menos reconocerás que todos o casi todos escuchan música. Quizás, pero también todos o casi todos los adultos ven la televisión y nadie habla de una "cultura adulta".

Encuestas de juventud

En fin, última objeción que se podría hacer a lo que digo: hay encuestas de juventud y los sociólogos de la juventud hablan de una juventud así o asá, usando el sustantivo juventud como sujeto de muchas frases. En primer lugar, estos estudios sociológicos sobre la juventud parten de la existencia de la juventud como categoría. Luego pasan una encuesta. En una encuesta de opinión, ocurren, entre otras, tres cosas muy curiosas.

En primer lugar, que el investigador establece las preguntas y las respuestas: el encuestado sólo tiene que elegir entre una de las respuestas. ¿Se le ha planteado al encuestado un tema pertinente, algo sobre lo que tenga realmente una opinión formada o ha elegido la primera respuesta que le ha parecido bien sólo por complacer al encuestador? No lo sabemos. Sabemos que todo el mundo tiene muy buena voluntad para responder a las preguntas, inclusive las que no entiende: durante una época la televisión explotó esta buena voluntad para reírse de la gente con preguntas como ¿está a favor de concederle libertad de reunión a los protozoos? ¿Qué piensa el encuestado? No lo sabemos: sólo sabemos que ha elegido, cuando un encuestador ha ido a su casa o se lo ha encontrado por la calle a preguntarle por los temas más variopintos, que ha marcado una casilla.

Luego el investigador interpreta lo que él piensa que los encuestados piensan. Igual que en las votaciones: algunos marcan la casilla PP, otros la casilla PSOE, etc. Luego los políticos dicen que la gente apoya su programa político. Hay buenas razones para pensar que el hecho de marcar la casilla PSOE no significa lo que el PSOE dice que significa. Al interpretar encuestas de opinión pasa lo mismo: como no se sabe realmente lo que significa la casilla para los distintos encuestados, el sociólogo puede actuar como ventrílocuo: la juventud parece hablar, pero está hablando el sociólogo que mueve el muñeco de la encuesta de opinión.

Este ejemplo nos lleva a un segundo efecto curioso de las encuestas de opinión: lo que Bourdieu llama la imposición de problemática. El encuestado no puede elegir formular sus preguntas, los temas que realmente le interesan. Tampoco puede sacar de casillas al encuestador o al sociólogo: no puede salirse de las respuestas precodificadas. Preguntas y respuestas le vienen impuestas y sólo tiene que marcar la casilla. Así, como mucha gente contesta, se puede imponer algo como "problema" o como "opinión".

Tenemos un buen ejemplo de esta imposición en las encuestas sobre los problemas que preocupan a los españoles –paro, terrorismo, inseguridad ciudadana...- y que publica periódicamente el CIS: nadie ha incluido como ítem la delincuencia patronal, la precariedad laboral, la impunidad policial o la financiación estatal de la Iglesia católica.

Tercer efecto curioso de las encuestas: si pones cuatro posibles respuestas a una pregunta, tienes altas probabilidades de que uno de los ítems acumule un 40% de las respuestas. Luego conviertes este 40% en "la juventud piensa que" y ya tienes una juventud que piensa de manera unificada lo mismo. Y si tienes problemas, sacas una media: pones a todo el mundo a ponerse en una escala de 0 a 10, sacas la media y punto: nos sale un joven medio que fuma cuatro cigarros al día, es políticamente moderado, bebe _ litro de cerveza diaria, vota a los partidos mayoritarios, tiene media pareja y es medio hombre –o medio mujer- y medio heterosexual.

Dado que las encuestas de juventud parten de la hipótesis de la existencia de una juventud, y dados estos efectos y artificios de las encuestas de opinión –la imposición de problemática, la reducción bajo los mismas respuestas de esquemas de sentido muy distintos, la conversión de los porcentajes mayoritarios o de las medias en la opinión de la juventud– no nos debe extrañar el hecho de que, a pesar de que tengamos juventudes muy heterogéneas, las encuestas de juventud puedan decirnos con toda tranquilidad que la juventud es así o asá.

Dinámicas de construcción de problemas juveniles

A partir de aquí, de constatar la radical heterogeneidad de juventudes, podemos abordar la construcción de problemas juveniles. Y lo podemos hacer en primer lugar cuestionando la misma categoría: si no existe una juventud, sino juventudes muy distintas en función de la posición social, ¿cómo puede haber un problema juvenil? La respuesta es evidente: es tan absurdo hablar de un problema juvenil –ya sea que los jóvenes sean un problema o que los jóvenes tengan un problema– como hablar de un problema que afectaría a todos los adultos. Es por ello que la construcción de los problemas juveniles actúa siempre a la manera de una metonimia: toma una parte por el todo. Se toma una específica realidad juvenil –o una percepción específica de lo que se supone que es la juventud– y se la generaliza, como si fuera algo que afectara a toda la juventud.

En realidad, se puede considerar que los problemas juveniles son un ejemplo muy claro de utilización estratégica de la noción: la juventud es en muchos casos la excusa para jugar otros juegos de poder, para "mover ficha", como se dice ahora, en otros tableros. Aunque tampoco tiene que ser una estrategia maquiavélica: los discursos sobre los problemas juveniles también son en muchos casos discursos desplazados en los que se desplaza la queja sobre circunstancias particulares a la queja sobre la juventud.

Aquí tenemos dos construcciones de cuestiones juveniles, que tienen en común la metonimia y el sociocentrismo:

> Primera: alguien se erige en portavoz del conjunto de la juventud etiquetándose a sí mismo como joven. Aquí lo que es común a estos movimientos es lo que ya hemos visto: un conflicto de sucesión. Los jóvenes no consiguen acceder a los puestos ocupados por los viejos y desarrollan un discurso pro-juvenil. Normalmente son grupos de jóvenes muy específicos, como en el caso de la construcción del problema por universitarios sin salidas profesionales que hacen de la necesidad virtud y convierten la juventud en un valor (de cambio, antimaterialista, etc.). Esto ha ocurrido en numerosas ocasiones y normalmente coincide con una elevada natalidad de las clases medias o una sobreproducción de titulados universitarios procedentes de clases medias que no encuentran su lugar en la sociedad adulta. Es lo que ocurrió, por ejemplo, con el movimiento *Sturm and Drang* en Prusia a fines del XVIII: las clases medias mantenían todavía una elevada natalidad pero no tenían posiciones suficientes para todos los vástagos, que se estancaban en una juventud prolongada, desheredados que desarrollaban una ideología de rebelión contra el orden industrial y burgués que los había dejado de lado, que inventaban vestimentas no convencionales, que, en fin, se suicidaban. Esto se ha repetido en numerosas ocasiones: desde la invención de la bohemia en París en los años 1830 hasta los discursos generacionales de fines de los sesenta. En todos estos casos, el reducido grupo de los activistas, bohemios o románticos ha logrado lanzar una visión de su problema generacional específico como problema generacional global, de toda la juventud.

Aunque tenemos otra formulación de esta construcción: un grupo de jóvenes se hace con el poder y lanza el discurso de la juventud como valor para legitimar y afianzar su posición, para forzar el ritmo de la sucesión, para apartar a "los viejos". Una investigadora italiana, Luisa Passerini, analiza esta dinámica en la Italia fascista: la subida al poder de Mussolini va acompañada por una renovación total de cargos políticos, donde la vieja clase política es sustituida por fascistas y arribistas deseosos de hacer carrera rápidamente. En esta situación, la juventud se convierte en palabra clave: la vieja clase política defiende la tradición, criticando a los nuevos políticos por su falta de preparación; por su parte, los fascistas hablaban de la juventud como símbolo de lucha generosa, de abnegación, de entrega altruista, de innovación...

Estas formulaciones tienen un rasgo común: el problema no es la juventud; el problema es la sociedad y la juventud la solución. Y funcionan siempre como metonimias sociocéntricas, en las que se convierte el problema de un grupo social específico en problema de toda la juventud.

> La segunda dinámica de producción de problemas juveniles consiste en que grupos u organizaciones –compuestas mayoritariamente por adultos– definen problemas juveniles. Estos constituyen la mayoría: la violencia juvenil, la drogadicción juvenil, la pérdida de valores (de la familia, del trabajo, del patriotismo...) de los jóvenes, etc. Estas formulaciones suelen ser de dos tipos: o bien la juventud constituye un problema –por sus comportamientos,

sus valores o sus desviaciones–, o bien la juventud tiene un problema que hay que resolver (por ejemplo, el paro juvenil). Aunque ello no excluye formulaciones mixtas en las que la juventud es un problema porque tiene un problema, como por ejemplo, la delincuencia o drogadicción de la juventud se deben al paro juvenil.

En el primer caso, lo que nos encontramos normalmente es que la juventud se convierte en campo de proyección de los temores de cambio social de determinados grupos sociales. Un sociólogo inglés, John Davis, estudió los distintos problemas juveniles que habían ido surgiendo en EEUU y Gran Bretaña en los dos últimos siglos. Davies muestra que los problemas juveniles suelen catalizar ansiedades de los propios adultos. Los jóvenes se convierten en la metáfora del futuro: los adultos proyectan su visión de la estructura social en los jóvenes. Cada vez que hay un cambio social –crisis económica, urbanización, industrialización, capitalismo de consumo– se proyectaría este cambio en los jóvenes: la crisis produce pérdida de los valores de trabajo o delincuencia, la urbanización lleva a que pierdan el respeto a los mayores o las costumbres religiosas, el capitalismo del consumo los hace materialistas...

Un ejemplo de los múltiples que nos proporciona Davis: tras la segunda guerra mundial, proliferan en Gran Bretaña multitud de explicaciones del “carácter problemático” y “violento” de la juventud debido a la violencia de la guerra y los trastornos que supuso en su socialización. Sin embargo, la delincuencia, medida oficialmente, de la generación de los niños de la guerra era menor que la de las generaciones anterior y posterior. Davis sugiere que “tales ‘explicaciones’ probablemente demuestran que los adultos pensaban que los jóvenes deberían haber sido trastornados por la guerra; después de todo, había sido la mayor experiencia de la mayoría de la generación paterna”. Podríamos encontrar ejemplos similares en nuestra época, por ejemplo, el consumismo es una enfermedad de los jóvenes y los adolescentes. Posiblemente lo sea: lo dicen adultos que han pasado rápidamente de una situación de escasez a un consumo desaforado de todo tipo de objetos.

Esta relación entre cambios sociales y problemas juveniles tiene un ejemplo muy claro en la transición española: en una época de crisis económica y política, los problemas juveniles saltaron a primera plana en forma de pánicos morales: la delincuencia juvenil, el extremismo político, la drogadicción juvenil, la promiscuidad juvenil, la pérdida de valores familiares...

Esta proyección de problemas generales en los jóvenes tiene dos dinámicas que la sustentan. A un nivel elemental, una simple dinámica sociocéntrica: se proyecta la propia trayectoria en la visión que se tiene de la estructura social. Así, las clases sociales en declive, y fundamentalmente los miembros de más edad de estas clases con una trayectoria social descendente, suelen pensar la estructura social en términos de degeneración: las cosas van a peor, las generaciones que nos siguen son peores, han perdido los valores (otro aparte: el discurso de pérdida de los valores es la forma sociocéntrica conservadora de percibir un cambio social. Así, si las formas de las relaciones de pareja o sexuales o de habitación cam-

bien, se dice que se han perdido los valores de la familia; o si los trabajadores ya no están dispuestos a partirse el lomo por cuatro duros, se dice que han perdido el valor del trabajo).

De todas formas, esta visión del paso del tiempo como degradación y de las cohortes o generaciones posteriores como peores, no es necesariamente patrimonio de las fracciones en declive. También forma parte de un esquema sociocéntrico muy sencillo: frente a los que vienen después, nosotros tenemos los verdaderos valores o, en otras palabras, nosotros valemos más. Un ejemplo: Baudelot y Establet nos muestran en su libro *El nivel sube* que el discurso de que el nivel escolar está bajando y de que los alumnos son cada vez peores, se repite entre los profesores franceses... desde principios del siglo XIX. Si hacemos caso de lo que han dicho constantemente los profesores, la población estudiantil actual tendría que ser completamente analfabeta.

Esta dinámica que he mencionado hasta ahora es simplemente una dinámica sociocéntrica de defensa del propio valor simbólico. Si nos movemos al nivel estatal de la producción de problemas juveniles, se inscribe dentro de un esquema general: los jóvenes son el futuro de la sociedad, lo que hacen ahora los jóvenes es un buen signo de lo que va a ocurrir con la sociedad futura. Este esquema no es privativo de nuestras sociedades, y se encuentran formulaciones del mismo que se pueden remontar hasta Platón. Sin embargo, a partir de la construcción de los estados contemporáneos, este esquema cobra una centralidad simbólica mucho mayor. Esto tiene que ver con la plataforma de pensamiento que acompaña a la construcción de los estados modernos y que está en la base, entre otras cosas, de la implantación de la escolaridad obligatoria. Un sociólogo de la educación, John Boli, ha estudiado esta plataforma: se supone que el Estado está constituido por individuos y que la prosperidad del Estado depende de lo que hagan los individuos. A su vez, se supone que el individuo se forma sobre todo en las primeras socializaciones y que luego apenas se modifica. El futuro del Estado depende, por tanto, de la socialización de las generaciones jóvenes.

A partir de estos esquemas de pensamiento se construyen los sistemas de educación obligatoria: como el futuro del Estado depende de la socialización de los individuos, hay que darles una educación sistemática de acuerdo al Estado que se pretende construir. Y a partir de estos esquemas, tanto la infancia como, sobre todo, la juventud se convierten en metáforas del futuro de la sociedad: mirando lo que hacen los jóvenes se puede saber lo que será la sociedad del futuro.

A partir de estos esquemas se desarrolla una visibilidad acrecentada de todo lo que pueda ser calificado de problema juvenil, así como toda una serie de políticas de juventud que progresivamente irán contribuyendo a que la visión de la juventud como grupo unificado se imponga. Gracias a esta visibilidad acrecentada de lo juvenil, cualquier grupo minoritario de jóvenes con comportamientos desviados o llamativos puede entrar a formar parte de la panoplia de problemas juveniles, ser noticia en los periódicos y convertirse en metonimia del conjunto de la juventud. Gracias a la construcción de cada vez más dispositivos y políticas

centrados en lo juvenil, por otra parte, se va a generar un enorme cuerpo de especialistas en la juventud cuyo oficio y beneficio dependerán de que existan problemas juveniles; que se esforzarán, en otras palabras, en la construcción de problemas juveniles.

Esta última observación me lleva al segundo tipo de problemas juveniles: los que se enuncian de la forma "la juventud tiene un problema". Este problema puede ser el desempleo juvenil, el pleno empleo (sí, antes del paro el problema era el pleno empleo, se temía que fueran a volverse demasiado caprichosos a la hora de elegir trabajo), la falta de vivienda, la carencia de cualificación, el exceso de cualificación, la falta de autoridad, el exceso de autoridad, etc. Aquí, si nos limitamos a los problemas de los jóvenes enunciados por grupos de adultos, lo que tenemos normalmente es una creación institucional de los problemas: determinadas instituciones, ya sean estatales, ya de otro tipo –sindicatos, asociaciones diversas, iglesias– definen un problema juvenil e instan a buscar soluciones para combatirlo.

Aquí tenemos, por una parte, la propia dinámica de crecimiento de especialistas en problemas juveniles: cuantos más especialistas en problemas juveniles, más problemas juveniles se definen. No olvidemos que, desde el momento en que se montan dispositivos institucionales para solucionar un problema social, se están constituyendo grupos profesionales cuya existencia social depende precisamente de que ese problema social siga existiendo. Aunque esta constante construcción y ampliación de problemas no debe verse como una estrategia cínica, maquiavélica: simplemente, estas instituciones, y los agentes que en ellas trabajan, categorizan la realidad a partir de las definiciones oficiales de los problemas que han dado lugar a su existencia. A partir de aquí, lo que encuentran, aplicando la rejilla de percepción que está inscrita en su misma posición, es que hay multitud de "problemas" que pueden afectar a la población que gestionan (jóvenes, mujeres, excluidos, pobres, tercera edad...) para los que hay pocos recursos destinados. La misma existencia de instituciones destinadas a solucionar esos problemas sociales funciona así, de manera circular, reforzando la creencia en las categorías a partir de las cuales fueron construidas.

Pero también tenemos otras: generalmente, dinámicas de defensa de determinados intereses poniendo como coartada un problema público –los pobrecitos jóvenes– que exige una solución pública. Los especialistas en educación, por ejemplo, son los primeros en defender que la juventud tiene un problema de falta de educación: el problema se soluciona con más educación, esto es, con más especialistas en educación, como ha pasado con el tema de la formación para solucionar el problema del "paro juvenil". Las iglesias pueden insistir en que hay un problema de falta de valores en la juventud, con lo que la solución es reforzar a las instituciones supuestamente especializadas en inculcar valores, como las iglesias. O el mismo paro juvenil, problema juvenil por antonomasia en las dos últimas décadas; todos han estado de acuerdo en que era un grave problema, incluyendo al Estado y a los empresarios, que ahora parecerían más preocupados por los pobres jóvenes que por tener un buen ejército de reserva sumiso y disciplinado por la amenaza del despido... ¿Qué han conseguido con tanta preocupación por el paro juvenil? Pues una sucesión de reformas laborales que han

precarizado el trabajo –especialmente para los pobrecitos jóvenes, que ahora son “salvados” mediante contratos basura– y eliminado progresivamente muchos de los derechos laborales en nombre de la lucha contra el paro y, especialmente, contra el paro juvenil.

Este último ejemplo nos lleva a otro aspecto interesante de esta construcción de los problemas juveniles: las consecuencias que tienen estas construcciones. Los problemas juveniles, como toda construcción social, no son simplemente ficciones que vivan en la cabeza de las personas. En la medida en que intervienen en los esquemas de percepción y acción de los distintos agentes y en la medida en que se van construyendo instituciones para tratar estos problemas, tienen consecuencias muy reales y pueden convertirse en realidades sociales duras, resistentes; en verdaderos hechos sociales. Aquí, entre otras, podemos subrayar dos dinámicas muy comunes: la de las teorías que se autovalidan circularmente y, más generalmente, la de las profecías que se autocumplen.

En primer lugar, muchas de las teorías que se ofrecen sobre los problemas juveniles terminan autovalidándose por el mismo hecho de que estas teorías, incorporadas en los esquemas de percepción tanto de los investigadores como de los agentes de las instituciones que tratan los problemas juveniles, terminan filtrando, a la hora de tratar y conceptualizar los problemas, los casos que se consideran problemáticos y sus causas. Un buen ejemplo de esto es lo que conté antes en torno a la adolescencia: la teoría de la adolescencia como época turbulenta y problemática de la vida, que tiene su precedente en la teoría de Rousseau del crecimiento del individuo –infancia (salvaje), adolescencia (barbarie), adulto (civilización)– se valida científicamente en las clínicas y consultas de psiquiatras y psicólogos que tratan con adolescentes problemáticos. Sólo tratan con aquellos individuos de esa edad que tienen o que se supone que tienen inestabilidad psicológica –hay un filtro en los clientes que les llegan–, pero, ignorando este filtraje, corroboran que la adolescencia es una etapa problemática.

Y, una vez institucionalizada la teoría e incorporada en los esquemas de percepción de psicólogos, expertos, investigadores, padres y adolescentes, ésta se autovalida circularmente: no sólo los que se llaman adolescentes pueden tener mayores turbulencias psicológicas –es lo que todos esperan de ellos–, sino que a la mínima señal de algo que pueda señalarse como crisis de identidad (y cualquier cosa puede convertirse en signo de crisis de identidad), todos confirmarán el diagnóstico como algo consustancial a la adolescencia, por lo tanto hay una crisis de identidad. A su vez, este diagnóstico servirá para validar la teoría general de la adolescencia como etapa problemática, de crisis de identidad, etc., a pesar de haya múltiples investigaciones sociológicas que pongan en entredicho todos estos mitos sobre la adolescencia.

Esta dinámica de autovalidación de las teorías que tenemos o que tienen las instituciones sobre la realidad ha sido estudiada en muchas ocasiones. Hay unos filtros, tanto sobre los casos que tratan los investigadores, como, y esto es mucho más interesante, sobre los casos que llegan a las instituciones encargadas de tratar esos problemas o esos individuos

problemáticos. Esto ha sido estudiado, por ejemplo, en el caso del sida: inicialmente la enfermedad se definió como propia de homosexuales, lo que provocaba que los médicos, ante un homosexual, pensasen inmediatamente en sida y diagnosticasen la enfermedad al mínimo síntoma, mientras que los heterosexuales con sida podían ser clasificados y morirse bajo otro diagnóstico. A su vez, si un varón que se definía como heterosexual recibía el diagnóstico del sida, los médicos tenían que entrevistarle buscando relaciones homosexuales: en el momento en que “confesase” una sola relación homosexual, el caso era clasificado como de transmisión homosexual. Este filtro a la hora de diagnosticar terminaba retroalimentando la teoría de que era una enfermedad de homosexuales: en las estadísticas se podía ver, como un dato evidente, que los homosexuales/bisexuales eran la principal categoría afectada.

En relación con la juventud, una investigación que muestra claramente el carácter de autovalidación de las teorías sociológicas es la que realizó Aaron Cicourel a fines de los sesenta sobre la delincuencia juvenil. En esta investigación Cicourel mostraba cómo los distintos agentes –policía, asistentes sociales, fiscales, jueces– encargados de atrapar, seleccionar y juzgar a los jóvenes que supuestamente habían cometido un delito operaban a partir de un sistema de categorías previo sobre qué tipo de chico era un verdadero delincuente: este tipo de chico, por supuesto, era negro, de clase baja, procedente de un hogar desestructurado en un barrio marginal, etc.

Este estereotipo de delincuente –que estaba legitimado por las teorías oficiales sobre la delincuencia que manejaban asistentes sociales y abogados– además se correspondía exactamente con las familias que tenían menos recursos que movilizar en caso de detención para evitar una condena. El resultado era que sólo los muchachos que encajaban en el estereotipo de delincuente terminaban siendo juzgados y condenados como delincuentes. A su vez, estas condenas quedaban registradas en las estadísticas oficiales de delincuencia, a partir de las cuales los investigadores construyen y validan sus teorías sobre las causas de la delincuencia: teorías que, naturalmente, refuerzan circularmente los estereotipos sobre el verdadero delincuente que manejan los agentes encargados de gestionar la delincuencia.

Junto a la autovalidación circular de las teorías, otra dinámica interesante es la de la producción de problemas juveniles por la dinámica de la asunción por todos los agentes implicados de los esquemas que se supone que deben tener. Esto ha sido muy estudiado en sociología por lo que se denomina teoría de la etiqueta, que viene a decir que si eres etiquetado o estigmatizado como un tipo particular de persona, es muy probable que termines comportándote como tal, porque el comportamiento y las expectativas de los demás hacia ti van a terminar modificando tu propio comportamiento y tu propia autoimagen. Esta teoría, por ejemplo, es muy popular en sociología de la educación, donde se conoce como efecto Rosenthal: si el maestro espera que el niño sea un buen alumno, lo reforzará, lo animará, el profesor lo juzgará mejor en todas sus actuaciones, y el alumno complacido es posible que intente adecuarse a lo que se espera de él; y viceversa. Escotado nos cuenta algo similar con la construcción del problema de la droga: el tipo de drogadicto cambia radicalmente con

la prohibición y se adecua a los estereotipos negativos de los cruzados antidroga. En la historia de los problemas juveniles tenemos muchos casos similares. Uno especialmente llamativo es el que nos cuenta el sociólogo británico Stanley Cohen sobre el origen de los *mods* y los *rockeros*. En una playa de Brighton, dos pandillas se pelearon. En principio es un suceso trivial, pero la prensa lo magnifica y lo construye a su manera: según la prensa, se trataba de una pelea entre *mods* y *rockeros*, dos "tribus urbanas" de la época que estos periodistas suponían enfrentadas. No había nada de eso; de hecho, había gente vestida de *mod* y de *rocker* en las dos pandillas que se pelearon. Sin embargo, a partir de la enorme relevancia mediática que cobra el suceso, buena parte de los que se definen como jóvenes asumen la definición de la situación que da la prensa: ser *mod* o *rocker* se convierte en un "diablo popular", en una buena manera de llamar la atención, de identificarse con una marca impactante. A partir de entonces, miles de *mods* y *rockeros* se trasladan desde Londres y otras ciudades a pelearse todos los fines de semana en la playa de Brighton.

Los problemas juveniles son problemas contruidos, ya sea como simples proyecciones sociocéntricas o por dinámicas institucionales, que ignoran la heterogeneidad real de las juventudes y que pueden producir dinámicas que los terminan confirmando circularmente, ya sea a nivel de prácticas institucionales o a nivel de la asunción de estos esquemas o problemas por los propios sujetos. Quisiera terminar insistiendo en un aspecto particular de esta construcción, especialmente la institucional: su relación con una teoría de la estructuración de la sociedad.

Antes había señalado que toda categorización supone una doble operación de división y homogeneización. Esta operación es siempre una entre otras muchas posibles: se pone de relieve una forma de agrupar a los sujetos y se pasan a segundo plano otras posibles divisiones. Por ello, toda operación de categorización tiene efectos políticos: es una forma, entre otras posibles, de construcción de lo real, de estructurar las percepciones y prácticas de los agentes y a través de ello incide en la propia realidad social. Por ello, ante toda categorización, siempre es pertinente la siguiente pregunta: ¿qué otras opciones excluye y qué consecuencias políticas tiene tal exclusión?

En el caso de la juventud, la pregunta no es difícil de contestar: basta con echar un vistazo a las teorías políticas o sociológicas que a lo largo del siglo XX han postulado que la juventud era una categoría central para comprender la sociedad. Estas teorías –las más famosas han sido la de Ortega y la de Parsons– se postularon explícitamente como alternativas a la teoría marxista: si para ésta la división fundamental de la sociedad era la división en clases sociales, para los teóricos de la juventud y de las generaciones la división fundamental sería la división de edades. En vez de un cambio económico por el enfrentamiento entre clases en torno a la propiedad, el cambio social se concebiría como cambio cultural por el relevo de generaciones... En otras palabras, lo que nos encontramos en los discursos sociales y políticos que ponen en el centro de la escena a la "juventud" es una visión consensual y culturalista de la sociedad. Como no hay clases sociales, no hay intereses enfrentados: las re-

laciones de dominación, el marco socio-político y económico desaparecen de la escena. No tenemos una sociedad compuestas por clases enfrentadas en torno al control político y económico. En su lugar tenemos una sociedad compuesta por "jóvenes" y "adultos" con "culturas" diferentes. Si hay diferencias, éstas no son económicas o de poder, sino simplemente cuestión de opiniones, de actitudes, de ideologías, de subculturas: de entidades mentales. Y si hay conflicto social, éste es simplemente un conflicto cultural. La solución al problema, por tanto, no necesita pasar por cambios económicos, en las relaciones de producción o, más ampliamente, en las relaciones de poder: la solución ha de ser también cultura, mediante diálogo, concienciación, cursillos... Precisamente lo que suelen ofrecer las políticas de juventud.

Tras todo esto, simplemente quisiera terminar con una pregunta. Hay un problema juvenil. La solución es la cultura: Este es el juego. ¿Quién gana con este juego?

Ponencias en mesas

Ser adolescente a comienzos del siglo XXI

> Alfredo Oliva Delgado

Universidad de Sevilla

La adolescencia es una transición en el desarrollo marcada por importantes cambios físicos y psíquicos, en la que chicos y chicas deberán resolver diversas tareas evolutivas y asumir nuevos roles. Aunque la mayoría de los jóvenes culminan esta transición sin problemas de importancia, no es infrecuente que en algunos casos el estrés generado lleve al surgimiento de algunos comportamientos de riesgo, como el abuso en el consumo de drogas, la violencia e inadaptación social, los trastornos en la alimentación o las tentativas de suicidio. Resulta difícil llegar a entender el significado y las causas de estas dificultades si no tenemos en cuenta el contexto socio-histórico en el que los jóvenes de principios del siglo XXI realizan su transición hacia la etapa adulta. Vivimos en un mundo caracterizado por la globalización, los cambios sociales y demográficos, y el uso de nuevas tecnologías. Resulta bastante improbable que nuestros jóvenes y adolescentes no vean afectadas sus trayectorias vitales por estas transformaciones en nuestra sociedad.

La mayor presencia de los medios de comunicación en nuestra época supone que la tradicional imagen negativa de adolescentes y jóvenes ofrecida en prensa y televisión (violentos, consumidores compulsivos de drogas y alcohol) tenga una mayor difusión, lo que ha llevado a un aumento de los prejuicios y del rechazo hacia este colectivo. Mientras que el niño o niña es considerado vulnerable, indefenso, inocente, víctima y necesitado de afecto y apoyo, al llegar la pubertad esta representación social cambia dramáticamente, y el adolescente es visto como invulnerable, autosuficiente, conflictivo, culpable, trasgresor y agresor. Esta imagen desfavorable puede conllevar una menor sensibilización social hacia las necesidades de chicos y chicas, y llevar a profesionales y población general a pasar por alto algunas situaciones de riesgo que pueden estar produciéndose, como el maltrato adolescente, que suele alcanzar una incidencia más elevada que en la etapa infantil y tener consecuencias tan preocupantes como los trastornos depresivos o los comportamientos agresivos y antisociales (Oliva, 2002). Por otra parte, no parece que esta visión negativa de los adolescentes lleve a un aumento de las inversiones y recursos destinados a ellos.

Otro importante cambio tiene que ver con el inicio cada vez más precoz y la terminación más tardía de la adolescencia. No sólo se ha adelantado de forma sensible la edad de inicio de la

pubertad, sino que muchos comportamientos que hasta hace poco eran propios de jóvenes y adolescentes suelen ser frecuentes en la niñez tardía: comportamientos sexuales, conductas consumistas, uso de tecnologías, etc. Pero a la vez, nos encontramos con un retraso en la edad en que los adultos jóvenes comienzan a trabajar y se independizan de sus padres, por lo que las fronteras de la adolescencia son cada vez más difusas (Coleman, 2002), y las relaciones familiares se ven afectadas por este cambio en el calendario social. Las expectativas de adultos, niños y adolescentes con respecto a los comportamientos apropiados durante estos años no van a coincidir, lo que contribuirá a aumentar la conflictividad.

Si hay algo que claramente caracteriza a nuestra sociedad es la rapidez vertiginosa con la que se producen los cambios. Los valores, los estilos de vida, las modas, la tecnología, todo resulta tan efímero que en un periodo de 30-40 años, que suele ser el que separa a una generación de otra, se han producido tantas innovaciones que cuesta trabajo reconocer el mundo en que vivimos. La época en que nuestra generación vivió su adolescencia tiene poco que ver con la actual, y muchas de las cosas por las que vivimos y luchamos no dicen nada a nuestros hijos, lo que supone un aumento de la brecha generacional, con el consiguiente deterioro de la comunicación y el incremento de los conflictos entre padres e hijos. Si a ello unimos la cada vez mayor globalización cultural, que ha supuesto la alteración de los gustos y estilos de vida tradicionales, el panorama puede ser preocupante. Por otra parte, no hay que olvidar que una de las tareas que debe afrontar el adolescente tiene que ver con la adquisición de una identidad personal, que hace referencia al compromiso con una serie de valores ideológicos y religiosos, y con un proyecto de futuro a nivel personal y profesional. Esta tarea no se ve facilitada por tanta mudanza, y puede llevar a muchos jóvenes a la incertidumbre, la indecisión permanente, la alienación o la renuncia al compromiso personal. Por lo tanto, contrariamente a lo que podría parecer a primera vista, esta no es una época fácil para hacerse adulto, al contrario, la sociedad occidental actual es mucho más complicada que cualquier cultura tradicional, por lo que tampoco debe sorprendernos una mayor problemática adolescente.

No todos los cambios juegan en contra de nuestros jóvenes; así la tendencia de crecimiento demográfico comenzó a invertirse en España en la década de 1980, por lo que los adolescentes españoles serán cada vez un bien más escaso que la sociedad deberá cuidar con esmero. Su bajo número puede suponer una mayor disponibilidad de recursos, y una menor competitividad para acceder a plazas universitarias o puestos de trabajo, lo que tal vez contribuya a hacer una transición más cómoda y libre de problemas. No obstante, ello requeriría que se mantuviesen o incrementasen los presupuestos dirigidos a este segmento poblacional. La realidad, que ya se adivina, puede ser bien distinta, ya que parte importante de los recursos antes destinados a jóvenes pueden derivarse hacia las personas mayores, un sector poblacional cada vez más numeroso y con muchas necesidades. A diferencia de las personas mayores, los adolescentes no suelen votar, bien por ser menores de edad, bien por indiferencia hacia la política, por lo que tal vez no generen tanta preocupación a nuestros gobernantes.

Hay muchas razones que hacen que ser padre o madre de un adolescente sea una tarea más complicada que serlo de un niño de menor edad: por su mayor capacidad cognitiva que le hace un adversario duro y difícil de convencer en las discusiones, por su mayor poder tanto físico como de influencia en las decisiones familiares, y porque el adolescente se encuentra en pleno proceso de desvinculación emocional, lo que le lleva a mostrarse especialmente crítico con sus progenitores. Si a todo lo anterior unimos que muchos de los cambios sociales mencionados tendrán influencia en el contexto familiar, y contribuirán a hacer más complicadas las relaciones entre padres e hijos adolescentes, parece evidente que resulta necesario que los padres de chicos y chicas preadolescentes y adolescentes dispongan de recursos que le permitan relacionarse con sus hijos de forma adecuada y les ayuden en su tarea educativa. De esta forma se podrían reducir muchos de los problemas de ajuste interno y externo característicos de este periodo evolutivo y se facilitaría una transición saludable al mundo adulto. No olvidemos que la familia continúa siendo un contexto fundamental de desarrollo, y en ella tienen su origen muchos de los comportamientos de riesgo propios de los adolescentes.

Ponencias en mesas

Acerca de los conflictos:

¿qué saben los profesionales y qué conocen las mujeres?

> Ana Távora

*Coordinadora del Equipo de Salud Mental de Santa Fe
Granada*

"Yo ya sé por qué tenía los síntomas, ahora lo que quiero es aprender a ser una mujer segura"

Comentario realizado por una integrante de un grupo

"Para todos los seres humanos, la esfera propia es la más ancha y más alta que puedan conseguir"

H. Taylor Mill

Muchas mujeres, cuando consultan a los equipos de salud mental, creen que todo lo que les ocurre puede ser debido a un problema de salud. La mayoría vienen con un diagnóstico de cuadro depresivo o adaptativo y casi todas están tomando ansiolíticos y/o antidepresivos. Se sienten mal, no saben lo que les pasa y les resulta muy difícil establecer alguna relación entre las dificultades que tienen, los sentimientos de insatisfacción y los niveles altos de ansiedad.

En este primer momento, donde no está todavía perfilada la idea de conflicto, es decisivo el papel del profesional. Si éste no tiene una hipótesis para entender el sufrimiento de las mujeres que incluya la perspectiva de género, terminará con facilidad pensando que lo que les ocurre es consecuencia de un problema individual, posiblemente un "trastorno neurótico de la personalidad". Cuando esto ocurre el profesional dará, en el mejor de los casos, algunos consejos, y, en el peor, pondrá un diagnóstico y un tratamiento.

Si por el contrario, el profesional conoce la diferencia entre situaciones de malestar, las crisis y los problemas psicopatológicos, se entrará en un proceso para descubrir qué tipo de conflictos están facilitando la aparición de los síntomas.

Al principio, las entrevistas suelen girar alrededor de los síntomas, y poco a poco van apareciendo diferentes dificultades: el déficit narcisista, los problemas en las relaciones de pareja, con los hijos, el cansancio por las tareas relacionadas con el cuidado, la poca presencia de los deseos y los tiempos propios, las posibilidades de realización personal, etc.

Las mujeres, con la ayuda del profesional, van dejando de hablar de sus molestias para analizar cómo son las relaciones con los otros y, por último, cómo son las relaciones con ellas mismas.

Cuando incluimos la perspectiva de género partimos de una hipótesis inicial: el sufrimiento de las mujeres es consecuencia de su posición de subordinación. Esta ubicación es producto de un sistema social que ha impuesto a las mujeres unas funciones y tareas que no sólo no consiguen su desarrollo como sujetos, sino que, al contrario, aumenta los riesgos de que padezcan diferentes problemas de salud.

Siguiendo este imperativo, las mujeres se construyen desde las relaciones con los otros, considerando como central en sus vidas el poder de los afectos y minusvalorando otras áreas de su desarrollo que no pasen por el mantenimiento o cuidado de dichas relaciones.

El descubrimiento de que lo impuesto es lo que genera el malestar, puede ser muy costoso para algunas mujeres. Sienten que su identidad está constituida por el hecho de ser madre, ser esposa o ser cuidadora, y relacionar sus síntomas con esto les llevaría a cuestionarse parte de lo que ha sido su vida hasta ese momento.

A pesar de estas dificultades, en nuestra experiencia terapéutica y de formación, observamos que los síntomas desaparecen cuando trabajamos la idea de conflicto.

Por mucho que hayan sido incorporados los mandatos de género, la infelicidad que estos producen a las mujeres que nos consultan es tan grande, que nunca puede ser comparada a la tensión que genera llegar a tener deseos propios.

Durante el desarrollo la niña va a recibir tres mensajes repetidos: sé buena y cuida a los otros, no des rienda suelta a tus deseos y ten hijos. Cuando las mujeres empiezan a pensar qué quieren, qué les gusta, qué les produce bienestar y van encontrándose con nuevas experiencias, el reforzamiento narcisista es tan importante, y bajan tanto los niveles de ansiedad, que entran en un camino de difícil retorno.

Temas centrales en este proceso van a ser:

- > El trabajo con la culpa.
- > Las resistencias para permitirse nuevas experiencias.
- > Las relaciones con otras mujeres como espacio de reflexión y apoyo.

Este planteamiento que hacemos para explicar el malestar de las mujeres, no es diferente si pensamos en los trastornos depresivos. Como nos dice Pichón-Rivière, la enfermedad es producida por una cantidad de sufrimiento que el sujeto no puede soportar.

Si todas las mujeres tenemos, en mayor o menor grado, estos conflictos, serán sólo algunas, las que en razón de su propia individualidad, su biografía y su historia, se hagan car-

go de estos conflictos, y en ellas, esa coincidencia entre lo social y lo individual facilite la aparición del cuadro depresivo. En estos casos, esa mujer concreta se convierte en la portavoz de un problema que es social, el que las mujeres hayan sido relegadas al lugar de la inferioridad.

En este sentido, nuestro trabajo terapéutico con grupos de pacientes y de investigación con profesionales sanitarios, nos confirma que tanto en un grupo como en otro existían el mismo tipo de conflictos. Las diferencias estaban en los recursos, sobre todo la independencia económica y la cualificación profesional. Esto disminuía la insatisfacción y, por lo tanto protegía a las mujeres de los efectos de la subordinación.

Igualmente observamos que, en el caso de las pacientes, el malestar dependía sobre todo de la ausencia de deseos propios, y que en las profesionales estos aparecían con claridad, pero las dificultades se daban cuando querían realizarlos.

A lo largo de la experiencia grupal se entra en un proceso de aprendizaje, donde se van descubriendo otras maneras posibles de ser mujer y de organizar la vida, aprendiendo a conocerse mejor y a descubrir de dónde vienen los sentimientos de inseguridad. Después de un año de tratamiento, las pacientes cuentan con instrumentos para manejar sus conflictos y han aprendido a pensar en ellas mismas.

La mayoría de las mujeres que han pasado por una experiencia grupal inician "pequeños cambios" en su vida que van a ser determinantes para mejorar su salud, ponen en segundo lugar su tarea de cuidadora y se inician en un proceso de aprendizaje para llegar a descubrir "qué quieres tú".

Por último, cabe recordar que también los profesionales pueden asignar a la biología y no a la cultura el malestar y la insatisfacción de las mujeres. Es por esto, que cada vez es más necesario legitimar un tipo de prácticas sanitarias que incluyan lo social y lo cultural como elementos centrales para entender el por qué del sufrimiento de muchas mujeres.

Introducciones a debates

Violencia doméstica

> Isabel Ruiz Pérez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Al hablar de violencia contra las mujeres la denominamos violencia de género para señalar la importancia que en ella tiene la cultura, para dejar claro que esta forma de violencia es una construcción social, no una derivación espontánea de la naturaleza. En este concepto se incluyen todas las formas de maltrato psicológico, de abuso personal, de explotación sexual o de agresión física a la que son sometidas las mujeres en su condición de tales. La violencia doméstica es uno de los actos comprendidos en la categoría de violencia contra la mujer.

¿Cuántas mujeres son víctimas de la violencia doméstica? Los indicadores que se suelen manejar son los ofrecidos por el Ministerio del Interior en cuanto a número de denuncias y muertes por este tipo de violencia, pero estos datos corresponden tan solo a las cifras más elementales del fenómeno. En el año 2001 tuvieron lugar 24.158 denuncias, pero sólo un 5% de los casos de violencia doméstica llegan a denunciarse y además las agresiones que se registran son solo las agresiones constitutivas de delito o falta según el Código Penal.

Una forma de superar la dificultad de obtener información directa acerca de la violencia doméstica es tratar de conocerla a través de encuestas. La consulta directa a la población preguntando si conocen casos de violencia o la consulta directa a la población femenina preguntando si han sido objeto de algún tipo de agresión es un método alternativo utilizado para superar la ausencia de datos estadísticos. En numerosos países europeos se han realizado este tipo de encuestas en los últimos años para conocer la violencia sufrida por las mujeres. En España sólo se conocen los resultados de la encuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 1999, donde la frecuencia de maltrato dada por la mujer era del 4,2 y del 9,2% según la valoración de los encuestadores.

La discusión sobre diferentes aspectos de la violencia doméstica (frecuencia, factores asociados, actitud de la mujer, papel de los servicios sanitarios) se realizará a partir de los datos obtenidos en un estudio realizado mediante cuestionario autoadministrado a todas las mujeres que durante un mes acudieron a un centro de salud de la ciudad de Granada.

En cuanto a las causas de la violencia, y frente al abordaje epidemiológico clásico de "factores de riesgo" centrados en el agresor o en la víctima y desde la visión de la epidemiología social, se han propuesto modelos más complejos. Heise propone "un marco ecológico integrado" para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer. Este marco estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y socio-cultural.

Las dificultades para conocer las cifras de la violencia doméstica son enormes, aun en aquellas sociedades en las que ha aumentado la conciencia acerca de este problema.

En un informe del Center for Communications Programs, de la Universidad Johns Hopkins, donde se revisan cerca de 50 estudios de base poblacional realizados hasta 1999, entre un 10-69% de las mujeres a nivel mundial, referían maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida y entre un 18-58% en los países europeos. En los estudios comunitarios donde se indaga por los tres tipos de violencia conjuntamente, las frecuencias oscilan entre un 25-60%.

En España la información más utilizada es la ofrecida por el Ministerio del Interior y hace referencia al número de denuncias ocurridas a consecuencia de la violencia doméstica que llegaron a ser en 2002 de 30.199. En cuanto a la mortalidad, los datos más recientes muestran que en 2002, 52 mujeres murieron a consecuencia de la violencia doméstica.

A nivel nacional, los únicos datos de frecuencia que han sido hechos públicos, son los aportados por la Macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 1999 donde el 9,2% de las mujeres fueron consideradas "técnicamente" como maltratadas y un 2,1% se autodeclararon.

En el ámbito de la atención primaria, en Granada en 2002, se llevó a cabo un estudio para determinar la frecuencia y tipos de maltrato entre las mujeres asistentes a un centro de atención primaria y la respuesta que ellas daban a la violencia que padecían. La prevalencia de maltrato de cualquier tipo y en cualquier momento de la vida, fue de un 22,8%. El tipo de abuso más frecuente en el total de mujeres de la muestra fue el maltrato emocional (22,3%), seguido del físico (9,8%) y del sexual (5,1%). Más de la mitad de las mujeres maltratadas referían sólo maltrato psicológico.

Un 15% de las mujeres que sufrían o habían sufrido violencia, consultaron a los profesionales médicos su problema, es decir, tuvieron ellas la iniciativa y esto coloca al médico en una situación de especial responsabilidad en un tema tan trascendente, en el que la prevención y la detección precoz serían de una importancia vital para evitar secuelas posteriores y daños mayores.

Introducciones a debates

Evaluación del Plan de actuación del Gobierno andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres

> Mari Paz Gutiérrez Martín
Instituto Andaluz de la Mujer

Tras los desgraciados sucesos acaecidos en 1997 en nuestra Comunidad Autónoma y en todo el territorio español, se generó una gran sensibilización en la sociedad en general, en la que jugaron un papel muy importante los medios de comunicación, sobre la necesidad de poner fin al grave problema de la violencia hacia las mujeres.

En este sentido, el Pleno del Parlamento de Andalucía, en sesión celebrada el 12 de febrero de 1998, aprobó un conjunto de medidas que fueron recogidas en el *Plan del Gobierno andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres*, aprobado por el Consejo de Gobierno el 17 de febrero.

Este Plan, resultado del consenso de todos los grupos parlamentarios y de las propuestas de las asociaciones de mujeres, supuso un esfuerzo económico y una apuesta política del Gobierno andaluz que se materializó en 15 medidas concretas de actuación, con una dotación de 2.280 millones de pesetas para el periodo 1998-1999, y que se incrementó con la inversión del año 2000, lo que ha supuesto un total de 3 billones de pesetas.

El Plan se articuló en dos grandes bloques de medidas: uno dirigido a la población en general y otro segundo a las víctimas. Paso a destacarles algunos de los datos más relevantes de la evaluación del Plan realizada por el IAM.

Andalucía cuenta actualmente con:

- > 479 plazas en centros de acogida, respecto a los 308 que teníamos en el año 98.
- > Con este número de plazas hemos acogido durante este periodo a más de 7.000 personas (mujeres y sus hijos).
- > Un total de 623 acogimientos se gestionaron a través del teléfono 900 200 999, servicio que atendió 5.860 consultas sobre malos tratos en este periodo.
- > Se concedieron 474 ayudas económicas a mujeres víctimas de malos tratos a su salida de las casas de acogida.
- > En el Servicio de Defensa Legal se facilitó asistencia jurídica a 1.505 mujeres.

- > Se dio orientación y formación para el empleo a 400 mujeres, de las que el 60% consiguió un puesto de trabajo.
- > Asimismo, se realizaron 115 actividades formativas en las que participaron 8.443 profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad, de la docencia, de la sanidad, de la justicia y de los servicios sociales.

Éstas, entre otras medidas, conformaron en 1998 el primer *Plan de actuación del Gobierno andaluz contra la violencia a las mujeres*, que supuso un gran avance en la erradicación de los malos tratos y que han situado a nuestra Comunidad en la vanguardia, pero somos conscientes que aún queda mucho por hacer y que debemos continuar trabajando para impedir que se siga atentando contra derechos fundamentales de las mujeres, como son la dignidad y la vida. Y es por lo que estamos hoy aquí, para presentar un nuevo Plan de acción que el Consejero de la Presidencia nos va a adelantar.

Plan de acción del Gobierno andaluz contra la violencia hacia las mujeres 2001-2004

Con el Plan del 98 hemos conseguido avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres. Una violencia que para el Gobierno andaluz tiene la categoría de problema de Estado, y una violencia que hay que conseguir erradicar.

En ese compromiso hoy quiero presentarles un primer avance de lo que será, en muy breve plazo, el *Plan de acción del Gobierno andaluz contra la violencia hacia las Mujeres 2001-2004*.

El Plan está estructurado en tres grandes bloques de acción:

- > Medidas de prevención y sensibilización
- > Medidas de atención a las víctimas
- > Medidas de coordinación institucional

El primer bloque trata de dar un nuevo impulso al desarraigo de la violencia de género de nuestra sociedad.

Somos conscientes que la desaparición total de esta problemática es cuestión de un cambio generacional. Por ello, vamos a impulsar nuevos trabajos de investigación que amplíen el conocimiento de las distintas formas de violencia y aporten, como conclusión, nuevas estrategias de acción.

También en este sentido, vamos a seguir sensibilizando al conjunto de nuestra sociedad sobre el derecho de las mujeres a vivir sin violencia. En este nuevo Plan queremos llegar hasta

sectores de la población que por su especificidad son de más difícil acceso, como son las mujeres rurales, o los jóvenes en general, utilizando para ello campañas especializadas y los mecanismos que más se adecuen a sus propios intereses.

Dentro de este conjunto de medidas dirigidas a la prevención, vamos a prestar una especial atención a la educación de nuestros niños y jóvenes que conformarán la Andalucía de mañana.

Por ello uno de los ejes prioritarios de este primer bloque del Plan, será promover la concienciación y prevención en el ámbito educativo.

Tanto en la enseñanza obligatoria, donde se arbitrarán espacios de reflexión y análisis entre la comunidad educativa, que podrán concretarse en una asignatura optativa de ESO; como a nivel universitario, en el que sería muy positivo que el resultado de todo el trabajo en el que ya venimos colaborando satisfactoriamente con las universidades se viera reflejado a través de la docencia directa.

En segundo lugar, el Plan contempla un conjunto de nuevas medidas de atención directa a las víctimas, que se subdivide en dos áreas de acción: de atención jurídica y de atención social.

Las andaluzas, y las mujeres en general, han demostrado cierta desconfianza ante la legislación actual que no da una respuesta adecuada, ni en las condenas a los agresores, ni en la reparación del daño.

En este sentido vamos a arbitrar un conjunto de medidas jurídicas que traten de paliar los vacíos legales que existen y que, en defecto de una ley integral, evidencien que la violencia hacia las mujeres es un problema de Estado.

Para ello, pondremos en marcha un Servicio de Asesoramiento Jurídico e Intervención Inmediata 24 horas, que junto a la asistencia jurídica gratuita de los turnos de oficio especializados ofrezca la atención legal necesaria para que estas mujeres puedan afrontar los procedimientos con total garantía.

Vamos a exigir al Gobierno de la Nación, la indemnización a las víctimas de malos tratos, instando a la reforma de la Ley 35/95, de Atención a las Víctimas de Delitos Violentos, y prestando todo el asesoramiento necesario para que estas mujeres obtengan la indemnización que les corresponda.

En nuestro compromiso institucional con la erradicación de la violencia de género y ante la responsabilidad de este Gobierno de que ninguna agresión a una mujer quede impune, la Junta de Andalucía se personará en los procedimientos de especial gravedad.

También vamos a poner en marcha una medida pionera de asesoramiento jurídico y en su caso, sistema de garantía para aquellas mujeres que junto a los malos tratos, padecen la violencia económica. Poniendo de manifiesto, que quien incumple una sentencia judicial de pago de pensiones alimenticias, está cometiendo un delito.

En una segunda área de atención, vamos a apoyar a estas mujeres con la atención psicológica y social que necesitan.

Todas las mujeres que acudan a la Junta de Andalucía a solicitar ayuda frente a un caso de malos tratos, encontrarán la atención adecuada que su situación demanda.

Y en esta dirección, consolidaremos la red de servicios de atención y acogida a mujeres víctimas de malos tratos y a sus hijos, que han hecho de Andalucía un referente. Reforzando la atención psicológica y el servicio telefónico 900 200 999.

Seguiremos afianzando el sistema de ayudas económicas, crearemos una vía de acceso a viviendas de promoción pública en régimen de alquiler y pondremos en marcha un nuevo sistema de acceso al empleo con ayudas a la contratación y nuevas líneas para el autoempleo.

Y por último, el tercer bloque es el destinado a la coordinación institucional.

Si con el primer Plan, gracias al procedimiento de coordinación que firmamos en noviembre de 1998, fuimos capaces de lograr la colaboración de todos los ámbitos implicados en la atención directa a las víctimas de la violencia hacia las mujeres (servicios sociales, operadores jurídicos, sanitarios y el ámbito policial), vamos a seguir en esta misma dirección acercándonos al círculo más próximo a las mujeres, como son sus municipios de residencia, las asociaciones y colectivos de mujeres.

Para ello crearemos la *Red de municipios contra la violencia hacia las mujeres*. Una red que se extenderá por todos los rincones de nuestra geografía, impulsando programas municipales que contribuyan a la prevención y a la erradicación de los malos tratos, coordinando los recursos existentes en los ayuntamientos andaluces.

Constituiremos un nuevo órgano, la *Comisión Andaluza contra la violencia de género*, que velará por la coordinación de todas las actuaciones que en materia de violencia hacia las mujeres se lleven a cabo en Andalucía.

Este es el nuevo reto del Gobierno andaluz para seguir avanzando en la erradicación de la violencia hacia las mujeres, espero y deseo que todos vosotros os sintáis parte de esta empresa, porque sin vuestra colaboración será mucho más difícil.

De todos es sabido el papel fundamental que los medios de comunicación han tenido y siguen teniendo en la visualización de la violencia contra las mujeres. Como instrumento efectivo de conformación de la opinión pública, gozan de una potencialidad que debe ser empleada para transformar los valores y actitudes discriminatorios existentes en nuestra sociedad.

Experiencias

Mesa técnica de salud para la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales

> Lola Blanca

Delegación de Salud de Málaga

El 17 de febrero de 1998 el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó el *Plan de actuación del Gobierno andaluz, para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres*, en el que se recogen las medidas aprobadas por el Parlamento de Andalucía.

Este Plan, en su medida 7ª, prevé la elaboración de un procedimiento de coordinación de los ámbitos judicial, policial, sanitario, social y de los servicios de información a la mujer implicados en la atención a las mujeres que sufren violencia. También comprende el desarrollo de directrices que faciliten la intervención profesional, dirigida a este grupo de población.

En cumplimiento de las medidas anteriormente mencionadas, y al objeto de desarrollar y potenciar una actuación coordinada que permita un tratamiento globalizado e integral de la asistencia a las mujeres que sufren malos tratos, las Conserjerías de la Presidencia, Gobernación y Justicia, Salud y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Delegación del Gobierno en Andalucía, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, en su compromiso de aunar esfuerzos para trabajar en orden a erradicar la violencia de género, adoptan un Procedimiento de coordinación, en el cual se establece un marco de actuación a nivel intersectorial, cuyo compromiso fue firmado por todos los sectores responsables de la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales, el día 26 de noviembre de 1998.

En consecuencia, la Delegación de Salud de Málaga constituye la *Mesa técnica de salud para la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales*, con la finalidad de facilitar el cumplimiento, a nivel provincial, de los compromisos adquiridos en el sector salud.

La implantación de esta mesa, esta orientada a la consecución de tres objetivos prioritarios:

- > Establecer un marco de coordinación de las diferentes estructuras asistenciales implicadas en el proceso de atención de las víctimas en la provincia de Málaga.
- > Garantizar un abordaje de este problema de forma homogénea, a nivel provincial.
- > Implantar un sistema de registro, desde el nivel provincial, que garantice la disponibilidad de la información necesaria sobre el problema, desde el sector salud.

Experiencias

Otra herramienta de mediadores. Sí da, no da

> Consejo de la Juventud de Andalucía
Sevilla

Descripción

Consiste en un golpe humorístico que pretende, desde una perspectiva simpática pero rigurosa en la información que transmite, prevenir las enfermedades de transmisión sexual, centrándose en el VIH-sida.

Aunque el contenido de esta experiencia es el VIH, nos deja entrever otra de las herramientas con las que trabaja el Consejo el campo de la educación para la salud para y con los jóvenes, como estrategia para llegar hacia esos grupos de edad y hacerles protagonistas de su propia salud.

Palabras clave:

- > Directo
- > Ameno
- > Divertido
- > Formativo
- > Educativo
- > Interactivo

Escenificación:

Tres doctores llevan a cabo una clase magistral sobre los beneficios de la utilización del preservativo, como método de barrera en la transmisión del VIH.

Valores a destacar:

- > Otra forma de hacer llegar la información a los jóvenes.
- > Método directo y ameno de transmitir las ideas.
- > Se escenifica en su lenguaje y esto permite una fácil comprensión del mensaje y de las herramientas para manejarse ante los riesgos.
- > Se es más receptivo a esta manera de transmitir valores e información.
- > Casi todas las campañas de sensibilización e información sobre los temas que atañen a los jóvenes se quedan en lo que hay y lo que no hay que hacer respecto a determinados comportamientos de riesgo. Este taller muestra como en la vida cotidiana de cualquier joven se presentan situaciones de riesgo con las que puede encontrarse y cómo hacerles frente.

Experiencias

Programa de prevención de embarazos juveniles y enfermedades de transmisión sexual *Enróllate conmigo*

> Mercedes Reino Fernández y Rosa Orejón Sanz

Servicio de Salud

Delegación de Salud de Sevilla

Introducción

La iniciativa de la Consejería de Salud de dar respuesta al aumento de los embarazos juveniles y las enfermedades de transmisión sexual hace que la Delegación Provincial de Salud de Sevilla, junto con la Diputación Provincial, elaboren un proyecto de intervención sobre promoción del uso del preservativo entre los jóvenes.

Para la puesta en marcha de este proyecto se seleccionó el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaira, por el número de embarazos juveniles que se registran en esta localidad, por la incidencia de sida, así como por su trayectoria de trabajo con jóvenes.

Se realizó una primera fase de investigación a través de grupos de discusión con los propios jóvenes, seleccionados de los IES de la localidad. Se pretendía conocer sus opiniones, actitudes e imagen social del preservativo y el uso de éste por parte de los jóvenes. Igualmente se recogieron todas las aportaciones y sugerencias que quisieron realizar sobre distintos aspectos del programa (máquinas expendedoras, lugar de colocación, logotipos para la campaña, etc.).

El día 15 de julio se puso en marcha el programa experimental en el Centro Polivalente Juvenil San Francisco de Paula, donde se celebraban los *III Juegos de verano Ciudad de Alcalá*.

Objetivos

General

Prevenir embarazos juveniles y enfermedades de transmisión sexual a través de la utilización de los preservativos.

Específicos

- > Garantizar una mejor accesibilidad de los jóvenes a los preservativos.
- > Informar sobre su correcta utilización.
- > Diseñar actividades para hacer atractivo el uso de los preservativos para los jóvenes en sus relaciones sexuales.

Actividades

Acto de presentación con rueda de prensa celebrada por el Diputado del Área de Servicios Sociales, la Concejala de Juventud de Ayuntamiento, el Director del Distrito de Alcalá-Dos Hermanas y el Delegado Provincial de Salud. Paralelamente, un pasacalles presidido por la mascota de la campaña recorría los alrededores del recinto repartiendo preservativos a los jóvenes allí congregados por los campeonatos deportivos. Este pasacalles estuvo organizado por la Asociación juvenil *Jóvenes activos*, que han colaborado desde el principio y de forma permanente en el proyecto y cuya aportación fue muy importante para la elaboración de los materiales divulgativos y el diseño de la citada mascota.

Por otra parte, se montó una estrategia de difusión a través de los medios de comunicación realizando programas de radio y cuñas publicitarias.

Se instalaron las máquinas expendedoras en la Casa de la Cultura y en el Centro de Servicios Sociales, lugares que habían sido sugeridos por los jóvenes en los grupos de discusión. Para el mantenimiento de las máquinas se formalizó un acuerdo con la Asociación *Jóvenes activos*.

Cada año se han realizado talleres de sexo más seguro en los grupos de 4º de ESO de todos los IES de la localidad.

Después de dos años de funcionamiento, en el año 2001 el programa se consolida con la firma de un convenio entre las tres instituciones implicadas.

Familia, cuidados
y calidad de vida



Capítulo III

Conferencias

La Salud Pública, la otra cara de la organización sanitaria

> Excmo. Sr. D. Francisco Vallejo Serrano

Consejero de Salud

Junta de Andalucía

Este primer Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía está organizado por la Consejería de Salud, en colaboración con el Instituto Andaluz de la Mujer, el Instituto de la Juventud, las Consejerías de Educación y de Asuntos Sociales y el Consejo de la Juventud de Andalucía. La presencia en este Foro de todos ustedes, la magnífica respuesta que hemos tenido desde diferentes sectores profesionales, institucionales y desde otras CCAA son un exponente de que abordamos hoy unas Jornadas del máximo interés social y político que -aunque están centradas en Andalucía- trascienden por su importancia a nuestro territorio y abren un espacio para el debate sobre el futuro de las políticas de Salud Pública en nuestro país y sobre cómo responsables políticos, profesionales y sociedad organizada pueden trabajar juntos con un objetivo común; mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos.

Por ello, quiero felicitar especialmente a los Comités organizador y científico de este Foro por su esfuerzo y su trabajo y también por su acierto en el enfoque y los objetivos del Foro, que han sabido conciliar el interés y la participación de todos.

Para mí es una gran satisfacción el tener la oportunidad de dirigirme a un auditorio de procedencia tan diversa, que mantiene el denominador común de orientar parte de su trabajo a conseguir mayor salud en la población. En esta ocasión, hablamos de Salud Pública con mayúsculas, es decir, con todos los condicionantes que vinculan al bienestar y a la convivencia entre las personas que viven en Andalucía.

Y digo que me es especialmente grato porque, habitualmente y de forma reiterada, las comparecencias públicas y profesionales a la que mi responsabilidad me obliga se concentran muchas veces en aspectos de la gestión de los servicios sanitarios que preocupan a los ciudadanos (temas como las listas de espera, las necesidades asistenciales, la mejora de la gestión, los gastos sanitarios, etc), y no es que esto no sea necesario o útil, pero en política sanitaria es necesario equilibrar las cosas y abrir espacios para la reflexión y el análisis de las causas que tienen una mayor incidencia en la salud de las personas, considerando la salud como un bien en sí mismo, como un aspecto clave en el bienestar y como cemento que contribuye a la convivencia y a la cohesión social.

El Consejero de la Presidencia de la Junta de Andalucía, en su anterior intervención, ha abordado uno de los aspectos más claves para el futuro de la Salud Pública en la actualidad, que es el abordaje del trabajo intersectorial y lo ha hecho desde la perspectiva del reto que supone para los servicios públicos. Me corresponde en mi intervención complementar esta visión con una perspectiva desde el sector salud, profundizando en lo que se puede definir como "la otra cara de la organización sanitaria", aquella que es quizás más oculta y que trabaja tejiendo redes con la sociedad organizada y con otros sectores y administraciones para involucrar a todos en las responsabilidades compartidas que en el momento actual suponen la salud y sus principales determinantes.

Permítanme que, para este análisis, haga previamente una breve introducción sobre la Salud Pública y sobre algunos factores que hoy son determinantes a la hora de analizar las políticas públicas en el escenario actual de los países desarrollados.

1. La Salud Pública en el siglo XXI

De las múltiples definiciones que se han acuñado en la ya larga historia de la Salud Pública, considerada como ciencia y como cuerpo de conocimientos, la que quizás más se ajuste hoy a la realidad de nuestra sociedad es la que realizó en su día el informe Acheson, según el cual: "Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante el esfuerzo de la sociedad". A esta definición, el grupo nacional de estándares de Salud Pública británico añadió que "estos esfuerzos han de abordar tanto las políticas de salud y las causas que determinan la salud y la enfermedad, como la provisión de servicios sanitarios efectivos y eficientes". Esta definición acepta un enfoque globalizador de la Salud Pública enfatizando que aunque "con diferentes caras, se trata de la misma moneda". Más recientemente, el Institute of Medicine de los EE UU en 1988 definió las funciones esenciales de la Salud Pública, en un conocido informe, que ha abierto un debate muy importante en todo el mundo anglosajón, en tres grandes funciones: Valorar las necesidades (en el sentido de detección de las necesidades de salud de los ciudadanos, investigar riesgos y analizar los principales determinantes de la salud), desarrollar políticas de salud (en el sentido de construir alianzas para la salud, identificar y movilizar recursos en la sociedad, definir prioridades, desarrollar planes para atender las necesidades, etc.) y garantizar la prestación de los servicios (que significa, entre otras cosas, gestionar, desarrollar organizaciones, evaluar, informar a los ciudadanos, etc.).

Como vemos, el amplio concepto de la Salud Pública hoy en día suele colocar a políticos y gestores ante la disyuntiva de la necesidad de priorizar recursos y políticas repartidos entre las tres funciones, situando el peso de la inversión sobre todo en la vertiente de la garantía de las prestaciones, lo que ha hecho que la Salud Pública no haya tenido un desarrollo social

y profesional acorde con su importancia y que haya quedado muchas veces relegada ante "el peso específico de los servicios sanitarios" como determinantes del gasto sanitario. Un gasto en constante expansión que es preciso controlar, dirigir y adecuar a las posibilidades de la sociedad en cada momento. Una de los factores más potentes que existe en la sociedad mundial actual y que está conmoviendo los mismos cimientos de su organización como espacio de convivencia es el fenómeno de la globalización. Si entendemos por globalización la interdependencia económica de los países, provocada por el intercambio masivo de bienes, servicios y capitales y por la difusión acelerada de las tecnologías de la información, parece claro que la Salud Pública y los servicios sanitarios de los países desarrollados se van a enfrentar a retos parecidos en todo el mundo y que, de alguna forma, al converger en los problemas, van a converger también en las soluciones o las respuestas a estos problemas. Este fenómeno de la globalización está sometido a paradojas y contradicciones muy serias. El último informe de la ONU sobre el estado de la población en el mundo nos hablaba que más de 1.000 millones de personas viven con menos de un dólar al día y sin agua potable. 900 millones de personas no tienen acceso a servicios sanitarios. Un cuarto de la población mundial tiene una esperanza de vida menor de sesenta años y epidemias olvidadas hoy en Europa (como la malaria) y otras nuevas como el sida y el dengue, asolan continentes enteros como Asia y África, en un mundo cada vez más pequeño.

Este hecho, en sí mismo, debería hacer reaccionar al mundo desarrollado, pero incluso si lo vemos desde una perspectiva egoísta, no podemos dejarlo de lado si tenemos en cuenta que esta realidad está ya tocando a las puertas de los países desarrollados. Las presiones migratorias desde los países subdesarrollados, que en Andalucía están hoy muy presentes, forman parte de nuestra realidad cotidiana, de forma dramática a veces.

Las graves desigualdades que en la salud se están produciendo a escala planetaria -y dentro de muchos países-, van mucho más allá de lo que son puramente las políticas sectoriales en cuanto a su abordaje, pero sin duda alguna van a tener una repercusión muy importante -ya la están teniendo- en lo que a la Salud Pública, seguridad de los consumidores y prestación de servicios sanitarios en Europa se refiere. Este fenómeno condiciona el hecho de que a los factores que tradicionalmente hemos invocado como motores de cambio en los servicios de salud (el envejecimiento de la población, los nuevos problemas de salud emergentes, los nuevos medicamentos y tecnologías...) se unen hoy otros, con mucho peso, de los cuales algunos tienen una especial repercusión en la Salud Pública y en la forma de abordar la acción organizada en salud. Me refiero, en particular a:

- > La desaparición de las fronteras comerciales y el comercio sin barreras de productos alimentarios y químicos intermediarios de la cadena alimentaria, con nuevas tecnologías para la producción y transformación.
- > Un cambio -muy importante- de las expectativas sociales y de nuestras propias exigencias como consumidores mejor informados.

- > La aparición de nuevos riesgos químicos, biológicos o nucleares que ponen en cuestión los conceptos clásicos de seguridad en materia de salud.

En definitiva, los ciudadanos de la Europa de hoy pedimos calidad y queremos sentirnos seguros y protegidos. Junto a este factor de la "globalización" hay otro elemento especialmente relevante a la hora de analizar la Salud Pública actual en Europa, y es la gran tendencia a la descentralización y desconcentración de políticas y sistemas de salud, que ha jugado un papel central en la reforma de muchos países europeos como es el caso de España. En nuestro caso se ha tratado de una potente descentralización, en la medida en que se han transferido tanto la autoridad política como la responsabilidad administrativa y las competencias para la gestión del SNS.

Este modelo de traspaso (o devolución, como algunos prefieren llamar) de las responsabilidades y funciones políticas y de gestión a los gobiernos regionales o locales es el propio de los estados federados y las ventajas que se han podido obtener son diversas:

- > Mayor flexibilidad y mejor capacidad de respuesta a los cambios.
- > Mayor eficacia por una mayor cercanía y capacidad para identificar problemas y oportunidades.
- > Mayor capacidad de innovación.
- > Mayor capacidad para generar motivación y productividad.

Esta tendencia no se puede desvincular del proceso político de construcción de la Unión Europea. En una Europa que se construye con los objetivos de armonizar las políticas comunes de interés supranacional (economía, organización productiva, moneda, libre circulación de los bienes y las personas) y de aplicar al resto el principio de subsidiariedad (que lo haga aquél que esté más cerca y con mejor capacidad para responder a los problemas), el papel del Estado-Nación ha entrado en crisis.

Europa es hoy una gran comunidad de intereses compartidos donde las decisiones se van a situar -cada vez más- entre Bruselas por un lado y las regiones por otro, donde la necesidad de establecer vínculos de colaboración entre las regiones para favorecer la libre circulación es cada día más evidente. Debemos estar preparados para una nueva oleada de armonizaciones políticas en la Unión que va a tocar de lleno a la sanidad y a sus profesionales, y que sin duda va a afectar, entre otras, a las políticas de Salud Pública.

En este contexto, los servicios de Salud Pública serán un componente esencial del papel de las administraciones públicas, pero deberán ir más allá de sus tradicionales funciones de vigilancia y control de las enfermedades transmisibles, promoción y educación para la salud, monitorización de los indicadores de salud, sanidad ambiental, etc., que han concentrado su trabajo hasta ahora.

Deberán dejar paso a nuevas formas de organización -flexibles y más independientes- mejor capacitadas para ejercer de garantes de la seguridad de los alimentos; deberán abandonar el énfasis en los servicios personalizados de atención a grupos específicos (salud escolar, vacunaciones, sida, etc.) que cada día estarán más integradas en los servicios sanitarios normalizados; deberán poner mayor énfasis en trabajar sobre los espacios de convivencia y trabajo de las personas, estableciendo alianzas con responsables y colectivos afectados a favor de la salud en un enfoque intersectorial e interdisciplinar; deberán estar más capacitados para afrontar problemas de salud emergentes (EEB, atentados bacteriológicos...); deberán mejorar su capacidad investigadora y, en suma, deberán ser capaces de influir más en la planificación, organización y evaluación de los servicios de salud.

2. La Salud Pública en Andalucía. Un enfoque relacional

En este contexto y centrándome en la temática propia del Foro, se trata hoy de abrir un debate sobre qué estrategias son las mejores en la etapa actual, en Andalucía, para que gestionemos y disfrutemos de la propia salud.

El Gobierno de Andalucía ha emprendido en esta legislatura dos acciones de gran repercusión pública y sanitaria que pueden tener una proyección muy importante en la salud de la población andaluza.

La primera de ellas es la demanda civil presentada por el ejecutivo de la Junta de Andalucía contra las principales multinacionales tabaqueras que operan en España, en demanda de una compensación económica por los gastos ocasionados a la sociedad en el tratamiento de las consecuencias derivadas del hábito de fumar. El fumar es la principal causa determinante de muertes en Andalucía. Provoca alrededor de 10.000 muertes anuales, gran número de discapacidades precoces y comporta unos gastos anuales para la sanidad pública andaluza estimados en torno a los 350 millones de €.

Tras un intento infructuoso de llegar a un acuerdo negociado con las compañías tabaqueras, no ha quedado otra opción que abordar la demanda civil, que no va sola, sino que se ha acompañado de un potente programa de actuación contra el tabaquismo en Andalucía, que centra sus esfuerzos sobre todo en los más jóvenes y en el sector de los profesionales sanitarios, con estrategias educativas y preventivas y también con ofertas terapéuticas suficientes para ayudar al abandono del tabaco.

La segunda medida, muy relacionada con el fenómeno de la globalización económica y la desaparición de fronteras al comercio internacional, es la creación de una Agencia de Seguridad y Calidad Alimentaria en Andalucía, cuyo proyecto de ley se encuentra en fase de tramitación avanzada.

Tras las recientes crisis de salud alimentaria, que tuvieron una importante repercusión en la economía del sector agroalimentario en toda Europa y que generaron una gran alarma social, hasta el punto de poner en tela de juicio la competencia de las autoridades para ofrecer garantías de seguridad sanitaria a los consumidores, en Andalucía, y en coherencia con la política adoptada por la Unión Europea, se decidió crear esta agencia.

Una agencia que tendrá un carácter de órgano gubernamental (adscrito a Salud) pero marcadamente independiente en sus condiciones de funcionamiento, que se ocupará de velar por la seguridad y la calidad sanitaria de los alimentos que se consumen en Andalucía y que tendrá además competencias ejecutivas en cuanto a inspección y autoridad. Su ámbito de actuación comprende toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumo, incluyendo la salubridad del agua y los alimentos, así como el fomento de la nutrición saludable. Siendo estas orientaciones muy importantes, no me voy a centrar ahora en ellas. En mi opinión, el centro del debate de este Foro, hoy, se sitúa más en esa otra faceta de la organización sanitaria, que es justamente la Salud Pública como instrumento relacional y que afecta, esencialmente, a los problemas de salud que se derivan de nuestras relaciones en el entorno cotidiano.

No he encontrado mejor método para explicar cuál es la preocupación de la organización de salud por aglutinar la mejor respuesta a este tipo de situaciones, que repasar los problemas más relevantes en este área. Y hacerlo de una forma más funcional que analítica, sacrificando aspectos metodológicos para facilitar el entendimiento con otros sectores no estrictamente sanitarios.

Cuando hablamos de los problemas de los jóvenes en general (y asumimos ya el error de hablar tan en general), compartimos la importantísima inquietud social que tiene la comunidad sobre la convivencia con sus jóvenes en el momento actual. No hablemos ya de los riesgos para su salud.

Una juventud a la que, aparentemente, se le han dado las mayores oportunidades, parece que nos legitima para "exigirles todo". Es un colectivo con situaciones potencialmente problemáticas desde el punto de vista de la salud cotidiana, por lo que pretendemos y estamos empeñados en acercarles información, formación y los instrumentos para que puedan disfrutar de la vida, sin que por ello tengan que poner en peligro gratuitamente su salud o incluso, en ocasiones, la vida misma.

Para ello, podemos hablar de lo que estamos haciendo en el área afectivo-sexual, desde las medidas que puedan evitar las circunstancias y los riesgos no deseados, a través de una política de anticoncepción desarrollada precisamente desde la óptica de la Salud Pública y que impulsa la planificación sistemática y, en su caso, asegura el derecho a la anticoncepción de urgencia, hasta referirnos a las políticas de promoción, que se encargan de aportar la información necesaria, para el disfrute de este tipo de relaciones.

De igual modo, podemos hablar de los esfuerzos que ya se realizan para afrontar las adicciones (o si se prefiere, con el título de la mesa de este Foro: "convivir con las adicciones"). Son conocidas las actividades que desde el ámbito educativo y los servicios de salud, con el apoyo de Asuntos Sociales y con el trabajo directo con los jóvenes del Instituto y el Consejo de la Juventud, se realizan en proyectos como Forma Joven, ESO sin humo, Aprende a sonreír, etc.

Cuando hablamos de nuestros mayores, constatamos un importante y constante incremento de su esperanza de vida, pero además nos planteamos llenarla de calidad, de ilusión y de proyecto. Tienen por delante, nada más y nada menos, que un tercio de la vida a partir de, digamos, los 60 años. Y aunque es importante lo que se ha hecho hasta ahí, es aún más importante y decisivo en términos de prevención y promoción para esos años, lo que se haga de los 45 a los 60; aunque siempre hay tiempo, con márgenes más o menos reducidos, de plantearse una vida saludable. La nutrición y el ejercicio físico, como las dos caras de la misma moneda del programa que estamos construyendo, son clave para la reducción de los riesgos; la situación de otros trastornos de la salud como puede ser la hipertensión, aunque limitantes, los hace perfectamente compatibles con el disfrute de una buena calidad de vida.

Pero cuando hablamos con nuestros mayores, aparece en ocasiones la soledad, el incremento de las enfermedades mentales en términos de demencias degenerativas y, por tanto, una importante necesidad de cuidados y, más aún, de cuidar a los cuidadores... Son líneas de trabajo que convergen en el desarrollo del espacio sociosanitario. Y lo hacen:

- > Desde una perspectiva política porque, aunque es un reto asumido, precisa una apuesta decisiva para su concreción.
- > Desde una perspectiva humana, porque es una deuda contraída con los que han hecho posible, con un trabajo duro y prolongado, la sociedad democrática y del bienestar que hoy disfrutamos.

En definitiva, nuestros mayores son los que han hecho posible el desarrollo actual, precisamente, de los servicios públicos de salud y de los servicios sociales que, cuando se unen, constituyen la base del desarrollo de la Salud Pública sobre la que ahora avanzamos.

Me alegra comprobar que el Foro tiene presente, en distintas mesas y debates, la discusión de los problemas de los mayores, con el objetivo de organizar la respuesta más adecuada de los servicios público, en primer lugar, sin escatimar después los esfuerzos de otros. En último caso, estaremos todos de acuerdo en que ganar salud para los mayores es llenar de calidad nuestro propio proyecto.

En este orden de cosas, hemos de hablar de mujer y salud, y del recorrido de la respuesta sanitaria que estamos realizando en clave de género.

Además de la discriminación positiva a favor del hecho de ser mujer en sus etapas vitales: nacer y crecer como niña, la mujer adolescente y joven, el proyecto de mujer adulta y madura, especialmente en su vertiente de la salud reproductiva, y el poder disfrutar del último tercio de su vida, también como mujer; no podemos contentarnos con elementos de participación paritaria. Intentamos incorporarlos en un modelo social que se construye con la opinión y la decisión de las mujeres.

Desde esta premisa, aun reconociendo los esfuerzos realizados hoy por conseguir niveles de igualdad entre ambos géneros, y estimando que aún queda mucho por hacer, ponemos el acento en la búsqueda de la identidad de género, de los dos géneros, ya que el discurso cooperativo entre ambos presenta ventajas evidentes ante el que insiste en la confrontación.

Así lo hacemos cuando trabajamos en salud con las jóvenes y las mujeres maduras, en las que el modelo cooperativo y el proyecto compartido entre ambos géneros obtiene mucho mejores resultados. En esta línea hay que destacar que en los problemas de salud específicamente de la mujer, se ha producido un avance importante desde la perspectiva de género: programa de salud materno-infantil respecto a la salud reproductiva, proceso de atención a la anorexia y la bulimia en los trastornos alimentarios, atención a la mujer en la etapa del climaterio, atención a la violencia doméstica, etc. Entre todos ellos, destaca la prioridad de la atención a las situaciones de desigualdad, en la que coinciden, en algunos casos, la condición de ser mujer con situaciones de desventaja social: prostitución, mujeres inmigrantes, etc. ante las que se acentúa la necesidad de proporcionar una respuesta dirigida a la reducción de daños. Con frecuencia se precisa, además, de la participación de varios sectores, y la articulación de respuestas entre servicios y ONG que tienen acceso directo a esta población. De aquí los convenios actualmente en marcha en Andalucía para mejorar el abordaje y accesibilidad de estos grupos.

No es en absoluto incompatible trabajar a favor del proyecto de la mujer de hoy con la promoción de un marco familiar. Una familia andaluza que está inmersa en un proceso de transformación social acelerado, como en el resto de los países de nuestro entorno. Al respecto, los últimos informes técnicos, con una alta precisión, hablan de familias nucleares con reducidos proyectos de descendencia, de familias unipersonales, monoparentales, de hecho, reconstituidas con hijos de distinta procedencia... En suma, una diversidad basada en la capacidad de elección y en el devenir de una vida intensa. Atrás quedó la generalización de la familia extensa y el mantenimiento de situaciones insostenibles sobre la base de falsas seguridades o incertidumbres.

Ante la diversidad de la nueva familia andaluza hoy, el Gobierno andaluz ha acordado un apoyo decidido desde posiciones de progreso. Sabemos que cualquier esfuerzo político tiene un apoyo clave en los planes de familia, que se convierten así en un eje incuestionable en la estrategia, no sólo de la Salud Pública, sino de las políticas de bienestar.

De nuevo, no se trata sólo de medidas parciales y puntuales ("la ayuda a la familia habitual"), sino de planes integrados de apoyo, como una respuesta convergente a un núcleo donde se gestionan los instrumentos que son decisivos para obtener calidad de vida, que permitan afrontar los conflictos y riesgos que de la convivencia se derivan.

En una de las mesas que nos sigue habrá buena ocasión para tener esta discusión poniendo las cartas boca arriba, y estudiar los planes que en esta línea de apoyo a la familia se están realizando en Andalucía.

Hemos repasado lo que entendemos como las preocupaciones más relevantes, desde una perspectiva de relaciones en la sociedad, que tienen repercusión en la salud. Convenirán conmigo en que, en todas ellas, con claridad y sin apenas dudas, estas tareas sobrepasan con creces la responsabilidad de un solo sector y nos afectan a todos los que estamos implicados en conseguir más salud. Y lo digo, no en el sentido de diluir responsabilidades en un genérico "asunto de todos", o para descargar responsabilidades en otros; sino, muy al contrario, para tratar de responder conjuntamente en un marco de corresponsabilidad que abarca, además de los sectores públicos implicados, a la responsabilidad individual y colectiva de los ciudadanos y de aquellas iniciativas privadas que pretendan objetivos de bienestar.

Para entendernos: en el ejemplo del problema de la dimensión del alcohol entre los jóvenes y sus repercusiones en la salud, oímos con frecuencia: "la culpa es de los padres", "la culpa es de la violencia televisiva", "es que el ámbito educativo no cumple con su cometido" o "es que los servicios de salud no realizan la prevención necesaria"...

Ante este sistema de imputar responsabilidades, desde aquí estamos empeñados en construir un nuevo discurso lleno de respuestas conjuntas. ¿Que es difícil? Ya lo sabemos. Pero también sabemos que ya están en marcha importantes iniciativas intersectoriales que se van a presentar en este mismo foro. Por lo tanto, partimos de una realidad en desarrollo que sostiene una apuesta política concreta y que, por su parte, se compromete a incorporarla en los planes de los servicios públicos. Insistimos: se precisa y pretende la implicación de las iniciativas privadas en objetivos de bienestar, también de Salud Pública y, sobre todo, se busca la implicación del ciudadano como sujeto activo de los procesos, tanto individualmente como a través de sus asociaciones. La organización sanitaria está asumiendo en la elaboración de los planes del sector salud dos grupos de metas y objetivos compatibles y complementarios:

- > Unos dedicados al avance del nivel asistencial y los propios servicios de salud, en términos de calidad y de reorientación para asumir tareas de Salud Pública.
- > Otros dedicados a obtener un espacio cada vez mayor para afrontar y reducir riesgos, y para posibilitar el disfrute de aspectos positivos de la salud que, como hemos visto, precisan de un enfoque intersectorial.

Esto obliga a incluir desde su elaboración a los actores implicados: desde el operativo económico hasta la participación de otros sectores y de los ciudadanos y sus asociaciones.

Sin embargo, hay un largo camino por recorrer. En la encrucijada actual, aún existe un divorcio evidente entre uno y otro gran bloque de objetivos, que se concreta en la disputa por la atención y la distribución de los recursos. En otras palabras, cada bloque pugna por conseguir los objetivos que afectan a su reducida parcela de responsabilidad, en perjuicio de un compromiso más amplio y eficaz. Sólo así pueden entenderse ocasionales contraposiciones entre lo asistencial y lo preventivo, entre el trabajo propio de cada sector y el trabajo entre varios sectores, entre el nivel de planificación y gestión y los profesionales y actores de la acción local. Y esto, aunque en cierto nivel seguirá siendo inevitable, también es solventable de modo evidente ya que están apareciendo cada vez más espacios abiertos al trabajo intersectorial, como vuestras experiencias lo demuestran.

Esta es la otra cara de la organización sanitaria, en la que estamos trabajando y para la que pedimos la colaboración comprometida de todos los sectores y las administraciones aquí representadas.

Este enfoque, en la línea con las metas establecidas por la región europea de la OMS para el siglo XXI, va a ser determinante en la formulación del III Plan Andaluz de Salud que ya estamos elaborando. Un Plan que debe ser ampliamente participado por todos porque no es un plan sectorial sino un Plan de Gobierno. Un Plan de Salud que debe incorporar enfoques nuevos y donde es preciso aplicar la perspectiva que formuló Kickbush en 1999 como vía para entender la acción en políticas de Salud Pública para el nuevo siglo: la "glocalización" que significa "pensar globalmente y trabajar localmente".

Un plan, en definitiva, que busca promover la responsabilidad social y la inversión en salud como parte de un objetivo más global de desarrollo social y económico, equitativo, generador de recursos y sostenible. Ahora, puede entenderse que este Foro para nosotros no sea tan sólo un compromiso, sino una oportunidad para construir conjuntamente una sociedad más saludable.

Deseamos así una discusión viva y productiva y un debate agradable, que nos aporte propuestas realistas y aplicables a todos en esta línea de trabajo que hemos emprendido en Andalucía.

Ponencias en mesas

Desarrollo de políticas de apoyo a las familias andaluzas por la Junta de Andalucía

> María de la O Jiménez Otero

Asesora del Consejero de la Presidencia

Coordinadora General del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas

Junta de Andalucía

Cumpliendo con el compromiso del Presidente de la Junta de Andalucía en su discurso de investidura, se aprueba el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas, que viene a establecer un conjunto coherente de medidas, servicios y ayudas en apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global. Así, se incide en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas.

Creo que todos compartimos que la familia juega un papel muy importante en la sociedad andaluza y también que la familia ha vivido en los últimos años profundas transformaciones que se traducen no sólo en cambios de estructura, sino también en las propias relaciones que se dan entre sus miembros.

Sin embargo y a pesar de los cambios, las familias continúan siendo la primera expresión de solidaridad que percibe todo ser humano, constituyendo el ejemplo más básico de organización social existente y por ello, merecen la máxima valoración social y el más importante y directo apoyo por parte de la instituciones públicas. En cualquier caso, es una realidad que existen diversas estructuras familiares: la denominada nuclear conyugal, las unipersonales, las monoparentales y las uniones de hecho.

Para nosotros, todas estas formas de familias tienen el mismo valor, todas se merecen el mismo respeto e idéntica protección y reconocimiento, todas responden al derecho de las personas de constituir núcleos afectivos y de convivencia que colmen sus expectativas y deseos.

La inmensa mayoría de los andaluces valora la familia por encima de cualquier otra institución, aunque se ha producido una transformación que va unida a nuevos modelos de familias, al envejecimiento de la población por una mayor esperanza de vida, a la equiparación

social de mujeres y hombres frente a la falta de implicación de éstos en la vida familiar y a la permanencia prolongada de los jóvenes en el núcleo familiar.

Es en el seno de las familias donde se produce el nacimiento, el aprendizaje y el desarrollo de los sentimientos que acompañan, en mayor o menor medida, a todas las personas a lo largo de su existencia. Son esos sentimientos y esos afectos los pilares del desarrollo humano. Los lazos de confianza, afecto y solidaridad existentes entre los miembros de una familia, son un auténtico capital social, que establece la base del posterior capital humano y profesional de las personas. Por ello, las familias deben estar regidas por los principios de libertad, igualdad y solidaridad, interna y externa. Unas familias en las que es necesario que todos sus miembros puedan compartir de forma justa, solidaria e igualitaria derechos, obligaciones y por tanto responsabilidades.

De ahí el porqué de este Decreto: para que cada persona en Andalucía decida libremente qué modelo de familia quiere constituir, qué número de hijos desea tener; en definitiva, para hacer de la libertad familiar un derecho pleno y efectivo, sin límites ni trabas.

Sin embargo, las consecuencias directas de la sobrecarga familiar recae aún, fundamentalmente, sobre las mujeres. Así se produce un excesivo peso en la atención a los mayores, los hijos, las personas con discapacidad y, en general, a toda la unidad familiar.

Por otro lado, los problemas derivados de la actual situación del mercado laboral, y las dificultades de las mujeres y hombres para compaginar la vida laboral y familiar, ha generado un retraso importante en la edad de tener hijos y, a menudo, supone renunciar a un segundo o tercer descendiente, y por consiguiente, una caída importante de la natalidad. Por estos motivos el Gobierno andaluz ha valorado la necesidad de establecer las medidas previstas en el citado Decreto para que la vida familiar no suponga ninguna restricción, ni personal ni profesional, para ninguno de sus miembros, sean mujeres u hombres.

Las insuficiencias del estado del bienestar están sobrecargando a las familias y dificultan el desarrollo personal y profesional de sus miembros. Nuestro todavía joven estado del bienestar garantiza por un lado el derecho a la sanidad, por otro, el derecho a la educación, y por último, el derecho a la pensión. Pero nos faltaba el acceso a los servicios de ayuda a las familias.

Las Instituciones Públicas deben asumir muchos de los servicios que actualmente prestan las familias, mostrando mayores cuotas de solidaridad con las mismas, en correspondencia con la solidaridad que la familia muestra para con el conjunto de la sociedad. Del mismo modo, en el interior de las familias, es necesario propiciar un mayor grado de igualdad entre sus miembros, que se debe basar en un trato justo y equitativo entre los mismos, formándolos en la solidaridad, el reconocimiento y el respeto intergeneracional.

Desde esta perspectiva, se establecen medidas, servicios y ayudas que, en sí mismas no pretenden fomentar la natalidad, ni eludir responsabilidades de la población adulta con respecto a la infancia o la ancianidad. Pero que sí van a contribuir a facilitar que las mujeres y hombres andalu-

ces puedan afrontar de forma igualitaria su proyecto de desarrollo personal y profesional, y a formar libremente, sin condicionantes económicos o personales, el tipo de familia que deseen.

Al implantar estos servicios, estaremos de modo real y efectivo favoreciendo la creación, desarrollo y estabilidad de las familias andaluzas; aseguraremos que los padres y madres puedan conciliar la vida laboral y familiar; estaremos ayudándoles a resolver sus dificultades; impediremos que algunos de sus miembros -principalmente las mujeres-sacrifiquen sus carreras profesionales para cuidar a los suyos; nos comprometemos a defender la igualdad de géneros; atenderemos en su propio entorno social y familiar a las personas mayores y personas con discapacidad que viven solas o formando parte de familias jóvenes; y específicamente, ayudaremos a resolver los problemas de aquellas familias unipersonales y/o monoparentales. En desarrollo del Decreto, se están implantando treinta nuevas medidas que se suman a las ya existentes, cuyo enfoque y naturaleza trasciende a cualquier clasificación aunque puedan estar comprendidas en el área social, educativa o sanitaria, porque están dirigidas de forma integral, exclusivamente, a ayudar a resolver las dificultades que actualmente tienen las familias.

Este Decreto va dirigido a las familias de rentas bajas y medias, prestando una especial atención a los problemas de las capas medias urbanas. Es un acto de gobierno que se traduce en un Decreto, y en sus correspondientes órdenes de desarrollo, un total de catorce, que ya han sido publicadas, con sus plazos y presupuestos. Es una estrategia de apoyo, que no de subsidios, que busca, con independencia de las ayudas económicas directas que se establecen, la cooperación con las familias que desean y necesitan el bienestar y el progreso.

Esta filosofía cooperativa es la que está en la raíz de la estructura de participación, en los costes que se establecen en el Decreto, si bien se otorgan bonificaciones de distintos porcentajes, según los casos, en aquellos supuestos que no superen la limitación de ingresos de la unidad familiar establecida y modulándose según los mismos. En algunos servicios, la bonificación puede alcanzar el 100% del precio o valor del que se trate.

En primer lugar voy a referirme a las medidas destinadas a las familias con hijos:

Se establecen ayudas económicas para las familias andaluzas que tengan uno o más hijos menores de tres años al nacer su tercer o sucesivo hijo. En este caso la ayuda no va destinada a la natalidad sino a paliar las dificultades económicas que supone para una familia tener un tercer hijo cuando alguno de los anteriores aún no han cumplido tres años, edad hasta la que se requiere mayor esfuerzo de todo tipo.

Del mismo modo, con idéntica finalidad y atendiendo a la singular circunstancia de un nacimiento doble, triple o superior, se establecen ayudas económicas por parto múltiple durante los primeros tres años de vida de los nacidos.

Por otra parte y al objeto de facilitar la incorporación a la actividad laboral de las personas que interrumpieron temporalmente su presencia en el mercado de trabajo para atender a sus hijos menores de 3 años, se incentivará la contratación estable de aquellos que sean

contratados en los 48 meses siguientes a la fecha del último nacimiento. Dicho incentivo consistirá en una ayuda económica de hasta 6.000 €.

Se amplía además, el número de guarderías infantiles de 4 meses a 3 años, creándose 10.000 nuevas plazas en este año y priorizando el acceso para aquellas familias en que padre y madre trabajen o, en caso de familia monoparental, trabaje la persona de referencia. La bonificación se establecerá por tramos de ingresos de la unidad familiar, pudiendo alcanzar el 100%.

Las guarderías, tanto las dependientes de la Administración de la Junta de Andalucía como las concertadas, tendrán un horario ininterrumpido de 7:30 a 20 horas de lunes a viernes todos los días no festivos, durante 11 meses al año, con servicios de aulas de acogida y ludotecas infantiles.

En materia educativa se amplía el horario de los centros docentes, pudiendo abrir sus instalaciones desde las 7:30 hasta las 18 horas todos los días lectivos. Sus instalaciones deportivas podrán ser utilizadas fuera del horario anterior hasta las 20 horas en los días lectivos y de 10 a 20 horas en el resto de los días durante el curso escolar.

El periodo de tiempo entre las 7:30 y la hora de comienzo de la jornada lectiva será considerado como "aula matinal". El acceso a este servicio podrá ser solicitado por días determinados o con carácter continuado.

A partir de la finalización de la jornada lectiva de la mañana y durante dos horas, los centros docentes públicos prestarán servicio de comedor para niños de 3 a 16 años.

Fuera del horario lectivo y a continuación del tiempo destinado a comedor, los centros docentes públicos de educación infantil, primaria y secundaria ofrecerán diferentes actividades de ocio, deporte, idiomas, informática y otras de similar naturaleza que aborden otros aspectos formativos de interés para los alumnos.

Los servicios en materia educativa mencionados estarán sujetos para su aplicación a que exista una demanda mínima suficiente, estableciéndose en todos los casos participación en el coste por parte de los posibles usuarios, con una bonificación que podrá alcanzar el 50% del coste de los servicios. En el presente año estas medidas se ofertarán en 300 centros, y se prevé que los utilizarán 50.000 alumnos.

Con el objetivo de llegar a las familias andaluzas de rentas medias, se convocarán anualmente 150.000 ayudas, en forma de cheque-libro, para la adquisición de libros de texto. Estas ayudas tendrán una cuantía por valor de 75 euros

Otras medidas educativas que se plantean son las becas para estudios universitarios a aquellos jóvenes que realicen actividades de prestación social en ONG y el asesoramiento y atención educativa en los casos de situación compleja y problemática familiar que afecte a alumnos de los centros docentes públicos de Andalucía y a sus familias.

Por último y con la finalidad de paliar la sobrecarga familiar que ocasionan determinadas psicopatologías en la población infantil y juvenil, se creará una red especializada para las patologías más complejas que comprenderá hospitales de día y hospitalización completa. Asimismo, se establecerán medidas para consolidar la atención comunitaria desde los equipos de salud mental de los distritos de atención primaria de salud.

En cuanto a las medidas previstas para familias con personas mayores y/o con discapacidad:

Se establecen ayudas económicas para las familias andaluzas con personas mayores, destinadas a mejorar la seguridad y adecuación funcional de las viviendas que constituyan residencia habitual y permanente de estas personas. Estas ayudas consistirán en la subvención del 70% del presupuesto de las obras necesarias y definidas previamente a tal objeto.

Debido a los problemas de dependencia y discapacidad de los menores y mayores de 65 años, se hace necesario establecer y reorganizar servicios sociosanitarios que ayuden a la unidad familiar. En este sentido se establecerá una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación en los distritos de atención primaria que contará con médicos rehabilitadores y fisioterapeutas. Del mismo modo se prevé la posibilidad de convenios con los ayuntamientos para disponer del uso de sus instalaciones deportivas para tal finalidad. A su vez, se reforzarán los equipos enfermeros en los grandes núcleos de población para mejorar los cuidados a domicilio.

Otra medida de carácter sociosanitario consiste en la implantación del Plan Andaluz de Alzheimer para hacer frente a los problemas que plantea dentro de la familia y del hogar el padecimiento de la enfermedad de Alzheimer por alguno de sus componentes.

En relación con los servicios sociales para personas mayores y/o con discapacidad, hay que resaltar la adecuación de los centros de día para incrementar la calidad y oferta de servicios y actividades, entre ellas la de comedor, con una bonificación del 50% para los titulares de la tarjeta Andalucía-junta-sesentaycinco-oro, garantizando la convivencia de géneros en condiciones de igualdad. A su vez, se dotarán de equipos informáticos, al igual que los centros residenciales, con la finalidad de que sus usuarios puedan conocer y utilizar las nuevas tecnologías.

Asimismo, se establecen por primera vez programas de estancia diurna y de respiro familiar que sustituirán las tareas de atención prestadas a una persona dependiente por algún miembro de su familia, durante parte del día o en cortos periodos de tiempo, permitiendo que éste pueda ausentarse del domicilio por razones laborales o de descanso. En el presente año se prevé la creación de 2.900 plazas de estancia diurna y facilitar 3.500 estancias de respiro familiar.

En relación a los centros residenciales, se incrementan este año en 1.600 el número de plazas para mayores de 65 años y menores con discapacidad.

El Decreto también contempla medidas de las que pueden beneficiarse todo tipo de familias:

Se incluyen ayudas económicas para las familias andaluzas, que por sus ingresos anuales, tienen más dificultad para acceder a las nuevas tecnologías. En este sentido se prevén 10.000 ayudas anuales para la adquisición de equipos informáticos, debiendo ser adaptados para las diferentes discapacidades existentes. Estas ayudas consisten en la subvención del 50% del precio establecido en cada convocatoria y hasta un máximo de presupuesto. Como complemento a esta ayuda se podrá bonificar el 50% del coste de la tarifa para la conexión a Internet, por un periodo de tiempo no superior a doce meses. Se ofrece la posibilidad de acceder a cursos de formación.

Por último, y dirigido a todas las familias andaluzas, se amplía el horario de trabajo normalizado de los centros de salud de Andalucía hasta las 20 horas.

Existen además otro tipo de medidas que facilitan la respuesta de la propia sociedad ante la sobrecarga que vienen padeciendo las familias y que constituyen una nueva fuente de generación de empleo, se trata pues de medidas para el fomento del empleo:

Estas medidas son de apoyo a las inversiones de aquellas empresas que tengan como objeto el desarrollo de alguna de las actividades previstas en este Decreto, con una financiación de hasta el 50% de las inversiones e instalaciones que se realicen. Igual financiación se establece para aquellas empresas que creen guarderías y centros de atención a mayores para los hijos y familiares de sus trabajadores.

Desde el inicio de la aplicación de las medidas, se está desarrollando una campaña publicitaria en prensa, radio y televisión, y se dispone de una línea telefónica de marcación gratuita para informar a cada persona sobre su caso concreto. Esta línea funciona de 8 de la mañana a 8 de la tarde ininterrumpidamente todos los días laborables y su número es el 900 850000.

Al objeto de revisar de forma continuada estas medidas y adaptarlas permanentemente a la realidad cambiante de las familias andaluzas, las medidas previstas deberán alcanzar el 100% de su grado de implantación en los próximos cuatro años, debiendo ser revisadas anualmente, y en su caso, adaptadas a las nuevas situaciones que se produzcan y a las nuevas demandas que se generen.

Para terminar, diré que el Decreto dispone de un presupuesto de 500 millones de euros, que se consolidará en los próximos 4 años a razón de 125 millones de euros por año. A su vez, para garantizar la agilidad y rapidez en las ayudas económicas, se han contemplado una serie de disposiciones adicionales que aseguran la prioridad de los pagos, en el caso de las ayudas económicas, con procedimientos precisos de la Tesorería General de la Junta de Andalucía.

Estamos, por tanto, ante un Decreto innovador, ya que la gran mayoría de las medidas son novedosas. El resto son medidas ya en marcha pero que ahora se redefinen, se amplían y se actualizan y además se basa en un concepto actual de las familias que no excluye a ninguna.

Con la aprobación de este Decreto, Andalucía se coloca en la vanguardia de las políticas de bienestar social, como la primera comunidad autónoma de este país que pone en marcha un conjunto de medidas de esta naturaleza destinadas directamente a la mayoría de las familias andaluzas, impulsando la integración de todos en el marco de la segunda modernización de Andalucía.

Ponencias en mesas

El sufrimiento

> Ramón Bayés

Catedrático de Psicología

Universidad Autónoma de Barcelona

Fordyce (1994) defiende que es imperativo distinguir entre dolor y sufrimiento, y, de esta forma, separar "el dolor como una señal" de las reacciones y emociones que manifiestan muchas de las personas que "padecen dolor".

Por su parte, Loeser y Melzack (1999) en un trabajo que sirve de pórtico a una interesante serie de artículos que dedicó la revista *The Lancet* al tema del dolor, nos ofrecen la siguiente definición de sufrimiento: "Es una respuesta negativa inducida por el dolor y también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos, y otros estados psicológicos". "No todo el sufrimiento es causado por el dolor -prosiguen- pero en nuestra medicalizada cultura describimos el sufrimiento con el lenguaje del dolor".

A mi juicio, hasta el momento posiblemente hayan sido Chapman y Gravin (1993) los autores que han efectuado un análisis más depurado del concepto de sufrimiento. En efecto, definen el sufrimiento como "un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla". Estos autores ponen énfasis en este último aspecto y mantienen que el elemento clave del sufrimiento lo constituye la indefensión percibida, definiendo este concepto como la percepción por el individuo de "la quiebra total de sus recursos físicos, psicológicos y sociales", definición que nos conduce directamente a la psicología y a los trabajos de Seligman sobre la indefensión aprendida (1975).

De todas maneras, en el punto de partida de mi andadura desearía situar el notable trabajo de Cassell (1982) sobre el sufrimiento, el cual, en mi opinión, tiene notables puntos de contacto con los postulados de las modernas teorías de la emoción (Lazarus, 1991; Lazarus y Folkman, 1984).

En síntesis, me gustaría subrayar que dolor y sufrimiento no son términos sinónimos (Bayés, 2001). El hombre puede sufrir debido a múltiples factores, entre los cuales, pero no únicamente, se encuentran el dolor y otros síntomas somáticos. El sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor, abarca más dimensiones que este último y tiene muchas causas potenciales, de las cuales el dolor es sólo una de ellas. No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor, y personalmente, me gustaría destacar, con Cassell, Laín, Lazarus y Folkman y Seligman, la especial importancia que reviste la percepción del sentimiento de amenaza en la cristalización del sufrimiento (Bayés, 2001).

En mi opinión, diremos que una persona sufre cuando:

- > Experimenta o teme que le acontezca un daño físico o psicosocial que valora como una amenaza importante para su existencia o integridad psicosocial y/u orgánica.
- > Al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.

Lazarus (1991), por otra parte, subraya la importancia nuclear de la incertidumbre en la ansiedad que suscita una amenaza existencial. La incertidumbre sobre lo que sucederá y cuándo ocurrirá impide a la persona saber qué debe hacer para prevenir lo que lo amenaza o para paliar sus efectos. Con respecto a este fenómeno deberíamos también recordar, como señala Seligman (1975), que la tensión y la ansiedad son considerablemente mayores cuando los acontecimientos son impredecibles que cuando son predecibles.

El modelo de sufrimiento que se propone a continuación (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1996) y que puede servir de guía a las intervenciones terapéuticas susceptibles de llevarse a cabo en situaciones de enfermedad grave o terminal, consta de los elementos y secuencias siguientes: una estimulación, estado o situación experimentado por una persona, tanto si tiene su origen en el funcionamiento del propio organismo biológico -por ejemplo, malestar, invalidez- como si procede del entorno psicosocial o biográfico -por ejemplo, soledad, marginación, pérdida, culpabilidad, etc.- es percibida por dicha persona como una amenaza importante para su integridad o supervivencia física o emocional. Ante dicha amenaza, el sujeto evalúa sus recursos y, si se siente impotente para hacerle frente, si se encuentra indefenso, esta situación le genera sufrimiento. Dicho sufrimiento, por una parte, puede amplificar la intensidad o presencia del síntoma, estado o situación amenazadora, lo cual, a su vez, subraya su falta de control sobre la situación y aumenta el sufrimiento. Por otra parte, este sufrimiento no ocurre en el vacío sino que tiene lugar en una persona con un estado de ánimo concreto. Si éste es ya ansioso o depresivo, lo potenciará; si no lo es y el sufrimiento persiste en el tiempo, puede fácilmente conducirlo desde la serenidad hasta la ansiedad, la depresión o la ira.

En la medida en que se acepte este modelo -eminente interactivo- el mismo puede servirnos de guía, siquiera sea provisionalmente, para mejorar la eficacia de las interven-

ciones terapéuticas -farmacológicas y/o psicosociales- que se lleven a cabo. En efecto, de acuerdo con él, si se pretende disminuir el sufrimiento de una persona será preciso (Bayès et al. 1996):

- > Identificar, en cada momento, aquellos síntomas, estados o situaciones -biológicos, cognitivos o ambientales- que son valorados por el paciente como una amenaza importante, estableciendo el grado de priorización amenazadora desde su punto de vista.
- > Tratar de eliminar, compensar o atenuar dichos síntomas. Esta tarea se identifica, en gran parte, con el clásico "control de síntomas" paliativo llevado a cabo por médicos y personal de enfermería, aunque referido, en especial, a aquellos síntomas que son causa de preocupación para cada paciente concreto y, por tanto, ampliable a los síntomas de carácter psicosocial que sean causa de sufrimiento, en lo que podría denominarse "cuidados emocionales" y que deberían constituirse en objetivo prioritario para todo el equipo.
- > Descubrir y potenciar los propios recursos del enfermo, o proporcionarle nuevos recursos, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de indefensión e incrementar su percepción de control sobre la situación. Si es posible, hay que facilitarle el aprendizaje de nuevos recursos personales -habilidades de comunicación, técnicas de solución de problemas- que le permitan, en cada momento, el mayor grado de elección y autonomía posibles.
- > Paralelamente, en el caso de que el estado de ánimo del enfermo presente características ansiosas o depresivas, habrá que utilizar las técnicas específicas adecuadas -farmacológicas y/o psicológicas- para modificarlo o compensarlo.
- > Siempre que sea factible, no se tratará sólo de eliminar o paliar el sufrimiento sino de aumentar la gama de satisfacciones, proporcionando al enfermo un sentimiento de bienestar y serenidad que le permita vivir el momento presente de la forma más activa, plena y consciente posible.

En el ámbito sanitario, es preciso que los profesionales posean y mantengan vivo a lo largo de su vida un elevado grado de sensibilidad hacia las necesidades cambiantes de los enfermos y sus familiares que haga posible el establecimiento entre todos ellos de una comunicación congruente y eficaz.

Referencias

- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina*
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306, 639-645.
- Chapman, C.R. y Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *Journal of Palliative Care*, 9 (2), 5-13.
- Fordyce, W.E. (1994). Pain and suffering: What is the unit? *Quality of Life Research*, 3 (1), S-51-S56.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Loeser, J.D. y Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. Nueva York: Freeman.

Ponencias en mesas

Sobre el dolor

> Chantal Maillard

Escritora

Profesora Universidad de Málaga

Que nadie experimenta en carne ajena nunca es más cierto que en lo que al dolor físico se refiere. Pudiera ser ésta la razón de que sea tan escasa la literatura acerca del dolor, a pesar de que toda filosofía se sustenta sobre el hecho de nuestra vulnerabilidad. Tal como escribía Jünger, cuando contraponía el mundo de la sentimentalidad al mundo heroico, en éste de lo que se trata no es de escapar al dolor, de expulsarlo, sino de resistirlo; el cuerpo es un objeto, un puesto avanzado que puede ser lanzado al combate. En el mundo de la sentimentalidad, en cambio, el cuerpo no es ningún objeto sino el centro mismo de la vida, de ahí que cuando el dolor golpea, lo hace contra el núcleo esencial, contra el propio yo.

La distancia necesaria la establece la mente, la cual decide que el objeto es otro que la carne que padece. No fue otro el camino que el Buda enseñó después de constatar la identidad de la existencia y el dolor: aplicarse en establecer mentalmente una distancia entre el lugar en que se sufre y el lugar en que se observa. El control implica distancia.

En la época de la sentimentalidad, en la que sin duda estamos, al menos en Occidente, el distanciamiento se ha hecho difícil. No hay grandes ideas a las que consagrarse y el dolor se entiende como profanación del templo orgánico que somos (templo o plaza débil: ideología y poder siguen requiriendo metáforas bélicas). El dolor irrumpe en un cuerpo, lo invade y lo ocupa como una tropa lo hiciera en un campo enemigo. Bajo su imperio, no hay tiempo ni lugar para filosofías, ni para sentimientos distintos de los que el invasor provoca: el miedo, la ira, la rebeldía. La única razón que queda funcionando es aquella que diseña estrategias, y aun así, éstas vienen dadas más por el entrenamiento que se haya llevado a cabo en años de preparación (la propia vida no parece ser, al fin y al cabo, otra cosa), que por la elección de uno entre los muchos comportamientos posibles.

La distancia que puede establecerse ahora, en la época en la que los mitos, las religiones e incluso los sistemas filosóficos han dejado de otorgarle sentido a la existencia, no es ya la distancia heroica, aquella que necesitaba valores y /o principios, sino la distancia estratégica, el aprendizaje de los puestos de situación, la sabiduría topológica: si yo no estoy ahí donde hay dolor, ¿acaso puede haber dolor?

Sin distanciamiento no hay sacrificio, no hay ascesis, ni siquiera hay crónica. El relato, cuando no está hecho por otros (y en este caso es el relato de quien asiste, no de quien padece), o bien es posterior al padecimiento, o bien implica un receso, una tregua.

La pregunta que aquí quiero plantear, entre otras, es la de si es posible un aprendizaje del distanciamiento o si la victoria del dolor, inevitable al alcanzar la conciencia y reducirla a puro grito, obliga a pensar en la inutilidad del dolor y en la necesidad de eliminarlo por cualquier medio.

¿Cuáles son los límites del control del dolor por parte de los profesionales? ¿Cómo discriminarlos? ¿En qué medida el enfermo es libre (interiormente y físicamente) para decidir el grado en que se habrán de dosificar las drogas para aliviarle? Éstas, y otras más serán las preguntas que se tratarán de discutir al hilo de esta reflexión.

Introducciones a debates

Cuidar a la cuidadora

> María del Mar García Calvente

Escuela Andaluza de Salud Pública

"Mi padre está operado de una prótesis, que tiene ochenta y siete años. Y yo soy la que lo tengo que llevar. Tengo que ir por la mañana a su casa a arreglarla, a llevarlo si tiene que ir al médico, a traer, a venir por las medicinas... Al mediodía llevarle de comer, a fregarle los platos, por la tarde a la hora de merendar, por la noche a hacerle la cena... Y tengo el cargo de mi casa".

No las vemos, pero están ahí. Concha (o Antonia, Puri o Carmen; el nombre no importa) cuenta así su experiencia como cuidadora, que dura ya varios años, sin exageración ni sobresalto, como la cosa más natural del mundo. Un 20% de los hogares españoles acogen a una persona de edad avanzada y en uno de cada diez se atiende a alguna persona discapacitada. Ancianos, discapacitados, enfermos crónicos, niños y, en general, personas que requieren cuidados de salud continuados, son los grupos que demandan una mayor inversión de recursos en salud.

Sin embargo, la atención que prestan los servicios sanitarios o sociales no es más que la punta de un iceberg, en el que el sistema informal constituye un verdadero sistema oculto de cuidados. Familiares, amigos y vecinos prestan su ayuda en momentos de enfermedad y de crisis, y contribuyen a conformar actitudes y conductas en relación a la salud. Son los miembros de la familia más cercana los que con mayor frecuencia prestan su apoyo y proveen cuidados a largo plazo. La mayoría de las personas dependientes viven en la comunidad y son mantenidas ahí por sus familiares. No resulta sorprendente que la ausencia de una red de apoyo familiar aparezca en numerosas investigaciones como un predictor importante de institucionalización entre enfermos crónicos y ancianos incapacitados.

El envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacitantes son factores que condicionan que los principales beneficiarios del sistema informal -personas dependientes- sean cada día más numerosos. Por otra parte, diversos fenómenos sociales, entre otros la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral extradoméstico, apuntan hacia una menor disponibilidad de cuidadores familiares en un futuro no muy lejano.

La relación entre el sistema formal (servicios sanitarios y sociales) y el informal plantea en estos momentos otras cuestiones para el debate social. ¿Dónde se sitúa la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes: en la familia, en el estado o en la sociedad civil? ¿Qué papel han de jugar los servicios públicos y cuál los familiares y otros cuidadores informales?

Desde otra perspectiva, los cuidadores también son usuarios de los servicios formales porque plantean demandas específicas, en tanto cuidadores, y esperan una respuesta adecuada a sus necesidades. En este sentido, hay que tener en cuenta que no todos los cuidadores plantean las mismas necesidades a los servicios y, por tanto, las respuestas también deberían diversificarse y adaptarse a las diferentes situaciones. No hay que partir del presupuesto de que todos los cuidadores están dispuestos asumir el coste personal que supone el hecho de cuidar. Pero también es erróneo pensar que todos los cuidadores desean "claudicar" de su papel de cuidadores de su familiar enfermo, anciano o discapacitado.

A la hora de diseñar estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, hay que tener presente las características peculiares de este tipo de "trabajo". El reparto de cuidados dentro del núcleo familiar no es homogéneo y con frecuencia una sola persona asume la mayor parte de estas responsabilidades: se trata de la cuidadora principal. Los cuidados son prestados, por lo general, por mujeres, miembros de la misma familia y con frecuencia convivientes en el mismo domicilio. Esta cuidadora principal define su función como la realización de un conjunto de tareas cuyo objetivo es cubrir todas las necesidades primarias de su familiar ("hacérselo todo"). Ella es la que garantiza la atención integral a sus familiares, bien prestando directamente los cuidados, bien asegurando que otras personas (otros familiares, amigos o ayuda contratada) los realicen.

Encargarse de cuidar a un familiar que necesita atención de forma continuada tiene repercusiones sobre distintos aspectos de la vida de la persona que asume esa responsabilidad. Las consecuencias que tiene desempeñar el papel de cuidadora principal sobre la propia vida son múltiples, de modo que el asumir las tareas de cuidado tiene repercusiones sobre la situación laboral, económica, social y familiar y sobre la salud de estas personas.

Se pueden delimitar varios ámbitos en los que centrar las estrategias de apoyo a las personas que cuidan a familiares con dependencia, pero es necesario impulsar cambios sociales más amplios. El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente atención femenina pone de manifiesto la existencia de cargas diferenciales entre hombres y mujeres, y plantea así una importante desigualdad de género en los cuidados prestados por el sistema informal. Esta cuestión de equidad no puede ser soslayada cuando se diseñan políticas desde los servicios sanitarios y sociales dirigidas a modificar la distribución de la atención a las personas dependientes entre el sistema formal y el informal.

Este panorama requiere la búsqueda urgente de alternativas que sean socialmente aceptables. Habrá que poner en juego una buena dosis de imaginación y creatividad para poder dar respuesta a estas nuevas demandas. Las respuestas necesariamente tendrán que afectar a la estructura y funcionamiento de los sistemas de bienestar en sus diferentes niveles, desde el planteamiento de políticas hasta la práctica cotidiana en la atención individual.

Experiencias

La acupuntura para mejorar la calidad de vida de los enfermos con dolor

> Jorge Vas Ruiz

Unidad de Tratamiento del Dolor

Centro Salud Dos Hermanas "A" (Sevilla)

El crecimiento del gasto sanitario, sin que paralelamente se hayan producido cambios importantes en el nivel de salud de la población, junto con la constatación de que los recursos son limitados, ha producido un cambio general de planteamiento en la estrategia de organización de los servicios, haciendo imprescindible identificar nuevas alternativas de abordaje a los problemas crónicos de salud donde el sistema sanitario no ha demostrado su efectividad.

El problema del dolor crónico benigno por las connotaciones de índole asistencial, social y económica que tiene, presenta un problema de salud de gran magnitud en todos los niveles asistenciales de nuestro entorno.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son medicamentos de amplio uso en la población en general debido a su excelente efecto antiinflamatorio, analgésico y antipirético. Actualmente es uno de los grupos terapéuticos más prescritos; en España durante 1997 se prescribieron más de 27 millones de envases de AINE con un importe superior a 240 millones de euros. Tan solo en el año 2000 se prescribieron AINE con cargo al Servicio Andaluz de Salud por un importe de más de 65 millones de euros, observándose además que se trata de un grupo en continuo crecimiento.

Una de las causas del elevado consumo del grupo es el importante número de moléculas que lo componen. Se dispone de más de 31 moléculas diferentes, con sus respectivas especialidades y denominaciones comerciales, encuadradas en el grupo terapéutico de AINE. Además, esto va acompañado de una alta prevalencia de enfermedades reumáticas entre la población anciana (> 65 años), que es la que consume más medicamentos para el dolor y la más susceptible de sufrir una reacción adversa. Se estima que el 90% de las recetas de AINE se realizan para este grupo de población.

Aunque los AINE son generalmente bien tolerados, no están exentos de desencadenar reacciones adversas que pueden generar una importante morbi-mortalidad en los pacientes que las desarrollan. Así, un 10-20% de los pacientes que toman AINE desarrollan dispepsias y un 15-25% presentan úlceras gastroduodenales (un 2-4% de las cuales acabarán en úlceras sangrantes).

La magnitud del problema es tan grande que la FDA y el consejo de salud inglés han documentado que los AINE son responsables, respectivamente, del 21% y del 25% de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) que se comunican espontáneamente. Entre los factores que influyen en el riesgo relativo de padecer efectos adversos por el uso de AINE se encuentran la edad, el fármaco, la dosis utilizada y los antecedentes personales.

Una alternativa al uso de AINE es la utilización de la acupuntura, procedimiento terapéutico que tiene cada vez mayor aceptación por su efecto analgésico. En noviembre de 1997 se reúne un panel de expertos sobre medicinas complementarias del Instituto Americano de Investigación de Salud (NIH), cuyas conclusiones publicadas en Bethesda (Maryland) recomiendan el uso de la acupuntura y la profundización en la investigación sobre la misma. Aunque hay revisiones que otorgan a la acupuntura ventajas frente a placebo y a otras técnicas, algunos autores aconsejan la realización de más ensayos controlados aleatorizados de calidad para demostrar su efectividad (1, 2).

En el distrito sanitario de Alcalá-Dos Hermanas-Utrera, compuesto por 9 zonas básicas de salud, prestan servicio un total de 175 facultativos y 15 pediatras, que dan cobertura sanitaria a 258.653 habitantes, según el censo de 1998.

En este distrito sanitario se puso en marcha en junio de 1997, a modo experimental, la Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) desarrollando una línea estratégica encaminada a mostrar la efectividad de las llamadas técnicas no farmacológicas (como la acupuntura) en el tratamiento del dolor. En una primera fase estuvo ubicada en el Ambulatorio de Santa Ana de Dos Hermanas (ZBS reconvertida en la actualidad), funcionando un día a la semana, con un médico-acupuntor y el correspondiente personal de enfermería. Antes de su puesta en marcha se elaboró, discutió y difundió con los facultativos del centro el protocolo de derivación (objetivos, población diana, criterios de inclusión y de exclusión, etc.). Posteriormente (abril de 1998) los informes de resultados y la creciente demanda de la población obligó a reubicar la UTD en el Centro de Salud Dos Hermanas A, con unas instalaciones diseñadas a tal efecto. La UTD pasó a funcionar diariamente y la nueva ubicación facilitó la asistencia de un mayor número de pacientes en mejores condiciones y mayor grado de intimidad. La UTD atiende a la población correspondiente a dos zonas básicas de salud (más de 70.000 usuarios).

Este cambio cualitativo y cuantitativo se ve reflejado en el incremento de pacientes atendidos. Durante la primera fase se atendieron a una media de 12 pacientes nuevos por mes y con las nuevas instalaciones se atienden a una media de 40 pacientes nuevos y 23 revi-

siones por nuevos procesos lo que genera una actividad de alrededor de 600 tratamientos mensuales. Así mismo, la lista de espera se redujo a los 30 días para los cuadros de dolor crónico y permitió la posibilidad de atender enfermos con procesos de dolor agudo el mismo día de la demanda de atención.

1. Técnicas neuroestimulativas

Las técnicas que se aplican en la UTD son fundamentalmente la acupuntura y métodos de estímulo relacionados como la auriculopuntura, la moxibustión, la electroacupuntura y la aplicación de ventosas. Así mismo se ha desarrollado un programa de formación en automasaje y educación al familiar más allegado del paciente en técnicas simples de masaje que ayudan en el tratamiento del dolor y facilitan e incrementan el contacto físico. En la mayoría de los casos se procede al consejo sobre hábitos dietéticos propios de la medicina china que también favorecen el estado de salud del paciente.

La acupuntura puede definirse como "el estímulo, producido principalmente por la inserción y manipulación de agujas sólidas, de determinados puntos ubicados sobre la piel, tradicional y clínicamente definidos con propósitos preventivos y/o terapéuticos (3).

Los puntos de acupuntura son localizaciones anatómicas superficiales definidas en los textos orientales tradicionales, que suelen presentar una resistividad eléctrica transcutánea inferior a la de la piel circundante.

Hay cierta correspondencia entre estos puntos y otros definidos por la medicina física como los trigger points, los puntos motores o los puntos de lesión osteopática (entre otros).

Estos puntos, que a menudo se palpan como pequeñas depresiones, en la medicina tradicional china pueden estimularse por la inserción y manipulación de agujas sólidas o por calentamiento local. La técnica de calentamiento, denominada moxibustión, se realiza mediante la combustión de polvo de *Artemisa vulgaris* (moxa) que puede aplicarse de forma indirecta (aplicación de la fuente de calor a determinada distancia del punto), sobre el mango de la aguja, o de forma directa sobre la piel (siendo retirada antes de provocar quemadura perceptible).

La auriculopuntura consiste en la estimulación refleja del pabellón auricular y constituye por sí misma una terapia que, manejada adecuada y racionalmente, permite ampliar las posibilidades terapéuticas de los cuadros que cursan con dolor.

Los métodos adicionales de estímulo de los puntos de acupuntura incluyen: aplicación de corriente eléctrica al mango de las agujas o mediante electrodos sobre los puntos, inyección de determinadas sustancias en los puntos, láser o masaje.

2. Resumen del informe de resultados

Desde la puesta en funcionamiento de la UTD se han atendido a 1.794 pacientes de los que el 80% son mujeres, de edades comprendidas entre 11 y 95 años (el promedio de edad en los varones es de 55,2 y en las mujeres de 57,2).

Al atender a la población de las dos ZBS, y ser los datos registrados de una especificidad mayor que la que soporta el sistema informático del centro, se creó un soporte en el software Microsoft Access que permitiese registrar y procesar los datos e indicadores de la actividad.

Los pacientes que están registrados en dicho soporte hasta la fecha son 1.485, y son con los que se ha confeccionado el siguiente informe.

Distribución por sexo y edad						
Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
< 26	9	3,01	19	1,60	28	1,89
26-35	27	9,03	85	7,17	112	7,54
36-45	51	17,06	150	12,65	201	13,54
46-55	56	18,73	291	24,54	347	23,37
56-65	100	33,44	283	23,86	383	25,79
>65	56	18,73	358	30,19	414	27,88

Se han atendido hasta la fecha 2.231 procesos en los pacientes registrados. Este indicador nos muestra las veces que un determinado paciente consulta por un proceso diferente o por reagudización de uno ya atendido. El 72,73% de los pacientes solamente han consultado por un proceso, el 16,63% lo ha hecho por dos procesos, el 4,78% por tres procesos y un 5,86% por más de tres.

Procesos	Nº pacientes	%
1	1.080	72,73
2	247	16,63
3	71	4,78
>3	87	5,86

La media de sesiones de acupuntura y técnicas relacionadas por proceso es de 7 (\pm 3,2) y las sesiones suelen aplicarse una vez por semana en los cuadros de dolor crónico y una vez al día o en días alternos en los procesos con dolor agudo como lumbociatalgias, omalgias, neuralgias faciales, etc.

Los motivos de consulta son variados pero con cierta predominancia de las lumbalgias, cervicalgias y gonalgias

Motivos de consulta más frecuentes	%
Dolor de rodilla	18,21
Cervicalgia atribuida a la columna/musculatura cervical	16,15
Dolor lumbar con irradiación (Lumbociatalgia)	15,00
Dolor lumbar sin irradiación (Lumbalgia, dolor sacroiliaco, coccigodinia)	11,42
Dolor cervical con irradiación (Cervicobraquialgia)	7,75
Dolor de hombro	7,22
Dorsalgia	5,79
Coxalgia	3,41
Cefalea (dolor de cabeza, cefalea postraumática)	2,42
Dolor en muslo/pierna	1,79
Otras causas (con porcentaje de incidencia inferior al 1,5 %)	10,86

Los procesos por los que consultan los pacientes suelen estar bastante cronificados ya que la acupuntura y métodos afines se deja en muchos casos como opción final de tratamiento tras agotar todas las vías convencionales al alcance de médicos de familia y especialistas. Afortunadamente, a la vista de los resultados obtenidos, cada vez existen más médicos que tienen en cuenta esta terapia como primera opción.

Antigüedad del proceso	%
< 3 meses	11,35
3 - 6 meses	7,88
6 - 12 meses	11,01
1 - 3 años	14,44
3 - 5 años	9,27
> 5 años	46,04

3. ¿Cómo se valora a los pacientes?

La valoración del dolor es uno de los problemas más complejos (4). La mayor parte de los procedimientos desarrollados para evaluar el dolor pueden clasificarse en tres grandes categorías: métodos verbales, evaluaciones conductuales y medidas fisiológicas. Por su accesibilidad, nos decantamos por el método verbal basado en la información que aporta el paciente, y más concretamente lo basamos en los autoinformes que nos han permitido evaluar de forma subjetiva la experiencia dolorosa del paciente. Las escalas analógico-visuales (VAS) son muy empleadas por sus excelentes características de fiabilidad.

Así, la medida de la intensidad subjetiva del dolor referida por el paciente se convierte en la variable principal, que medimos en una escala de 0 a 10. A este dato le añadimos cuatro variables más para intentar proporcionar información sobre las dimensiones sensoriales y afectivas del dolor, así como el grado de analgesia química que necesita para su control. Sumando las cinco variables obtenemos un indicador global (IG) que puede oscilar de 0 a 29, siendo el dolor más intenso o más invalidante cuanto mayor es el IG.

De forma secundaria se registra la medicación que toma el paciente antes y después de haberle sido aplicado el tratamiento. La obtención de datos de la toma de medicamentos por encuesta al paciente tiene una fiabilidad limitada, sobre todo en el tiempo de recuerdo, capacidad de recordar los nombres y omisiones voluntarias. Esta dificultad pretende paliarse al recoger todos los medicamentos, no sólo los que el paciente crea que guardan relación con el dolor y, en el caso de los pacientes derivados por los médicos del propio centro de salud, la consulta a su Historia de salud (informatizada).

La salida del proceso se establece en función de la evolución del paciente y contemplamos varias posibilidades:

- > Mejoría:
 - Tipo I: reducción del IG en un 65% mantenida durante dos semanas.
 - Tipo II: reducción del IG entre un 40 y un 65%, con un mínimo de 7 sesiones y un máximo de 10.
- > No respuesta: reducción inferior al 40% del IG.
- > Abandono.

Para el informe de resultados se ha efectuado una valoración de las variables anteriores al ingreso de cada paciente y al alta de la UTD. Estas variables se han comparado como medias apareadas al ingreso y al alta (excluyendo los abandonos⁵ y los enfermos que han participado en los estudios que se realizan en la UTD⁶). Se muestran las tablas de resultados de 1.942 pacientes.

5. Se realiza un seguimiento de los abandonos para registrar el motivo del mismo mediante llamada telefónica.

6. Conscientes de la falta de ensayos clínicos de calidad, en la UTD se ha concluido un ensayo clínico financiado por el Servicio Andaluz de Salud (192/99) sobre la efectividad de la acupuntura en la artrosis de rodilla cuyos resultados esperamos dar a conocer en breve. Así se ha comenzado otro ensayo en Cervicalgias crónicas con seguimiento a largo plazo.

Distribución de motivos de alta					
Motivo de alta	%		%		
Mejoría	1.412	72,71	Tipo I	1.088	77,05
			II	324	22,95
No mejoría	227	11,69			
Abandono	303	15,60			
Total pacientes	1.942				

Variables antes y después del tratamiento en la UTD		
1.942 pacientes	Pre	Post
Intensidad dolor (0-10)	8,16	3,13
Frecuencia dolor (0-4)	3,55	1,78
Analgésicos (0-4)+1	2,30	0,73
Incapacidad (0-4)+1	2,32	1,01
Sueño (0-4)+1	2,18	0,58

Sumado el gasto farmacéutico de los pacientes tratados y evaluados antes del tratamiento con acupuntura asciende a 65.318,40 € al mes, valor que medido después del tratamiento en la UTD disminuye a 10.849,80 € al mes.

Referencias:

1. Carlsson CP, Sjolund BH. Acupuncture and subtypes of chronic pain: assessment of long-term results. *Clin J Pain*, 1994 Dec;10(4):290-5
2. Irnich D, Behrens N, Molzen H et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ* 2001;322:, 30 June 2001, 1-6.
3. Conferencia de consenso de Bethesda, Maryland (EEUU) 3-5 noviembre 1997 promovida por el INH.
4. Martínez J. Factores psicológicos en el dolor crónico. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1992; 99:571-574.

Experiencias

Desarrollo de programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca en el Área de Valme. Su continuidad a través de la integración en atención primaria. Organismos locales y plataformas de participación ciudadana

> Margarita Reina Sánchez, José Antonio Mora Pardo

Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

El Servicio de Cardiología del Área hospitalaria de Valme viene desarrollando desde el año 1993 programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca (PPS y RC) dirigidas a pacientes cardiopatas en general, siendo más frecuente la inclusión de los que han sufrido algún tipo de proceso coronario. Actualmente podemos definir los PPS y RC como "el conjunto de medidas encaminadas especialmente hacia el control de factores de riesgo con la finalidad de disminuir la posibilidad de eventos cardíacos y de disminuir y quizás parar la progresión de la enfermedad". Por tanto, estos programas constituyen un proceso multifactorial integrado dentro de los cuidados del paciente cardíaco que incluye entrenamiento físico, educación y consejos en relación con la reducción del riesgo y el cambio en los estilos de vida y el uso de técnicas de modificación de la conducta.

Aproximadamente son un total de 1.200 pacientes los que a lo largo de estos años han pasado por nuestra unidad.

En el transcurso de este tiempo, hemos ido progresando, en consolidar las actividades de los programas durante la estancia hospitalaria (fase I), desde el alta del hospital hasta la finalización del tipo de programa de rehabilitación propuesto (fase II) y aquellas que se realizan una vez que han concluido la etapa anterior (fase III).

Desde los inicios del funcionamiento de la unidad todos los pacientes que terminan su programa tienen la posibilidad de acudir una vez al mes (segundo lunes de cada mes) a la unidad de rehabilitación cardíaca para realizar lo que denominamos recordatorios mensuales, en los que incluimos:

- > Control y evaluación de:
 - Episodios de angina.
 - Necesidad de tomar nitratos.
 - Incidencia de patologías, sean o no cardiológicas.
 - Grado de actividades habituales (trabajo activo, tareas caseras, aficiones, etc.).
 - Realización de actividad física (caminar, tabla de ejercicios aprendida, deportes, etc.).
 - Factores de riesgo coronario.
 - Frecuencia cardíaca, tensión arterial y peso.
- > Actividades diversas como:
 - Realización de tablas de ejercicios.
 - Marchas, caminando por los alrededores de la unidad (campo).
 - Sesiones informativas.

A partir del año 1998 nos planteamos integrar de manera progresiva todas estas actividades que realizamos desde la unidad en la fase III en los centros de atención primaria de referencia de nuestros pacientes tratando de alcanzar los siguientes objetivos:

- > Favorecer la integración de los pacientes en los dispositivos de su entorno más próximo, mediante la relación del usuario con el profesional conocido de su centro de atención primaria, al objeto de conseguir que el paciente deje de ver al hospital como el único recurso de referencia al que puede acudir de manera ordinaria para el seguimiento de su proceso.
- > Consolidar un dispositivo que asegure que a todos los pacientes se les pueda ofrecer tanto el seguimiento como el control en la evolución de su enfermedad, signos, síntomas y factores de riesgo, así como el reforzar las habilidades, conocimientos y destrezas aprendidos durante el programa.
- > Evitar los grandes desplazamientos a que obliga la amplitud geográfica de nuestra área (hasta 50 Km).
- > Asegurar el control de los factores de riesgo coronario.

- > Implicar a las entidades locales y plataformas ciudadanas que puedan colaborar en el mantenimiento de la salud cardiovascular de la población de referencia.
- > Coordinar y conectar la atención primaria con la especializada.

Actualmente hemos consolidado estas actividades en cuatro dispositivos de atención primaria de nuestra área. En el cuarto trimestre de 2002 esperamos poder incorporar otra y dejarnos para el 2003 el cierre de la totalidad de centros de salud de referencia.

Por otro lado es interesante destacar como desde esta unidad se ha impulsado la creación de asociaciones de pacientes coronarios en las diferentes localidades que desde principios del año 2002 trabajan de forma coordinada en el empeño de mantener la salud cardiovascular de sus asociados, de su entorno más próximo, así como colaborar en la prevención de estas enfermedades en el resto de los ciudadanos, organizando, entre otras, actividades formativas que tienen como objetivo consolidar hábitos saludables potenciando estrategias de autocuidado. El desarrollo de estas actividades ha favorecido la participación e implicación de los organismos locales (delegaciones de salud municipales, servicios sociales, centros educativos, etc.) y la utilización de recursos públicos como hogares de mayores, salones de actos de ayuntamientos, etc.

Experiencias

Atención de enfermería al dolor provocado por procedimientos cruentos

> Isabel María Garrido Díaz-Malaguilla

> José Seda Diestro

> Luis López Rodríguez

> David Piña Sánchez

> Ildelfonso Chacartegui Martínez

> Josefa Rosalía González Romero

> Joaquín Fernando Bejines Bejines

Enfermeros

> Carmen Almeida González

Licenciada estadística

Hospital Universitario Valme, Sevilla

Resumen

1. Introducción

En la práctica profesional se ejecutan a diario procedimientos que provocan dolor al enfermo, existiendo en la literatura evidencia científica sobre diferentes métodos de control de este dolor. Con el objetivo de valorar la actitud y conocimientos de los enfermeros hacia el dolor provocado por los PCE se ha realizado un estudio observacional descriptivo-transversal en 33 hospitales del SAS.

2. Material y método

Cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas dicotómicas, en baterías y sustantivas, de información y directas, respondido por 522 enfermeros.

3. Resultados

La mayoría de los profesionales consideran que se provoca dolor al ejecutar los procedimientos y conocen métodos de control, pero no los ponen en práctica.

(*) Estudio galardonado con el 3er premio del XVII Certamen Nacional de Investigación Ciudad de Sevilla.

1. Introducción

Durante el desarrollo del proceso de atención de enfermería, la primera de las etapas que se ejecuta es la valoración inicial de la persona enferma, a partir de los patrones funcionales de salud. Al valorar el patrón cognoscitivo/percepción se suele asociar como diagnóstico enfermero, según la terminología Nanda, "dolor". Este diagnóstico debería de abarcar todo tipo de dolor que sufriera el enfermo, tanto real como potencial, de manera que se deberían implementar acciones para controlarlo. Son múltiples los patrones funcionales de salud que se van a ver afectados en caso de padecer dolor, destacando el de tolerancia al estrés por afrontamiento individual ineficaz como diagnóstico asociado (1).

En la práctica profesional se aplican durante el desarrollo de los planes de cuidados procedimientos que provocan dolor al enfermo. Dentro de este grupo de procedimientos cruentos de enfermería (en adelante, PCE) destacan por su frecuencia de aplicación la venopunción con aguja de mediano y gran calibre, la cura y desbridación de úlceras por presión y vasculares, la colocación de sondas nasogástricas y vesicales, la extracción de gasometrías arteriales y las inyecciones intramusculares.

La frecuencia de ejecución de estos PCE es muy elevada. Así en unidades de MI está cifrada la prevalencia de venoclisis en el 65,5% de los enfermos, elevándose a cifras superiores al 90% en unidades quirúrgicas (2). La prevalencia e incidencia de úlceras por presión y vasculares es también bastante significativa, con porcentajes que oscilan entre el 20 y el 30% de los enfermos hospitalizados (3,4).

La aplicación de PCE no sólo tiene implicación en cuanto a la gerencia del dolor que provocan, sino que también va a influir de manera directa en la evolución clínica del enfermo; por ejemplo: el número de sesiones de curas de úlceras vasculares pasa de 15 sesiones de media sin empleo de anestesia a 11,5 cuando se utiliza algún método de control del dolor (5-7); la canalización de la arteria radial, con anestésicos, eleva el índice de éxitos en el primer intento y se acorta la duración del procedimiento de 6 minutos en el grupo control a 4 minutos en el experimental (8,9). Igualmente, en la canalización de vías venosas con agujas de gran calibre (16G-14G), cuando se emplean anestésicos se consigue un índice de éxitos del procedimiento superior en el grupo experimental que en el grupo control (2,10).

Son especialmente numerosos los estudios que versan sobre la necesidad de controlar el dolor provocado por la canalización de vías venosas con agujas de diversos calibres, recomendando el empleo de hielo como anestésico (11), anestesia tópica mediante frío (2), pomadas anestésicas tipo EMLA (8,12-13), etc.

Cabe destacar la poca ayuda disponible, para el profesional de enfermería, a la hora de desarrollar pautas eficaces para hacer frente al hecho de infligir dolor en el curso de la prestación de cuidados. En este asunto destaca el estudio de Nagy S. (15) que relaciona la forma en que las enfermeras manejan sus sensaciones sobre el dolor que provocan, con la existencia de pocos métodos de control del dolor. El tipo de estrategia usado para manejar procedimientos dolorosos resultó ser distanciarse del dolor del paciente. También es posible encontrar en nuestro entorno estudios que abordan una temática similar, como es el caso del de Castells Pujol (16) que trata de establecer las actitudes del personal de enfermería en las áreas médicas y quirúrgicas sobre el dolor y su tratamiento.

Resultaría interesante destacar el papel que juegan las medidas no farmacológicas, puestas en práctica por enfermería, en el control del dolor. Para ello citaremos los resultados obtenidos por Sindhuf, F (17), en un metanálisis de la Colaboración Cochrane, que incluye 49 estudios randomizados con un total de 3357 pacientes, donde analiza la efectividad de las medidas no farmacológicas en el manejo del dolor y concluye que no existen diferencias significativas en cuanto a percepción del dolor entre los grupos experimentales (con medidas no farmacológicas del tipo de la musicoterapia, los métodos de relajación, la educación previa, imágenes y pensamientos agradables, hipnoterapia etc.) y control. Asimismo, se han estudiado cada una de las alternativas de medidas no farmacológicas de manera individual, no encontrándose base científica que soporte su empleo como método de control del dolor.(18-20)

En resumen, la situación actual en los centros hospitalarios vendría definida por la ejecución sistemática de PCE al desarrollar los planes de cuidados enfermeros y suficiente evidencia científica, que pondera y cuantifica el dolor provocado al ejecutar PCE y estudia métodos para su control.

Dado que la meta final de cualquier profesión debe ser mejorar la práctica de sus miembros de manera que los servicios que proporcionen a sus clientes tengan la máxima eficiencia, se ha planteado la necesidad de la realización de un estudio cuyos objetivos son:

- > Describir la actitud y conocimientos de los profesionales con respecto al dolor provocado por PCE.
- > Determinar la existencia real en los manuales de procedimientos y/o protocolos de atención sistemática al dolor.
- > Determinar la metodología y ejecución real de actividades enfermeras encaminadas a controlar el dolor en PCE.

2. Material y método

Previo autorización de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario de Valme y siguiendo los principios bioéticos recogidos en la Declaración de Helsinki, se ha realizado un diseño observacional descriptivo transversal, durante los meses de abril de 2000 a septiembre de 2001, que se ha llevado a cabo en las unidades de medicina interna no especializada (MI) de 35 hospitales dependientes del SAS.

3. Instrumento

Cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas dicotómicas, en baterías y sustantivas, de información y directas.

Los procedimientos estudiados han sido:

- > Venoclisis con aguja de mediano y gran calibre (18/20 G y 14/16 G).
- > Cura y desbridamiento mecánico de úlcera por presión de grado III o IV y vascular.
- > Extracción de gasometría arterial.
- > Colocación de sonda vesical.
- > Colocación de sonda nasogástrica.
- > Inyección intramuscular.

4. Sujetos

Enfermeros de las unidades de MI del SAS. Se han seleccionado las unidades de MI ya que son las de mayor prevalencia conjunta del grupo de PCE estudiados, resultando la distribución de 614 cuestionarios.

5. Distribución del instrumento

Se ha trabajado con la totalidad de los profesionales, descartándose el muestreo estratificado por centros y servicios, justificándolo por la accesibilidad y tamaño que lo hacían oportuno y recomendable.

Se ha considerado esencial para obtener una buena respuesta de colaboración realizar la distribución del cuestionario mediante la elección de un responsable del estudio por unidad de MI (el supervisor de enfermería). Se ha realizado una presentación personal del estudio a todos los centros hospitalarios. Se ha entregado un sobre debidamente franqueado para la devolución postal de los cuestionarios al centro de referencia. Junto con el cuestionario se han entregado las cartas de presentación del estudio y las instrucciones de cumplimentación.

6. Variables de estudio

- > Centro donde se realiza la encuesta.
- > Año de finalización de los estudios de Enfermería.
- > Años de ejercicios en MI.
- > Sexo.
- > ¿Considera que provoca dolor al enfermo al aplicarle cada uno de los PCE?
- > ¿Está recogido en los protocolos de su unidad algún método para disminuir o aliviar el dolor o disconfort que se provoca al ejecutar los PCE?
- > ¿Conoce algún método que consiga disminuir o aliviar el dolor o disconfort que se provoca al aplicar los procedimientos?
- > ¿Se aplica en su unidad sistemáticamente algún método para disminuir o aliviar el dolor o el disconfort que se provoca?
- > ¿Considera necesario que se recoja en los protocolos de actuación algún sistema para el control del dolor en los procedimientos?
- > ¿Estima que al producir dolor al aplicar los procedimientos cruentos se influye de alguna manera en la evolución clínica del enfermo.
- > ¿Considera las actividades no farmacológicas (musicoterapia, relajación, técnicas de distracción, etc.) efectivas para disminuir el dolor provocado?

7. Validación del cuestionario

El diseño original del cuestionario fue realizado por un grupo de expertos teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y las características de la población a estudiar siguiendo las recomendaciones de diseño de cuestionarios elaboradas por Jiménez JM, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 1999.

8. Proceso de datos

Los datos proporcionados por el instrumento de medida mediante devolución postal, se sometieron a codificación de los resultados e inclusión en base de datos creada al efecto en Microsoft Access.

Se realizó una verificación de la información, mediante exploración estadística antes y durante su inclusión en la base de datos, con métodos gráficos y analíticos que detectaron la posible existencia de observaciones aberrantes.

El siguiente paso en la metodología estadística fue el análisis descriptivo, mediante el cual se determinaron medias, medianas, varianzas y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas. Para las cualitativas, se realizaron tablas de frecuencias, obteniéndose las correspondientes representaciones gráficas adecuadas a cada tipo de variable.

Se utilizó como herramienta estadística el programa SPSS 10.0 para Windows.

9. Resultados

Se distribuyeron 614 (1 por enfermero más un 15% de seguridad) cuestionarios entre 35 unidades de MI de los 35 hospitales del SAS.

Se devolvieron cuestionarios de 33 de las 35 unidades en que se distribuyeron (porcentaje de respuesta por unidades del 94,28%). La tasa de respuesta ha sido de un 75,67%, calculada para 522 cuestionarios.

De los profesionales que han cumplimentado los cuestionarios el 75,9% han sido enfermeras y el 24,1 % enfermeros.

El tiempo medio desde la finalización de la diplomatura de Enfermería ha sido de 15,4 años, con un recorrido desde 3 meses a 33 años.

Sobre el ítem de tiempo de ejercicio en MI la media es de 5,77 años, con una desviación típica de +/- 4,98 años.

Las respuestas obtenidas al preguntar si consideran que se provoca dolor al aplicar cada uno de los procedimientos, si está recogido en los protocolos de la unidad algún método de control del dolor, si conocen algún método de control del dolor que se pueda aplicar y si se aplican sistemáticamente algunos métodos para aliviar o mitigar el dolor al ejecutar los PCE, se recogen en la tabla nº 1.

Al preguntar si consideran necesario que se recoja en los protocolos de actuación, u otro soporte, algún método para el control sistemático del dolor en los procedimientos, el 97,9% de los enfermeros contestan que si frente a un 1,40% que consideran que no es necesario y un 0,7% que no contestan.

El 67,4% de los enfermeros encuestados consideran que si se produce dolor al aplicar los procedimientos, se influye negativamente en la evolución clínica del enfermo. Un 32,6% consideran que no influye en la evolución el hecho de provocar dolor al enfermo.

En relación a las actividades no farmacológicas, del tipo musicoterapia, hipnosis, técnicas de relajación, etc., el 87,9% de los enfermeros consideran que son efectivas para controlar el dolor provocado al aplicar PCE. Por el contrario el 12,1% consideran que no lo son.

Si se dispusiera en las unidades de una guía de práctica clínica sobre la atención de enfermería al dolor provocado por PCE, un 98,6% de los enfermeros estarían dispuestos a aplicar sus recomendaciones y un 1,4% no estaría dispuesto a aplicar métodos de control del dolor ni aun en el caso de disponer de una guía de práctica clínica sobre el tema.

10. Discusión

Una vez se obtuvieron los resultados descritos se procedió a analizar las posibles relaciones entre las variables consideradas. Las relaciones estudiadas fueron:

1. Año de finalización de los estudios con:

- > "¿Considera que se le provoca dolor al enfermo al aplicar los PCE?"
- > "¿Conoce algún método de control del dolor que se pueda aplicar al ejecutar cada uno de los siguientes procedimientos?"
- > "¿Se aplican sistemáticamente en su unidad algunos métodos para aliviar o disminuir el dolor al ejecutar cada uno de los siguientes procedimientos?"

2. Años de ejercicios en servicios de medicina interna con:

- > "¿Considera que se le provoca dolor al enfermo al aplicar cada uno de los siguientes procedimientos?"
- > "¿Conoce algún método de control del dolor que se pueda aplicar al ejecutar cada uno de los siguientes procedimientos?"
- > "¿Se aplican sistemáticamente en su unidad algunos métodos para aliviar o disminuir el dolor al ejecutar cada uno de los siguientes procedimientos?"

3) Sexo con:

- > "¿Considera que se le provoca dolor al enfermo al aplicar cada uno de los siguientes procedimientos?"
- > "¿Conoce algún método de control del dolor que se pueda aplicar al ejecutar cada uno de los siguientes procedimientos?"
- > "¿Se aplican sistemáticamente en su unidad algunos métodos para aliviar o disminuir el dolor al ejecutar cada uno de los siguientes procedimientos?"

4) Igualmente se buscaron relaciones entre "¿Cree que se provoca dolor (...)?" y "¿Se aplican sistemáticamente en su unidad (...)?"

El fundamento teórico que nos lleva a intentar verificar estos supuestos lo basamos en el estudio de Nagy S. (15), donde se apoyaba la tesis de que la principal estrategia de los profesionales de enfermería para manejar el dolor provocado al enfermo al aplicar cuidados pasaba por distanciarse del mismo. Es decir, no valorarlo y afrontarlo como algo ajeno frente a lo que no era posible prestar cuidados para mejorar su gerencia.

Una vez realizadas las correspondientes tablas de contingencia, se procedió a la realización del Test Exacto de Fisher para tablas 2x2 poco pobladas, en cada una de las categorías. Se estableció un nivel de significación del 5%.

Los resultados de esta prueba no paramétrica fueron significativos en los siguientes casos:

- > "Considera que se provoca dolor al enfermo al colocar una sonda vesical" con "año de finalización de los estudios", con valor de p. igual a 0,022 para el contraste unilateral y de 0,033 para el bilateral. Esto nos permite mantener que sólo en el caso de la colocación de sonda vesical, los profesionales que terminaron los estudios hace más de diez años valoran el procedimiento como menos doloroso que los que finalizaron hace menos de diez años. En el resto de procedimientos no existe relación entre las variables.
- > "Conoce algún método de control del dolor que se pueda aplicar al realizar una cura de úlcera por presión" con "año de finalización de los estudios", con valor de p. de 0,041 para el contraste unilateral.
- > "Conoce algún método de control del dolor que se pueda aplicar al realizar una desbridación de restos necróticos" con "año de finalización de los estudios", con un p. con valor de 0,009 para el contraste unilateral y de 0,015 para el bilateral.
- > "Conoce algún método de control del dolor que se pueda aplicar al realizar una cura de úlcera vascular" con "año de finalización de los estudios", con un p. con valor de 0,006 para el contraste unilateral, y de 0,011 para el bilateral.

Estos tres contrastes nos permiten apoyar la tesis de que los enfermeros que finalizaron los estudios hace más de 10 años tienen un mayor grado de conocimientos de métodos de control del dolor para los procedimientos analizados que los que finalizaron hace menos de 10 años. En el resto de los procedimientos estudiados en el cuestionario no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En el caso de la relación entre los años de finalización de los estudios y la aplicación sistemática de métodos de control del dolor, en ningún supuesto se encontró relación estadísticamente significativa.

No se ha encontrado ningún tipo de relación estadísticamente significativa entre los años de ejercicio en MI y ninguna de las variables estudiadas.

En relación a la variable sexo, sólo se aprecia una diferencia significativa al analizar el conocimiento de algún método de control del dolor para la colocación de una sonda nasogástrica. Esta significación se establece por un p. valor de 0,031 para la significación unilateral. Esta relación no es especialmente potente ya que la significación bilateral es de 0,055, por lo que está en los límites de significancia estadística.

La última de las relaciones con lectura clínica estudiada, "Cree que se provoca dolor..." frente a "Se aplican sistemáticamente en su unidad..."; sólo resulta positiva en el supuesto de la cura de úlcera vascular, donde sí existe relación entre el conocimiento de métodos de control del dolor y su aplicación sistemática en la práctica clínica, con un valor de p. de 0,025, en significación exacta unilateral y de 0,038 en bilateral.

11. Conclusiones

Resultaría interesante destacar en primer lugar la acogida que ha tenido el estudio entre los enfermeros: unos porcentajes de cumplimentación y respuesta de cuestionarios del 94,28% por unidades y del 75,67% del total de los distribuidos.

Los enfermeros consideran que se provoca dolor al aplicar cada uno de los procedimientos analizados en el estudio, salvo en el caso de la desbridación de restos necróticos de úlceras por presión. Para este ítem el 47,5% de los encuestados consideran que no se provoca dolor al desbridar mecánicamente una úlcera por presión. Estos resultados no irían en línea con los estudios publicados que cuantifican el dolor con este procedimiento, empleando diversas escalas de medición, y cifrándolo en general como dolor de intensidad severa (5,7,21,22). A pesar de esta consideración, más de un 60 % de los enfermeros conoce algún método de control del dolor en el desbridamiento de úlceras por presión, pero sólo un 36,2% lo aplica sistemáticamente en su trabajo diario.

En referencia a los protocolos de las unidades, en la gran mayoría de ellos no se recoge ninguna atención de enfermería al dolor provocado al aplicar los procedimientos que se describen. Solo en el caso de colocación de una sonda vesical, se recoge en el 30% de los protocolos algún método de control del dolor. Para el resto de los procedimientos solo se citan en unos porcentajes que oscilan entre el 4 y el 20%. Estos resultados deberían servir para plantear una seria reflexión sobre la idoneidad y utilidad de los actuales protocolos de las unidades de enfermería, y justificarían la necesidad de contar con instrumentos comunes en todas las unidades, continuamente revisados y puestos al día.

Sobre el conocimiento de métodos de control del dolor por parte de los profesionales, aproximadamente la mitad de ellos conocen métodos de control. En la bibliografía que se ha consultado se incluyen múltiples trabajos que abordan estos métodos de manera monográfica y aportan evidencias científicas sobre metodología de control del dolor en PCE.

En relación a la aplicación sistemática de métodos de control del dolor, sólo la cuarta parte de los enfermeros presta una atención sistemática al dolor que se provoca al aplicar PCE. Este dato contrasta con la mitad de los enfermeros que manifiestan conocer la metodología de control del dolor y sin embargo solo una cuarta parte la pone en práctica al cuidar a la persona enferma. Según esto, los enfermeros estaríamos dejando de atender y cubrir patrones funcionales de salud básicos para el desarrollo de la persona enferma.

Sobre la necesidad de que se recoja en los protocolos de las unidades o en otro soporte algún método de control del dolor, la respuesta que hemos obtenido es prácticamente unánime: El 98% de los enfermeros encuestados consideran positivo y necesario que esta metodología esté recogida en soporte escrito en las unidades.

Al analizar los resultados de la influencia del dolor en la evolución clínica del enfermo, resulta llamativo que un 32 % de los enfermeros consideren que no existe relación entre la evolución y el dolor provocado.

Los resultados sobre la creencia de la efectividad de actividades no farmacológicas como método de control del dolor, donde casi un 70% de enfermeros consideran efectiva esta metodología, no se corresponden con lo publicado por Sindhv F. de la Colaboración Cochrane, en un metanálisis donde se concluye que no existe evidencia científica suficiente para asegurar que los métodos no farmacológicos de control del dolor agudo en adultos, puestos en práctica por enfermería, sean efectivos. Tampoco concuerdan estos datos con los publicados por Evans (20) sobre la efectividad de la musicoterapia. Asimismo no están en consonancia con los resultados presentados por Good M (18) y Seers (19) sobre la efectividad de las técnicas de relajación empleadas en enfermería para el control del dolor agudo.

Si se dispusiese de una guía de práctica clínica donde se abordase el control del dolor producido al aplicar PCE, prácticamente el 100% de los enfermeros estarían dispuestos a aplicar sus recomendaciones.

Aunque no resulte difícil suponer que en todo tipo de unidades de enfermería se repetirían los mismos resultados obtenidos en este estudio, al disponer de datos solo de las unidades de MI y sobre los procedimientos descritos, las conclusiones deben limitarse a estas unidades y estos procedimientos.

Quisiéramos resaltar la importancia de continuar realizando investigaciones en esta línea de atención de enfermería al dolor provocado por procedimientos cruentos, dada la naturaleza del tema a tratar y la necesidad de ofrecer un producto netamente enfermero con la mejor calidad posible en función de las evidencias disponibles. Consideramos que se hace necesario continuar generando evidencias para conseguir tratar el dolor provocado de forma óptima y por tanto, con el menor daño posible a la persona enferma. De esta forma se podrían plantear como posibles vías de continuación de la investigación las siguientes:

- > El análisis de los circuitos de difusión de la información generada en las investigaciones, ya que existen evidencias científicas que no son conocidas por la mitad de los profesionales de enfermería.
- > El diseño y elaboración de guías de práctica clínica que aborden de manera monográfica la atención de enfermería al dolor provocado al aplicar procedimientos cruentos.
- > El estudio de las necesidades demandadas por los propios enfermos en relación al dolor provocado.

Tabla 1. Respuestas obtenidas mediante el cuestionario a las preguntas que se citan.

PROCEDIMIENTO	Se provoca dolor al aplicar los procedimientos		Recogen los protocolos métodos de control del dolor		Conoce algún método de control del dolor		Se aplica en su unidad algún método de control del dolor	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Canalizar vena con aguja mediano calibre	95,0	5,00	4,30	95,7	41,8	57,4	8,50	91,5
Canalizar vena con aguja gran calibre	97,2	2,80	7,10	92,9	4,7	55,3	10,6	89,4
Cura úlcera por presión	75,2	24,8	22,0	78,0	68,1	31,9	39,0	61,0
Desbridación restos necróticos UPP	52,5	47,5	22,0	78,0	63,8	36,2	36,2	63,8
Cura úlcera vascular	84,4	15,6	17,0	83,0	59,6	40,4	29,8	70,
Desbridación restos necróticos úlcera vascular	70,2	29,8	15,6	84,4	58,9	41,1	33,3	66,7
Extracción gasometría arterial	97,7	2,10	7,10	92,9	33,3	66,7	9,20	90,8
Colocación sonda vesical	66,7	33,3	30,5	69,5	66,7	33,3	46,8	53,2
Aplicación de inyección intramuscular	73,8	26,2	8,50	91,5	40,4	59,6	16,3	83,7
Colocación de sonda nasogástrica	73,0	27,0	106	89,4	35,5	64,5	19,1	80,9

Bibliografía

1. Rodríguez Hurtado et al. Valoración de un programa de educación sanitaria dirigido a enfermos con alto grado de dependencia de los cuidados de Enfermería. *Enf Clin* 2001 (en prensa).
2. Garrido I; López L; Seda J. Anestesia tópica mediante frío en venoclisis con agujas de mediano y gran tamaño. *Rev Rol de Enferm.* 213 may 1996: 21-26.
3. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact. *Clin Geriatr Med* 1998 aug;13(3):421-36.
4. Schne RM, Langemo DK. Pressure ulcer prevalence and incidence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1998 jan;25(1):36-43.
5. Loc K. et al. EMLA cream as a topical anesthetic for the repeated mechanical debridement of venous leg ulcers: a double-blind, placebo controlled study. *J Am Acad Dermatol* 1999 feb;40(2Pt1):208-13.
6. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). The care of patients with chronic leg ulcers. A National Clinical Guideline; Scotland: jul 1998.
7. Brigg M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001177.
8. Joly Lm; Spaulding C. Topical lidocaine-prilocaine cream versus local infiltration anesthesia for radial artery cannulation. *Anesth Analg.* 1998 aug; 87 (2):403-6.
9. Guevara S; Conde A. Efectividad de cremas anestésicas en punción arterial. *Enferm Cientif* 2001 mar-abr;228-229:70-76.
10. Holdgates A; Wong C. Does local anesthetic affect the success rates of intravenous cannulation? *Anaesth Intensive Care* 1999 jun;27(3):257-9.
11. Richman PB; Singer AJ; Flanagan M. The effectiveness of ice as a topical anesthetic for the insertion of intravenous catheters. *Am J Emerg Med* 1999 may;17(3):255-57.
12. Cárceles MA; Alonso JM; García Muñoz M; Castaño I. Utilidad de las cremas anestésicas en la prevención del dolor en niños. *Rev Soc Esp Dolor* 4(supl 1):40-50.
13. Koth JL; Fanurik D; Stoner J et al. Efficacy of parental application of eutectic mixture of local anesthetic for intravenous insertions. *Evidenced Based Nursing* may 2000;3:11-15.
14. Singer AJ. Comparison of topical anesthetic and vasoconstrictor vs lubricant prior to nasogastric intubation: a randomized controlled trial. *Acad Emerg* 1999 mar;6(3):184-190.

15. Nagy S. Strategies used by nurses to cope with the infliction of pain on patients. *J Adv Nurs* 1999 jun;29:6, 1427-33.
16. Castell Pujol C. Actitudes de enfermería frente al dolor y su tratamiento en el medio hospitalario. *Anales FIS. Madrid* 1993 (92/1380).
17. Sindhv K. Are non pharmacological nursing interventios for the management of pain effc-tives? A meta-analysis. *Journal And Advanced Nursing* 1996;24:1152-59.
18. Good M. Relaxation and nurse therapy for postoperative pain. *Journal Adv Nursing* 1996;24:903-14.
19. Seers K. relaxation techniques for acute pain management: a systematic review. *J Adv Nursing* 1998;27:340-51.
20. Evans D. Is music an interventios for hospital patient? A systematic review. *The Joanna Briggs Instituted for EBN. (Sr c15)2001.*
21. Szor JR: description of pressure ulcer pain. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999 may;26(3):155-20.
22. Meaume S. Pain and decubitus ulcers. *Soins* 1999 apr;(634 suppl):suppl 11-14.

Experiencias

Implementación e impacto de un programa de educación sanitaria sobre el paciente pluripatológico, su cuidador y el sistema

> Ángel Rodríguez Hurtado

Hospital Virgen de Valme. Sevilla

1. Situación actual

La situación demográfica que atravesamos desde hace unas décadas viene caracterizada por el envejecimiento progresivo de la población. El área hospitalaria de Valme acoge una población de aproximadamente 350.000 individuos, con 36.500 personas mayores de 65 años, un 11% de la población total, con una tasa de envejecimiento del 9,6 y un índice de dependencia senil del 25,9.

Este cambio demográfico, como cabría esperar, ha ido acompañado de un aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, lo que supone atender procesos con una elevada morbimortalidad que consumen una importante cantidad de recursos.

Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado laboral y el “desmarque histórico” de los varones ante las tareas de los cuidados agravan aun más la situación de un sistema sanitario de recursos limitados, que persigue la equidad entre todos los usuarios sin descender la eficiencia. La red social de cuidadores informales comienza a ser insuficiente, escasamente organizada y tal como ellos mismos reflejaron en una encuesta piloto realizada en el H. El Tomillar de Sevilla durante el 2001, poco y mal informada y formada sobre los cuidados que requieren sus enfermos. Y no debemos olvidar que estos cuidadores informales juegan un papel fundamental en la evolución del paciente crónico pluripatológico, durante y después del ingreso, ya que de él y la calidad de los cuidados que preste, dependerá que la cascada que va desde el inicio del proceso hasta la minusvalía o desenlace final tenga unas características determinadas. En este sentido, un estudio reciente llevado a cabo por la EASP demuestra que el cuidado informal supone el 88% del tiempo total dedicado a los cuidados básicos de estos pacientes.

Todo lo anteriormente expuesto hace que nos encontremos ante una situación que requiere unos abordajes sanitarios especiales, y en donde la realización de programas de educación sanitaria y de formación de cuidadores juega un importante papel a la hora de asegurar la continuidad de cuidados, no sólo al paciente sino también al cuidador.

En este contexto y dentro de la unidad de continuidad asistencial (UCA) del H. El Tomillar nos planteamos la implantación y valoración de un programa de educación sanitaria dirigido a familiares de pacientes con alto grado de dependencia para los cuidados de enfermería de la cartera de clientes de la UCA.

2. Objetivos

- > Mejorar la calidad de la atención que prestan los cuidadores informales a los enfermos a su cargo.
- > Mejorar la calidad de la atención que presta enfermería a los cuidadores informales o principales.
- > Optimizar el consumo de recursos sanitarios del sistema formal de cuidados.

3. Hipótesis

La hipótesis general con la que parte el proyecto es que la implementación de un programa de formación para cuidadores principales de enfermos dependientes influye positiva y significativamente sobre pacientes, cuidadores y sistema sanitario.

4. Diseño metodológico

El diseño metodológico que se ha empleado es la valoración de un programa experimental, longitudinal, prospectivo, de series temporales con grupo de control aleatorio.

Mediremos el impacto de talleres de formación sobre la evolución del paciente, sobre el cuidador y la repercusión en nuestro sistema sanitario y lo compararemos con otro grupo control de familiares que no recibieron talleres.

5. Variables consideradas

Paciente:

- > Episodios de deshidratación.
- > Modificaciones del perfil nutricional.
- > Episodios de retención de secreciones.
- > Episodios de diarreas.
- > Episodios de estreñimiento.
- > Consumo de laxantes y afines.
- > Prevalencia de UPP.
- > Episodios de infecciones del tracto urinario.
- > Complicaciones asociadas al estoma PEG.

Cuidador:

- > Niveles de ansiedad.
- > Sintomatología negativa asociada al cuidado.
- > Claudicación familiar.

Sistema:

- > Número de sesiones y motivo de visitas a la unidad de día de la UCA.
- > Episodios de ingresos.
- > Demanda telefónica.

6. Resultados

Actualmente este programa se encuentra en su ecuador, de manera que se llevan impartidos 30 talleres teórico-prácticos formativos-informativos a 194 cuidadores familiares, donde se les instruye sobre los cuidados básicos que requieren los familiares a su cargo, fundamentalmente higiene, alimentación, movilidad y eliminación. Igualmente se hace hincapié sobre los síntomas de alarma que deben generar una consulta al gestor de cuidados asignado.

Sobre los resultados parciales obtenidos, ya que se trata de un proyecto cuyo desarrollo total requiere al menos dos años, podríamos destacar:

- > La aceptación del proyecto por parte de los cuidadores familiares y de los propios enfermos ha sido superior a la esperada, con una tasa de asistencia a los talleres, y por tanto del consentimiento para participar en el estudio, superior al 70% de los enfermos que cumplen criterios de inclusión. Parece que esto viene a confirmar que estos cuidadores familiares, cuando desde el sistema se les oferta algún tipo de ayuda o apoyo lo recibe de buen grado.
- > Los niveles de ansiedad estado/rasgo, medidos a la captación para el estudio, son muy superiores a la media, por lo que se verifica que este tipo de cuidadores se encuentran sometidos a una elevada carga física, emocional y social (síndrome del cuidador).
- > El tiempo medio de dedicación de los cuidadores informales a sus familiares dependientes es muy elevado, tanto en años dedicados como en carga diaria de horas.
- > Al contrario de lo que se suponía en un principio, la demanda telefónica de los familiares que han asistido a los talleres es mayor que la generada por los del grupo control. Es decir la información-formación genera a su vez mayor necesidad de información o conocimientos.
- > La evolución de las UPP, que era una de las variables contempladas en el proyecto, presenta mejores índices en el grupo experimental que en el control, tanto en cantidad como en calidad.
- > Sobre el índice nutricional aún no disponemos de resultados al no haber transcurrido suficiente tiempo como para que se modifique.
- > Hay que resaltar que se ha producido una demanda extrahospitalaria, desde centros de salud, ayuntamientos y los propios usuarios, que han obligado a la realización de talleres de características y contenidos similares en la comunidad, aunque ya fuera del proyecto como tal. Los resultados de estos talleres han sido igualmente muy satisfactorios para los usuarios, que lo han manifestado en el cuestionario de valoración que cumplimentaron al final.

Si al final del estudio se continúan confirmando los datos previos que se han obtenido, y por tanto se verifica la idoneidad de este nuevo abordaje, deberíamos plantearnos esta actividad como fundamental para garantizar la continuidad de cuidados, en cantidad y calidad, y como un servicio de apoyo del sistema formal de cuidado hacia los cuidadores familiares que tan importante papel juegan en el cuidado de estos enfermos dependientes manteniéndolos en su propio entorno y posibilitando un abordaje holístico en sus cuidados.

Reducir desigualdades



Capítulo IV

Introducciones a debate

Atención a la inmigración

> Teresa Bravo

Coordinadora del I Plan Integral para la Integración en Andalucía

Consejería de Gobernación

Junta de Andalucía

El modelo de sociedad andaluza dinámica, emprendedora, vertebrada territorialmente y socialmente cohesionada que entre todos estamos construyendo, depende, en gran medida, del tipo de política que las instituciones, los agentes sociales, los medios de comunicación y los ciudadanos seamos capaces de llevar a cabo con relación a la inmigración.

La Junta de Andalucía tiene atribuidas por mandato constitucional y estatutario competencias que se refieren a servicios y funciones básicos para el bienestar de los ciudadanos, como la asistencia sanitaria, la educación, la vivienda, los servicios sociales, las políticas de igualdad, de atención al menor o de juventud, por citar las más notables.

El Gobierno andaluz asume la inmigración como una de las prioridades políticas y en coherencia con ello ha elaborado el I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2001-2004, aprobado por Decreto 1/2002, de 9 de enero, como instrumento de planificación de las políticas de inmigración del ejecutivo autonómico, cuyas principales características lo convierten en referente para el resto de comunidades autónomas de nuestro país.

La finalidad última de dicho Plan es la plena integración del inmigrante en la sociedad de acogida. Ello conlleva su inspiración sobre dos ejes vertebrales: las medidas dirigidas a la población inmigrante por un lado, y las destinadas a la sociedad de acogida, en cuanto a una correcta percepción y una adecuada sensibilización respecto al hecho migratorio.

Basado en principios rectores de igualdad, integralidad, coordinación, participación, interculturalidad, descentralización y normalización, entre otros, existen variados objetivos que determinan el alcance, la efectividad e incluso la legitimación social del mismo. En concreto, el Plan se estructura en 10 áreas de intervención, articuladas mediante 61 objetivos específicos, que a su vez, se desarrollan a través de 172 medidas, con un presupuesto para el total del cuatrienio de 306.315.493 euros.

Las principales características que permiten apreciar la validez de este Plan integral y que lo definen son:

> Su integralidad

No sólo coordina las diferentes competencias que son ejercidas por los distintos departamentos de la Junta de Andalucía, sino que integra en una misma estrategia las medidas y actuaciones dirigidas, por un lado, a los propios inmigrantes, como sujetos activos de derechos y obligaciones administrativas, laborales, culturales y sociales, y por otro, a la población de acogida, para que perciba que la inmigración es una oportunidad para elevar sus niveles de bienestar, de servicios y de progreso social.

> Su flexibilidad

El fenómeno de la inmigración no puede ser abordado con fórmulas simples y cerradas, ya que la diversidad de situaciones y la dinámica cambiante del hecho obligan a dar una respuesta ágil y adaptada a la realidad. De ahí que este Plan se defina como abierto y flexible, porque es posible incorporar nuevas medidas y actuaciones, y porque convergente con otros planes sectoriales, como el II Plan Andaluz de Salud, el Plan para la atención educativa del alumnado inmigrante, el II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones y el Plan Integral de la Infancia.

> Su carácter evaluable

Mediante la utilización de unos correctos indicadores, se podrá realizar una evaluación basada en principios de igualdad, objetividad, transparencia, responsabilidad, eficacia, eficiencia y participación, para alcanzar los resultados asignados a cada objetivo.

> Su credibilidad

Derivada del hecho de ser un Plan con dotación económica propia, reflejada en un anexo presupuestario, con especificación para cada uno de los objetivos planteados.

Un Plan que pretende ser integral en su concepción y en sus contenidos no puede ser desarrollado sin una estrategia definida de participación. Tres son los frentes en que se establecen dichas estrategias: las otras administraciones con competencias relativas a inmigración, el propio colectivo inmigrante y la sociedad de acogida concreta en cada caso.

La estrategia de participación social tiene su ámbito de desarrollo en el recientemente creado Foro Andaluz de la Inmigración, el cual tiene por objeto establecer un cauce de partici-

pación y debate de todas las administraciones, agentes sociales, ONG y medios de comunicación implicados en el fenómeno de la inmigración, para promover la integración social de los inmigrantes. Dicha participación ha tenido su principal manifestación en el debate y aprobación por unanimidad en su seno del ya mencionado Plan Integral para la Inmigración en Andalucía.

La Junta de Andalucía, finalmente, es consciente de la trascendencia del fenómeno migratorio y a ello contribuirá dedicando su atención, desde la óptica de un tratamiento racional y solidario del mismo.

Todo ello nos lleva a la conclusión, reiteradamente expuesta y defendida por el Presidente de la Junta y por el propio Parlamento de Andalucía, de reclamar un pacto de estado en materia de inmigración, que asegure una eficaz coordinación de las diversas competencias entre las diferentes administraciones, evite la utilización partidaria y electoralista del fenómeno de la inmigración, y muy especialmente garantice la cohesión de la sociedad en torno al hecho migratorio, para evitar riesgos de fractura social en un tema de tan elevada sensibilidad ciudadana.

Experiencias

Programa de intervención en medio abierto con población de alto riesgo social en el Barrio San José de Palmete en Sevilla

> Noelia López

Asociación para la prevención de la droga y ayuda al toxicómano

1. Marco de organizadores previos a la experiencia

1.1 Origen y estructura del proyecto

En el curso 1987-88 un grupo de adultos inicia un proyecto integral, a partir del convencimiento de que el programa de apoyo al fracaso escolar en el barrio de San José de Palmete (Sevilla) habría de tratarse desde dentro y fuera de la escuela y, en consecuencia, incidir en el ambiente con un plan integral.

Básicamente el proyecto integral para el barrio contempla los siguientes campos de actuación:

- > Fomentar el asociacionismo de niños y adolescentes.
- > Atención y seguimiento preventivo a colectivos en riesgo por la drogadicción.
- > Creación de una escuela de padres.
- > Intervención de apoyo directo dentro de las actividades del colegio del barrio.
- > Escuela de adultos del barrio.
- > Coordinación con otras entidades que se mueven para la promoción del barrio: AAW, parroquia, asociaciones deportivas, religiosas en barrio, etc.

Se legalizan dos asociaciones: una para atender el plan de formación en tiempo libre para niños y adolescentes con la denominación de AJA (Asociación de Jóvenes Amigos) y otra para atender y seguir la prevención contra la drogadicción, denominada APREDAT.

1.2. Objetivos y líneas de acción

- > Tratamiento integrador de un proyecto de barrio.
- > Atención a la asistencia sin perder la promoción de nuevos compromisarios y militantes al servicio del barrio.
- > Prioridad de dedicación a colectivos de riesgo social y de más demanda de convocatoria. En este sentido se presentan dos colectivos claramente definidos: los niños - adolescentes y la mujer.

2. Experiencia personal

Aquí aparezco yo, en 1990, con 14 años y al comienzo de una etapa importante de mi vida.

Al principio tenía un poco de miedo, tampoco sabía dónde me estaba metiendo exactamente, pero pronto sentí que yo era parte de todo aquello y que era como si lo hubiera llevado todo dentro de mí durante todo ese tiempo; sólo hubo personas que aparecieron en mi vida y me ayudaron a despertar lo que llevaba dentro, a guiar mi camino.

Me llenó de felicidad y energía descubrir que había personas que pensaban que podía existir un mundo más justo y que sentían y respetaban muchos valores descuidados por la mayoría de las personas que me rodeaban: el amor, el respeto, la amistad y la confianza en una misma, y me sentía privilegiada ante el mundo, al descubrir que yo formaba parte de todo esto.

3. Descripción del programa

Este programa de intervención en medio abierto trata de dar respuestas a las necesidades explícitas y latentes de la comunidad donde se lleva a cabo. Entre las finalidades más importantes, pretende generar y potenciar alternativas de ocio y tiempo libre entre niños y jóvenes para los que la única alternativa es la calle sin "referencias sanas", en cuanto a pautas de comportamiento.

Uno de los objetivos fundamentales es promover la cultura en el barrio.

De cara a la familia, nuestros objetivos fundamentales son concienciarlos del papel tan importante que juegan en la educación de sus hijos, de orientarlos e implicarlos en el proceso educativo de éstos. Algo bastante complicado si tenemos en cuenta las características de los miembros familiares, los cuales viven problemáticas relacionadas con las drogas, el alcohol, la falta de trabajo, embarazos no deseados, trabajo en el sector servicios, por lo que pa-

san bastante tiempo fuera de sus hogares, trabajo inestable, padres muy jóvenes y desorientados, ausencia del padre o la madre; o disfunciones relacionales en cuanto a los roles que cada uno juega en la casa, ya que algunos viven en casa de sus abuelos.

En la comunidad, tratamos de generar una fuerte conciencia del proceso de deterioro que cada vez sufre más el barrio y por tanto los jóvenes y niños. Desde las distintas entidades pretendemos integrar y coordinar el trabajo que se hace para mejorar el barrio.

4. Valoración

Es evidente que el programa de intervención en medio abierto tiene un valor que no se puede medir; no obstante, no podemos poner en duda su alta eficacia en términos cualitativos. Aunque somos pocos los que seguimos en la brecha, son más de trescientos los jóvenes y niños que han pasado por AJA y APREDAT durante todos estos años, y estamos seguros de que los que se fueron se llevaron contenidos de ayuda para seguir su camino, gracias todo ello a gente que de forma voluntaria intervino en todo el proceso.

5. Dificultades

Es complejo ir encontrando personas que vengan detrás y ayuden a seguir empujando este proyecto, algo que a veces nos hace sentir cansados y desmotivados.

Otras de las dificultades que nos vamos encontrando a lo largo del camino es que no siempre se consigue una buena coordinación entre todas las entidades del barrio, como en principio se planteaba.

Debe existir un trabajo conjunto donde la multidisciplinariedad (asuntos sociales, educación, trabajo, salud, juventud, mujer) tenga un compromiso y objetivo común. Ya que ante la gravedad del problema, sigue siendo insuficiente el apoyo en recursos económicos y humanos por parte de las administraciones.

Experiencias

Abordaje de la atención sanitaria a la población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería

> G. Fernández Moya

Distrito Poniente de Almería

El Distrito Poniente de Almería es la zona geográfica de Andalucía que más población inmigrante recibe. Hasta el año 1999 la atención a los inmigrantes ilegales era prestada mayoritariamente por Cruz Roja. Con la firma del Convenio entre la Consejería de Salud, la Fundación Progreso y Salud, Federación Andalucía Acoge, Cruz Roja Española, CCOO y UGT, es el Servicio Sanitario Andaluz el que asume la atención sanitaria a solicitud de las organizaciones que participan en el Convenio. Desde esa fecha se han expedido en el Distrito 32.000 tarjetas de reconocimiento temporal de asistencia sanitaria.

En este contexto, el Distrito debe articular mecanismos que mejoren la accesibilidad de los inmigrantes al sistema así como la organización de la asistencia.

La accesibilidad se estructura de acuerdo a tres factores básicos: circuitos ágiles para la obtención del Documento de Reconocimiento Temporal de la Asistencia Sanitaria, información a los profesionales y a la población inmigrante y disminución de las barreras idiomáticas. Para ello es necesaria la colaboración de las ONG, Asociaciones de Inmigrantes e Instituciones.

La organización de la asistencia requiere de fórmulas no discriminativas, así como de apoyo y formación a los profesionales que prestan asistencia a esta población. Con tal fin se ha ampliado la plantilla de personal en el Distrito y en el aspecto de investigación y formación estamos colaborando con la Fundación Progreso y Salud y con Asociaciones Científicas como SAMFYC y ASANEC.

La población que emigra a nuestros pueblos lo hace por motivos económicos fundamentalmente. Son por tanto personas sanas y jóvenes que vienen en busca de trabajo. Los problemas de salud que presentan son consecuencia de: el proceso de adaptación a un nuevo medio social y cultural, sus condiciones de vida y trabajo y a la falta de apoyo familiar. En los últimos años se han producido reagrupaciones familiares, lo que ha propiciado el aumento de población infantil.

En los programas establecidos en los centros se está adaptando la información y la organización para facilitar la atención a esta población.

Los programas en los que más se ha avanzado y de los cuales se pueden presentar resultados son el de Prevención del Paludismo en viajeros a países de riesgo y en el Proceso de Tuberculosis.

En la prevención de Paludismo durante el año 2001 se le facilitó medicación a un total de 157 viajeros, de ellos 138 son inmigrantes y 19 nacionales. La medicación que se entrega comprende una semana antes del viaje, tiempo de estancia y cuatro semanas después de abandonar la zona palúdica.

La atención a los pacientes de TBC se vivía como un problema debido a las dificultades de realización de estudios de convenientes y seguimiento de pacientes con supervisión de tratamiento especialmente en población inmigrante, debido a la movilidad geográfica y cambios frecuentes de domicilio.

Para abordar esta problemática se organizó la atención de la TBC con un equipo interdisciplinar (Médico, Enfermera y Trabajador Social) que realiza tareas de prevención y tratamiento, garantizando la continuidad asistencial y la utilización eficiente de los recursos sociosanitarios, en estrecha colaboración con el Equipo Básico de Atención Primaria.

Los resultados en las actuaciones llevadas a cabo desde diciembre de 2001 demuestran una mejora importante en el proceso de Atención al paciente con tuberculosis. De hecho actualmente todos los pacientes diagnosticados están en tratamiento.

La apuesta institucional



Capítulo V

Conferencias

El futuro de la Salud Pública

> Ilma. Sra. Dña. M^ª Antigua Escalera

Directora General de Salud Pública y Participación

Consejería de Salud

Junta de Andalucía

Quiero comenzar mi intervención expresando mi satisfacción por la oportunidad que posibilita este foro de exponer y debatir cuestiones de gran importancia para todos los que estamos aquí reunidos, con una alusión muy especial al equipo de trabajo que me viene acompañando durante estos últimos años.

Voy a referirme a ciertas reflexiones que se vienen sucediendo en el ámbito de nuestro trabajo cotidiano y que están determinando la concreción de nuestras futuras propuestas en materia de Salud Pública para el ya inmediato futuro.

He preferido estructurar mi intervención en tres grandes apartados con el objetivo de hacerla lo más clara posible.

- > En primer lugar, hablaré del punto de partida para el análisis del futuro de la Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud.
- > Análisis por sectores del futuro de la Salud Pública.
- > El paradigma y los fundamentos de la Salud Pública en la etapa actual, de cara a los nuevos retos, así como las estrategias comunes que deberíamos implantar para alcanzarlos.

1. Punto de partida para el análisis del futuro de la Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud

Desde la creación del Sistema Nacional de Salud y la descentralización de las competencias sanitarias en el ámbito de las CC AA, así como la integración europea, se han ido definiendo en el conjunto del país una serie de programas y actuaciones que han contribuido a conformar la realidad de la Salud Pública actual.

En Andalucía, el proceso seguido desde el comienzo de las transferencias de responsabilidades y recursos en materia de salud y servicios sanitarios, hace que en el momento actual se diferencien dos estructuras claramente diferenciadas:

- > En primer lugar, la Consejería de Salud, como órgano donde reside la autoridad sanitaria y responsable del aseguramiento, financiación y planificación sanitarias. Con un centro directivo encargado de forma explícita del trabajo planificador y coordinador de los servicios y actividades de la Salud Pública, la DGSPP. (Decreto 208/92, 30 de diciembre, de estructura orgánica de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud).
- > En segundo término, el SAS como organismo autónomo y bajo la superior tutela de la Consejería, principal proveedor de servicios de salud en nuestra Comunidad Autónoma.

Recientemente se ha creado también una Secretaría General de Calidad y Eficiencia, (Decreto 245/2000, de reestructuración de la Consejería de Salud) cuya función es la de impulsar políticas de calidad integral, formación, docencia e investigación, desarrollo y evaluación tecnológica, así como las acciones de acreditación, asistencial y profesional.

De esta forma, podemos decir que, desde hace años y también en la actualidad, el proceso de elaboración de las políticas de Salud Pública de nuestra Comunidad Autónoma descansa sobre la Consejería de Salud, siendo el principal proveedor de estos servicios el Servicio Andaluz de Salud.

1.1 Proceso de concreción de políticas de salud en el marco autonómico

También sabemos que, concretamente y, en lo referido a los aspectos de Salud Pública, uno de los cometidos esenciales de cualquier estructura de Salud Pública, es el de marcar el conjunto de objetivos y estrategias que han de implantarse en cada etapa, para elevar los niveles de salud, esencialmente los comunitarios.

Y, para este cometido, en la situación actual, venimos utilizando como referente dos documentos vectores de ámbito europeo:

- > El primero, de la Organización Mundial de la Salud para la región europea, llamado Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI.
- > En segundo lugar, la Comunicación del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, por la que se adopta un Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública para el período 2001-2006.

Por tanto, en este marco estratégico y con la experiencia crítica adquirida en los procesos de elaboración de los planes de salud, Andalucía está ya desarrollando su tercera edición, que terminará, entre otras cuestiones, aquellas políticas de salud prioritarias para los próximos años.

Con el Plan de salud como referencia, el instrumento encargado de su concreción anual es el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, directamente influenciado por el Plan de Calidad y los planes operativos de los servicios, que dan lugar posteriormente a los respectivos contratos entre el SAS, y sus proveedores de servicios periféricos, tanto de atención primaria, cómo de asistencia especializada.

Es también necesario reseñar que, a este proceso de decisión democrática para la definición de políticas de salud y su posterior aplicación, intentamos incorporar las diferentes sensibilidades de la organización sanitaria, en sintonía directa con las inquietudes de los ciudadanos.

Así, entendemos que cualquier proceso de elaboración de políticas de salud debería de recoger las inquietudes de los servicios para su puesta en práctica, las preocupaciones por los instrumentos de calidad y el cauce de la Salud Pública que asegure también la participación de otros sectores, implicándolos además, en igualdad de condiciones.

En definitiva, y para la consecución real de más salud, no hablamos de cuestiones excluyentes, sino espacios más o menos amplios, según las diferentes etapas, y desde luego, complementarios siempre.

1.2 Estructura funcional de trabajo del subsistema Salud Pública

De otro lado, y para poder dimensionar nuestras necesidades y, por tanto, nuestras propuestas, es necesaria la clara definición de lo que entendemos por Salud Pública.

De forma general entendemos por Salud Pública cualquier intervención a través de la cual pretendemos mejorar la salud individual y colectiva.

Para ello y, además de las actividades asistenciales, más propias de los servicios, la Salud Pública se debería de centrar en el desarrollo de las actividades de promoción y protección de la salud, así como la prevención de la enfermedad, mediante la puesta en marcha de servicios que sean capaces de actuar como mediadores, tanto en las relaciones entre los ciudadanos, como las de éstos, con su entorno.

De esta meta central, se derivan tres funciones de la Salud Pública, claras y mantenidas en el tiempo:

- > La valoración de necesidades y problemas de salud.
- > El desarrollo de políticas de salud, que articulen respuestas a estas necesidades.
- > La puesta en marcha de actividades que aumenten la capacidad del ciudadano para tomar decisiones sobre aquellos aspectos que afectan a su salud.

En este contexto y en lo que específicamente compete a estas responsabilidades de Salud Pública, Andalucía viene consolidando una estructura que se caracteriza esencialmente por los siguientes aspectos: (ver gráfico página siguiente).

En primera instancia, por establecer una respuesta a los problemas que tienen los ciudadanos, derivados de la relación con el entorno.

Y sobre la base de la protección de la salud, hasta ahora hemos estructurado los servicios que se ocupan de la seguridad de los alimentos y de la salud ambiental, y que en un futuro, con realidades ya presentes, se irán organizando, como veremos, en nuevas estructuras de salud.

En segundo término, tal como se puede observar, venimos trabajando por desarrollar una respuesta a los problemas derivados de las relaciones personales y sociales, a través de una atención integrada.



Dado que estos problemas se encuentran especialmente vinculados con la convivencia y por tanto con los estilos de vida, hemos enfatizado en ciertos aspectos de promoción de la salud, que orgánicamente reconocemos como servicios de promoción de salud.

Me refiero a aquellos servicios que aglutinan los planes, procesos y programas de Salud Pública, y en los que una de sus principales actividades se dirige al desarrollo de la educación para la salud, como instrumento, y la participación social como estrategia de desarrollo de la misma.

De forma transversal a estos, contamos con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación, que ha ido incorporando durante éstos años un notable avance en los sistemas de información, lo cual nos ha permitido obtener el conocimiento necesario para la toma de decisiones y el establecimiento de nuestras prioridades.

Su papel predominante en el futuro tiene mucho que ver con la adecuación de los sistemas de vigilancia a los nuevos problemas y con la prevención e inmediatez de las respuestas a las crisis.

En resumen, lo que hemos intentado a través de esta estructura funcional en forma de H, es integrar la concepción de la moderna Salud Pública, con un pilar dedicado a la protección, en lo referido a la seguridad alimentaria y ambiental, otro que se interesa por la convivencia y los problemas derivados de las relaciones vitales y el puente transversal que une los dos pilares, dedicado a la vigilancia y a la información para la toma de decisiones.

1.3 Percepción social ante los problemas de salud y las situaciones de riesgo

Sin embargo, a la par que hemos desarrollado y consolidado éstas importantes estructuras de prestación de servicios de Salud Pública, se ha ido produciendo un gran cambio y desarrollo en nuestra sociedad, lo que inevitablemente, nos debe de orientar a una reconsideración de nuestras propuestas para un futuro, que yo, personalmente, considero inmediato.

Está claro que, actualmente, nadie vincula ya la salud sólo con la ausencia de enfermedad. El concepto de salud abarca también al riesgo de enfermar. Riesgo que puede ser de origen genético; fruto de los hábitos de vida o derivado de la relación de las personas con su entorno.

Desde la óptica lógica de cómo protegernos frente a ellos, sabemos ya que los riesgos de origen genético, comienzan a ser modificables y a ello se está destinando un volumen ingente de recursos (investigaciones con células-madre y embrionarias, entre otros), aunque a medio plazo las expectativas en este terreno, no son ilimitadas.

En cambio, los otros dos grupos de factores de riesgo -hábitos y entorno- sí son susceptibles de ser reducidos o incrementados mediante la intervención adecuada.

Todo depende de las características de esos hábitos y del tipo de relación que se establezca con el entorno. Entorno que, a su vez, puede ser más o menos saludable.

Sin embargo, aun siendo más evidentes las posibilidades de modificación de estos factores de riesgo, los recursos que se destinan a ello desde las políticas de salud y bienestar social siguen siendo reducidos.

Quiero aclarar que, el término "situaciones" se utiliza, en este contexto, para expresar una serie de condicionantes positivos o negativos de la salud. Me estoy refiriendo a aspectos como la situación económica, el nivel cultural, la jerarquía social, la capacidad relacional, etc., situaciones que, como bien se sabe, son determinantes del nivel de salud que disfrutamos.

Bien, pues estas cuestiones son las que nos obligan cuando analizamos la salud de una comunidad, a ir más allá de los indicadores de morbimortalidad de las enfermedades, para centrarnos en el análisis de lo que ocurre con estas situaciones y problemas, y cuáles son más relevantes, estudiar sus mecanismos de producción, para obtener una explicación de sus causas y elaborar con los sectores implicados respuestas generales y acciones concretas.

Durante muchos años, los científicos han centrado las expectativas de solución de los problemas de salud en la tecnología, olvidando a veces que, la naturaleza de los problemas también es relacional, conductual, condicionada por los hábitos y el tipo de hábitat.

Por ello no cabe esperar la solución tecnológica, que sin duda tiene un papel importantísimo y complementario en la atención integral a los problemas. La modificación de aspectos genéticos hasta ahora inmutables será un complemento decisivo en el futuro inmediato. Pero no deberíamos de olvidar nunca, desde el ámbito de nuestras responsabilidades, que la ciencia es también social y que atiende esencialmente a las explicaciones de lo humano, clarifica los mecanismos de conductas y toma de decisiones, que están en la raíz de los problemas de salud.

Por lo tanto, si queremos abordar estos temas desde un concepto de integralidad, situemos las expectativas de las soluciones en la naturaleza de los problemas, en sus verdaderas causas, y en sus mecanismos.

Ello nos va a conducir, irremediablemente, a buscar la convergencia de diferentes ámbitos de decisión, para implicarlos en la respuesta.

Por otro lado, es obligado incidir en que la sociedad occidental tiende al concepto de seguridad absoluta, y por lo tanto al riesgo cero. Esta situación, si bien es irreal, dispara las incertidumbres y magnifica con frecuencia las situaciones de crisis motivadas por un riesgo de una determinada dimensión.

Dicho de otro modo, ante una situación de crisis (vacas locas, dioxinas, legionelosis, antenas de telefonía móvil...), aunque con distintos contenidos, se repiten los mismos mecanismos en la percepción social:

- > Incertidumbre y desconcierto.
- > Percepción de una magnitud descontrolada y confusa.
- > Búsqueda de los culpables que han introducido los riesgos.
- > Inmediata intervención para la reducción de los mismos.
- > Retorno a la situación de seguridad en breve plazo.

En resumen, creo que todas estas consideraciones determinarán, en gran medida, la futura forma de trabajar en Salud Pública y, por tanto, deben de ser tomadas en cuenta en el proceso de respuesta que elabore cualquier autoridad sanitaria.

En definitiva, y de cara a los próximos años, el ejercicio de planificación en Salud Pública, deberá de potenciar la percepción social ante los problemas y ante las situaciones de riesgo.

Igualmente, la construcción de políticas de Salud Pública no deberá de limitarse a dar respuesta a las crisis, sino que deberá trabajar habitual y cotidianamente en términos de protección (seguridad), promoción (disfrute y satisfacción), prevención de las crisis (vigilancia), además de dar una respuesta decidida e interactiva socialmente, si la crisis se produce.

2. Análisis por sectores de Salud Pública

2.1 Las relaciones con el entorno: Higiene alimentaria y salud ambiental

Por tanto y como se puede fácilmente intuir, entiendo que nuestros retos futuros en Salud Pública, están muy orientados a intervenciones dirigidas a colectividades que comparten estilos de vida, riesgos y espacios comunes, habiéndose superado de forma clara las intervenciones a nivel individual, que con el importante desarrollo experimentado durante éstos años por los servicios de salud, han quedado incorporadas al catálogo de servicios y procesos asistenciales.

Y cuando hablo de colectividades, me estoy refiriendo a un rango amplio de personas, que oscila desde el conjunto de los andaluces, para nuestra Comunidad Autónoma, hasta grupos reducidos de personas, aunque, eso sí, con características que los unen.

Concretando ya un poco en estos retos que se nos plantean para un inmediato futuro, que ya es presente, en aspectos referidos, por ejemplo, a los riesgos ambientales, en cuestiones como la seguridad alimentaria, se hace imprescindible un cambio profundo, que aborde esta importante y tradicional actividad de Salud Pública, desde una visión integral de la producción y el consumo y, con un nuevo concepto de seguimiento:

Me refiero a la trazabilidad que nos permite seguir un producto desde la granja a la mesa, además de la utilización permanente del principio de precaución, como herramienta fundamental en la toma de cualquier decisión, ante una crisis y como elemento de protección de la salud.

La necesidad de aplicar este modelo de concepción integral de la seguridad alimentaria exige ineludiblemente el compromiso de una serie de actores pertenecientes a diferentes sectores muy variados:

> El consumidor, que de puro receptor de información, pasa a ser corresponsable en la gestión de los riesgos, con una transparencia en la comunicación que con él se establezca.

- > El operador económico: agricultor, ganadero o intermediario, que debe ser responsable en la protección de la salud, desde el primer nivel de la cadena de producción buscando el adecuado equilibrio, o más bien la asociación en que la seguridad del producto o servicio que se presta, forma parte de la rentabilidad económica de su actividad.
- > La autoridad sanitaria, que toma las decisiones más adecuadas para la protección de la salud de los ciudadanos, sobre la base de una ecuánime evaluación del riesgo que aporta la evidencia científica, clara e independiente.

Obviamente, este nuevo modelo exige una estructura de desarrollo jerárquico de gestión, que en respuesta a la globalización en la producción y distribución de los productos, requiere de un nivel de autoridad europea de seguridad alimentaria, que pueda sostenerse sobre las agencias nacionales de seguridad alimentaria y que precisen de un nivel descentralizado de agencias autonómicas, que se hagan responsables del desarrollo local del modelo, asegurando la participación de los actores implicados, como condición imprescindible, para acercar a los ciudadanos la visibilidad de la protección de la salud, en los productos que consume. Y en último caso, asegure una respuesta rápida y eficaz en las situaciones de crisis.

Brevemente también, en lo que respecta específicamente a la salud ambiental, estamos de igual forma, ante la necesidad de importantes cambios en la gestión de este segundo pilar de la Salud Pública del futuro.

Los cambios producidos en las últimas décadas en los modos de vida de las sociedades desarrolladas y la constante y rápida evolución de las denominadas nuevas tecnologías están propiciando, lógicamente, un cambio sustancial en las políticas sanitarias y ambientales.

Otros nuevos factores de riesgo, además de los inherentes al saneamiento, se perfilan cada día más claramente en el mapa sanitario y requieren la adopción de criterios y de procedimientos destinados a su identificación y cuantificación y de medidas de corrección o disminución de sus impactos.

Los efectos sobre la salud de la utilización de las diferentes opciones en materia energética, biotecnológica y química, y, en particular, los usos y aplicaciones de las radiaciones (ionizantes y no ionizantes), tanto en el mundo de las comunicaciones como en el doméstico, industrial y médico, sin olvidarnos de la ingeniería genética aplicada a la obtención de organismos transgénicos con fines alimentarios, industriales, químicos y farmacéuticos, y las sustancias químicas nuevas y existentes, son algunos ejemplos de las nuevas líneas de trabajo emprendidas y las que plantean entre la población más dudas y temores y una mayor demanda de información.

Dada la diversidad y complejidad de las materias y su carácter intersectorial, en los próximos años deberá realizarse un esfuerzo considerable para la coordinación de actuaciones y para el desarrollo y mejora de sistemas de información que permitan detectar, identificar, evaluar y disminuir los riesgos sanitarios.

Desde mi particular visión de estas cuestiones, entiendo que se hace igualmente necesario un modelo que propicie una alianza integrada de las instituciones y organizaciones relacionadas, lo que permitirá catalizar una acción eficaz, diseñada desde las políticas medioambientales, que facilite los medios necesarios para la intervención global en términos de planificación (agencias medioambientales) y la intervención local, relativa a los riesgos cercanos a los ciudadanos (agencias autonómicas).

2.2 Los servicios de promoción de salud en la convivencia social:

Planes, procesos y programas de salud

En relación al trabajo en promoción de salud, los nuevos retos y oportunidades, deberían dirigirse al impulso de programas adaptados a los nuevos hándicaps, derivados de la supervivencia a la patología aguda y a otras causas, que antes eran incompatibles con la vida.

Elo obliga al desarrollo de programas que superan el concepto clásico de rehabilitación y plantean la adaptación compatible con la calidad de vida. Aparece así la figura de un nuevo crónico, que dando un nuevo sentido a la medicación, la compatibiliza con los cuidados. Son ejemplos los pacientes con hipertensión, sida, post-infartados...

Igualmente y desde el ámbito de la Salud Pública se deberán abordar y clarificar las expectativas reales ante medicaciones que inciden en aspectos vitales: postcoital, terapia hormonal, dietas, potencia sexual, etc., en función del interés superior de la salud del usuario. Para ello se deberán de establecer progresivamente canales de investigación dirigida hacia estos temas.

Otro aspecto a considerar en ese futuro inmediato es el de la sensibilización social, como tarea de Salud Pública ante determinadas situaciones prevalentes, y no presentes en la conciencia social, de lo que son ejemplos paradigmáticos los accidentes de tráfico y los accidentes laborales.

2.3 La epidemiología instrumento para la toma de decisiones: Vigilancia y crisis

Finalmente y, en relación a la vigilancia epidemiológica en su dimensión de servicio para la toma de decisiones en la intervención, existe una evidente necesidad de adecuación de la vigilancia a estos nuevos problemas prevalentes, incluidos aquellos que venimos destacando, como decía antes, en la esfera de lo relacional:

- > Los problemas del área afectivo sexual, de la violencia de género, infantil y de mayores.
- > De los accidentes de tráfico y laborales.
- > De aspectos de calidad: climaterio, educación maternal, etc.

- > El desarrollo de sistemas de observación de colectivos con necesidades prioritarias (jóvenes, adultos mayores, infancia, inmigración, etc.).

En este contexto, pues, la dimensión instrumental de la epidemiología en esta etapa debe priorizar, junto con las restantes áreas, el nivel local protagonista de la acción y, el trabajo en el territorio.

Si bien se justifican ciertos soportes centralizados, la base de la tarea del método epidemiológico sigue siendo fundamentar la acción descentralizada de los agentes locales en respuesta a problemas localizados en un determinado territorio.

De esta forma, y reconociendo los avances que se han producido en los sistemas de información y en la respuesta a las crisis en particular, señalamos la necesidad de avanzar en este período en una mejor adecuación de los sistemas de información, no sólo de enfermedades, sino para la observación de situaciones y problemas de salud, así como insistir en su vocación de instrumento de la acción local.

3. Paradigma y fundamento de la Salud Pública en la etapa actual

3.1 Retos y estrategias comunes

Las tesis que he intentado argumentar en esta ponencia han partido del conocimiento del proceso que sigue la organización sanitaria para decidir las políticas de salud.

Hemos analizado también el trabajo desarrollado en Salud Pública y la estructura funcional que ha ido adecuándose a este desarrollo, y se ha destacado la importancia de tener en cuenta el pensamiento social, frente a los riegos y las crisis en Salud Pública.

Posteriormente, hemos resaltado los retos que la Salud Pública del futuro plantea en campos de intervención específicos. En todos ellos se ha evidenciado con mayor o menor énfasis una tarea ya consolidada y tradicional y una exigencia, más actual, que requiere nuevas intervenciones en el ámbito estratégico e instrumental, ante nuevas necesidades y problemas.

Creo que, en ese contexto, estamos ahora en las mejores condiciones para extraer aquellos factores comunes que consideramos más relevantes para afrontar los problemas más prevalentes para esta etapa:

- > Cualquier evaluación de la salud de una población deberá de poner el mismo esfuerzo en la obtención de información sanitaria respecto a las enfermedades prevalentes, como en conocer la dimensión de los problemas y situaciones relacionales, que inciden directamente en la salud de los ciudadanos; denominamos esta intención como énfasis

en lo relacional. En definitiva, la sociedad está preocupada por como se relacionan los jóvenes, como se cuidan sus mayores, cuán saludable es su entorno, etc.

- > En segundo lugar, manejar en la cultura de cualquier proceso planificador que pretenda obtener objetivos de mayor salud, pasa indiscutiblemente por el trabajo intersectorial. Lo que significa no sólo sumar esfuerzos de distintos sectores, sino elaborar y planificar conjuntamente y hasta en ocasiones, compartir los espacios de intervención. A este aspecto lo denominamos estrategia intersectorial.
- > Un tercer aspecto importante es que casi todas las áreas de trabajo de Salud Pública, coinciden en replantear el papel de los actores implicados; desde los ciudadanos como sujetos activos, los operadores económicos con el autocontrol de riesgos y la autoridad pública sanitaria como mediadora y como tal autoridad, en un campo donde lo que se persigue es la obtención de más salud en una corresponsabilidad compartida de los actores.
- > Igualmente, cualquier movimiento programático o iniciativa de planes o procesos dirigido a la población general deberá concretar las acciones preferentes destinadas a colectivos en situaciones más desfavorables. La reducción de desigualdades en salud, debe ser un elemento, constante y horizontal, que atraviese todo el ejercicio de la planificación.
- > La prioridad de la acción local conecta directamente con las recomendaciones de los organismos europeos que insisten en la necesidad de equilibrar el esfuerzo en planificación con la facilitación de la intervención en el ámbito local. En este sentido la unificación de esfuerzos y recursos en el territorio tiene su expresión en el papel de los actores en el ámbito local. En este mismo sentido, se señala la importancia de la familia como centro de la diana de la intervención en los problemas sociales que repercuten en la salud y viceversa. Precisamente y, en este sentido, se deberán potenciar las alianzas con la organización civil para que conjuntamente con los servicios, puedan atenderse las necesidades de los colectivos más necesitados.

En definitiva, he intentado trasladar ciertas cuestiones que desde mi punto de vista deberán de centrar nuestra atención futura, que ya es presente. Porque el reto que tenemos es ambicioso y compartido por todos.

Ponencias en mesa

Vacunas del futuro

> Amós García Rojas

Jefe de Sección de Promoción de la Salud

Servicio Canario de Salud

1. Introducción

Sin lugar a dudas, las vacunas se han configurado como una de las herramientas más eficaces, efectivas y eficientes con las que cuenta el sistema sanitario. Así, junto a las mejores condiciones de vida, la aparición de los antibióticos, de las medidas de desinfección, desinsectación y desratización, etc., las vacunas han contribuido decisivamente al cambio del patrón epidemiológico de presentación de las enfermedades en los países desarrollados.

El acceso individual a la vacuna, aunque sea bueno a título personal, va a tener poco impacto sobre la salud de la comunidad. Sin embargo, si logramos interrumpir la cadena de transmisión, con algunas vacunas podemos disminuir la incidencia de determinadas enfermedades, controlarlas y, en la medida de lo posible, contribuir a su eliminación y erradicación.

Esto supone una clara responsabilidad pública a la hora de ofertar vacunas a la población, ya que con estos productos podemos mejorar el nivel de salud de nuestros ciudadanos. Esta responsabilidad pública se manifiesta en el conjunto del estado español en el desarrollo de políticas de vacunación con la consolidación de programas de vacunación, es decir, con actuaciones presupuestadas y planificadas. Esto nos diferencia de otros países de nuestro mismo contexto socioeconómico en los que dicha responsabilidad se traduce exclusivamente en el desarrollo de recomendaciones vacunales, no ajustadas a presupuesto ni planificadas, siendo los ciudadanos los que pagan las vacunas por lo que las coberturas alcanzadas no son las ideales.

Los programas de vacunas se articulan fundamentalmente a través de los calendarios vacunales, que consisten en el establecimiento de un orden cronológico en el número de dosis, tras la definición de la población diana. Los criterios que deben prevalecer a la hora de incluir una vacuna en un calendario vacunal deben ser:

- > Que produzca un elevado porcentaje de seroconversiones.
- > Que la respuesta inmunitaria dure toda la vida o al menos sea prolongada.
- > Que sea fácil de administrar y el número de actos vacunales sea el menor posible.
- > Que obedezca a necesidades epidemiológicas.

- > Que sea segura, no ocasione reacciones adversas y no produzca la enfermedad.
- > Que sea estable.
- > Que en la medida de lo posible, sea barata. Es evidente que los avances científico-técnicos verificados en el terreno de las vacunas han originado para las empresas farmacéuticas fabricantes un mayor costo en la investigación y producción, lo que determina una subida en los precios de las nuevas vacunas en relación a las tradicionales. Es por esto que los criterios económicos cobran cada vez más peso en la toma de decisiones respecto a los calendarios vacunales, de forma que los análisis coste-beneficio y coste-efectividad se configuran como un elemento de primera magnitud dentro de las políticas de vacunación.
- > Además, por parte de las empresas farmacéuticas debe darse el requisito de garantizar el abastecimiento del producto en los plazos establecidos, asegurar su suministro en óptimas condiciones de calidad e intentar que en la medida de lo posible el envase favorezca el almacenamiento.

Antes de las transferencias, las actividades vacunadoras venían determinadas por el Ministerio de Sanidad y el calendario vacunal, que englobaba la aplicación sistemática de vacunas frente a las siguientes enfermedades: polio, difteria, tétanos, tosferina, sarampión, parotiditis y rubéola. Las modificaciones verificadas desde entonces, han sido enormes, especialmente en los últimos años. Estas modificaciones supusieron la eliminación de alguna dosis, el adelanto de otras, cambios a componentes menos reactogénicos, la aplicación de nuevos refuerzos, y sobre todo, la incorporación de nuevas vacunas. Así, en la actualidad los calendarios vacunales, además de las ya citadas, engloban la aplicación sistemática de vacunas frente a la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo B, enfermedad meningocócica por serogrupo C y hepatitis B.

En estos momentos, los importantes avances verificados en el terreno de la inmunología, de la genética, y en las tecnologías necesarias para el desarrollo de estos productos, han posibilitado que existan en el mercado a disposición de la población vacunas menos reactogénicas, más inmunógenas, nuevas vacunas frente a diferentes enfermedades, y nuevas formas de presentación mucho más cómodas para los profesionales sanitarios y los usuarios. Desde esta perspectiva, los elementos que pueden influir en la consecución de buenas coberturas, dentro de las estrategias de vacunación, pueden variar desde el coste de la vacuna, la necesidad de varios pinchazos, la interpretación de las contraindicaciones vacunales por parte de los clínicos, y los posibles problemas de acceso. Es por esto que en el debate científico sobre la introducción de nuevas vacunas en el calendario, o la sustitución de otras por productos más perfeccionados, nos vamos a encontrar con dos inconvenientes fundamentales:

- > Demasiadas vacunas, especialmente en los dos primeros años de vida. Es evidente que, tanto para los padres como para algunos profesionales sanitarios, existe la percepción

de que sobre todo en los dos primeros años de vida, se reciben demasiadas vacunas. Esta percepción lo que traduce es cierto temor a que el sistema inmunitario esté inadecuadamente desarrollado para recibir y responder adecuadamente, sin efectos secundarios, a tantos productos, o bien que estos puedan agotar el sistema defensivo. Sin embargo, son varios los estudios realizados que ponen de manifiesto que el sistema inmunitario del lactante es capaz de responder a un gran número de antígenos, que es capaz de producir respuestas protectoras a varias vacunas administradas simultáneamente, que las vacunas no debilitan el sistema inmunitario y, por tanto, no incrementan el riesgo a padecer estas infecciones, etc.

2. Evaluación del impacto epidemiológico de la introducción de una vacuna en el calendario vacunal

Los requisitos fundamentales para conseguir que una vacuna disminuya la incidencia y mortalidad de una enfermedad en la población son, por una parte, que sea eficaz, segura y estable, y por otra, que el país disponga de políticas vacunales que permitan conseguir y mantener coberturas vacunales altas en la población diana.

La necesidad de establecer una estrategia de vacunación adecuada, así como detectar los cambios en la epidemiología de las enfermedades prevenibles por vacunas tras la instauración de ésta, convierten a la vigilancia epidemiológica en un instrumento valiosísimo de las políticas de vacunación, junto al análisis detallado de las coberturas alcanzadas y los estudios de seroprevalencia. Los sistemas de vigilancia epidemiológica, con el apoyo de los laboratorios, que son fundamentales para definir los serogrupos y serotipos más frecuentes de algunas enfermedades vacunables, para identificar aquellos microorganismos que desencadenan un cuadro clínico similar al de otros no prevenibles por estos productos, y también en las últimas etapas de la erradicación o eliminación de una enfermedad, deben aportar información detallada de los diferentes aspectos de estos programas.

3. Problemas

En los últimos años hemos presenciado problemas de eficacia vacunal (diferentes brotes de parotiditis), y de seguridad (vacuna frente a rotavirus)

Los rotavirus afectan a niños menores de 5 años, en los que ocasionan un cuadro clínico con fiebre, vómitos y diarrea. En agosto de 1998, se aprobó por la FDA (Food and Drug Administration) una vacuna tetravalente. Esta vacuna se presentaba en forma líquida y se administraba por vía oral. Antes se había aplicado a 7.000 niños sin haber detectado reacciones ad-

versas importantes que contraindicaran su aplicación. Desde el primero de septiembre de 1998 hasta el siete de julio de 1999, se calcula que el número de niños que habían recibido al menos una dosis de vacuna estaba entre 600.000 y 1.800.0000. En ese periodo se declararon al sistema de reacciones adversas a las vacunas 15 casos de obstrucción intestinal en niños a las dos o tres semanas de ser vacunados. Posteriormente, en julio de 1999 el centro para el control de enfermedades (CDC) recomienda suspender el uso de vacuna hasta que se realice un estudio completo del problema. El 22 de octubre de 1999, el comité asesor de prácticas de inmunización (CAPI) tras el asesoramiento del CDC decidió anular la recomendación de aplicar la vacuna de rotavirus a los niños de EE UU. Para evitar hechos como el ocurrido con esta vacuna, será preciso incrementar el número de niños evaluados para comprobar su seguridad a 60.000 u 80.000 antes de autorizar la vacuna para su uso en toda la población infantil.

4. Futuro

El futuro inmediato en el campo de las vacunas va a venir condicionado por:

- > El desarrollo de nuevas tecnologías, con la finalidad de obtener preparados que produzcan una respuesta inmune similar a la que verifican las vacunas con microorganismos vivos atenuados pero que no se repliquen en la persona vacunada. La aplicación de la tecnología del ADN recombinante ha permitido explorar nuevos terrenos aplicables a las vacunas
- > Nuevas vías de administración. En la actualidad la mayoría de las vacunas se administran por inyección, la puesta a punto de vacunas que se apliquen por otras vías, mejor aceptadas por la población, facilitará conseguir mejores coberturas vacunales.
- > Nuevas vacunas.
- > Guerra biológica y vacunas. A raíz de los sucesos del 11 de septiembre, se ha despertado el interés por métodos de prevención para los principales agentes infecciosos que pueden ser utilizados en una guerra biológica (*Bacillus anthracis*, *Yersinia pestis*, *Francisella tularensis*, *Clostridium botulinum* y virus como el Ébola o el de la viruela).

Hay que resaltar, por último, que a pesar del indudable éxito verificado en los países desarrollados en la disminución de determinadas enfermedades transmisibles, todavía hoy siguen muriendo personas en los países en vías de desarrollo por enfermedades prevenibles. Es por tanto conveniente recordar, desde nuestra situación de privilegio, que debemos esforzarnos en conseguir que las vacunas sean accesibles a toda la población de riesgo, de tal manera que hablar de globalización sea sinónimo a hablar de esfuerzo solidario en la consecución de un mundo más justo, y por lo tanto más sano.

Bibliografía

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. BOE núm. 21, 24/01/1996.

Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.

Organización Mundial de la Salud. Vacunas e inmunizaciones: situación mundial. WHO/GPV/96.04. Ginebra 1997

Godoy P. Vacunas: entre las novedades tecnológicas y la política sanitaria. Gaceta Sanitaria 2001; 15: 373-379

Amela Heras C. Sobre el estudio del impacto de introducir una vacuna en el calendario de vacunaciones. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 171-

Tablas de mortalidad de la población española. Madrid: Instituto Nacional de Estadística

Salleras Ll. Concepto, clasificación y características generales de las vacunas. En Salleras Ll. (ed). Vacunaciones Preventivas: Barcelona. Masson, 1998; 3-14.

Salleras Ll. Pasado, presente y futuro de las vacunas. Vacunas Invest y Pract 2001; 2: 101-107

Plotkin SL, Plotkin SA. A short history of vaccination. En Plotkin Sa Orenstein WA editores: Vaccines (3ª ed.). Filadelfia: WB Saunders Company, 1999

Pérez-Ciordia I, Montaner D, Acín P, Peña M, Martínez Navarro F. Brote de parotiditis en población escolar. Huesca. 1999-2000. Boletín Epidemiológico Semanal. 2000; 8: 217-220.

Plotkin S. La revolución de la vacunología al comienzo del siglo XXI. Conferencia inaugural del primer congreso de la asociación española de vacunología. 2001, Libro de actas 9-20.

Poland GA, Murray D, Bonilla-Guerrero R. Science, medicine, and the future. New vaccine development. British Med J. 2002; 324: 1315-1319.

Ponencias en mesa

Vacunas del futuro I

> J.A. Navarro Alonso

Jefe del Servicio de Prevención y Promoción de Salud

Programa Regional de Vacunaciones

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

1. Introducción

La vacunología en los comienzos de este siglo se caracteriza por una serie de hechos relevantes. Algunos de ellos pueden generar cierta inquietud, entre los que destacan, entre otros, la aparición de enfermedades infecciosas emergentes, las desigualdades de los calendarios vacunales entre países industrializados y países en vías de desarrollo y el incremento de los fenómenos migratorios; en cambio, otros mueven al optimismo, como los progresos en las nuevas tecnologías y las importantes inversiones de las administraciones públicas y de las organizaciones no gubernamentales tanto en investigación y desarrollo como para colocar preparados vacunales en zonas geográficas remotas.

Por otra parte, hay datos que apuntan a que el campo de las enfermedades inmunoprevenibles va a experimentar un progreso no visto hasta ahora, de modo que la vacunación, en un futuro próximo, no solamente se consolidará como uno de los diez grandes logros en la Salud Pública en las últimas décadas, sino que es probable que se sitúe en primera posición.

La evolución de la vacunología se refleja en los trabajos científicos aparecidos en las revistas especializadas en los últimos años, de tal manera que en el año 1990 se publicaron 2.300 artículos relacionados con vacunas, para pasar a 4.000 aproximadamente en 1999 (2). Otros datos que apoyan este creciente interés son los siguientes:

- > Entre los años 1988 y 1998, las cantidades que se invirtieron en investigación y desarrollo de nuevas vacunas pasaron de 500 a 1.000 millones de dólares;
- > En ese mismo periodo, las ventas de preparados inmunizantes se multiplicaron por 3, hasta alcanzar los 6.000 millones de dólares;
- > Las compañías de biotecnología pasaron de 12 a 72 entre 1988 y 1998;
- > El número de páginas de la revista *Vaccine* se multiplicó por 7 entre 1984 y 1998 (3).

Aun así, queda mucho por hacer, pues de los 56.000 millones de dólares anuales que se van gastado en el mundo en los últimos años en investigación sanitaria, sólo el 10% se destinó a enfermedades que afectan al 90% de la población (tuberculosis y malaria, entre otras) (2).

En esta primera entrega se pasara revista a los grandes retos de la vacunología para los próximos años. Entre ellos destacan las necesidades y disponibilidad de vacunas en países ricos y pobres, la seguridad vacunal y las nuevas tecnologías de aplicación. En una segunda entrega se revisarán las nuevas vacunas profilácticas frente a enfermedades infecciosas prevalentes, las perspectivas de la inmunización terapéutica y las estrategias a diseñar para mejorar la adherencia a los programas de vacunación.

Puntos clave:

- > La vacunología en los comienzos de este siglo se caracteriza por la aparición de enfermedades infecciosas emergentes, las desigualdades de los calendarios vacunales entre países industrializados y países en vías de desarrollo, el incremento de los fenómenos migratorios y los progresos en las nuevas tecnologías.
- > Entre los grandes retos de la vacunología para los próximos años destacan las necesidades y disponibilidad de vacunas en países ricos y pobres, la seguridad vacunal y las nuevas tecnologías de aplicación.
- > En los últimos tiempos se está observando, en algunas naciones no industrializadas, una caída en las coberturas de las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Vacunación de la Organización Mundial de la Salud.
- > En los países industrializados es necesario mejorar la comunicación de los riesgos asociados a la vacunación y la formación al respecto del personal sanitario.
- > En los países no industrializados es prioritario proporcionar a muy bajo coste económico el preparado, mejorar la accesibilidad a los puntos de vacunación, educar al personal sanitario nativo y desmitificar creencias populares y religiosas.

2. Vacunación en países ricos y pobres

Resulta reconfortante comprobar cómo en los países industrializados el descenso de enfermedades prevenibles por vacunación ha sido espectacular, cuando se comparan las incidencias en la era prevacunal con las de los últimos años (tabla 1); pero esta imagen resulta engañosa cuando observamos que 6 enfermedades frente a las que se dispone de vacunas más o menos efectivas causaron, durante el año 1999, alrededor de 3.000.000 de muertes en los países en vías de desarrollo (tabla 2), lo que hace cierta la frase de que "las vacunas no salvan vidas; la vacunación, sí" (6).

Este hecho no hace sino poner de manifiesto las bajas coberturas frente a enfermedades prevenibles por vacunación en países no industrializados. Concretamente, respecto de la rubéola, a mitad del año 2000 solamente el 2% de los países africanos y el 20% de los países del sudeste asiático incluían la vacunación en sus calendarios sistemáticos. La vacuna anti-parotiditis se encontraba en el calendario de vacunación

del 24% de los países en vías de desarrollo en el año 1998; la de la hepatitis B tenía una cobertura mundial del 20% en 1999, y no se vacuna frente a la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo B en África, Asia y el Este de Europa, a pesar de ser esta bacteria la responsable de unas 500.000 muertes anuales en todo el mundo.

Además, en los últimos tiempos se está observando en algunas naciones no industrializadas una caída en las coberturas de las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Vacunación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre los años 1990 y 1998, Nigeria, Congo y la República Centroafricana pasaron de notificar coberturas del 80, 46 y 93% al 27, 25 y 53%, respectivamente. Entre los motivos que se aducen para explicar este desfavorable cambio se incluyen las guerras, la irrupción de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y cierta disminución del interés internacional por las políticas vacunales en los países no industrializados.

No obstante, existen motivos para la esperanza. En el mes de enero del año 2000, se constituyó la Global Alliance for Vaccines and Immunization, entidad formada por los sectores público y privado, en la que se integran, entre otros, la OMS, la Unicef, el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller y el Programa de vacunas infantiles de la Fundación Bill y Melinda Gates. Esta "alianza" tiene 4 cometidos fundacionales:

- > Erradicar la poliomielitis en el mundo;
- > Vacunar a más del 90% de la población;
- > Introducir en países en vías de desarrollo preparados vacunales de uso habitual en los países occidentales;
- > Promover la investigación en enfermedades "huérfanas" (malaria y tuberculosis) (7).

En las naciones desarrolladas, en términos generales, el panorama es mucho más halagüeño, aunque la cobertura frente a algunas enfermedades en vías de erradicación no son precisamente las más idóneas para conseguir dicho objetivo. Como ejemplo, valga el caso del sarampión; en la República de Irlanda se declararon 1.560 casos durante los 10 primeros meses del año 2000 (8), las coberturas en el Reino Unido no llegan al 88% (9), en Italia se sitúan en el 56% (10), en Francia son del 80% (11) y en Suiza no alcanzan el 83% (12). Algunos incidentes recientes que han intentado asociar la aparición de alguna patología con la administración de una vacuna, como la vacuna del sarampión y el autismo (13), y la vacuna de la hepatitis B y la esclerosis múltiple (14) se encuentran, entre otros hechos, tras estas bajas coberturas.

En síntesis, para disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles es necesario diseñar estrategias distintas según la región de que se trate: en los países industrializados, mejorar la comunicación de los riesgos asociados a la vacunaciones (5), y en los no industrializados, no solamente proporcionar a muy bajo coste económico el preparado, sino también mejorar la accesibilidad a los puntos de vacunación, educar al personal sanitario nativo y desmitificar creencias populares y religiosas (6).

3. La seguridad vacunal

Durante la última década ha aumentado la preocupación, real o imaginaria, acerca de la seguridad vacunal y los efectos adversos provocados por la vacunación, lo que ha engendrado en países próximos al nuestro la aparición de los movimientos "antivacunas", lo cual no es de ninguna manera algo novedoso, pues ya se observó la aparición de estos movimientos con la primera vacuna, la de la viruela, que se utilizó profusamente.

Cuando se habla de seguridad vacunal, siempre hay que tener presente que las vacunas originan un espectacular descenso de la enfermedad diana, aunque ocasionalmente pueden provocar algún daño (17). En la tabla 1 se puede observar cómo el espectacular descenso de las enfermedades inmunoprevenibles lleva parejo un incremento de la declaración de presuntos efectos adversos atribuidos a la vacunación. Discernir con lógica y raciocinio la causa y el efecto frente a la especulación o la mera asociación temporal, en lo que concierne a los efectos adversos, permitirá al clínico, en su relación con el paciente, decidir si va a promover el uso de una vacuna determinada (18).

La situación actual, en algunos países, del balance entre los beneficios de un programa de vacunaciones, por una parte, y la seguridad vacunal y la aceptación de los riesgos en una sociedad intolerante, por otra, se puede expresar en el modelo del "efecto pirámide". En éste, la amplia base estaría constituida por los efectos positivos de una política mayoritaria de Salud Pública -uso de una vacuna para prevenir una enfermedad grave y prevalente-, y el agudo pico representaría el pequeño riesgo asociado a la vacunación. Mientras que en este último se situarían muy pocos sujetos que han sufrido daños o que perciben el riesgo de daño de una manera sustancial y aguda, en la base estaría representada la mayoría de la población, que se beneficia ampliamente de la vacunación, pero que no percibe las ventajas o lo hace indirectamente, motivada probablemente por un "efecto dilución" (el uso generalizado de una vacuna segura y efectiva elimina o disminuye el riesgo de padecer la enfermedad, lo que hace que la percepción del público sobre el valor de la vacuna, paradójicamente, disminuya). En este "efecto pirámide", los beneficiarios del programa no abanderarán las políticas vacunales, serán meros participantes pasivos en un teórico debate, pero los pocos que perciben riesgos sustanciales pueden luchar contra el programa apasionada y estridentemente, pudiendo llegar a ser los únicos individuos que manifiestan su opinión (17). Por consiguiente, los

responsables de los programas de vacunación ya consolidados en la población se encuentran o se van a encontrar en una situación muy incómoda, que se caracterizaría por una alta cobertura vacunal, por una baja incidencia de enfermedades inmunoprevenibles y por una alta tasa de reacciones adversas presuntamente atribuibles a la vacunación, en una situación en la que en cualquier momento se puede desatar el pánico en los medios de comunicación y la pérdida de la confianza de la población (19). En definitiva, se volvería a cumplir la aseveración de Dittmann (5): "el mayor enemigo de una buena vacuna es su propio éxito".

Por tanto, ya que el mantenimiento del éxito de los programas vacunales pasa obligatoriamente por la seguridad de los preparados incluidos en los calendarios sistemáticos, y a la vista del incremento de voces que intentan asociar las prácticas vacunales con algunas enfermedades (tabla 3) y de la amplia repercusión que pueden tener sus afirmaciones, merced, en parte, a las nuevas tecnologías de la comunicación, los grupos de expertos proponen que los médicos, personal de enfermería y otro personal sanitario estén mejor formados e informados tanto sobre la vacunación en sí como sobre los riesgos y beneficios derivados de las prácticas vacunales (21). La formación comenzaría durante su aprendizaje universitario y se extendería a lo largo de su ejercicio profesional, siendo responsabilidad de las administraciones públicas, a la vista de los conocimientos y actitudes de la población (21), tanto la formación como la información (22), la emisión de recomendaciones, la monitorización de la seguridad vacunal poscomercialización (23), la implantación de registros nominales informatizados (24), el mantenimiento de la gratuidad de los programas e incluso la habilitación de incentivos para los actos vacunales, evitando, a juicio del autor, la obligatoriedad de la recepción de vacunas.

4. Nuevas vías de administración de vacunas

A la hora de escribir de nuevas vacunas, de novedosas técnicas de administración, de nuevos vehículos y de futuras combinaciones vacunales, hay que tener presente que las prioridades en necesidades de investigación sobre futuras vacunas no siempre coinciden entre los países industrializados y aquellos en vías de desarrollo, como se observa en la tabla 4. En ella se puede apreciar que, mientras que ambos demandan la vacuna frente al virus de la inmunodeficiencia humana, los primeros demandan preparados contra enfermedades agudas, de alta prevalencia, pero no excesivamente graves, mientras que los segundos aspiran a disponer de vacunas frente a enfermedades "huérfanas", que, al margen de ser crónicas, provocan la muerte de varios millones de personas al año en el mundo. Por desgracia, la mayoría de las vacunas disponibles actualmente y las que aparecerán en un futuro próximo son de administración parenteral, lo que de alguna manera puede condicionar la aceptabilidad de los programas de vacunación (6), a pesar de que en ciertos ámbitos pudiera persistir la idea de que la administración parenteral de productos farmacéuticos sería más efectiva que cualquier otra vía (27).

Desde hace años se trabaja en vías alternativas, más seguras, menos dolorosas y con efectividad similar o superior a los preparados convencionales. El paradigma de esta vía alternativa es la vía mucosa, que aporta ventajas indudables respecto de la parenteral tradicional (tabla 5). En breve se dispondrá de una vacuna antigripal viva atenuada, adaptada al frío, de reagrupación de genes (6:2) para administración intranasal (29). Se está ensayando, en humanos, la inmunización transdérmica mediante la aplicación tópica de un antígeno con un adyuvante, aprovechando la riqueza del estrato córneo de la piel en células inmunes de Langerhans, que transportarán el antígeno a los ganglios linfáticos de drenaje para inducir respuestas inmunes sistémicas (30). En esta misma línea, se ha ensayado en animales la inmunización epidérmica sin aguja de una vacuna antigripal en polvo vehiculizada con gas helio (31).

Otra vía de administración, muy prometedora fundamentalmente para países con escasez de recursos, es la mediada por plantas comestibles. Básicamente, la tecnología consiste en la localización del gen que codifica un antígeno capaz de desencadenar una respuesta inmune protectora e insertarlo en el plásmido de una bacteria. Ésta se pone en contacto con una hoja de la planta comestible, para que libere los genes al genoma de la célula de la hoja, y se deja crecer en un medio antibiótico apropiado. Una vez que se formen tallos y raíces, se planta el cogollo en un área geográfica próxima a donde se vaya a utilizar la resultante, se deja desarrollar y, una vez transformado en planta, se recolecta y prepara para consumir. Los interrogantes que puede plantear esta novedosa técnica se pueden sintetizar, entre otros, en:

- > ¿Cuándo sabremos que la planta está lista para la recolección?
- > ¿Cómo calculamos la dosis?
- > ¿Cómo sabremos que la planta contiene la vacuna?
- > ¿Se mantendrá la potencia con el almacenamiento?

En esta línea de investigación ya se dispone de ensayos del virus Norwalk (32) y del antígeno de superficie de la hepatitis B33 vehiculizados ambos en patatas, y de toxinas de *Escherichia coli* enterotoxigénico en ese mismo tubérculo (34) y en trigo (35).

5. Nuevas tecnologías para el transporte de antígenos

Una de éstas la constituyen las vacunas de vectores vivos, en las que se inserta el gen responsable de la patogenicidad de un microorganismo en el genoma de otro, previamente manipulado hasta hacerlo inocuo. El vector, administrado por vía mucosa y una vez en el huésped, no puede replicar sus proteínas estructurales, pero sí transfiere al núcleo celular el ARNm que codifica la proteína antigénica, la que estimulará la aparición de respuestas de lin-

focitos T citotóxicos (36-38). Los vectores que actualmente se están ensayando son bacterianos (BCG, *Listeria monocytogenes*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Yersinia enterocolitica*, *Bacillus anthracis*, *Lactobacillus* spp. y *Staphylococcus* spp.) o víricos (poxvirus de aves y alfavirus).

Otra manera de transportar antígenos la constituyen las vacunas de ácidos nucleicos. Mediante esta técnica, por vía oral, intramuscular, subcutánea intradérmica o transdérmica, y utilizando una "pistola de genes" (39), se administra un plásmido que incluye el gen que codifica una proteína patógena. Las células del huésped captan el ADN extraño, lo expresan y fabrican la proteína correspondiente, que permanece en el interior de la célula para unirse posteriormente al complejo mayor de histocompatibilidad clase I. Esta molécula transporta la proteína a la superficie de la célula, donde estimula los linfocitos CD8 citotóxicos. Las ventajas de este sistema son evidentes:

- > Induce expresión de antígenos que se parecen más a los epítopes víricos;
- > Induce inmunidad duradera;
- > Podría prescindir de la "cadena del frío";
- > Puede permitir la creación de vacunas para agentes que no pueden crecer en cultivos;
- > Pueden asociarse varios fragmentos de ADN de varios patógenos, con lo que disminuirían los actos vacunales.

Sin embargo, también genera una serie de interrogantes:

- > ¿Puede insertarse en el genoma del huésped pudiendo dar lugar a una disrupción de genes normales, o a la activación de oncogenes? ¿O a la transformación maligna de las células del huésped?
- > Si el ADN expresa durante largo tiempo el antígeno, ¿podrá dar lugar a tolerancia o a un ataque a los tejidos que expresan el antígeno? (39,40)

Ya se dispone de experiencias en animales con una vacuna frente al herpes simplex tipo 1 (41) y frente al sarampión (42), y en humanos frente a la malaria (43) y frente a la hepatitis B (44).

Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements (United States, 1900-1999). *MMWR* 1999; 48:241-3.
2. Evolving vaccines [editorial]. *Nat Med* 1999;5:1089.
3. All aboard, next time around [editorial]. *Children Vaccine Initiative Forum* 1998;18:2-5.
4. Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (The Pink Book)*. 6th ed. Washington DC: Department of Health and Human Services. Public Health Foundation, enero 2000.
5. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
6. Booy R. Getting Hib vaccines to those who need it. *Lancet* 1998;351:1446-7.
7. Global Alliance for Vaccines and Immunization. A partnership for children's health. Disponible en: <http://www.vaccineallian-ce.org>
8. Fitzgerald M, O'Flanagan D. Immunisation uptake statistic for Ireland. *Epi-Insight* 2000;1:4.
9. Public Health Laboratory Service. Cover Programme. July to September 2000. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2001;11:1-4.
10. Salmaso S, Rota M, Ciofi Degli Atti M, Tozzi A, Kreidl P and the ICONA Study Group. Infant immunization coverage in Italy: estimates by simultaneous EPI clusters of regions. *Bull World Health Organ* 1999;77:843-51.
11. Levy-Bruhul D, Pebody R, Veldhuizen I, Valenciano M, Osborne K. Réseau Européen de surveillance seroépidémiologique. ESEN: une comparaison des programmes de vaccination ROR. *Bull Epidemiol Hebdomadaire* 1999;3:9-11.
12. Paget W, Zimmerman H, Vorkauf H and the Sentinella Working Group. A national measles epidemic in Switzerland in 1997: consequences for the elimination of measles by the year 2007. *Eurosurveillance* 2000;5:17-21.
13. Wakefield A, Murch S, Anthony A, Linnell J, Carsson D, Malik M, et al. Ileal-Lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive development disorders in children. *Lancet* 1998;651:637-41.
14. El País Digital. Francia suspende la vacunación escolar contra la hepatitis B. Sábado 3 de octubre de 1998, n.o 883.
15. Dittmann S. Vaccine safety: risk communication - a global perspective. *Vaccine* 2001; 19:2446-56.

16. Streefland P. Public doubts about vaccination safety and resistance against vaccination. *Health Policy* 2001;55:159-72.
17. Poland G, Jacobson R. Vaccine safety: injecting a dose of common sense. *Mayo Clin Proc* 2000;75:135-9.
18. Chen R, DeStefano E. Vaccine adverse events: casual or coincidental. *Lancet* 1998;351:611-2.
19. Chen R. Vaccine risks: real, perceived and unknown. *Vaccine* 1999;17(Supp13):41-6.
20. Bedford H, Elliman D. Concerns about immunisation. *BMJ* 2000;320:240-3.
21. Niguez Carbonell JC, Bernal González PJ, Navarro Alonso JA, Amoraga Bernal JF, Fernández Sáez L, Saura Robles T. Conocimientos, actitudes y creencias de los padres de la Región de Murcia sobre las vacunaciones de sus hijos. *An Esp Pediatr* 2001; 54(Supp15):53.
22. Chen R, Hibbs B. Vaccine safety: current and future challenges. *Pediatr Ann* 1998; 27:445-55.
23. Jacobson R, Adegbenro A, Pankratz S, Poland G. Adverse events and vaccination -the lack of power and predictability of infrequent events in pre-licensure study. *Vaccine* 2001; 19:242833.
24. Bernal González PJ, Navarro Alonso JA, Luna T Registro nominal de vacunación de la Región de Murcia. *Vacunas. Investigación y Práctica* 2000;1:137-40.
25. Cohen J. Bumps on the vaccine road. *Science* 1994;265:1371-3.
26. Woodin K, Rodewald L, Humiston S, Carges M, Schaffer S, Szilagy P. Physician and parent opinions. Are children becoming pincushions from immunizations? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:845-9.
27. Poland G. Current paradoxes and changing paradigms in vaccinology. *Vaccine* 1999;17:1605-11.
28. Medina E, Guzman C. Use of live bacterial vaccine vectors for antigen delivery: potential and limitations. *Vaccine* 2001;19: 1573-80.
29. Mendelman P, Cordova J, Cho I. Safety, efficacy and effectiveness of the influenza virus vaccine, trivalent, types A and B, live, cold-adapted (CAIV T) in healthy children and healthy adults. *Vaccine* 2001;19:2221-6.
30. Glenn G, Taylor D, Li X, Frankel S, Montemarano A, Alving C. Transcutaneous immunization: a human vaccine delivery strategy using a patch. *Nat Med* 2000;6:1403-6.

31. Chen D, Endres R, Erikson Ch, Weis K, McGregor M, Kawaoka Y, et al. Epidermal immunization by a needle-free powder delivery technology: immunogenicity of influenza vaccine and protection in mice. *Nat Med* 2000;6:1187-90.
32. Tacket C, Mason H, Losonsky G, Estes M, Levine M, Arntzen Ch. Human immune responses to a novel Norwalk virus vaccine delivered in transgenic potatoes. *J Infect Dis* 2000; 182:302-5.
33. Richter L, Thanavala Y, Arntzen Ch, Mason H. Production of hepatitis B surface antigen in transgenic plants for oral immunization. *Nature Biotech* 2000;18:1167-71.
34. Tacket C, Mason H, Losonsky G, Clements J, Levine M, Arntzen Ch. Immunogenicity in humans of a recombinant bacterial antigen delivered in a transgenic potato. *Nat Med* 1998; 4:607-9. 35.
35. Streatfield S, Jilka J, Hood E, Turner D, Bailey M, Mayor J, et al. Plant-based vaccines: unique advantages. *Vaccine* 2001;19:2742-8.
36. Ogra P, Faden H, Welliver R. Vaccination strategies for mucosal immune responses. *Clin Microbiol Rev* 2001;14:430-45.
37. Aristegui J. Nuevas vacunas para el siglo XXI. *An Esp Ped* 2001; 54(Supp14):41-4.
38. Liu M. Vaccines for the 21 st century. *BMJ* 1999;319:1-4.
39. Webster R. Potential advantages to DNA immunization for influenza epidemic and pandemic planning. *J Infect Dis* 1999; 28:225-9.
40. McDonnell W, Askari F. Molecular medicine. DNA vaccines. *N Engl J Med* 1996;334:42-5.
41. Suter M, Lew A, Grob Ph, Adema G, Ackerman M, Shortman M, et al. BAC-VAC, a novel generation of (DNA) vaccines: a bacterial artificial chromosome (BAC) containing a replication competent, packaging-defective virus genome induces protective immunity against herpes simplex virus 1. *Proc Nat Acad Sci USA* 1999;96:12697-702.
42. Polack F, Lee S, Permar S, Manyara E, Nousari H, Jeng Y, et al. Successful DNA immunization against measles: neutralizing antibody against either the hemagglutinin or fusion glycoprotein protects rhesus macaques without evidence of atypical measles. *Nat Med* 2000;6:776-81.
43. Le T, Coonan K, Hedstrom R, Charoenvit Y, Sedegah M, Epstein J, et al. Safety, tolerability and Immoral immune responses after intramuscular administration of a malaria DNA vaccine to healthy adult volunteers. *Vaccine* 2000;18:1893-901.
44. Swain W, Fuller D, Wu M, Barr L, Fuller J, Culp J, et al. Tolerability and immune responses in humans to a powderject DNA vaccine for hepatitis B. *Dev Biol Stand* 2000;104:115-9.

Ponencias en mesa

Vacunas del futuro II

> J.A. Navarro Alonso

Jefe del Servicio de Prevención y Promoción de Salud

Programa Regional de Vacunaciones

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia

Puntos clave

- > Se revisan las nuevas vacunas profilácticas frente a enfermedades infecciosas prevalentes, las perspectivas de la inmunización terapéutica y las estrategias a diseñar para mejorar la adherencia a los programas de vacunación.
- > La estrategia más viable para el virus respiratorio sincitial pasa por la vacunación de individuos con mayor riesgo, más para prevenir la enfermedad grave que para prevenir la infección.
- > En los próximos años, es más que probable que se disponga de una vacuna dirigida a *Neisseria meningitidis* del serogrupo B.
- > Las perspectivas actuales para disponer a corto plazo de vacunas frente a un virus (inmunodeficiencia humana), a una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) y a un parásito (*Plasmodium falciparum*), que matan a más de 5.000.000 personas anualmente en el mundo, no son tan halagüeñas.
- > Son múltiples los ensayos clínicos realizados, en animales o en humanos, de terapia génica frente al cáncer.
- > Las enfermedades metabólicas y degenerativas también son objeto de atención, como la diabetes, la enfermedad de Alzheimer y la epilepsia.
- > Es preciso profundizar en nuevas técnicas que aumenten la aceptabilidad de los programas de vacunación.
- > Debido a la necesidad de inmunizar en edades tempranas de la vida frente a algunos patógenos, cobra un interés inusitado la vacunación de la gestante en el último trimestre del embarazo y la inmunización temprana del recién nacido.

1. Nuevas vacunas frente a patógenos específicos

Debido a las limitaciones de las vacunas antitifoideas existentes (parenteral inactivada de célula entera, oral atenuada y parenteral Vi polisacárida) en cuanto a edad de utilización, necesidad de recuerdos y moderada efectividad clínica, no se ha podido instaurar un programa de control de la fiebre tifoidea basado en la vacunación sistemática de la población. Por otra parte, es bastante improbable que en países no desarrollados mejoren a corto plazo las condiciones higiénicas de las aguas de bebida y de los comestibles. Por ello, es posible que en los próximos años se disponga de una vacuna antitifoidea (Vi-rEPA) en la que el polisacárido capsular Vi, factor esencial de virulencia, sea conjugado covalentemente con una proteína recombinante atóxica antigénicamente idéntica a la exotoxina A de *Pseudomonas aeruginosa* (rEPA). Hasta ahora se han publicado los resultados de un ensayo clínico en niños mayores de 2 años, con una efectividad clínica superior al 90% (1). Se acepta universalmente el papel de *Helicobacter pylori* en la génesis de la úlcera péptica, del linfoma de la mucosa gástrica asociado al tejido linfoide y del adenocarcinoma gástrico. El tratamiento convencional de la infección por *H. pylori* se acompaña de una baja aceptación por parte del paciente, y se está detectando la aparición de cepas resistentes a los antibióticos. Ya se han publicado ensayos clínicos en humanos, en pequeña escala, utilizando como vector atenuado *Salmonella typhi* o *Salmonella typhimurium* que expresan la ureasa de *Helicobacter* (3), por lo que es probable que una vez resueltos aspectos de la inmunidad esterilizante, de los adyuvantes y de las gastritis postinmunización (4), se pueda disponer de una vacuna para utilizar a gran escala. Las estrategias de vacunación frente a los patógenos respiratorios infantiles más frecuentes, el virus respiratorio sincitial y la parainfluenza, tuvieron unos comienzos desastrosos cuando, hace más de 4 décadas, una vacuna inactivada con formalina frente al primer virus comentado, originó una enfermedad respiratoria grave e incluso muertes en los receptores. La ausencia de una inmunidad duradera tras la infección natural y la complejidad de la respuesta inmune son obstáculos importantes en el desarrollo de una inmunización efectiva. La estrategia más viable para el virus respiratorio sincitial pasa por la vacunación de individuos con mayor riesgo, más para prevenir la enfermedad grave que la infección. Los preparados que se encuentran en fases iniciales de desarrollo son: una vacuna atenuada intranasal y otra de subunidades con antígenos proteínas de superficie F y FG vehiculizados por vectores recombinantes o plásmidos, que podría administrarse a embarazadas para proteger al recién nacido al aumentar los anticuerpos específicos humorales y de la leche materna. Frente al virus parainfluenza tipo 3, son esperanzadores los ensayos con una vacuna adaptada al frío.

En los próximos años, es más que probable que se disponga de una vacuna dirigida a *Neisseria meningitidis* del serogrupo B. Los ensayos actualmente en marcha incluyen un preparado hexavalente de proteínas externas de membrana, que consta de 6 porinas de clase I (se-

ros subtipos) prevalentes en una comunidad, desarrollado por el National Institute of Public Health and Environment de Holanda (RIVM), que ha demostrado capacidad de provocar respuestas bactericidas séricas en lactantes (7) y escolares (8), con generación de memoria inmunológica (9). La segunda estrategia se conoce con el nombre de "vacunología inversa" y se basa en la secuenciación del genoma de *Neisseria* para localizar genes cuya expresión proteica sea capaz de desencadenar una respuesta bactericida.

Recientemente se han presentado los resultados preliminares de la fase III de ensayo clínico en humanos de una vacuna conjugada frente a los polisacáridos 5 y 8 de *Staphylococcus aureus* (12). La reducción de las tasas de infecciones hospitalarias en población de alto riesgo, durante 10 meses de seguimiento, ha alcanzado un 57%.

Las perspectivas actuales para disponer a corto plazo de vacunas frente a un virus (inmunodeficiencia humana), a una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) y a un parásito (*Plasmodium falciparum*), los cuales en conjunto provocan la muerte de más de 5.000.000 de personas anualmente en el mundo (13), no son tan halagüeñas. Frente a la tuberculosis, las vacunas potenciales candidatas, ensayadas en animales, son las de subunidades que incluyen proteínas, lípidos e hidratos de carbono en cantidades variables, las de ADN que transportan genes que codifican antígenos protectores del tipo de 65 kd (14), las que vehiculizan antígenos en vectores y las cepas genéticamente atenuadas de *M. tuberculosis*.

La dificultad para disponer de una vacuna frente a la malaria es aun mayor. *P. falciparum* dispone de 6.000 genes aproximadamente y expresa proteínas específicas distintas para cada una de las fases de su ciclo vital. Teóricamente, se podría trabajar en dos tipos de vacuna, una para los viajeros susceptibles que previniera la infección de los hematíes, y una segunda, para los niños del África subsahariana, que limitaría la replicación en la fase eritrocítica sin prevenir la infección. Actualmente se trabaja para crear una vacuna antipalúdica multiantigénica y multifásica, de la que existen tres aproximaciones. Una de ellas incluye la proteína de superficie de los esporozoitos 16, RTSS, que se está ensayando en niños de Gambia. Otra utiliza una vacuna de ADN para producir una respuesta primaria y otra vacuna de proteínas o virus recombinantes para inducir una respuesta secundaria (prime-boost) (17), y una tercera se basa en la secuenciación genómica de *P. falciparum*, que se completará en el año 2003 (18).

Desde 1987, cuando se inició la fase I de la primera vacuna candidata frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se han llevado a cabo más de 60 ensayos en fases I y II con 30 vacunas distintas (19). Las estrategias más prometedoras se basan en la inserción de genes patógenos en vectores del tipo de adenovirus, de enterobacterias o del bacilo Calmette Guérin, en la utilización de plásmidos de ADN que incluyen genes que codifican una proteína antigénica y en la técnica prime-boost mediante la que se consiguen, con dos vacunas distintas, respuestas de linfocitos T citotóxicos y de síntesis de anticuerpos L8. En la actualidad solamente una vacuna preventiva, constituida por el antígeno de superficie gp120, ha

entrado en la fase III de evaluación de la eficacia, estando previsto un análisis provisional de resultados para noviembre de este año, y el definitivo para un año más tarde. El precio estimado por dosis se situará alrededor de los 20-30 dólares estadounidenses. Para el año 2002, se iniciara la fase III de una vacuna, en sujetos tailandeses y americanos VIH negativos, que utilizará en primer lugar el canarypox recombinante (ALVAC-HIV) como vector de gpl20, Gag y proteasa del VIH (prime), y posteriormente el gpl20 (rGP120 B/E) como booster, de la que se esperan resultados para el año 2006 (20). Debido a las dificultades encontradas hasta ahora en el desarrollo de una vacuna efectiva (replicación viral persistente a pesar de buenas respuestas humorales y celulares, mutaciones virales rápidas, escasa concentración de anticuerpos en mucosas, capacidad de inserción de los retrovirus en el ADN del huésped, entre otras) (21), deberá tenerse en cuenta que es poco probable que se pueda disponer de una vacuna preventiva eficaz para los próximos años, y que a lo largo del camino será frecuente escuchar frases como la pronunciada por Ronald Kennedy: "El laboratorio ha cosechado grandes éxitos en identificar una vacuna que no funciona" (22). Las vacunas candidatas frente a patógenos infecciosos con mayores posibilidades de comercialización a corto y medio plazo se detallan en la tabla 1.

2. Vacunas preventivas y terapéuticas frente a enfermedades no infecciosas

Son múltiples los ensayos clínicos realizados, en animales o en humanos, de terapia génica frente al cáncer que utilizan plásmidos o vectores virales que incluyen genes junto a citocinas, que van dirigidos a moléculas angiogénicas o a antígenos tumorales específicos que desencadenan una amplia gama de respuestas inmunes intratumorales. Se encuentran en fase avanzada, entre otras, vacunas terapéuticas de vectores virales recombinantes frente al cáncer colorrectal y melanoma (23), vacunas de células autólogas de cáncer prostático o pancreático irradiadas y manipuladas genéticamente para segregar factor estimulador de colonias de granulocitos y macrófagos (24,25), y vacunas frente al linfoma folicular que emplean inmunoglobulinas sintetizadas por células B clonales cancerosas y el adyuvante GM-CSF26. Incluso frente a esta última patología, muy recientemente, se ha ensayado, por su poder citorreductor, la vacuna atenuada del sarampión inyectada intratumoralmente (27).

Una vacuna conjugada dirigida al tratamiento y prevención del tabaquismo, que utiliza nicotina unida a un transportador proteico para generar anticuerpos frente a las formas nativas de nicotina formando grandes complejos inmunes que impiden el paso de la nicotina a la barrera hematoencefálica, ya ha obtenido la patente en EE UU y se encuentran próximos los ensayos en humanos (28).

Las enfermedades metabólicas y degenerativas también son objeto de atención. Están en marcha ensayos frente a la diabetes tipo 2 utilizando técnicas que impidan la autoagregación del polipéptido de amiloide de los islotes (hIAPP) y, por tanto, la formación de los depósitos en los islotes pancreáticos (29); frente a la enfermedad de Alzheimer, inmunizando con anticuerpos frente a los péptidos A β , con lo que se impide el depósito de amiloide en el sistema nervioso (30,31), y frente a la epilepsia mediante un adenovirus administrado oralmente que incluye ADN que codifica un gen que bloquea el receptor cerebral NMDA protegiendo las neuronas de estímulos convulsivos (32). Por último, no tardará en poder controlarse la caries dental mediante una vacuna intranasal que induce formación de IgA salival y evita la colonización bucal por *Streptococcus mutans* (33).

Tabla 1. Nuevas vacunas frente a patógenos infecciosos

Agente infeccioso	Tipo de vacuna candidata
<i>Salmonella typhi</i>	Polisacárido capsular conjugado (Vi-rEPA)
<i>Helicobacter pylori</i>	Vectores atenuados que expresan ureasa
Virus respiratorio	Subunidades de antígeno de superficie sincitial en vectores
<i>Neisseria meningitidis</i>	Vacuna hexavalente de serosubtipos serogrupo B prevalentes
<i>Staphylococcus aureus</i>	Polisacáridos capsulares 5 y 8 conjugados
<i>Mycobacterium</i>	Vacuna de ADN y de antígenos vehiculizados tuberculosis en vectores
<i>Plasmodium falciparum</i>	Proteína de superficie de esporozoitos
VIH	Antígeno de superficie gp120 (prime) (antígenos vehiculizados en vectores) + boost (antígeno gp120)
<i>Streptococcus grupo B</i>	Polisacáridos capsulares conjugados con vacuna intranasal que induce formación de IgA salival y evita la colonización bucal por <i>Streptococcus mutans</i> (33).

3. Estrategias en vacunología para un futuro próximo

Al margen de todos los nuevos preparados ya comentados, que pueden ver la luz en un futuro más o menos próximo, es preciso profundizar en nuevas técnicas que aumenten la aceptabilidad de los programas de vacunación. Básicamente, esto se puede conseguir disminuyendo las visitas a los puntos de vacunación, bien porque dispongamos de vacu-

nas combinadas, bien porque para conseguir una buena protección precisaríamos de menos inoculaciones.

Se están ensayando nuevas combinaciones vacunales para todas las edades de la vida y frente a patógenos respiratorios, sexuales, digestivos y meníngeos, vacunas más estables que no precisen "cadena del frío", nuevos adyuvantes que al aumentar la potencia de los inmunógenos van a ser útiles para los sujetos que no responden a vacunas convencionales y al mismo tiempo, pueden reducir el número de inyecciones, y también se trabaja en encapsular antígenos en biosferas biodegradables que permiten una liberación lenta del inmunógeno y, por tanto, brindan la posibilidad de administrar una dosis única (34,35).

Por último, debido a la necesidad de inmunizar en edades tempranas de la vida frente a algunos patógenos especialmente prevalentes y graves en la etapa neonatal (*Streptococcus* grupo B) y en los primeros meses de la vida (*Haemophilus influenzae* tipo b, *N. meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*), cobra un interés inusitado la vacunación de la gestante en el último trimestre del embarazo (36,37) y la inmunización temprana del recién nacido (38,39).

4. Conclusiones

Por todo lo expuesto, no cabe la menor duda de que la vacunología es una de las ramas de la medicina con un futuro más prometedor, tanto por la prevención de enfermedades infecciosas de alta morbi-mortalidad como por la reducción de patologías degenerativas y metabólicas. No obstante, queda mucho camino por recorrer, fundamentalmente haciendo llegar vacunas "de primera generación" a aquellos países y zonas en los que enfermedades prácticamente olvidadas en nuestro medio siguen cobrándose muchas vidas humanas, y profundizando en temas derivados de la seguridad vacunal y de la comunicación de los riesgos con ella asociados, aspecto este que bien podría comprometer el esperanzador futuro de la vacunología del siglo XXI.

Bibliografía

1. Lin F, Ho A, Khiem H, Trach D, Bay P, Thanh T, et al. The efficacy of a *Salmonella typhi* Vi conjugate vaccine in two-to-five-year-old children. *N Engl J Med* 2001;344:1263-9.
2. DiPetrillo M, Tibbets T, Kleanthous H, Killeen K, Hoffman E. Safety and immunogenicity of phoP/phoQ-deleted *Salmonella typhi* expressing *Helicobacter pylori* urease in adult volunteers. *Vaccine* 1999;18:449-59.
3. Angelakopoulos H, Hohmann E. Pilot study of phoP/phoQ-deleted *Salmonella enterica* serovar Typhimurium expressing *Helicobacter pylori* urease in adult volunteers. *Infect Immun* 2000;68:2135-41.
4. Sutton P. Progress in vaccination against *Helicobacter pylori*. *Vaccine* 2001;19:2286-90.
5. Kim H, Canchola J, Brandt C, Pyles G, Chanock R, Jensen K, et al. Respiratory syncytial virus disease in infants despite prior administration of antigenic inactivated vaccine. *Am J Epidemiol* 1969;89:422-34.
6. Breese Hall C. Respiratory syncytial virus and parainfluenza virus. *N Engl J Med* 2001;344:1917-28.
7. Cartwright K, Morris R, Rumke H, Fox A, Borrow R, Begg N, et al. Immunogenicity and reactogenicity in UK infants of a novel meningococcal vesicle vaccine containing multiple class 1 (Por A) outer membrane proteins. *Vaccine* 1999;17:2612-9.
8. De Kleijn E, De Groot R, Labadie J, Lafeber A, Van den Dobbelsteen G, Van Alphen L, et al. Immunogenicity and safety of a hexavalent meningococcal outer-membrane vesicle vaccine in children 2-3 and 7-8 years of age. *Vaccine* 2000;18: 1456-66.
9. De Kleijn E, De Groot R, Lafeber A, Labadie J, Van Limpert C, Visser J, et al. Prevention of meningococcal serogroup B infections in children: a protein-based vaccine induces immunologic memory. *J Infect Dis* 2001;184:98-102.
10. Rappuoli R. Conjugates and reverse vaccinology to eliminate bacterial meningitis. *Vaccine* 2001;19:2319-22.
11. Vastag B. New vaccine decrease rate of nosocomial infections. *J Am Med Assoc* 2001;285:1565-6.
12. Fattom A, Sarwar J, Basham L, Ennifar S, Naso R. Antigenic determinants of *Staphylococcus aureus* type 5 and type 8 capsular polysaccharide vaccines. *Infect Immun* 1998;66:4588-92.
13. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

14. los E, et al. Therapy of tuberculosis in mice by DNA vaccination. *Nature* 1999;400: 269-71.
15. Letvin N, Bloom B, Hoffman S. Prospects for vaccines to protect against AIDS, tuberculosis, and malaria. *J Am Med Assoc* 2001; 285:606-11.
16. Stoute J, Kester K, Krzych U, Welde B, Hall T, White K, et al. Longterm efficacy and immune responses following immunization with the RTS,S malaria vaccine. *J Infect Dis* 1998;178:1139-44.
17. Sedegah M, Weiss W, Sacci J, Charoenvit Y, Hedstrom R, Gowda K, et al. Improving protective immunity induced by DNA-based immunization: priming with antigen and GM-CSF-encoding plasmid DNA and boosting with antigen-expressing recombinant poxvirus. *J Immunol* 2000;164:5905-12.
18. Bowman S, Lawson D, Basham D, Beown D, Chillingworth T, Churcher C, et al. The complete nucleotide sequence of chromosome 3 of *Plasmodium falciparum*. *Nature* 1999;400: 532-8.
19. Esparza J, Bhamarapravati N. Accelerating the development and future availability of HIV-1 vaccines: why, when, where, and how? *Lancet* 2000;355:2061-6.
20. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Future access to HIV vaccines: report from a WHO-UNAIDS consultation: Geneva, 2-3 October 2000. *AIDS* 2001;15:W27-W44.
21. Burton D, Moore J. Why do we not have an HIV vaccine and how can we make one? *Nat Med* 1998;4:495-8.
22. Kane B. HIV vaccines: inch by inch. *Ann Intern Med* 2000;133: 489-90.
23. Tartaglia J, Bonnet M, Berinstein N, Barber B, Klein M, Moingeon PH. Therapeutic vaccines against melanoma and colorectal cancer. *Vaccine* 2001;19:2571-5.
24. Simons J, Mikhak B, Chang J, DeMarzo A, Carducci M, Lim M, et al. Induction of immunity to prostate cancer antigens: results of a clinical trial of vaccination with irradiated autologous prostate tumor cells engineered to secrete granulocyte-macrophage colony-stimulating factor using ex vivo gene transfer. *Cancer Res* 1999;59:5160-8.
25. Jaffee E, Hruban R, Biedrzycki B, Laheru D, Schepers K, Sauter P, et al. Novel allogeneic granulocyte-macrophage colony-stimulating factor-secreting tumor vaccine for pancreatic cancer: a phase I trial of safety and immune activation. *J Clin Hematol* 2001;19:145-56.
26. Bendandi M, Gocke C, Kobrin C, Benko F, Sternas L, Pennington R, et al. Molecular complete remissions induced by patient-specific vaccination plus GM-CSF against lymphoma. *Nat Med* 1999;5:1171-7.

27. Grote D, Russell S, Cornu T, Cattaneo R, Vile R, Poland G, et al. Live attenuated measles virus induces regression of human lymphoma xenografts in immunodeficient mice. *Blood* 2001;97: 3746-54.
28. Jespersgaard C, Hajshengallis G, Huang Y, Russell M, Smith D, Michalek S. Protective immunity against *Streptococcus mutans* infection in mice after intranasal immunization with the glucanbinding region of *S mutans* glucosyltransferase. *Infect Immun* 1999;67:6543-9.
29. Hoppener J, Ahren B, Lips C. Islet amyloid and type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2000;343:411-9.
30. Janus Ch, Pearson J, McLaurin J, Mathews P, Jiang Y, Schmidt S, et al. A β 3 peptide immunization reduces behavioural impairment and plaques in a model of Alzheimer's disease. *Nature* 2000;408:979-82.
31. Morgan D, Diamond D, Gottschall P, Ugen K, Dickey C, Hardy J, et al. A β 3 peptide vaccination prevents memory loss in a animal model of Alzheimer's disease. *Nature* 2000;408:982-5.
32. During M, Symes C, Lawlor P, Lin J, Dunning J, Fitzsimons H, et al. An oral vaccine against NMDAR1 with efficacy in experimental stroke and epilepsy. *Science* 2000;287:1379-81.
33. Pentel P, Malin D, Ennifar S, Hieda Y, Keyler D, Lake J, et al. A nicotine conjugate vaccine reduces nicotine distribution to brain and attenuates its behavioral and cardiovascular effects in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 2000;65:191-8.
34. Johanssen P, Estevez F, Zurbriggen R, Merkle H, Gluck R, Corradin G, et al. Towards clinical testing of a single-administration tetanus vaccine based on PLA/PLGA microspheres. *Vaccine* 2000;19:1047-54.
35. Diwan M, Khar R, Talwar G. Tetanus toxoid loaded "preformed microspheres" of cross-linked dextran. *Vaccine* 2001;19:3853-9.
36. Baker C, Paoletti L, Rench M, Guttormsen H, Carey V, Hickman M, et al. Use of capsular polysaccharide-tetanus toxoid conjugate vaccine for type II group B *Streptococcus* in healthy women. *J Infect Dis* 2000;182:1129-38.
37. Glezen P, Alpers M. Maternal immunization. *J Infect Dis* 1999;28:219-24.
38. Siegrist C. Vaccination in the neonatal period and early infancy. *Int Rev Immunol* 2000;19:195-219.
39. Siegrist C. Neonatal and early life vaccinology. *Vaccine* 2001;19: 3331-46.

Ponencias en mesa

Análisis de las causas de los accidentes de trabajo leves en la construcción en España

> FG Benavides (1), MT Giráldez (2), E Castejón (3), N Catot (1),

> M Zaplana (5), J Delclós (4), J Benach (1), D Gimeno (1)

(1) *Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

(2) *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid*

(3) *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Barcelona*

(4) *Universidad de Texas, Houston*

(5) *Unitat de Prevenció de Riscos Laborals. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

(*) *Documento mimeografiado. Estudio parcialmente financiado con una ayuda del Ministerio de Ciencia y Tecnología (BSA2001-0965)*

1. Objetivos

La construcción es la actividad económica que registró mayor número de accidentes de trabajo (AT) con baja en jornada en España (25,3%), de los cuales el 97% eran leves, con casi 20 millones de días perdidos en 2000. Esto ocurre después de adoptarse numerosas normas preventivas en los últimos años. El objetivo del estudio fue identificar causas específicas de AT leves en la construcción.

2. Material y métodos

Los AT leves en la construcción fueron 920.156 en 2000. De ellos se seleccionó la actividad laboral de "Construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil" que registra un tercio de los AT leves, tanto en el conjunto de trabajadores como en las categorías profesionales de "albañil" y "peón de la construcción". La actividad de referencia fue la "activi-

dad financiera y de seguros". Los AT por patología no traumática (infarto, etc.) fueron el grupo control, asumiendo que el riesgo de AT no traumático era independiente de la actividad económica. El riesgo relativo (RO) se ajustó por edad, sexo, antigüedad en la empresa, tipo de contrato y tamaño de la empresa, mediante modelos de regresión logística no condicional.

3. Resultados

Todas las causas de AT presentaron un mayor riesgo en la construcción respecto a las finanzas y seguros, tal como era de esperar. Las que presentaron mayor riesgo fueron, para el conjunto de trabajadores, la proyección de partículas (RO=33,0; IC 95%: 15,3-70,8) y los golpes por objetos (18,2; 9,7-34,1). Las mismas que también presentaron un riesgo muy elevado en albañiles y peones.

4. Conclusiones

El exceso de riesgo de los AT leves, especialmente en los albañiles y peones, parece ser explicado por la proyección de fragmentos o partículas y por los golpes por objetos y herramientas, entre otras. Las actividades orientadas a prevenir los AT leves en la construcción debería dirigirse a evitar estas causas, sin excluir otras medidas preventivas de carácter más estructural.

Palabras claves

Causas, construcción, accidentes de trabajo, prevención, casos y controles

Introducción

Alrededor de 1.250.000 personas trabajan como asalariadas en el sector de la construcción en España, lo que representa aproximadamente el 9% del total de la población asalariada (1). Comparada con otras actividades, la construcción es el sector que registra el mayor número de accidentes de trabajo (AT) con baja en jornada (excluidos los in itinere): 246.567 AT, que representan el 25,5% del total en el año 2000. De ellos, el 97% fueron clasificados como leves; los cuales presentaron una duración media de la incapacidad de aproximadamente 21 días, lo que supuso casi 20 millones de días perdidos en ese mismo año, frente al millón de días perdidos por AT graves (2).

Esta elevada incidencia de los AT leves sigue además una tendencia marcadamente creciente en los últimos años, a diferencia de los mortales, habiendo pasado de una incidencia de 121,1 AT leves por 1.000 trabajadores asalariados en 1992 a una incidencia de 188,2 en 2000. Igualmente, en el conjunto de la Unión Europea (UE) se observa también que la incidencia en el sector de la construcción se ha incrementado respecto a los AT con baja de más de tres días en un 3,2% entre 1998 y 1999, pero para los AT mortales la tendencia ha disminuido un 3,8% en ese mismo periodo (3).

En este trabajo nos ocuparemos exclusivamente de los leves, puesto que, aunque sin duda los AT mortales y graves, tanto en este sector como en otros, constituyen una prioridad preventiva, el análisis de las causas de los AT leves puede ayudarnos también en la prevención de los AT mortales y graves, muchos de los cuales pueden ocurrir después de varios AT leves.

Esta situación, de alta incidencia y tendencia creciente, está ocurriendo a pesar de la adopción de numerosas normas legales aprobadas en los últimos años (4-6), las cuales persiguen garantizar unas condiciones de trabajo seguras y que no pongan en riesgo la salud del trabajador. Sin embargo, los resultados parecen indicarnos de momento su fracaso. En este sentido, un reciente Informe sobre riesgos laborales y su prevención dedica un apartado especial a la construcción, donde se valora la insuficiencia de estas normas y la necesidad de incrementar el control administrativo y sindical sobre las mismas (7). Algunas de las causas de esta ineficacia de las normas serían, de acuerdo con el citado informe, que los trabajadores padecen una alta temporalidad y que en el sector existe una elevada subcontratación. Ambas explicaciones, muy ligadas a las tendencias mundiales de flexibilización laboral y externalización empresarial (8), tienen sin duda un papel causal en la incidencia de los AT, como han puesto de manifiesto trabajos previos (9-12).

Pero estas explicaciones, que podemos calificar de macroeconómicas o distales, con ser importantes apenas si nos informan del papel de las causas más ligadas a las condiciones específicas de los puestos de trabajo, y que podríamos denominar proximales. Un acercamiento a estas causas lo podemos hacer a partir de la clasificación de mecanismos o formas en que se produce el AT (por ejemplo, caída, atrapamiento o sobreesfuerzo) (13).

La identificación de estas causas proximales puede ayudar a establecer medidas preventivas específicas y a priorizar áreas necesitadas de más investigación. El objetivo de este trabajo ha sido valorar la relación entre las formas de producirse los AT leves y el hecho de trabajar en la construcción.

Material y métodos

La valoración de esta relación se realizó mediante un estudio de casos y controles, a partir de los 920.156 AT con baja de carácter leve notificados en el año 2000, una vez excluidos los in itinere (74.822) y las recaídas (33.739).

El caso fue definido como un AT leve producido por alguna de los siguientes grupos de formas: caídas de personas a distinto nivel, caídas de personas al mismo nivel, caídas de objetos, pisadas de objetos, choques contra objetos inmóviles, choques contra objetos móviles, golpes por objetos o herramientas, proyección de fragmentos o partículas, atrapamientos, sobreesfuerzo y atropellos o golpes con vehículos. La forma del AT, que se recoge en el parte de declaración de cada AT con baja, es la información disponible que más se aproxima a las causas inmediatas del AT, asumiendo a lo largo del artículo la proximidad conceptual entre la forma y la causa.

El control elegido para comparar con cada una de las formas antes mencionadas fue el AT leve producido por patología no traumática; esto es, un AT leve producido por un infarto o un accidente cerebrovascular, entre los más frecuentes, en la presunción que estos AT no están relacionados con las condiciones de trabajo específicas.

A su vez, los casos y los controles se clasificaron en dos grupos, de acuerdo a la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNA): aquellos que habían ocurrido concretamente en trabajadores de la "construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil" (CNAE 452), que es donde se registran las dos terceras partes de los AT leves de la construcción (CNAE 45), y los que ocurrieron en trabajadores de las "finanzas y de seguros" (CNAE 651,652,660,671,672), considerando esta actividad como referente dadas sus presumibles mejores condiciones de trabajo respecto a la construcción. Los AT leves ocurridos en la actividad económica de "construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil" fueron 155.044, de los cuales 141 fueron por patologías no traumáticas. En la actividad de "finanzas y seguros", los AT leves fueron 2.019, de los cuales 26 fueron por patología no traumática.

El análisis se realizó tanto para el total de AT leves ocurridos en la "construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil", como para aquellos AT leves específicamente ocurridos en "albañiles" (Clasificación Nacional de Ocupaciones 711) y "peones de la construcción" (CNO 960), que fueron 113.318, por considerar que son estos los trabajadores que más directamente están expuestos a los posibles factores de riesgo laborales de las empresas correspondientes a la CNAE 452.

Para valorar el riesgo de tener un AT leve producido por cada uno de los grupos de causas, por ejemplo por caídas a distinto nivel (Ae), respecto al riesgo de tener un AT leve por patología no traumática (Be) se estima la razón de odds (RO), que compara el cociente anterior en la construcción (Ae/Be) con el mismo cociente pero para las finanzas (Ao/Bo). La RO se calcula dividiendo ambos cocientes y se interpreta como la probabilidad de que ocurra un AT por causa traumática (por ejemplo, una caída a diferente nivel) respecto a la probabilidad de ocurrencia de un AT por patología no traumática; y si es mayor de 1 quiere decir que esta probabilidad es mayor entre los trabajadores de la construcción que entre los trabajadores de finanzas. Esta interpretación se basa en la asunción de que la probabilidad de llegar a ser

un control (AT por patología no traumática) es independiente de la posible causa (actividad económica) (14, 15), lo que se verificó mediante la comparación de la incidencia de este tipo de AT en los trabajadores de la CNAE 45 (no es posible desagregar a nivel de tres dígitos los datos de la Encuesta de Población Activa) y de la CNAE 65-67.

La estimación de las diferentes RO y la valoración de su significación estadística, mediante el cálculo de su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), así como su ajuste por posibles variables de confusión como la edad (16-19, 20-24, 25-34, 35-44, 45-54 y más de 54), el sexo (hombres y mujeres), la antigüedad en la empresa (menos de 1 mes, 1-3, 4-6, 7-12, de 1 a 2 años, 3-6 y más de 6 años), el tipo de contrato (indefinido, temporal y otros) y el tamaño de la empresa (hasta 5 trabajadores, 6-49, 50-249, 250-499, 500 y más), se llevó a cabo mediante modelos de regresión logística no condicional.

Resultados

Entre las causas de AT leves en la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil (tabla 1), la más frecuente fue el sobreesfuerzo (27%), seguido de los causados por golpes por objetos o herramientas (21%). En las finanzas y seguros, la causa más frecuente de AT fue también el sobreesfuerzo (25%), seguido por las caídas de personas al mismo nivel (16%) y a distinto nivel (15%).

Las lesiones de causa no traumática representaron en la construcción sólo el 0,1% frente al 1,3% en el sector de las finanzas y seguros. Aunque cuando se compara la incidencia de este tipo de AT encontramos que para la construcción ésta fue de 16,1 por 100.000 y para las finanzas y seguros de 7,2 por 100.000, mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000031$).

Los AT leves en la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil afectaron (tabla 2) sobre todo a los hombres (98%), a los trabajadores entre 20 y 44 años (73%), a los que declararon una antigüedad en la empresa menor de 6 meses (55%), a los que tienen un contrato temporal (84%) y a los trabajadores de empresas de menos de 50 trabajadores (55%). Asimismo, en el sector de finanzas los AT leves afectaron en menor medida a los hombres (60%), entre 25 y 54 años (83%), con más de 6 años de antigüedad en la empresa (55%), con contrato indefinido (76%) y en empresas de más de 50 trabajadores (50%). La distribución de cada una de estas variables entre las dos actividades fue estadísticamente significativa.

Al comparar el riesgo de tener un AT leve en la construcción con el riesgo de tenerlo en las finanzas y seguros, observamos que las diferentes formas de producirse el AT, excepto los atropellos o golpes con vehículos, presentaron un mayor riesgo en la construcción que en los seguros y finanzas, incluso después de ajustar por sexo, edad, antigüedad en la empresa, tamaño de la empresa y tipo de contrato. Entre las que presentaron un mayor riesgo,

para el conjunto de trabajadores de la construcción (tabla 3), fueron la proyección de partículas (RO=33,0; IC95%: 15,3-70,8), los golpes por objetos (18,2; 9,7-34,1), los atrapamientos (14,8; 7,4-29,7), los sobreesfuerzos (12,1; 6,6-22,2) y las caídas de objetos (11,9; 6,2-22,8). De estas causas, la proyección de fragmentos (RO=32,8) y los golpes por objetos (17,7) presentaron también un riesgo muy elevado cuando el análisis se realizó específicamente con los albañiles y peones (tabla 4). Tampoco en este caso el riesgo de AT por atropello o golpe con vehículo fue mayor entre estos trabajadores.

Discusión

El tipo de estudio de casos y controles, utilizado en este trabajo, ha permitido resolver un problema habitual en la investigación cuantitativa de AT en España (16), ya que no es fácil obtener el denominador de trabajadores cubiertos por la seguridad social para las diferentes actividades económicas (CNAE a tres dígitos) y/o ocupaciones (CNO a tres dígitos), con los que poder comparar adecuadamente el número de AT entre actividades y/o ocupaciones, teniendo en cuenta el posible efecto confusor de variables como el tipo de contrato o la edad. Un problema que, por otra parte, no es exclusivo de nuestro país (17).

Sin embargo, y a pesar de haber elegido como grupo de referencia los AT ocurridos en la actividad de finanzas y seguros, que registró la menor incidencia de AT leve para todo tipo de causas, la incidencia de los AT no traumáticos (controles) en finanzas y seguro fue diferente (dos veces menor) a la observada en los trabajadores de la construcción. Este resultado, no del todo inesperado, ya que la patología no traumática mortal y graves es superior en los trabajadores no cualificados respecto a los cualificados (18), dificulta la interpretación de la RO como una razón de incidencia, ya que el mayor riesgo observado para las distintas formas de AT leve entre los trabajadores de la construcción respecto a los de finanzas y seguros, podría deberse a un menor riesgo de los AT por causa no traumática en las finanzas y seguros. Pero, en el supuesto que ambos riesgos en las finanzas y en la construcción se igualaran, el resultado sería aún mayor que el observado. Por lo que, en este caso, podríamos afirmar que los resultados obtenidos subestiman el valor real de la diferencia, que serían aún mayores.

De ser así, podemos concluir que en el sector de la construcción, en concreto en la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil y, más específicamente, entre los peones y albañiles que trabajan en esta actividad económica, la proyección de fragmentos o partículas, los golpes por objetos o herramientas, los atrapamientos, los sobre esfuerzos o las caídas de objetos constituyen las principales causas de los AT leves. Los sobreesfuerzos, además, sería la causa sobre la cual la prevención sería más eficiente, pues, dada su elevada prevalencia (porcentaje del 27% del total de AT leves), su control evitaría el mayor número de AT leves, seguido de los producidos por golpes con herramientas (21%).

Este tipo de resultado va en la misma dirección que el obtenido por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, que ordena las causas de los AT no mortales con más de

tres días de baja, identificando a los resbalones, tropiezos y caídas como la principal causa de AT con más de tres días de baja en todos los sectores de actividad económica (19).

Además, este mayor riesgo de AT leve en la construcción, respecto al sector de finanzas y seguros, causado por golpes y proyecciones no es explicado ni por la edad, la antigüedad en la empresa, el tipo de contrato, ni el tamaño de la empresa. Ello puede ser interpretado como que existen características específicas en los puestos de trabajo de la construcción, más allá del tipo de contrato o la antigüedad del trabajador, como puede ser, por ejemplo, la inadecuada utilización de herramientas -en parte porque pueden estar incorrectamente diseñadas-, la existencia de objetos mal colocados en los puestos de trabajo o la manipulación de cargas de peso excesivo, que explicarían la mayor incidencia encontrada.

De ello, pues, se deduce que las actividades preventivas en la construcción frente a los AT leves, especialmente en peones y albañiles, deben dirigirse a evitar estas causas. Las cuales, si nos atenemos a las dos de mayor riesgo: proyecciones y golpes, se basarían principalmente en

- > El correcto funcionamiento y utilización de las instalaciones y equipos de trabajo,
- > La ordenación y limpieza de los puestos de trabajo
- > La adopción de equipos de protección individual, como cascos, guantes, gafas, etc..

En esta dirección van los esfuerzos de algunas iniciativas preventivas puestas en marcha recientemente en el sector de la construcción, como el Plan intersectorial de Málaga para la prevención de los accidentes de trabajo en la construcción (20), que insisten en la adecuación de los andamios, las redes o las barandillas frente al riesgo de caída a distinto nivel. Actividades preventivas que debieran siempre ser evaluadas para comprobar su efectividad (21, 22).

Por otra parte, este tipo de medidas preventivas dirigidas a las causas inmediatas no es excluyente con medidas preventivas dirigidas a las causas distales, como las encaminadas a reducir, por ejemplo, la temporalidad laboral o la subcontratación empresarial. Medidas que descansan más en acciones normativas, las cuales se adoptan la mayoría de las ocasiones fuera de la empresa. Esta relación entre causas distal y proximal, y su posible interacción, debería ser valorada mediante estudios de multinivel (23), que permitiera evaluar el papel de ambos tipos de causas. Para lo cual sería necesario disponer de datos que permitieran comparar políticas laborales y empresariales diferentes.

Por último, hemos de señalar como otra limitación de este trabajo, que éste se ha basado en la equivalencia entre forma y causa del AT, lo que requeriría una mayor precisión, pues la forma: caída, pisada, golpe, pinchazo, etc. estaría más directamente relacionada con la exposición entre la causa y el efecto, que con la causa misma. O, quizás también, como mecanismo entre la exposición a la causa y el efecto. Así, por ejemplo, en la forma "caída" po-

driamos decir que la causa (factor de riesgo) es el desnivel y el efecto el AT, siendo la caída la exposición (contacto) a la causa (desnivel). Lo mismo se podría decir de las demás formas. Sin embargo, para tener información detallada sobre las causas se requieren datos primarios obtenidos a partir de estudios ad-hoc en las empresas, lo que evidentemente hay que hacer para confirmar, o no, los resultados obtenidos en este trabajo.

Como conclusión preliminar podemos afirmar que este estudio ha permitido, para los AT leves, disponer de una relación de formas o mecanismos causales de AT adecuadamente ordenados de mayor a menor riesgo en el sector de la construcción, donde la incidencia de AT leves no ha dejado de incrementarse en los últimos años. La adopción de planes preventivos específicos frente a estos mecanismos causales puede complementar las medidas ya propuestas de promoción e inspección. En todo caso, como ya sabemos, todos los AT son evitables (24), aunque también sabemos que no es una tarea fácil.

Tabla 1. Distribución de los accidentes de trabajo con baja leve en jornada en la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil (CNAE 452) y en las actividades financieras y de seguros (CNAE 651-672) según sus causas

Causas	Construcción		Finanzas y seguros	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Caidas de personas a distinto nivel	12544	8,1	299	14,8
Caidas de personas al mismo nivel	14923	9,6	323	16,0
Caidas de objetos	11678	7,5	78	3,9
Pisadas sobre objetos	13362	8,6	178	8,8
Choques contra objetos inmóviles	5558	3,6	94	4,7
Choques contra objetos móviles	2334	1,5	37	1,8
Golpes por objetos o herramientas	32459	20,9	157	7,8
Proyección de fragmentos o partículas	9990	6,4	27	1,3
Atrapamientos	6215	4,0	72	3,6
Sobreesfuerzos	41795	27,0	504	25,0
Atropellos o golpes con vehículos	1609	1,0	39	1,9
Otras causas	2436	1,6	185	9,2
Causas no traumáticas	141	0,1	26	1,3
Total	155044	100,0	2019	100,0

Tabla 2. Distribución de los accidentes de trabajo leve en jornada en la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil (CNAE 452) y en las actividades financieras y de seguros (CNAE 651-672), según sus características laborales y demográficas

Variables		Construcción		Finanzas y seguros	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Sexo (*)	Hombres	151701	97,8	1209	59,9
	Mujeres	3343	2,2	810	40,1
Edad (*)	16-19 años	9367	6,0	33	1,6
	20-24 años	27224	17,6	161	8,0
	25-34 años	49827	32,1	586	29,0
	35-44 años	35882	23,1	545	27,0
	45-54 años	23255	15,0	536	26,5
	Más de 54 años	9489	6,1	158	7,8
Antigüedad en la empresa (*)	Menos de 1 mes	25642	16,5	76	3,8
	1-3 meses	32156	20,7	103	5,1
	4-6 meses	27978	18,0	110	5,4
	6 meses a 1 año	26673	17,2	113	5,6
	1-2 años	19177	12,4	163	8,1
	3-6 años	13393	8,6	331	16,4
	Más de 6 años	10025	6,5	1123	55,6
Tipo de contrato (*)	indefinido	22061	14,2	1535	76,0
	Temporal	130357	84,1	404	20,0
	Otros	2626	1,7	80	4,0
Tamaño de la empresa (*)	Hasta 5	16180	10,4	139	6,9
	6 - 49	68680	44,3	297	14,7
	50 - 249	31406	20,3	236	11,7
	250 - 499	4382	2,8	142	7,0
	500 y más	2134	1,4	632	31,3
	no consta	32262	20,8	573	28,4
Total		155044	100,0	2019	100,0

(*) $p < 0,0001$

Tabla 3. Comparación del riesgo de tener un accidente de trabajo leve en jornada en los trabajadores de la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil (CNAE 452), respecto a los trabajadores de actividades financieras y seguros (651-672), según las diferentes formas de producirse el accidente, tomando como grupo control los accidentes por patología no traumática

Causas	ROc1	IC 95 %2	ROa3	IC 95 %2
Caidas de personas a distinto nivel	7,7	5,0 11,9	4,9	2,6 9,4
Caidas de personas al mismo nivel	8,5	5,5 13,1	5,7	3,0 10,7
Caidas de objetos	27,6	17,2 44,3	11,9	6,2 22,8
Pisadas sobre objetos	13,8	8,9 21,6	6,4	3,4 12,1
Choques contra objetos inmóviles	10,9	6,8 17,4	7,2	3,6 14,1
Choques contra objetos móviles	11,6	6,8 19,8	9,4	4,6 19,1
Golpes por objetos o herramientas	38,1	24,2 59,6	18,2	9,7 34,1
Proyección de fragmentos o partículas	68,2	38,8 119,9	33,0	15,3 70,8
Atrapamientos	15,9	9,9 25,7	14,8	7,4 29,7
Sobreesfuerzos	15,3	10,0 23,4	12,1	6,6 22,2
Atropellos o golpes con vehiculos	1,6	1,0 2,5	1,6	0,9 2,8
Otras causas	11,5	6,8 19,5	10,9	5,2 23,2

1: ROc = razón de odds bruta; 2: IC 95% = intervalo de confianza de la razón de odds al 95%; 3: ROa = razón de odds ajustada por edad, sexo, antigüedad en la empresa, tipo de contrato y tamaño de la empresa

Tabla 4. Comparación del riesgo de tener un accidente de trabajo leve en jornada en peones y albañiles (CON 711 y CON 960) de la construcción general de inmuebles y obras de ingeniería civil (CNAE 452), respecto a los trabajadores de actividades financieras y seguros (651-672), según las diferentes formas de producirse el accidente, tomando como grupo control los accidentes por patología no traumática

Causas	ROc1	IC 95 %2	ROa3	IC 95 %2
Caidas de personas a distinto nivel	7,9	5,1 12,4	4,4	2,0 9,8
Caidas de personas al mismo nivel	9,1	5,8 14,2	5,6	2,5 12,5
Caidas de objetos	29,9	18,4 48,7	11,8	5,4 25,9
Pisadas sobre objetos	15,2	9,7 24,1	6,2	2,8 13,6
Choques contra objetos inmóviles	11,1	6,9 17,9	5,6	2,3 13,6
Choques contra objetos móviles	11,4	6,6 19,6	6,7	2,8 16,2
Golpes por objetos o herramientas	40,6	25,7 64,4	17,7	8,4 37,5
Proyección de fragmentos o partículas	71,4	40,2 126,8	32,8	13,3 80,8
Atrapamientos	15,6	9,5 25,5	12,2	5,1 29,0
Sobreesfuerzos	16,2	10,4 25,1	11,3	5,3 24,1
Atropellos o golpes con vehiculos	1,3	0,8 2,0	0,7	0,3 1,5
Otras causas	10,3	6,0 17,5	5,8	2,2 15,2

1: ROC = razón de odds; 2: IC 95% = intervalo de confianza de la razón de odds al 95%; 3: ROa = razón de odds ajustada por edad, sexo, antigüedad en la empresa, tipo de contrato y tamaño de la empresa

Referencias

1. Encuesta de Población Activa, 2º Trimestre 2000. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001
2. <http://www.mtas.es/Estadisticas/EAT/Eat00/Index.htm>. (Consultada 25/07/02)
3. Dupré D. Accidents at work in the EU in 1998-1999. *Statistics in focus*. Theme 3-16/2001.
4. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre seguridad y salud en los lugares de trabajo. BOE núm. 97, de 23 de abril de 1997.
5. Real Decreto 1627/1997, de 14 de octubre, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción. BOE núm. 256, de 25 de octubre de 1997.
6. Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. BOE núm.
7. Durán F. Informe sobre los riesgos laborales y su prevención. Madrid: Presidencia del Gobierno, 2001.
8. Benach J, Muntaner C, Benavides FG, Amable M, Jodar P. A new occupational health agenda for a new work environment. *Scand J Work Environ Health* 2002;28(3):191-196.
9. Boix P, Orts E, López MJ, Rodrigo F, Linares PJ. Modalidades de contratación y siniestralidad laboral en España en el periodo 1988-1995. *Mapfre Seguridad* 1998;69:15-27.
10. Villanueva V, Clemente I. Accidentes de trabajo y factores económicos asociados. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000;4(1):6-15.
11. Castejón E. Accidentes de trabajo y crecimiento económico. *Arch Prev Riesgos Labor* 2001;4(1)16.
12. Castellà JL. Accidentes, empleo, carga de trabajo y peligrosidad del trabajo. *Prevención, Trabajo y Salud* 2000;7:16-25.
13. Maqueda J. Perfiles de siniestralidad en la construcción. Estudio descriptivo y análisis de causas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997.
14. Miettinen O, Wang JD. An alternative to the proportionate mortality ratio. *Am J Epidemiol* 1981; 114:144-8.
15. Benavides FG, Castejón J, Company A, Fábrega O, Mira M, Serra C. Aplicación de los estudios de casos y controles en la investigación de los accidentes de trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2001; 4. 112-118.
16. Artieda L, Beloqui A, Lazáun M. Lesiones profesionales en Navarra, 2000. Pamplona. Instituto Navarro de Salud Laboral, 2002.

17. Ruser JW. Denominator choice in the calculation of workplace fatality rates. *Am J Ind Med* 1998; 33: 151-156.
18. Artazcoz L, Cortés I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en salut laboral. Informe sobre desigualtats a Catalunya. Barcelona: Fundació Bofill, 2002 (en premsa).
19. European Agency for Safety and Health at Work. The State of Occupational Safety and Health in the European Union - Pilot study. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000.
20. www.planintersectorialmalaga.com. (Consultada 27-07-02)
21. Ringen K, Stafford EJ. Intervention research in occupational safety and health: examples from construction. *Am J Ind Med* 1996; 29:314-320.
22. Haring M, Becker P, Bryant CJ, Palassis J. Reducing injuries and illnesses among construction workers. *Am J Ind Med* 1999;1(suppl.):96-97.
23. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998; 88:216-22.
24. BMJ bans "accidents". Accidents are not unpredictable. *BMJ* 2001;322:1320-1321.

Ponencias en mesa

La siniestralidad laboral: factores determinantes.

Estrategias de prevención

> Eduardo Martín Toval

Inspector de Trabajo y Seguridad Social

Málaga

Pese a la cada vez más completa y exhaustiva ordenación jurídica de la prevención de los riesgos laborales en Europa y en España, desde la Directiva Marco 89/391/CEE y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), todos coinciden en el diagnóstico de que no hemos conseguido reducir las altas cotas de siniestralidad laboral que venimos padeciendo en nuestro país. El Plan de Acción sobre Siniestralidad Laboral de 1998 del Ministerio de Trabajo ya apuntaba esa valoración, y el más reciente (2001) Informe del Consejo Económico y Social (el llamado Informe Durán) afirma que "el esfuerzo normativo tarda en dar su fruto. Aún se está lejos de alcanzar las cotas que tras la aprobación de la nueva normativa cabría esperar, produciéndose un contraste entre las expectativas suscitadas por las nuevas normativas legales y la persistente realidad".

En España, la siniestralidad laboral continúa la tendencia creciente observada en la última década, con unas tasas que duplican la media de la Unión Europea.

Cada año se producen más de 1.500 muertes, cerca de 15.000 accidentes graves y más de 900.000 leves.

Al año, se generan más de 22 millones de jornadas perdidas, siendo la duración media de las bajas unos 23 días.

La resignación social que resta trascendencia a los accidentes (son "inevitables", "fortuitos"), la escasa educación cívica de los colectivos concernidos (que se manifiesta, por ejemplo, en la falta de uso de las medidas de protección), la tolerancia social ante los factores de riesgo laboral y la falta de aplicación de medidas realmente efectivas y permanentes en el tiempo, son algunos de los motivos que explican la situación anteriormente descrita.

Como ya se decía en 1998:

"...esta siniestralidad laboral no obedece sólo a una mayor actividad económica y a un mayor nivel de ocupación, sino que, entre otras causas, obedece a la falta de una verdadera cultura de la prevención, generalizada en todos los ámbitos de la sociedad, al insatisfactorio cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales y al desconocimiento de las ventajas que aporta una adecuada prevención..."

(Plan de Acción sobre la Siniestralidad Laboral del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Esta realidad puede y debe afrontarse con planteamientos nuevos. La tesis central de esta comunicación es que una estrategia de intervención frente a la siniestralidad laboral debe suponer:

- > La implicación intersectorial verdadera de todos los que tienen alguna relación con el problema,
- > El establecimiento de objetivos comunes, rentables para cada uno de los participantes en la estrategia común,
- > La aplicación de una metodología de trabajo que dé prioridad a las intervenciones según cual sea el perfil del problema (sector productivo, tipo de empresa, zona geográfica, etc.),
- > La ejecución sin demora de las medidas de intervención cuya efectividad está demostrada: por un lado, fomento de la prevención y de la formación de los trabajadores, y por otro, vigilancia del cumplimiento de la normativa, inspección y, en su caso, sanciones a los incumplidores.

Un ejemplo de estrategia intersectorial es el Plan Intersectorial de Málaga para la prevención de accidentes de trabajo en la construcción. Tras poco más de un año de vigencia, pueden ya extraerse algunas conclusiones, siempre provisionales:

- > Se ha abierto un proceso de colaboración entre las administraciones y los agentes sociales que ha permitido la puesta en marcha de medidas nuevas y efectivas que, por separado, no se hubieran podido llevar a cabo.
- > Se está contribuyendo a consolidar una cultura de la acción desde una perspectiva de corresponsabilidad que esperamos sea determinante para la reducción de la siniestralidad laboral y sus consecuencias en nuestra comunidad.

Ponencias en mesa

Modelo de crisis en Salud Pública

> Javier García León

Epidemiólogo

Dirección General de Salud Pública y Participación. Sevilla

Los servicios de Salud Pública tienen una amplia experiencia en responder en situaciones de incertidumbre, en lo que ha sido dado en llamar "situaciones de crisis". La perspectiva futura es que estas situaciones serán cada vez más frecuentes y de mayor intensidad.

A pesar de lo expuesto, no se dispone de un modelo conceptual de gestión de crisis en Salud Pública, por lo que es preciso tomar como referentes los modelos generales de crisis en organizaciones. La respuesta está por tanto en el campo del estudio de las organizaciones, tanto empresariales como institucionales.

El esquema de modelo de crisis más aceptado es el desarrollado por Nunamaker a finales de los años 80 y los trabajos de Mitroff en los años 90. Es preciso diferenciar estos modelos centrados en el análisis de la organización de los trabajos posteriores, más centrados en los aspectos de comunicación. En el anexo a este documento, se presenta una adaptación que hemos realizado del modelo genérico de crisis en organizaciones a la gestión de crisis en Salud Pública.

Aunque cada crisis es única, podemos establecer varias familias de crisis en función de su tipología: agudas o crónicas, ante problemas objetivables o subjetivos, o de tipo técnico/económico frente a humano/social.

La gestión de crisis es considerada como un proceso continuo en el que la respuesta a la crisis cuando ésta ocurre, es considerada como un aspecto más de la gestión que no se puede abordar correctamente si no se han tenido en cuenta las otras fases de la gestión de crisis.

Cada crisis tiene un ciclo vital que puede ser influenciado y el mejor mecanismo para evitar efectos negativos es una preparación y respuesta responsable ante estas situaciones. Es imposible evitar todas las crisis, pero tenemos la responsabilidad de hacer todo lo posible por evitarlas y si ocurren actuar de la forma más eficiente posible.

1. Fases de la gestión de crisis

Preparación

La finalidad de esta fase es conseguir que los servicios de Salud Pública estén preparados para abordar de una forma adecuada cualquier crisis que se les plantee.

Ello implica:

- > Conocimiento:
 - Conocimiento de nuestra organización y de otras organizaciones, instituciones y públicos que se pueden ver implicados en nuestras crisis.
 - Incorporar la cultura de crisis en nuestra organización.
 - Tener conocimientos tanto de gestión de crisis como de los aspectos técnicos a resolver en las mismas.
 - Identificar las posibles crisis que nos pueden afectar.
 - Disponer de un catálogo de riesgos en Salud Pública que nos permita identificar situaciones que pueden llegar a ser críticas.
 - Aprender de las crisis pasadas tanto propias como ajenas.
- > Escenarios de crisis: Identificar las diferentes familias de crisis que nos pueden afectar (Las dos familias prioritarias serían la percepción de riesgos y las enfermedades emergentes).
- > Planificación del sistema de crisis. Al menos tener un plan escrito y haber hecho simulaciones de cada uno de los tipos de crisis que prevemos.
- > Planes de formación: Gestión de crisis, comunicación, catástrofes y Salud Pública, investigación de epidemias, investigación de cluster, investigación de exposición a tóxicos, análisis de riesgos e instrumentos como sistemas de información (especialmente geográficos).
- > Sistemas de vigilancia en Salud Pública que permitan activar alertas: epidemiología, higiene alimentaria, medicamentos y productos sanitarios, salud laboral y sanidad ambiental.

El resultado final de esta fase de cara a la siguiente es: disponer de expertos en gestión de crisis, equipos de gestión de crisis cualificados y sistemas de alerta eficaces.

Respuesta

Los problemas fundamentales que se crean cuando la crisis estalla son: la centralización autoritaria de las decisiones, respuesta rígida, conflicto en la gestión de recursos, presión por una explicación coherente de los hechos y estrés en la dirección lo que crea dificultades para procesar adecuadamente la información. Resulta evidente que con un desarrollo adecuado de la fase I se minimizan estos efectos.

Los elementos clave de esta fase son:

- > Sistema de información. El principal obstáculo para una respuesta adecuada es la dificultad para acceder a los datos relevantes o los expertos que nos permita tener un cuadro preciso y comprensivo de la realidad por lo que la disponibilidad del sistema adecuado de información para conocer la situación es fundamental.
- > Gestión de recursos. Implica la gestión de recursos asistenciales, de Salud Pública o de otras instituciones, así como la gestión del conocimiento y la utilización de la población como un recurso más para resolver la crisis, aspecto este último relacionado con la comunicación.
- > Centro de crisis. Ha de disponer de las herramientas necesarias para que el equipo gestor de la crisis se desenvuelva en un ambiente propicio que facilite la toma de decisiones, uniendo la comunicación y la decisión con lo que se reduce el riesgo de falta de comunicación entre decisores y asesores, con menos posibilidades de que las comunicaciones externas se distorsionen.

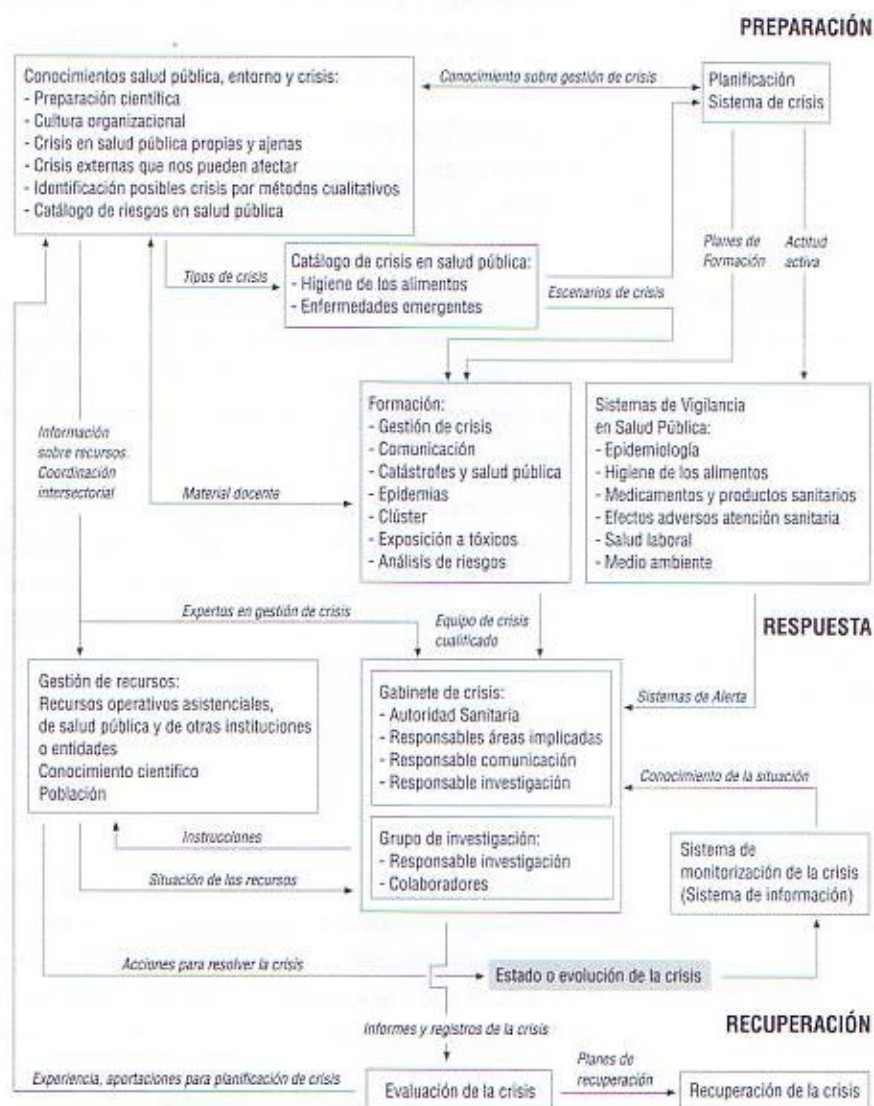
El núcleo central es el gabinete de crisis, constituido por 5-6 miembros permanentes (al margen de colaboraciones puntuales) entre los que se encuentran: autoridad sanitaria, responsables de las áreas implicadas, responsable de comunicación y responsable del equipo técnico de investigación. Este gabinete se verá apoyado por un equipo técnico responsable de la investigación de campo. Esta fase producirá informes y registros de la crisis que serán analizados posteriormente.

Recuperación

Las crisis dejan huella en las organizaciones. Al igual que las personas, no son las mismas después de una crisis que antes de la misma. La experiencia adquirida en la crisis ha de servir para redefinir los planes de preparación de respuesta a las crisis; por otra parte será necesario establecer planes precisos de recuperación de los daños producidos. En las organizaciones empresariales se considera que una crisis bien gestionada puede colocar a la empresa en un situación ante la competencia mejor que la que tenía con anterioridad.

Evidentemente, el daño producido en la salud de la población o su exposición a un riesgo son irreparables, pero la crisis debe ser utilizada para mejorar los mecanismos de que dispone la sociedad para proteger su salud. En este sentido es de destacar el debate que ha habido en el Reino Unido tras las últimas crisis en Salud Pública que han tenido lugar, lo que ha llevado a fortalecer los servicios de protección de la salud colectiva mediante la creación de una Agencia de Protección de la Salud que engloba distintas instituciones con responsabilidad en este campo, o la decisión en el marco de la Unión Europea de crear el Centro Europeo de Control de las Enfermedades Transmisibles tras la crisis del "carbunco".

Gráfico 1. Resumen de la ponencia



Introducciones a debate

Crisis en Salud Pública

> Javier Guillén Enríquez

Servicio de Vigilancia Epidemiológica

Consejería de Salud

Junta de Andalucía

El término crisis tiene su origen en la Grecia antigua: en la tragedia, significaba un momento crítico que exigía la toma de decisiones, en la medicina hipocrática indicaba un cambio repentino en el estado del paciente. El concepto de crisis se ha ido ampliando a otros ámbitos: a los problemas sociales en el siglo XVII, a la psicología en el siglo XIX y posteriormente desde la economía a los transportes y, por supuesto, a la Salud Pública.

Las organizaciones de todo tipo tienen cada día más probabilidades de estar expuestas a situaciones de crisis, debido a que cada vez están constituidas por un mayor número de elementos, su estructura es más compleja, y por tanto su equilibrio más inestable: acontecimientos aparentemente marginales pueden desencadenar una crisis. La crisis en una organización sería "una situación de incertidumbre en la que se tienen que tomar decisiones y acciones correctas para evitar que la organización sufra consecuencias negativas importantes, reales o simbólicas" (Nunamaker).

Los avances científicos en el conocimiento de la etiología y patogenia de las enfermedades no han supuesto un descenso en la aparición de nuevas entidades clínicas o en el resurgir de otras ya conocidas. Asistimos en los últimos años a la aparición de nuevas enfermedades emergentes tanto de origen infeccioso como medioambiental o tóxico. El proceso de industrialización con un uso creciente de nuevas sustancias provoca exposiciones de la población a las mismas, a veces con efectos no bien conocidos.

Aunque desde siempre han existido grandes epidemias que han diezmando a la población y estas alteraciones del estado de salud se han venido produciendo de forma colectiva, tanto en forma de epidemia como de endemia, las circunstancias de nuestra sociedad actual son muy diferentes a las de otras épocas, ya que por ejemplo la velocidad con la que se transmite la información ahora hace que problemas sanitarios localizados se comporten en ocasiones como crisis inimaginables hace años.

Esta facilidad en la comunicación además de suponer un buen caldo de cultivo para que cualquier problema sanitario alcance dimensiones imprevisibles, a su vez hace que su control sea un problema para los trabajadores sanitarios. Este correlato de "epidemias" informativas han puesto en evidencia la importancia estratégica que, pese a que la percepción cotidiana no lo indique, tiene la Salud Pública.

Las crisis en Salud Pública son por tanto cada vez más frecuentes, de mayor intensidad y sobre problemas cada vez más diversos. Los servicios de Salud Pública responsables de velar por la protección de la salud colectiva no están creciendo ni en recursos ni en conocimientos al mismo ritmo que lo hace la creciente demanda social para responder a estas situaciones.

El creciente interés por las crisis en Salud Pública en España tiene un punto claro de referencia en el síndrome del aceite tóxico; posteriormente podemos nombrar, entre otras crisis, la emergencia del serogrupo C en la enfermedad meningocócica, la enfermedad de las vacas locas y la aparición de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob humana en el Reino Unido, la rotura de la presa minera de Boliden-Apirsa en Aznalcóllar, con la contaminación subsiguiente por metales pesados y otras sustancias en una amplia zona, la aparición de brotes de carácter poblacional de legionelosis debidos a grandes torres de refrigeración, la aparición de dioxina en alimentos de un país europeo, la exposición a uranio empobrecido en la guerra de los Balcanes, la irrupción en el mercado de los alimentos transgénicos o la preocupación ciudadana ante la colocación masiva de antenas de telefonía móvil.

El objetivo de esta mesa de debate es presentar una aproximación a un modelo conceptual de las distintas fases de una crisis de Salud Pública, que ayude a enfocar la prevención, la preparación y la resolución de la crisis por parte de la organización sanitaria.

En la segunda intervención se presentará la visión por parte de Protección Civil sobre la organización operativa en Andalucía de la intervención ante las crisis, en conjunto con otras unidades, con un ejemplo práctico relacionado con la intervención ante accidentes químicos mayores.

Experiencias

Mesa Intersectorial de Málaga para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes

> Juan Borrajo

Asesor Técnico

Delegación de Salud de Málaga

1. Planteamiento

El modelo de la accidentalidad en la provincia de Málaga está fundamentalmente referido al ámbito urbano, donde un varón adolescente que conduce un ciclomotor, generalmente incumpliendo las normas del tráfico y de la seguridad, provoca una alta siniestralidad. Esta situación ha prevalecido durante años con una pasividad social e institucional a pesar de que los accidentes de tráfico son la primera causa de mortalidad e invalidez permanente en estas edades.

Para reducir este problema se hace necesario implicar a todos los estamentos de la sociedad, de manera especial a los jóvenes, para la puesta en marcha de medidas efectivas y permanentes en el tiempo, dirigidas no sólo a los cambios de comportamiento de los conductores, por importante que esto sea, sino también intervenciones en el entorno: vías, señalización, vehículos, etc.

La Mesa Intersectorial de Málaga para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes, creada hace dos años, la componen las distintas administraciones y agentes sociales relacionados con el problema y pretende, en una primera fase de actuaciones, producir cambios estructurales en el ámbito de la seguridad vial que faciliten la puesta en marcha de nuevas medidas de prevención que aseguren a medio plazo la reducción de la siniestralidad del tráfico y de sus consecuencias.

Las líneas estratégicas para los dos primeros años de funcionamiento de la Mesa Intersectorial han sido:

- > Contribuir a crear opinión en nuestra sociedad en relación a la necesidad de aunar esfuerzos para reducir este problema.
- > Sensibilizar a las instituciones y profesionales sobre la necesidad de poner en marcha medidas efectivas y permanentes sobre el problema.
- > Conseguir el uso cotidiano del casco por parte de una mayoría de los conductores de ciclomotores.
- > Introducir la educación vial en los centros de enseñanza secundaria como eje transversal.
- > La formación de mediadores juveniles en prevención de accidentes de tráfico.

2. Evaluación

Se ha conseguido mantener una estrecha colaboración intersectorial, que ha permitido establecer objetivos comunes e implicar en su logro a todos los sectores relacionados con el problema. En una primera aproximación a la evaluación de las actividades llevadas a cabo durante estos dos años de funcionamiento, se comprueba que se han obtenido los siguientes resultados:

- > El respaldo a la Policía Local de Málaga ha propiciado que se adopten nuevas medidas de vigilancia policial, que han permitido en estos dos años inmovilizar 3.607 ciclomotores y la realización de más de 30.000 denuncias por no usar el casco.
- > Un cambio importante en el uso del casco en los conductores de ciclomotores en Málaga capital. En dos años, se ha pasado de un uso residual (15%), al un uso cotidiano por una gran mayoría de conductores, siendo una cifra aproximativa el 90% en las grandes arterias de la ciudad y durante todas las franjas horarias. Este cambio de comportamiento se ha iniciado en los últimos meses en los principales pueblos de la provincia.
- > Una importante reducción de las secuelas físicas de los accidentes, muy evidente en el caso de los traumatismos craneoencefálicos. Según fuentes de la Policía Local de Málaga, si bien la siniestralidad asociada a ciclomotores durante el 2001 aumentó un 13,5% en relación con el año 2000, los accidentes con heridos graves disminuyeron un 55%. Los traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tráfico en jóvenes entre 14 y 25 años han acusado una reducción importante en el 2001, hecho coincidente en los distintos dispositivos sanitarios: 061, Hospital Regional y Hospital Clínico Universitario. La reducción del número de TCE atendidos por el 061 durante el año 2001 ha sido del 44%.

- > Desde la puesta en marcha del programa No cuesta tanto hacerlo bien a la finalización del presente curso escolar, cerca de 2,000 alumnos de secundaria de Málaga y provincia habrán recibido educación vial de manera adecuada y suficiente.
- > Se dispone de un censo de mediadores juveniles formados en prevención de accidentes de tráfico, que como se sabe es una de las estrategias más eficaces de transmisión de información entre los jóvenes.
- > Se ha conseguido una cobertura mediática tan intensa que está contribuyendo a reforzar la efectividad de las intervenciones.
- > Se han constituido mesas intersectoriales en algunas comarcas, pueblos y barrios de la capital. Así mismo se han constituido mesas intersectoriales en cada una de las provincias andaluzas.

3. Valores añadidos

- > La fuerte alianza entre los profesionales de los distintos sectores permite la puesta en marcha de medidas nuevas y efectivas que aisladamente no hubiera sido posible llevar a cabo.
- > Se contribuye a consolidar una cultura de la acción desde una perspectiva de la corresponsabilidad.
- > Se fomenta la educación en valores, contribuyendo así a una mejor preparación de los futuros ciudadanos.
- > Se propicia la participación activa de los propios jóvenes en la resolución de los problemas que le afectan de manera directa a su calidad de vida.
- > Se facilita la implicación verdadera de la iniciativa privada en la resolución de un problema social.
- > Puede servir como referencia para la posible extensión de la estrategia a otras provincias y zonas del país.

Composición de la Mesa Intersectorial

- > Jefatura Provincial de Tráfico
- > Delegación Provincial de Salud
- > EPES - 061
- > Delegación Provincial de Educación y Ciencia
- > Instituto Andaluz de la Juventud
- > Ayuntamiento de Málaga
- > Consejo de la Juventud de Andalucía
- > Cruz Roja Juventud. Asamblea Local de Málaga
- > Federación de Asociaciones de padres de alumnos (FDAPA)
- > Federaciones de Asociaciones de vecinos
- > Solidaridad
- > Instituto Mapfre Seguridad Vial
- > Asociación Provincial de Autoescuelas
- > Fundauto
- > AESLEME
- > Área de Seguridad. Policía Local
- > Área de Juventud
- > Diputación Provincial
- > Servicio de Educación
- > Centro Provincial de Drogodependencias
- > Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

Experiencias

Aplicaciones tácticas a una estrategia de educación para la salud: la educación afectivo-sexual en el IES “Las tres culturas”

> D. Cruz Sánchez de Puertas

Cruz Roja

> A. Ortega Osuna

> R. Redondo Pedraza

> J.J. García Gallego

> V. Jiménez Moreno

> S. Arce Rodríguez

> C.S. Huerta de la Reina

> D. López Conde

I.E.S. Las Tres Culturas de Córdoba

1. Introducción

En términos comunitarios, nunca puede desarrollarse una buena estrategia, sin una adecuada aplicación táctica de una iniciativa. En educación para la salud, frecuentemente fracasan sus propuestas por esta falta de previsión. Lo táctico requiere el conocimiento del medio particular en el que se quiere influir, sus peculiaridades, los factores motivacionales existentes en el contexto institucional desde el que se parte y al que se desea llegar, y particularmente, los recursos humanos disponibles.

Siguiendo esta noción en la implementación de actuaciones de educación sanitaria, se ha desarrollado a lo largo del curso escolar 2001-2002, el proyecto Taller de Educación Afectivo-Sexual en el IES Las tres culturas de Córdoba.

Dicho taller se ofertó al centro docente por parte del Centro de Salud Huerta de la Reina, ante la incidencia del problema del sida en la población que se atiende desde el servicio sanitario. Más en concreto, la prevención del sida requiere incidir en el colectivo de los adolescentes, como grupo identificado de prácticas de riesgo.

¿Por qué el adolescente se considera como "grupo potencialmente con prácticas de riesgo"? Recordemos que se trata de una etapa caracterizada por:

- > Los deseos de experimentar.
- > Por tener unos sentimientos de invulnerabilidad.
- > Por una gran dependencia del grupo
- > Y finalmente, por ser la etapa de iniciación de las relaciones sexuales.

El grueso de la casuística detectada está focalizada en una de las barriadas consideradas por la Consejería de Asuntos Sociales como dentro de los programas de Ayudas a Zonas con necesidades de transformación social. De igual modo, el centro de secundaria aglutina a parte de la población adolescente de esta área geográfica, estando considerado por la Delegación Provincial de Educación como un CAEP (Centro de Actuación Educativa Preferente)

El centro, a pesar de ser pequeño, como en la totalidad de los que funcionan en zonas urbanas con dificultades de integración social, presenta una enorme diversidad en su alumnado, no sólo por pertenecer en parte a una minoría étnica como los gitanos, sino sobre todo por presentar en no pocos casos problemáticas derivadas de desestructuración familiar asociadas a dificultades económicas y laborales, ocupaciones marginales, carencias higiénico-sanitarias, conflictos familiares graves... El alumnado suele presentar en muy alto porcentaje necesidades educativas especiales, con retrasos en el desarrollo derivados generalmente de una baja estimulación socio-ambiental, siendo frecuente la desmotivación frente a cualquier tipo de estudio, carencias afectivas, absentismo y, en consecuencia, una desadaptación en mayor o menor medida al medio escolar que dificulta la actividad en el aula.

La coordinación del proyecto se canalizó a través de la orientadora del centro docente, y de la trabajadora social del centro de salud, planteándose inicialmente con un carácter experimental.

En cuanto a los recursos humanos con los que se ha contado para el desarrollo del taller, estos son:

- > Una psicóloga, responsable del Programa de educación para la salud de la Cruz Roja de Córdoba.
- > Tres médicos, una DUE, y la trabajadora social del centro de salud.
- > Los tutores de los dos grupos a los que iba dirigida la experiencia.

En la organización de estos recursos se optó por una fórmula de "trabajo en cadena", que permitiera el no sobrecargar la labor diaria de cada uno de los profesionales, así como el optimizar la calidad de la docencia (NOTA A PIE: Recordemos como los sanitarios frecuentemente mencionamos nuestra falta de recursos pedagógicos a la hora de afrontar temas de esta cla-

se). La especialización por áreas temáticas según profesional, y dentro de cada área, incluso por sesiones, permite el desarrollo reiterativo de un proyecto educativo, y ello, a pesar de los riesgos que pueda comportar referido a discontinuidad en el estilo docente, o de los propios contenidos. Dicho desarrollo cíclico facilita una mayor capacidad de respuesta en cuanto a alcance de población y en cuanto a garantizar unos criterios básicos de eficacia (grupos reducidos). Por el contrario, el peligro de desconexión de unos temas con otros se intentó neutralizar, buscando un hilo conductor común (a través del consenso previo de los objetivos del proyecto, de la presencia de unos profesionales en las sesiones de los otros...).

2. Desarrollo

Este planteamiento básico ha permitido la realización de dos talleres, orientados al alumnado de 4º de ESO, que en este curso estaban constituidos en dos grupos, de unos 20 alumnos cada uno.

Partiendo de un enfoque afectivo de la dimensión sexual de la persona, se buscó el articular la información, persiguiendo una asimilación de conocimientos que fuera causa de una interiorización de actitudes relacionadas tanto con la prevención de embarazos en el adolescente, como en la prevención de ETS (y especialmente del sida).

Cada taller constó de ocho sesiones educativas, con una periodicidad quincenal, de unos 50 minutos de duración cada una. Las sesiones se estructuraron a través de tres áreas:

- > Área de sexualidad: Cuatro sesiones, impartidas por la psicóloga y una médico.
- > Área de anticoncepción: dos sesiones, impartidas por un médico y una DUE.
- > Área de ETS: dos sesiones, impartidas por una médico y la trabajadora social.

2.1 Área de sexualidad

> Objetivos

- Fomentar capacidades para el desarrollo de la dimensión afectivo-sexual que ayudará al desarrollo integral de la persona.
- Aprender a ser críticos con los conceptos aprendidos, con una actitud natural ante la sexualidad como fuente de salud, placer, afectividad y reproducción.
- Conocer y asumir positivamente los cambios bio-fisiológicos, psicológicos y sociales de la adolescencia.

- Consolidar hábitos de higiene y cuidado personal.
- Aumentar la autoestima para vivir una sexualidad libre de género.

> Contenidos

- Concepciones en torno a la sexualidad.
- Análisis de los conceptos de sexualidad presentes en el aula.
- Qué sé, y qué quiero saber sobre sexualidad.
- Barómetro de valores sexuales.
- Cambios en el desarrollo. Mitos en torno a esos cambios.
- Cómo vivo esos cambios.
- Autoestima: ¿Cómo me veo? ¿Cómo me ven los demás?

> Técnicas

- Fotopalabra.
- Exposición.
- Lluvia de ideas.
- Respuestas/preguntas comentadas por el grupo.
- Trabajo individual de fichas, encuestas.
- Trabajo por parejas y pequeños grupos.
- Puesta en común del gran grupo.

> Material

- Encuesta de Cruz Roja Juventud sobre sexualidad.
- Ficha de valores sexuales.
- Manual de educación afectiva-sexual Harimaguada. Consejería de Educación de Canarias.
- Maletín sobre sexualidad (Junta de Andalucía).
- Material de elaboración propia.

2.2 Área de anticoncepción

> Objetivos

- Información y educación sobre métodos anti-conceptivos.
- Favorecer unas relaciones sexuales sin temor al embarazo.
- Prevenir enfermedades de transmisión sexual.

> Contenidos

- Anatomía masculina-femenina: Los órganos sexuales. Aparato genital femenino. Ciclo ovárico. Aparato genital masculino. La fecundación. La menstruación.
- Métodos anti-conceptivos: ¿Qué son? ¿Cuándo debemos usarlos? ¿Cuántos métodos anti-conceptivos existen? ¿Cómo actúan? ¿Cuál es el mejor para ti?

> Técnicas

- Pre-test.
- Análisis de situaciones.
- Expositiva.
- Uso de material de apoyo: diapositivas, transparencias...

> Material.

- Maletín sobre Sexualidad (Junta de Andalucía).

2.3 Área de enfermedades de transmisión sexual y sida

> Objetivos

- Favorecer el conocimiento acerca de qué son las ETS y el sida, cómo se transmiten, y cuáles son las principales medidas para prevenirlas (incorporando éstas a la vida cotidiana).
- Contextualizar dicho conocimiento bajo una visión amplia y positiva de la sexualidad.
- Promover una actitud crítica ante los mitos y creencias erróneas de algunos sectores sociales frente a tales enfermedades.
- Fomentar actitudes de respeto y solidaridad hacia las personas que padecen la enfermedad.

> Contenidos.

- ETS: Definición. Vías de transmisión. Sintomatología. Medidas preventivas.
- Sida: Definición. Vías de transmisión. Conductas de riesgo. Medidas preventivas.
- Aspectos psico-sociales del sida: Sida social. Actitudes ante problemáticas que afecten colectivamente. La responsabilidad individual y la social.

> Técnicas

- Expositivas.
- Tormenta de ideas: ¿Cómo no se transmite el sida?
- Análisis de situaciones de rechazo a través de lecturas de artículos de periódico.
- Juego de las sillas.

> Material.

- Manual de educación afectiva-sexual Harimaguada. Consejería de Educación de Canarias.
- Guía del Educador: Sida. FP-BUP-COU. Consejería de Salud/Serv.Vasco de Salud, 1990.

3. Conclusiones

- > Considerando el carácter experimental del proyecto, habría que señalar como aspectos a mejorar la evaluación del mismo. Sería necesario el aplicar un instrumento de valoración de conocimientos previos y finales de los adolescentes, así como su opinión en cuanto a lo transmitido y a la forma de hacer llegar los conocimientos.

En un sentido más amplio, resultaría fundamental, conocer el impacto real de la educación para la salud, siendo la única vía la consideración de ésta como acción sostenida, en la que se apueste por iniciativas de largo plazo. De otro modo, difícilmente podrán ponderarse criterios de eficacia, y por tanto, calibrar su pertinencia dentro de la organización.

- > El apostar por una cultura organizativa (relacionada con los temas socio-sanitarios), basada en dos pilares:
- La colaboración con la sociedad civil, a través de las redes sociales existentes en cada lugar, que en este caso se ha concretado en el trabajo conjunto con Cruz Roja.
 - La intersectorialidad: Una vinculación que en este proyecto, ha implicado a salud y educación, y que ha sido valorada por el centro docente como un apoyo facilitador para el desarrollo de lo sanitario como área transversal, habiéndose observado un acercamiento

de los jóvenes al CS como usuarios que demandan servicios de planificación familiar, o de otro tipo. Dicha accesibilidad ha contribuido a una relación más empática en consulta, reforzando el papel del sanitario como agente de salud.

Estos dos aspectos, deben ser la norma en estas cuestiones, y no lo excepcional, de manera que se superen actitudes en las que se ha podido llegar a interpretar que es "trabajar para otros".

> Si la estrategia responde a la pregunta de "¿qué hacer?" respecto a algo, y la táctica a la de "¿cómo hacerlo?" cabría resaltar de esta experiencia, respecto a la primera, el haber escogido el Programa Forma joven como vía para incidir en el problema de ETS y embarazos no deseados en adolescentes. Y referido a la táctica, en el trabajo de base, es esencial el ámbito de las relaciones informales entre profesionales, y más en concreto tres factores a interpretar:

- Aspectos motivacionales de los recursos humanos.
- Características de las instituciones implicadas.
- Características del entorno social.

Para finalizar, si realmente la Salud Pública se ha considerado en este foro como "la otra cara de la organización sanitaria", desde el trabajo de base (es decir, desde un enfoque "micro" de la intervención socio-sanitaria), sigue apreciándose como una condición imprescindible que los nuevos instrumentos de gestión (háblese de unidades de gestión clínica, de unidades de atención sociosanitaria, de la cartera de servicios, del contrato programa, etc.) sean fiel reflejo integrador de esta dicotomía de lo sanitario. De otro modo, el marco operativo de actuaciones de Educación para la salud queda un tanto desdibujado del perfil general de lo que la Sanidad Pública pueda ofrecer a la sociedad.

Nuestra organización sanitaria lleva esta última década bajo el imperativo de la modernización en su modelo de gestión. Y quizás, como efecto no esperado y tampoco deseado (efecto perverso propio de cualquier proceso de cambio), se ha producido un intervalo en el que el énfasis en el desarrollo de contenidos gerencialistas ha dado un mayor protagonismo a la forma en la que se han de hacer las cosas, desenfocando quizás el contenido de lo que hay que hacer, o dicho de otra forma, no nos debemos dejar conducir por una dinámica continua, en la que lo urgente nos distraiga de lo importante.

Experiencias

ESO sin humo

> María Teresa Ocaña Cano

Orientadora del IES Gamonares. Lopera (Jaén)

Licenciada en Psicología por la Universidad de Jaén

El IES Gamonares (Lopera, Jaén) es un centro de nueva creación. En abril del curso escolar 2000/2001 se inauguró e independizó del IES de Porcuna. Actualmente dispone de 240 alumnos, cuatro niveles de ESO y 9 unidades, dos por nivel educativo, excepto segundo que dispone de tres. Además, en el curso existe un programa de diversificación curricular. Actualmente el centro está compuesto por 21 profesores, con edades comprendidas desde los 25 años hasta los 55. Aspectos como programación, trabajo en el aula, evaluación, educación especial, y temas transversales se están solventando sin grandes dificultades, mucho esfuerzo y motivación.

Igualmente existe mucha coordinación entre la estructura horizontal (equipos educativos y tutores) y vertical (equipo directivo y jefaturas de departamento del centro), para así programar y llevar a cabo las tareas con una metodología dinámica y adaptada a cada nivel y capacidad cognitiva, atendiendo al máximo la diversidad de nuestros alumnos.

1. Importancia de la prevención desde el ámbito educativo

Especialmente significativo es el consumo de tabaco entre adolescentes y jóvenes. Cuanto más joven se inicie la gente al consumo, mayor riesgo se acumula. Los estudios sobre consumo de tabaco entre adolescentes confirman que en edades muy tempranas, once años o antes, ya muchos niños y niñas han probado esta droga. Igualmente existen estudios que revelan que la mitad de los chicos de catorce años han probado el tabaco al menos una vez, o que a los doce años, dos de cada diez escolares fumaban ocasionalmente. Además de los riesgos de consumir esta droga, existe también más probabilidad de que por factores muy similares consuman otras, si mantienen o incrementan el consumo del tabaco.

Por ese motivo, los centros docentes son unos de los espacios más apropiados para hacer educación sobre tabaco con niños y adolescentes; sin embargo, no son los únicos. La pre-

vención del consumo de tabaco y de otras drogas es una responsabilidad social general, por lo que las actividades en la escuela sobre este campo exigen propuestas coordinadas desde distintos sectores.

Esta idea integradora de la prevención del consumo de drogas y, por tanto, de la educación sobre el tabaco en la escuela, se encuentra recogida en la LOGSE en los temas transversales del currículum; así se pueden integrar o vincular aspectos sobre el tabaco en materias como Matemáticas, Lengua, Sociales, Naturales y Educación física.

Durante la enseñanza secundaria obligatoria, además de reforzar hábitos y actitudes contrarias al tabaco, se incide con mayor insistencia en la adquisición de conocimientos sobre esta droga.

Así, las propuestas metodológicas sobre las que se fundamenta la educación para la salud como prevención del tabaquismo en nuestro IES son las siguientes:

- > La actuación preventiva sobre el tabaco en la escuela, puede aprovechar el ambiente social cada vez más contrario al consumo.
- > Hay que implicar al mayor número posible de colectivos de la comunidad escolar (padres, alumnos, profesores y personal no docente) para la mayor efectividad del programa.
- > Hay que crear entornos favorables al no consumo de tabaco, cumplir la legislación vigente y señalar todas las instalaciones. En muchos casos, habría que revisar los modelos que se presentan en el colegio: es importante que las personas que trabajan en él refuercen los mensajes contra el consumo de tabaco que se transmiten a los escolares.
- > Colaborar con otras instituciones (ayuntamiento, centro de salud...)

2. Descripción del programa

ESO sin humo es una iniciativa dentro de esta línea de prevención e intervención puesta en marcha por las Consejerías de Educación y Ciencia, Salud y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía en colaboración con el Comisionado para las Drogodependencias.

Este programa está dirigido a jóvenes de 12 y 13 años de 1º de ESO, edad considerada por los expertos como clave para la sensibilización y para disuadir a los menores del tabaquismo. Voluntariamente han participado 1.120 grupos correspondientes a 572 centros con 1.061 profesores.

En nuestro IES han participado 62 alumnos de dos grupos de 1º de ESO, colaborando los tutores y coordinados por la orientadora del IES.

La temporalización fue en el segundo trimestre, finales de marzo y primera quincena de abril en sesiones lectivas de tutoría. El objetivo perseguido es prevenir y retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco del alumnado de 1º de ESO de los centros docentes andaluces. Consiste en la realización de una serie de actividades educativas en el aula, que no superan las ocho horas de duración, encaminadas a la prevención del consumo del tabaco.

Las actividades tienen por objeto:

- > Informar al alumnado sobre las consecuencias del consumo de tabaco.
- > Reflexionar sobre los intereses económicos y comerciales que giran alrededor de la industria tabaquera.
- > Aprender a ser críticos con la publicidad del tabaco.
- > Adquirir recursos y habilidades para resistir la presión del entorno y del grupo de iguales hacia el consumo de tabaco.

Por ser un modelo de referencia, el profesor o la profesora responsable de desarrollar estas actividades será una persona no fumadora o, al menos, se comprometerá a no fumar en cualquier espacio del centro educativo a lo largo del curso.

Una vez finalizado el desarrollo del programa, se rellena una hoja de evaluación y se participa en el sorteo de un viaje de una semana de duración. Igualmente los centros educativos participantes y el profesorado implicado en su desarrollo recibirán un diploma de reconocimiento.

3. Desarrollo de los contenidos

Bloque 1. Tabaco y salud

Se desarrolló en dos sesiones de tutoría de una hora cada sesión.

Con este cuaderno se trata de proporcionar información básica sobre el tabaco, consumo, sus consecuencias para la salud y otros efectos. La metodología es especialmente informativa, muy motivadora y significativa a través de transparencias, dibujos... aunque se procura implicar al alumnado a través de preguntas y reflexiones. Los elementos de las sesiones son:

- > El tabaco y sus componentes
- > Los efectos en el organismo

- > Las consecuencias para la salud
- > Los costes económicos y ambientales.

Además se hace una demostración con una maqueta de pulmones, para evidenciar el efecto del humo en los mismos.

1. De la larga lista de componentes, se les informa de los que resultan más tóxicos: nicotina, monóxido de carbono y alquitranes, explicándoles todo el proceso a través de dibujos (se les expone la ficha de los efectos físicos en el no fumador y fumador y se les pide que expliquen las diferencias).
2. Respecto a los efectos en el organismo: sobre el sistema respiratorio, aparato circulatorio, sistema digestivo, tabaco y cáncer y tabaco y embarazo. Se hace una aclaración del fumador pasivo y los efectos sobre él.

Finalmente, se exponen los costes aproximados del tabaco, participando posteriormente en un sencillo cálculo y reflexionando sobre las cosas que podrían comprar con ese dinero.

Bloque 2. El tabaco y la presión social

El hecho de no fumar es un valor que poco a poco se generaliza, si bien existe un factor muy importante que incide en la iniciación o mantenimiento del consumo: la presión social. Para que los alumnos aprendan a afrontar o resistir de manera asertiva este factor se les entrena en habilidades sociales.

Este bloque se desarrolla en dos sesiones.

La metodología empleada es igualmente con transparencias, muy motivadora y participativa, ya que se utiliza role-playing o escenificaciones de diferentes formas de decir "no".

Los elementos son los siguientes:

- > Identificación de las influencias para fumar o no.
- > Breve exposición teórica, información sobre asertividad y autoestima (respeto a la otra persona a la hora de exponer nuestros argumentos, intentando asegurar que ella nos respete igualmente). Se diferencian conducta agresiva, pasiva, asertiva y manipulativa.
- > Entrenamiento para decir no al tabaco: se analizan veinte formas de decir no.
- > Juego de roles: se escenifican dos situaciones.

Bloque 3. El tabaco y la publicidad

La publicidad del tabaco ha descendido en los últimos años. A pesar de ello, el cuaderno trata este factor dividiéndolo en dos partes: la primera describe los mecanismos de la publicidad y ofrece información sobre los componentes del lenguaje publicitario del tabaco. La segunda propone actividades prácticas de un taller de análisis publicitario. La metodología es a través de fichas y transparencias.

- > Comentarios sobre la visualización de anuncios publicitarios (qué ideas se producen, estado de ánimo, objetivos, mensajes, población...).
- > Los intereses que mueve la publicidad del tabaco, factores que hacen prosperar la industria del tabaco, por qué se hace publicidad del tabaco, dónde se hace publicidad y promoción de esta droga, cómo actúa la publicidad del tabaco, apropiación de valores sociales, usos de imágenes, colores, lenguaje utilizado...
- > Finalmente, se reflexiona sobre lo que cuesta fumar y en lo que se puede emplear.

4. Conclusiones

Una vez finalizada la aplicación del programa se hace una sesión al final del programa para reflexionar sobre la implicación que ha tenido en estos grupos.

El equipo de profesionales que hemos participado consideramos una prioridad la prevención específica del tabaquismo en estas edades, ya que tanto a los alumnos que no se habían iniciado en el consumo como los que ya lo habían probado les ha influido bastante. En una proporción de un 3% de alumnos que lo consumían de manera habitual, afirman haber disminuido el consumo.

Los alumnos han considerado muy positiva su aplicación, respecto a los dos objetivos fundamentales del mismo: información y habilidades sociales para resistir la presión social.

Igualmente han valorado las actividades de dinámica y participación de los alumnos, el material (transparencias) escenificadas con dibujos muy motivadores, reflexiones y discusiones. Ha sido especialmente funcional y significativa la metodología empleada en la aplicación del programa. Sin embargo, para apoyo de la exposición debería ampliarse con vídeos, para clarificar e impactar más a los chicos.

En general, los tres cuadernos han gustado, pero especialmente motivadores y significativos han sido: *Tabaco y salud* y *Presión social y tabaco*.

La intersectorialidad
necesaria



Capítulo VI

Conferencias

El trabajo intersectorial, reto de los servicios públicos

> Excmo. Sr. D. Gaspar Zarrías

Consejero de la Presidencia

Junta de Andalucía

En primer lugar, quisiera saludar la celebración, de este Foro de Salud Pública y felicitar a sus organizadores e inspiradores y a todos cuantos participan en él. Permítanme que, de antemano, les agradezca y felicite por su aportación en las sucesivas conferencias y mesas redondas que, sin duda, van a generar un debate con la necesaria movilización de ideas.

Estoy convencido de que foros como éste permiten el fluir de ideas y propuestas que terminan mejorando el funcionamiento de los servicios, aportando calidad de vida a los ciudadanos y descubriendo nuevas vías para explorar en el futuro.

El Foro de Debate de Salud Pública que hoy se inicia va a permitirnos conocer, desde muy variadas perspectivas, el estado de nuestro sistema sanitario, abordando desde problemas asistenciales a otros de carácter organizativo o a modos y formas de prestación de este servicio público.

A la vista del programa previsto en el Foro, la perspectiva intersectorial en la prestación de este servicio público se convierte en el eje central de los argumentos que vamos a abordar y a escuchar.

Perspectiva intersectorial desde la que se concibe la Salud Pública como un conjunto de respuestas a los problemas de salud dadas desde un conjunto de instituciones y sus servicios, desde las organizaciones no gubernamentales, públicas y privadas, y desde quienes planifican y ejecutan localmente.

Esto, que es prácticamente la definición que recogen los manuales sobre trabajo intersectorial desde la perspectiva de la salud, se traduce, en pocas palabras, en la respuesta que, desde múltiples puntos de vista y con la colaboración de todos los sectores y profesionales implicados, damos a los problemas de salud.

Se trata por tanto de ofrecer una visión global a un problema global: la salud, sobre la que inciden factores tan variados como son los económicos, medioambientales, educacionales o laborales, aparte de los estrictamente médicos.

La Salud, con mayúsculas, es un derecho humano fundamental. Y el concepto mismo de Salud nos obliga a tener en cuenta todos los factores que inciden en la vida de un individuo o de una comunidad.

Y ello es así porque, aparte de los aspectos relativos a la edad, sexo y carga genética de cada individuo, hay una serie de aspectos ambientales y potencialmente modificables que van a determinar el estado de salud de una persona o de un colectivo de individuos.

Entre esos factores cabe tener en cuenta los hábitos y estilos de vida y los diferentes factores socioeconómicos que condicionarán en gran medida la calidad de vida futura.

Desde la perspectiva política, la meta es conseguir la equidad en salud, o lo que es lo mismo, la igualdad de oportunidades y de acceso a la salud para todos los ciudadanos. Este planteamiento obliga a saltar por encima de las diferencias socioeconómicas de cada individuo o colectivo para garantizar que todos gozan de la salud en todo su potencial.

La relación entre nivel socioeconómico y salud se advierte claramente, también, entre países. En nuestro entorno europeo puede verse cómo aquellos países con un producto interior bruto más elevado presentan una mayor esperanza de vida y unas mejores expectativas e indicadores sanitarios.

Consecuentemente, también una sociedad que otorgue su prioridad a la salud y a la educación de sus miembros obtendrá, a su vez, impactos económicos positivos. De aquí se deduce que la promoción de la salud es una "inversión" clave que constituye un elemento esencial del desarrollo social y económico.

En parte deudora de esta teoría, la Unión Europea se ha marcado el objetivo de la mejora de la salud de todos los europeos. En una reciente decisión del Parlamento Europeo y del Consejo, del 15 de mayo de 2002, se adoptó un programa de acción comunitario en el ámbito de la Salud Pública que tendría vigencia entre los años 2003 y 2008.

En esta Decisión se destaca como tarea prioritaria la elaboración de estrategias y acciones comunes en el marco de una política intersectorial y que se garantice "un alto nivel de protección de la salud humana" en todas las políticas y acciones comunitarias.

Entre las acciones y medidas de apoyo que propone esta Decisión figura la de "fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud a nivel de todas las políticas y actividades comunitarias".

Esta acción impone una línea de trabajo apoyada por mecanismos legislativos, administrativos y económicos en un ámbito intersectorial.

La Unión Europea está, por lo tanto, abordando el problema de salud desde la necesaria perspectiva intersectorial, como fórmula de trabajo adecuada para lograr el máximo rendimiento en su acción.

El trabajo intersectorial se postula como la fórmula idónea para que, a la vez que se implica a todos los sectores y profesionales en un factor básico para el desarrollo de los pueblos como es la salud, se esté dando una solución certera y conjugada a problemas concretos.

Para el logro de este objetivo que plantea el Parlamento Europeo disponemos de diversas herramientas que nos van a permitir abordar los problemas de salud desde la perspectiva intersectorial:

- > En primer lugar, los planes de salud en los ámbitos estatal y autonómico. En este sentido, y en la parte que nos corresponde, puedo indicarles que el II Plan Andaluz de Salud recoge la cooperación intersectorial como modelo para la atención de diversos problemas de salud.

Un ejemplo de ello lo tenemos en el modelo de atención de los servicios públicos de salud mental con la intervención de la Consejería de Salud, el SAS y la Consejería de asuntos Sociales.

- > Una segunda herramienta hace referencia a mecanismos legislativos que posibiliten un abordaje intersectorial de las políticas. Esta herramienta no es válida si no genera una estrategia de colaboración y no incluye, aparte de los sectores gubernamentales, a los grupos y asociaciones comunitarias y a las empresas privadas.

En este sentido, quisiera recordar que el Gobierno de la Junta de Andalucía somete siempre sus proyectos legislativos al criterio de estos agentes sociales en la búsqueda de un consenso que debe llevarnos posteriormente a la directa participación e implicación de estos agentes en la ejecución de esas medidas.

- > En tercer lugar, para la buena marcha del trabajo intersectorial se hace imprescindible la realización de una evaluación periódica de las políticas existentes y sus implicaciones sobre la salud.

Para ello es necesario desarrollar indicadores que permitan la evaluación del proceso y de los resultados de las actuaciones políticas. El desarrollo de instrumentos de evaluación y mejora de la calidad es uno de los objetivos actuales de redes y grupos de trabajo europeos así como de la Junta de Andalucía expresado en su Plan de Calidad.

- > Por último, es imprescindible lograr un diálogo eficaz con todos los interlocutores y agentes clave comprometidos en la mejora de la Salud Pública e incorporar su experiencia a la hora de formular las políticas de planificación y desarrollo.

Para ello hay que desarrollar mecanismos de participación ciudadana ya anunciados en la Ley General de Sanidad.

El objetivo final de la intersectorialidad es propiciar la decisión informada de los ciudadanos como elemento inherente a la promoción de la salud. Saben ustedes que no nos referimos sólo al ámbito individual sino al familiar, asociativo, y de la comunidad local en general. La participación individual y social es un elemento de peso y constituye un indicador del grado de intersectorialidad de una acción.

De esta forma, es importante que los ciudadanos aporten sus expectativas y decisiones en lo referente a su salud. Una forma de participación de los ciudadanos es la creación de asociaciones que se constituyen en importantes grupos de presión.

Hay numerosos ejemplos de la utilidad de estas asociaciones y los logros en cuanto a recursos o prestaciones sanitarias para organizar su autocuidado o conseguir importantes reivindicaciones sanitarias. Ejemplos de ello los tenemos en las asociaciones ciudadanas anti-sida, asociaciones de diabéticos, de trabajadores afectados por el amianto, etc.

También se han demostrado de gran ayuda para actuar intersectorialmente en salud las nuevas tecnologías de la comunicación.

Los sistemas de observación sanitaria permiten la recogida, análisis y divulgación de información. La mejora de la información nos posibilita conocer la evolución de la política sanitaria y de otras políticas y actividades como, por ejemplo, el mercado interior en la medida que afecta a los sistemas de salud, incluyendo el desarrollo de criterios y metodologías para evaluar las repercusiones sobre la salud de cualquier política.

El acceso de los ciudadanos y usuarios del sistema sanitario a la información sobre la salud, los servicios ofertados, recursos, etc. posibilita una mejora del uso del sistema así como una mayor satisfacción del usuario.

El trabajo intersectorial permite alcanzar los objetivos mediante una amplia participación de los sectores involucrados y, por lo tanto, generalizando la responsabilidad entre todos los actores participantes y generalizando también la rentabilidad que en términos económicos y en términos profesionales y personales se obtengan.

De esta forma, se extiende la rentabilidad del trabajo compartido entre todas las partes intervinientes, lo que mantiene el interés del grupo por continuar en este tipo de trabajo y anima, en parte, creando cierto sentimiento de competencia o competitividad cuyo objetivo último es la consecución de un bien general.

El Plan de Calidad de la Administración reconoce que:

"...en el escenario en que nos situamos, tanto el entorno social como los distintos órganos que forman nuestra Administración son cambiantes. Por tanto, es necesario que las medidas que se apunten para la consecución de los objetivos deben ir acompañadas de otras de carácter integrador, que propicien la incorporación de nuevos valores a la cultura administrativa para fomentar la adaptación gradual y permanente a las demandas de la socie-

dad de forma que se consiga que el proceso de mejora de la calidad de los servicios públicos sea continuo.

Ello exige actuar sobre distintos ámbitos de la Administración como son, entre otros, su propia estructura organizativa, criterios generales de organización y funcionamiento y adecuación del desarrollo de las actividades a las nuevas tecnologías de la información."

Hoy el trabajo intersectorial es una formulación inevitable que forma parte del acervo cultural de la administración autonómica andaluza y forma parte de la nomenclatura administrativa.

Este método de trabajo debe "inocularse", y permítanme el término médico, en cada área administrativa, para crear eso que el Plan de Calidad de la Administración identifica como nuevos valores de la cultura administrativa.

La propia dinámica social, el carácter de los problemas que afrontamos en esta nueva sociedad, está requiriendo soluciones compartidas a problemas compartidos.

En la Junta de Andalucía disponemos de multitud de ejemplos de trabajo y cooperación intersectorial.

Entre ellos vamos a enumerar algunos con diferentes agentes implicados:

En el año 1998, el Gobierno andaluz desarrolló el Plan de actuación para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres. Con la coordinación y participación de las Consejerías de Presidencia, Gobernación y Justicia, Asuntos Sociales y Salud así como la Delegación del Gobierno en Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias se llevó cabo un protocolo de asistencia a mujeres que sufren malos tratos o agresiones sexuales consiguiendo así que las actuaciones policiales, jurídicas y sanitarias se realicen de una manera coordinada y con la máxima eficacia.

Este Plan de actuación contra los malos tratos sólo puede abordarse desde esta perspectiva intersectorial para poder hablarse de eficacia.

De hecho, se ha demostrado fehacientemente y por desgracia, demasiado a menudo, que acciones singularizadas tienen escasa eficacia por muy bien concebidas que estén o muy buena intención que lleven. Este es un problema de índole global que exige una respuesta global para erradicar el problema en sí y sus consecuencias, para evitar también que se traslade en el tiempo de generación en generación. Exige por lo tanto medidas multidisciplinarias, respuestas a todos los problemas que genera una acción individual como es el maltrato pero que se convierte en un problema social y que ha de ser tratado en el tiempo.

Otro ejemplo de trabajo intersectorial lo encontramos en la actuación de la Junta de Andalucía frente al problema del tabaquismo. En el año 1988, el Gobierno andaluz aprobó en Consejo de Gobierno el programa Tabaco o Salud.

Desde entonces, y con el II Plan Andaluz de Salud, se han ido consolidando algunas actuaciones y reforzando otras como las del control de la legislación sobre el uso del tabaco en espacios públicos, la ayuda a los fumadores desde el sistema sanitario...

Para el desarrollo de estas estrategias ha sido básico coordinar esfuerzos con otras instituciones y entidades: La Consejería de Educación y Ciencia, Turismo y Deporte, Comisionado para la Droga, Salud y Servicio Andaluz de Salud han desarrollado el Plan de Actuación frente al tabaquismo que contempla una variedad de actuaciones desde cada ámbito.

En la Consejería de Educación se integran numerosas actividades preventivas o con el objetivo de retrasar el inicio del tabaquismo en los colegios y escuelas que incluyen programas con contenidos de educación para la salud y estímulos y premios a la deshabituación tabáquica así como formación básica del profesorado en materia de tabaquismo.

Desde la Consejería de Turismo y Deporte se prohibirá el patrocinio de las industrias tabaqueras en certámenes y competiciones deportivas. En el Comisionado para la Droga se incluirá la deshabituación tabáquica como una actividad cotidiana de los centros de drogodependencia.

Otro ejemplo de esta actuación política coordinada, fruto de una perspectiva intersectorial es el reciente Decreto, aprobado en mayo del 2002, sobre el Plan de Ayuda a la Familia propiciado por la Junta de Andalucía que ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer una política integral que movilice el mayor número de sectores del Gobierno.

Cada Consejería ha llevado a la práctica medidas concretas con un mismo objetivo común que es el de apoyo a las familias andaluzas.

La Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico ha facilitado a las familias con limitados recursos el acceso a las nuevas tecnologías de la información, la Consejería de Obras Públicas con las subvenciones para adecuación y rehabilitación de viviendas facilita el acceso a una vivienda adecuada, la Consejería de Asuntos Sociales con la creación de centros de día y el aumento de las ayudas a menores contribuye a liberar un poco a las familias del cuidado de ancianos y discapacitados.

También la Consejería de Educación con la ampliación del horario de los centros docentes y la creación de comedores escolares o ayuda para libros y la Consejería de Salud con la aplicación de medidas del Plan del Alzheimer han contribuido a la puesta en marcha del Decreto.

En el área de los accidentes de tráfico, que es una de las primeras causas de muerte entre los jóvenes, también se pone de manifiesto la necesidad de colaboración entre el sector de Educación, Tráfico, Justicia, Salud etc.

A raíz de los ejemplos expresados podemos ver que todas las medidas políticas emprendidas en cada sector, aparte de ganancias para los sectores implicados tienen sus repercusiones positivas sobre la salud.

Ésa es la esencia y el sentido del trabajo intersectorial: la consecución de objetivos concretos en cada área, logrado a través de un trabajo llevado a efecto desde distintos departamentos. Se trata, por tanto, de una rentabilidad compartida en la que la última y principal beneficiaria es la sociedad en general.

Pero como ya hemos mencionado más arriba, al trabajo intersectorial le debe acompañar una evaluación periódica de las políticas que se llevan a cabo o de las implicaciones o efectos, que en el área de la salud, en concreto, tienen la introducción de determinadas medidas.

De esta forma, en el ámbito de las política alimentarias, hay que tener en cuenta el impacto para la salud de las nuevas incorporaciones tecnológicas a la industria alimentaria como los organismos genéticamente modificados, las nuevas incorporaciones tecnológicas a la industria, así como las tradicionales actuaciones de control de animales e higiene alimentaria.

Por otra parte, para la promoción de salud por medio de hábitos dietéticos más sanos, desde el Gobierno tenemos la responsabilidad de desarrollar una política de nutrición saludable que sirva de marco para todas las actividades relacionadas con estos cambios.

Un ejemplo de ello lo tenemos en la promoción de la dieta mediterránea y de los alimentos andaluces en colaboración con distintas Consejerías y productores de alimentos, fabricantes, distribuidores, etc.

El día 11 de octubre será inaugurado en Jaén un centro de excelencia investigadora en aceite de oliva y salud (CEAS), a iniciativa de la Consejería de Salud, incluido en su Plan de Calidad y cuyo principal objetivo será el de fomentar los trabajos científicos sobre los beneficios que reporta el consumo de aceite de oliva a la salud humana. Este nuevo organismo formará parte de un área integrada por varias Consejerías, Diputaciones provinciales, entidades financieras, universidades y empresas privadas del sector oleícola. Iniciativas como ésta contribuyen a la promoción de una dieta saludable así como a la promoción de las cualidades positivas de los distintos productos alimenticios de la comunidad autónoma lo que beneficia su comercialización en el exterior.

Un área de investigación en la actualidad es el efecto de la fijación de los precios y tasas en la elección de los productos alimentarios y la ingesta dietética. Se han realizado estudios que apuntaban que la reducción de los precios de algunos alimentos duplicaba su consumo pero la influencia de los precios en el contexto de promoción de la salud es un tema poco estudiado.

Como línea de actuación para el futuro propongo un trabajo conjunto para la intervención, con profesionales de todos los campos, sobre los determinantes de la salud: sociales, económicos, culturales, emocionales, biológicos, etc.

Esta tarea ayudará a poner en marcha las estrategias e inversiones más eficaces para reducir las desigualdades en salud respetando los derechos humanos.

Con este reto y siempre con un amplio consenso entre todos los implicados en cada sector, esperamos mejorar la salud de todos.

Experiencias

El trabajo intersectorial en el campo de la salud

- > Javier Blanco Aguilar
- > Luz María Fernández-Regatillo
- > Rafael Muriel Fernández
- > Miguel Picó Juliá

*Dirección General de Salud Pública y Participación
Consejería de Salud
Junta de Andalucía*

1. ¿Qué es la intersectorialidad?

Reconocida la complejidad actual de los problemas de salud prevalentes y la necesidad de profundizar en respuestas cada vez más eficaces y eficientes, resulta necesaria la búsqueda de fórmulas organizativas que permitan sumar las acciones conjuntas de varios sectores. Entramos así en la dimensión del trabajo intersectorial como instrumento para mejorar las respuestas a los problemas de salud.

Como primer paso en esta dinámica, es obligatorio preguntarse bajo qué condiciones puede ser más eficaz el trabajo compartido entre las instituciones públicas. Dicho de otro modo, cómo se debe construir un modelo de cooperación entre sectores diferentes dentro de una Administración para mejorar el sentido de lo que se programa y cómo se aplica. En esta línea, se trata de saber cómo se define la relación de los ciudadanos con aquello que proponen los planificadores y desarrollan los profesionales.

Las prácticas que dificultan la vinculación operativa y el trabajo común entre los planificadores de una misma organización, y, aún más, entre diferentes sectores, son una constante en la trayectoria de las administraciones públicas. Cabría barajar una explicación extraordinariamente natural a esa evidencia: puesto que cada uno tiene asignadas unas prioridades, parece razonable que toda su acción se dirija exclusivamente a su consecución. Es fácil explicar así que ciertos sectores sean reacios a identificar objetivos comunes y a valorar posibles acciones compartidas.

La intención de sumar esfuerzos está presente en la literatura y en la bibliografía de los documentos de estos organismos, pero casi siempre se queda en mera declaración de intenciones. Con frecuencia, no conlleva decisiones que aporten recursos concretos y políticas realmente intersectoriales destinadas a modificar la realidad. Esto puede comprobarse en la organización de sectores afines, tales como educación, salud, asuntos sociales... Con asiduidad existen diferencias notables entre lo que se plantea hacer y lo que, finalmente, se ejecuta. Esas dicotomías son, a veces, tan notables que pueden dar paso a expectativas confusas y comprometer, incluso, el proceso democrático. El trabajo intersectorial pretende ser un instrumento que recupere la acción conjunta en un marco de debate democrático.

Una definición funcional de este instrumento, que incorpora otras, como la dada por la Organización Mundial de la Salud, se asumió en el Foro de Salud Pública de Andalucía (Córdoba, Octubre 2002), en la que se entendió la intersectorialidad como:

"La relación interdependiente y continuada, más o menos asimétrica, entre dos o más sectores para la planificación/acción conjunta, cuyo objetivo central es mejorar la respuesta a los problemas y situaciones que tienen que ver con la atención integral de la salud, incorporando la capacidad de decisión de los ciudadanos de forma individual y/o colectiva."

Para comprender el alcance de esta definición de intersectorialidad y su desarrollo como proceso, se analizaron algunos de sus aspectos con consecuencias en el nivel estratégico:

1.1. Qué queremos decir cuando nos referimos a "problemas y situaciones"

Como se ha indicado, actualmente el concepto de salud no se vincula sólo con la ausencia de enfermedad, sino que se relaciona también con el riesgo de enfermar. Estos riesgos pueden clasificarse en tres grupos: de origen genético, fruto de los hábitos de vida y derivados de la relación con el entorno.

Los factores de riesgo de origen genético comienzan a ser modificables técnicamente y a ello se está destinando un volumen importante de recursos (células madre y embrionarias, entre otros), aunque a medio plazo las expectativas en el terreno de los hechos no son ilimitadas.

La reducción de los otros dos grupos de factores de riesgo, hábitos y entorno, es también claramente abordable con la intervención preventiva y de promoción, ya que se trata, en definitiva, de propiciar la modificación de los hábitos de los ciudadanos y de su relación con el entorno, para que éstos sean más saludables. Sin embargo, aun siendo más evidentes estas posibilidades de modificación, los recursos que se les destinan desde las políticas de salud y bienestar social siguen siendo sorprendentemente reducidos.

Para profundizar en ello, recordemos que, con el término "situaciones", nos estamos refiriendo a una serie de condicionantes positivos o negativos de la salud: situación económica, ni-

vel cultural, jerarquía social, capacidad relacional... que son, todos ellos, factores determinantes del nivel de salud que disfrutamos.

La gran ventaja es que estas situaciones o categorías son en buena medida modificables desde diversos ámbitos:

- > Desde lo social, a partir de las responsabilidades de la Salud Pública, más allá de la organización sanitaria, como asunto que compete a varios sectores de la administración pública.
- > Desde las vivencias personales, en el ámbito familiar e individual, a partir de decisiones mejor informadas, favorables a la salud y no por ello aburridas o prohibitivas.

Todo ello obliga a que analicemos lo que ocurre con estas situaciones y problemas y cuáles son las más relevantes; a estudiar sus mecanismos de producción para obtener una explicación de sus causas; y a elaborar, con los sectores implicados, respuestas generales y acciones concretas.

1.2. Respecto a voluntad política, pensamiento y estructuras de poder

La existencia de una voluntad política para actuar intersectorialmente entre los distintos sectores implicados se manifiesta en instrumentos de políticas globales y en la participación comprometida de los distintos actores, sean éstos dirigentes de la administración pública, de los partidos políticos o representantes de la comunidad.

Aunque esta voluntad crece, lo cierto es que los instrumentos y la participación comprometida son mejorables. Actualmente, las comisiones horizontales de trabajo entre distintos sectores, incluso con plasmación jurídica, suelen tener un resultado reducido en cuanto a provocar acciones concretas.

Ello es debido, pensamos, a que estos planes de pretendida acción intersectorial suelen dejar de lado el esfuerzo de gestación y elaboración conjunta del mismo entre todos los sectores a los que se quiere implicar, siendo éste, en cambio, un elemento imprescindible para el arrastre posterior de políticas y recursos que estos mismos planes pretenden.

La intersectorialidad aún se está entendiendo, en estas comisiones y planes, como la suma de lo que cada uno realiza por separado. La planificación y elaboración conjunta se sigue reduciendo a la aportación de una serie de fichas de objetivos y estrategias que cada parte lleva a cabo. De la suma total de estas partes, resulta el plan integral.

Es cierto que estas iniciativas ya suponen un primer paso para la intersectorialidad y, aunque sea limitada su capacidad de respuesta, habrá que insistir en el desarrollo más óptimo de sus obligaciones, aún siendo conscientes de la limitación de esta estrategia.

En cambio, cuando se examinan las experiencias actuales ante problemas concretos (tráfico, jóvenes, tabaco...) que establecen una relación orgánica desde el inicio con los técnicos y su actuación, el funcionamiento es más dinámico y los resultados más visibles.

Como hemos visto en el primer apartado de este capítulo, la respuesta de la intersectorialidad se ha hecho un espacio en el pensamiento actual debido a la evolución socio-epidemiológica de los problemas de salud, que exigen una respuesta en la que estén implicados varios sectores y que ha de ofertarse y asumirse como un proceso eficaz.

Por último, junto a la voluntad política y el pacto con el pensamiento dominante, un tercer elemento clave a tener en cuenta es la estructura de poder. Entendemos esa estructura como el juego estratégico que mantienen las fuerzas sociales ante una determinada situación, en nuestro caso, de salud. Se aprecia en este juego estratégico la importancia de tener muy en cuenta las relaciones de poder y, especialmente, de los micro poderes, capaces de poner en cuestión proyectos intersectoriales en función de sus propios esquemas de supervivencia, más ocupados en el mantenimiento de su área de influencia que de las consecuencias de su gestión para la sociedad en su conjunto. Es esencial el conocimiento de esta estructura de poder para dar viabilidad a la creación de acciones intersectoriales.

En resumen, es necesario valorar la voluntad política, el pensamiento dominante y la estructura de poder para hacerlos converger en respuestas intersectoriales a los problemas y situaciones de salud.

2. La intersectorialidad como vía de mejora en la captación y optimización de los recursos

Para comprender las distintas capacidades de la intersectorialidad como proceso de mejora en la captación y gestión de los recursos, tanto económicos como humanos, ponemos en relación cinco elementos de utilidad:

2.1. Correspondencia inversión-respuesta

Dada la naturaleza de los problemas y situaciones de salud ya aludidos, cuando se invierte en recursos para un solo sector implicado en estos problemas, la respuesta obtenida no es proporcional al esfuerzo de la inversión. Dicho de otra forma, es preferible invertir, y, por tanto, actuar, en dos o más sectores para garantizar una respuesta eficiente, aun asumiendo la dificultad de su gestión. Por ejemplo, ante el problema del consumo de tabaco en la población adolescente, si invertimos sólo en el sector salud, la respuesta será menos eficaz que si la inversión se produce junto a la educación. Otro ejemplo: ¿cómo corregir el uso de la planificación de emergencia (píldora postcoital) cuando se utiliza como anticonceptivo habitual? ¿Desde el sector sanitario? ¿Desde la educación? ¿Desde asuntos

sociales para colectivos desfavorecidos? ¿No es esperable mayor rentabilidad si se elaboran planes conjuntos y cercanos a los espacios habituales de los jóvenes desde los tres sectores?

2.2. Génesis y captación de recursos

Situándonos en el ámbito local, es fácil comprender que la intervención conjunta de ayuntamientos, asociaciones, centros de salud, centros educativos, comerciantes... para prevenir accidentes de tráfico, por ejemplo, genera muchos más recursos que estas mismas intervenciones individualizadas y que estos recursos posibilitan, a su vez, la captación de otros nuevos. Esto permite complementar recursos públicos y privados, además de implicar a la comunidad en la solución de sus problemas.

2.3. Incremento y optimización

Situándonos ahora en otros niveles de la planificación, si logramos formar equipos con recursos humanos de procedencia sectorial distinta, la eficacia de la respuesta se multiplicará, tal como sucede, por ejemplo, en el programa Forma joven, en desarrollo actualmente en Andalucía. Aunque el espacio de trabajo sea los institutos de enseñanza secundaria, el equipo está constituido por profesionales de la salud y orientadores de secundaria, con la participación de jóvenes mediadores. A su vez, el equipamiento material procede de los sectores de juventud, mujer, salud, educación y drogodependencias. Igualmente ocurre con otras situaciones: inmigración, programa de erradicación del chabolismo, etc.

2.4. Convergencia y concentración de prioridades

Son elementos a los que ya nos hemos referido al hablar de estrategias de poder. Los esfuerzos que pueden considerarse individuales de cada sector, pongamos por caso el Plan Integral de Atención a la Inmigración, adquieren una fuerza cualitativa superior si los distintos sectores convergen conjuntamente en la identificación de prioridades comunes. Insistimos en que un plan integral es mucho más que la suma de las acciones que realiza cada sector. El resultado que se obtiene con este cuarto elemento es superior a una acción sectorializada.

2.5. El quinto elemento

Nos referimos con esta denominación a la fuerza conjunta resultante, que se obtiene de la producción de los cuatro elementos anteriores. Algunos autores utilizan la metáfora de una hormigonera a la hora de explicar este modelo de la intersectorialidad como proceso de rentabilidad económica (ver gráfico 1).



Gráfico 1. Modelo de intersectorialidad

3. Repercusiones de la intersectorialidad en la organización del trabajo

La intersectorialidad, entendida según la definición que ya hemos citado, genera una serie de valores también en la organización del trabajo, tanto de las organizaciones sociales como, y sobre todo, de la Administración. Entre otros, son los siguientes:

- > Se produce un reconocimiento de las propias limitaciones y esto conduce a buscar el encuentro con otros sectores para compartir las tareas de planificación/acción. Esta relación establece un entramado de interdependencia más o menos continuada.
- > Se disipan ansiedades en sectores que se encuentran especialmente saturados con la responsabilidad de responder a multitud de problemas. El enfoque intersectorial permite compartir los problemas y abordarlos comunitariamente. Son ejemplos característicos la saturación del sector educativo en la exigencia de educar para la libertad, para la sexualidad, para la salud, para la vida, para la paz, etc. o la preocupación que muestran los servicios de salud mental cuando analizan la respuesta a los problemas de los jóvenes con relación a la falta de contención familiar, social, etc. y que se traduce finalmente en una demanda de sus servicios.
- > La acción intersectorial permite compartir responsabilidades, recursos e instrumentos, no sólo institucionales y colectivos, sino también individuales y familiares. La intersectorialidad conduce a la corresponsabilidad porque permite superar el hábito del reproche y de la huida de la propia responsabilidad. Estas actitudes se ven en debates tan actuales como de quién es la responsabilidad de educar: del ámbito familiar, del educativo... ¿Qué pasa con la influencia de los iguales?

- > Existe un factor especialmente delicado en el desarrollo de acciones intersectoriales. Son los llamados "micropoderes", de los que ya hemos hablado anteriormente, por ejemplo, los intereses localistas o de áreas específicas de la administración. Hay que estar muy atentos para que estos intereses no se impongan al objetivo global del proyecto.
- > Se están generando planes, procesos y programas intersectoriales vinculados a temas concretos y a niveles de convergencia y coordinación provinciales y locales, con descentralización progresiva.
- > Otro factor es que exista una oferta compartida de formación e investigación en la que se puedan adquirir las habilidades necesarias para el desarrollo de la acción intersectorial y se transfiera metodología al respecto.
- > El planteamiento intersectorial está permitiendo la crítica positiva y la reformulación de las comisiones intersectoriales y los planes integrales.

4. Elementos imprescindibles en la intersectorialidad

Pasamos a analizar un segundo grupo de argumentos que tienen que ver con la aplicación práctica del trabajo intersectorial.

4.1. Converger, más que coordinar

El trabajo intersectorial no puede abordarse desde un simple planteamiento de coordinación entre varias áreas de trabajo, sino que debe contar con el elemento imprescindible de la convergencia o, dicho de otro modo, de la voluntad y plasmación correspondiente de compartir el camino a recorrer para llegar al objetivo fijado.

"Convergencia" es el término que mejor define esta actitud necesaria para desarrollar la intersectorialidad, porque implica unir las distintas líneas de actuación en un camino conjunto en el que se establece una mutua influencia e interdependencia que desembocan en la planificación conjunta. La coordinación es también necesaria pero, planteada aisladamente, reduciría la intersectorialidad al hecho de hacer compatibles dos cuestiones, armonizarlas y acoplarlas para impedir que se estorben.

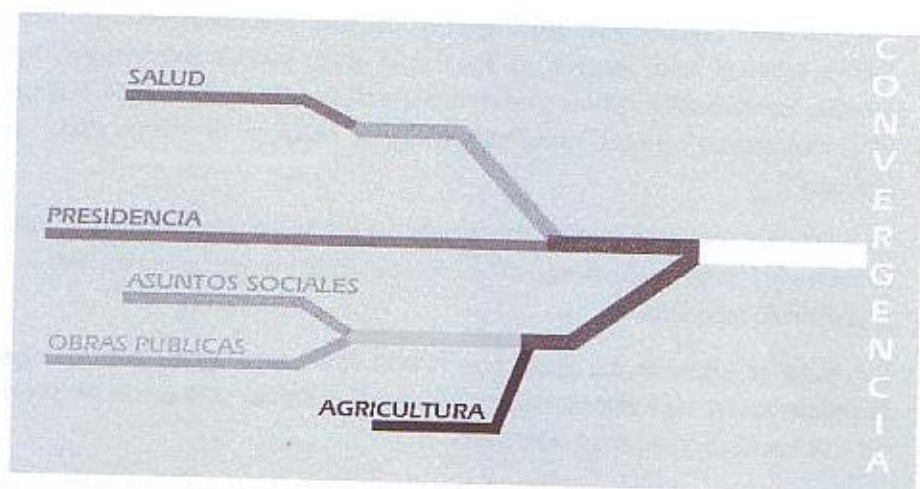


Gráfico 2. Modelo de convergencia

4.2. Un trabajo progresivo en un marco asimétrico

Como ya vamos viendo, trabajar con otros sectores no es fácil. La existencia de prácticas profesionales muy marcadas, la falta de hábito en identificar los recursos propios más allá del terreno habitual y cotidiano y, no digamos ya, las dificultades en reconocer los recursos de otros sectores (aunque estén cercanos), la ausencia de formación específica para el trabajo conjunto, la falta de receptividad para la asunción de funciones y roles... son condicionantes que dificultan el trabajo intersectorial.

Por ello decimos que el trabajo compartido con otros sectores exige unos niveles progresivos de capacidad, que reflejamos en el gráfico adjunto.



Gráfico 3. Niveles progresivos de capacidad

Así, la convergencia en el trabajo pasa por un proceso escalonado cuyo primer peldaño corresponde al reconocimiento de la propia limitación y la necesidad de intervención con otros profesionales. Esta actitud es la base de la acción intersectorial.

El siguiente escalón para alcanzar la complementariedad sería la adquisición de conocimientos específicos sobre los recursos técnicos y materiales propios y del resto de los sectores implicados.

La respuesta ganará en eficacia y en continuidad con el desarrollo de aptitudes profesionales que permitan comprender la organización, las claves para la toma de decisiones del otro sector y hasta los matices de su lenguaje. Estas habilidades, que en buena medida se obtienen con la experiencia del trabajo con el otro, son un nuevo peldaño de la escalera.

El reparto de funciones y responsabilidades en el trabajo del equipo conjunto es el siguiente escalón. Esto va a optimizar los recursos y conduce a la convergencia de actividades hacia un mismo objetivo.

Finalmente, el aspecto que dota de mayor eficacia a la intersectorialidad es la elaboración conjunta de una respuesta común al problema. Se trata de cooperar, en el último escalón, con la corresponsabilidad como marco.

Debe entenderse que los peldaños no son estrictamente consecutivos ni excluyentes y que los distintos sectores implicados pueden encontrarse en escalones diferentes. Pero es importante dejar claro que se precisa una capacitación gradual, además de una gradación del interés por la visión intersectorial. La relación entre ambas escalas puede representarse en el siguiente diagrama de ejes, cuya interpretación determina cuatro cuadrantes de actitud y orienta sobre con qué instrumentos y en qué contenidos trabajar para la acción intersectorial.

Tabla 1. Relación capacidad/interés/estrategias

Cuadrante	Capacidad	Interés	Contenido
1	+	+	Iniciativa y liderazgo
2	+	-	Énfasis nivel planificación. Análisis, voluntad política
3	-	-	Cultura sectorial cerrada
4	-	+	Énfasis nivel local. Formación y método



Gráfico 4. Diagrama de ejes de la acción intersectorial

La asimetría en el compromiso y funciones de los distintos sectores, según los problemas, es otro de los elementos presentes en la intersectorialidad. La problemática a abordar y el objetivo buscado va a determinar los sectores que deben participar en el proyecto y su propio grado de implicación, siempre en función de la consecución del objetivo, pero dando lugar, por tanto a un marco asimétrico de corresponsabilidad.

Pensemos en el ejemplo de la alianza entre salud y educación para la prevención de los trastornos alimentarios, en general, o de la anorexia y bulimia en particular. Es posible que los institutos de la mujer y juventud ya cooperen en otro escalón. Puede darse la situación de que la iniciativa surja del Instituto de la Mujer. En tal caso, sería el Instituto quien lideraría el proceso. Por lo tanto, es importante reconocer estas asimetrías y saber trabajar con ellas; cuando estas diferencias son circunstanciales suelen reducirse con el tiempo, si la colaboración es continuada; no ocurrirá igual en las asimetrías que tienen una consistencia estructural.

4.3. Rentabilidad real para todos los sectores

Ya hemos comentado que uno de los obstáculos más importantes para la intersectorialidad son los "micropoderes" que, de una forma casi natural, tienden a medir la rentabilidad de tal o cual acción en función de su propio protagonismo, prestigio, etc. Por otro lado, la agilidad de las organizaciones y su vocación de descentralización es variada y diversa. Y por último, hay que tener muy presente la legitimidad de las diferentes opciones ante un objetivo determinado, sobre todo desde un planteamiento político, ya que en ello se sustenta el sistema democrático y la posibilidad de elegir entre diversas alternativas.

Por todo ello, y considerando que la intersectorialidad se basa, precisamente, en el encuentro y colaboración de organizaciones muy distintas, un objetivo estratégico muy importante para el buen desarrollo de la acción es el de la "rentabilidad para todos", una rentabilidad visible, medible y objetiva para todos los sectores que intervienen en el proyecto, naturalmente, supeditada a la rentabilidad "superior" del proyecto, que es la que deben obtener los ciudadanos. Tan importante es esta "rentabilidad para todos" que, hay que decirlo muy claramente, su falta puede ser la causa del fracaso de un proyecto intersectorial.

La situación puede resultar insalvable si realmente se están dando actitudes ventajistas decididas en detrimento de los demás sectores participantes. Estas situaciones suelen superarse con el propio desarrollo del trabajo intersectorial y la continua colocación en primer término del objetivo público y común por parte de los demás participantes, pero, si no sucede así, es necesario abordarlas, para garantizar el buen desarrollo del proyecto (ver gráfico 6).



Gráfico 5. Desarrollo del trabajo intersectorial

4.4. Expropiación de la idea

Cuando se habla de programas o procesos dirigidos a objetivos de Salud Pública y al disfrute de la salud, el concepto de "propiedad de la idea" debe pasar a un segundo plano. Una idea tiene éxito en la medida que otros la asumen como suya y, sobre todo, se la apropian los responsables provinciales y locales.

Reconocemos que no existe tradición en orientar las ideas para ser compartidas desde su origen para llegar a objetivos de interés colectivo. La formación académica de los profesionales transmite lo contrario, y la idea puede ser la moneda de cambio, el prestigio y buena parte del curriculum.

Pero los proyectos socio-sanitarios y los procesos intersectoriales, que enfatizan la promoción y la prevención de los hábitos de vida, requieren la pérdida de esa adherencia de la propiedad. El reconocimiento y la rentabilidad llegan a la autoría por otros caminos, tales como la referencia y la satisfacción de hacer y transformar las situaciones.

En el proceso de un proyecto intersectorial, la expropiación de la idea se convierte casi en un indicador directo de su capacidad de desarrollo y, en definitiva, en un favorecedor de su puesta en marcha.

4.5. El voluntarismo puede ser una coartada

Hemos planteado hasta aquí la importancia de converger en un trabajo progresivo y en ocasiones asimétrico, la estrategia del "todos ganan", la capacitación para trabajar en proyectos intersectoriales, y finalmente, se ha destacado la utilidad de la expropiación de la idea en los procesos intersectoriales.

Somos conscientes de que estos criterios para la intersectorialidad pueden ser echados en el manido saco del voluntarismo por algunos profesionales de la planificación estratégica y local.

Por los profesionales que trabajan en la planificación, porque creen que los discursos por sí solos no arrastran recursos y que todo lo que afecta a las actitudes se deja a la "voluntad de hacer".

Por los que trabajan en los municipios y en los servicios locales porque, aunque la idea puede parecerles atractiva y hasta necesaria, pueden opinar que poco hay que hacer si no se les dota de recursos, se les forma y motiva y que, si las cosas se hacen, es por la voluntad del profesional, a veces llevado por el voluntarismo.

Esas actitudes no pueden extrañarnos por la razón que ya hemos argumentado al principio de este documento: la distancia existente entre los discursos y los recursos. Se da paso así a la duda y a la confusión, y caen la credibilidad y el compromiso social y político. "En cierta manera -se piensa- da igual preocuparse o no, implicarse o no, votar o no votar... Mejor sacudirse la responsabilidad que entrar en juegos de corresponsabilidad".

Frente a este planteamiento, hemos de recordar que forma parte esencial de nuestro trabajo la respuesta a los problemas con la mayor efectividad posible, siempre con relación a los recursos disponibles.

Querámoslo o no, también forman parte de nuestra responsabilidad profesional (y no de la voluntad, del voluntarismo o del voluntariado) la reflexión sobre el trabajo cotidiano, su apli-

cación a las nuevas y no tan nuevas realidades, el cambio de prioridades, de actitudes y aptitudes, la capacitación. Todo ello está en relación con los recursos y oportunidades y también es responsabilidad de la organización. Pero son sólo condiciones que nos permiten desarrollar esas facetas en mayor o menor medida y que no pueden ocultar el hecho incontrovertible de que la evaluación y reflexión sobre la eficacia de nuestro trabajo es un componente profesional y no achacable sólo a la voluntad.

En este sentido, el voluntarismo empieza a utilizarse como coartada para justificar la atrofia de ciertos perfiles profesionales de la salud. Y es precisamente la actitud para percibir las nuevas necesidades lo que resulta más importante en la etapa actual, en la que los cambios son acelerados y los mecanismos de adaptación fallan por falta de tiempo.

Lo que hoy es accesorio se vuelve mañana fundamental, y viceversa. Los problemas se tornan complejos y las respuestas cambian con inusitada rapidez. Hemos de preparar la actitud profesional para estos espacios y tiempos, además de reclamar recursos y oportunidades para ello. Poco o casi nada de todo esto tiene que ver con el "voluntarismo" que con tanta frecuencia se esgrime como coartada.

5. Actores de la acción local

En la acción intersectorial, toda la cadena de trabajo está orientada a fortalecer la realización local. Son cuatro los sujetos o actores fundamentales de la acción local: el ciudadano y el entorno familiar, que son también objeto de las intervenciones; los servicios públicos institucionales; las organizaciones civiles (asociaciones y ONG) y las corporaciones locales y departamentos municipales.

5.1. Ciudadano y familia

Tenemos a la familia como elemento central y llave de la sociedad de bienestar y, a la vez, diana, por tanto, de la respuesta a los problemas de salud. Pero la familia está en un profundo y vertiginoso proceso de transformación y de amplia diversificación. No se ha terminado aún la consolidación de la familia nuclear frente a la extensiva, cuando ya convive con otros tipos de familia cada vez más numerosos: la familia monoparental, la de hecho, la reconstituida con hijos de distinta procedencia, parejas de un mismo sexo, familia unipersonal...

Esta diversidad es ya para algunos autores un factor de riesgo potencial, aun cuando otros consideran que no debe presuponer a priori ningún riesgo añadido (gráfico 7).

En cualquier caso, tenemos que tener en cuenta que asistimos a una transformación importante y acelerada del objeto de nuestras intervenciones, que está afectando, por ejem-

plo y entre otros elementos capitales, a los roles de los padres, de los mayores, jóvenes, niños y niñas en distintos sentidos, y que está ocasionando nuevas situaciones y problemas sociales que necesitan de enfoque actualizado en la orientación de los diferentes servicios para que éstos puedan ofrecer una adecuada respuesta de protección y una base para la promoción.



Gráfico 6. Niveles de la acción intersectorial

5.2. Servicios públicos institucionales

Recordemos que otro de los sectores encargados de esta función local son los servicios públicos institucionales, que se enfrentan a este cometido con importantes limitaciones de hecho, exigencias de nuevas capacidades relacionales y la motivación hacia las actitudes que demanda el trabajo intersectorial, dada la naturaleza de los problemas a los que se enfrentan.

Las dificultades más sobresalientes de estos actores son:

- > Su radio de acción está centrado en la demanda, que en la mayoría de las ocasiones esconde otros problemas básicos.
- > Tienen limitación de espacio (servicios, consultas), tiempo (escucha) y de relaciones con otros profesionales (escaso conocimiento del entorno profesional).
- > Tienen escasa continuidad con otros espacios correlativos, como la familia, la comunidad...
- > Actúan sobre problemas ya instaurados y son escasas las acciones de promoción y prevención.
- > Tienen una visión sectorial que impide la incorporación de otras opciones y recursos.
- > Asumen una responsabilidad individual y defensiva, frente a la corresponsabilidad.

5.3. Organizaciones civiles

Otro de los actores en auge es la organización civil, las asociaciones y las ONG, que han desarrollado aspectos tan positivos como buscar y llegar a los otros, disponer de tiempo para estar con ellos y voluntad de atenderlos. Pero también tienen dificultades inherentes a su crecimiento, como son la tendencia a prestar servicios del campo asistencial público y servir de coartada para eludir responsabilidades públicas institucionales.

5.4. Corporaciones locales

Por último, un actor trascendental son las corporaciones locales y los departamentos municipales, que han entendido su función como coordinación, primero, y motivación e integración, después, en las acciones realizadas en el nivel local. De hecho, buena parte de la interpretación del pacto local se refiere a este papel aglutinante y de convergencia que realizan las corporaciones locales con respecto a las iniciativas de los servicios públicos y asociaciones, que, posteriormente, proyectan en la familia y la ciudadanía.

6. Un modelo de aplicación intersectorial para el nivel local

Una vez definidos los planos de actuación y sus relaciones a través de un adecuado equilibrio entre la centralización y la descentralización, pasamos en este último apartado a la explicación de un modelo para facilitar el trabajo intersectorial

El modelo está integrado por dos componentes:

- > Un esquema para el análisis de situación, con la finalidad de identificar los factores que favorecen y entorpecen el desarrollo de acciones intersectoriales en salud en un determinado contexto.
- > Una guía que resume los aspectos fundamentales a tener en cuenta para impulsar el desarrollo de acciones intersectoriales.

Es obvio que cada situación requiere un tratamiento particular y que el modelo no podrá abarcar toda la riqueza de la realidad, aunque puede facilitar el trabajo de análisis y la estrategia de acción de la respuesta intersectorial más adecuada.

6.1. Esquema para el análisis

Hablamos de cuatro momentos para construir un esquema analítico :

- > En el primer momento intervienen los factores que provocan el problema y la descripción del mismo.

- > El segundo es para el análisis de la situación y la toma de decisiones. En él se identifican factores y mecanismos de producción del problema y se aplican las categorías principales de poder, pensamiento y política.
- > La planificación es la acción del tercer momento, en el que se realiza el diseño de la respuesta de acción.
- > En el cuarto momento se plantea la acción intersectorial y la participación social en forma de actividad.

Los cuatro momentos están enmarcados en dos etapas: una estratégica, que recoge los dos primeros momentos, y otra de intervención, con los dos últimos. Todo el proceso debe de estar sujeto a un sistema de evaluación.

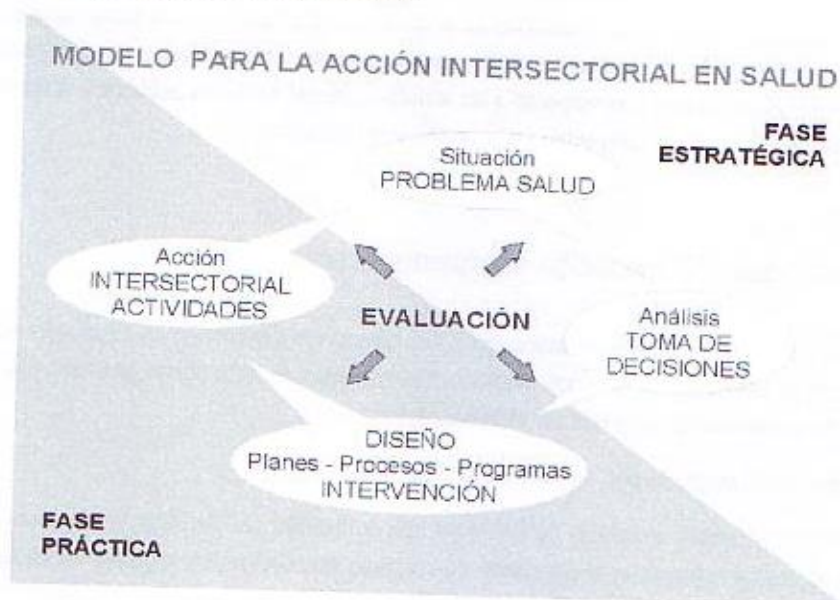


Gráfico 7. fases de la acción intersectorial

6.2. Guía para la acción

Finalmente, se propone una guía que contiene elementos claves a tener en cuenta para el abordaje y desarrollo de acciones intersectoriales en salud:

- > Partir del problema y no del sector. Para ello es importante una correcta identificación y delimitación del problema por parte de todos los implicados.
- > Fortalecer la voluntad política de desarrollar acciones intersectoriales.
- > Propiciar políticas equilibradas entre descentralización y centralización.

- > Promover la concepción social de la salud y la orientación preventiva y de promoción de salud.
- > Diseñar acciones estratégicas tendentes a fortalecer la participación de la población en las estructuras de poder
- > Planificación con objetivos de salud.
- > Realizar los proyectos en grupo interdisciplinario e intersectorial desde su formulación y durante todas sus fases de desarrollo.
- > Destacar la rentabilidad de los programas y actividades intersectoriales.
- > Promover acciones de formación, investigación, etc. de carácter intersectorial.
- > Favorecer la participación social en los proyectos y acciones de salud.
- > Desarrollar los mecanismos y vías para la coordinación y comunicación intersectorial.
- > Utilizar el nivel local para el desarrollo de acciones intersectoriales.
- > Facilitar la integración entre los distintos niveles y servicios del sector salud.

Bibliografía

1. Suárez, J. Proposición de un Modelo para el estudio y desarrollo de la Acción Intersectorial en Salud. *Educ. Med. Salud* 27 (1):61-62.1993.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de Salud en las Américas*. Publicación Científica 524. Washington, 1990.
3. Informe Andersen. Proyecto Proa: Impulsar Acciones Intersectoriales dirigidas a las nuevas formas de exclusión social. Documento Interno. Consejería de Salud, 2002.
4. Martínez Olmos, J y cols. Escuela Andaluza de Salud Pública. *Elementos para la prevención de accidentes en Andalucía*. Granada. 1995.
5. Guía de Atención al mal trato Infantil ADIMA.

**Conclusiones del Foro:
Ideas fuerza**



Conclusiones

Una vez finalizado el Foro y tras un detallado análisis de sus contenidos, creemos que podemos decir que las conclusiones obtenidas a partir de los mismos suponen una confirmación de la importancia y necesidad de adopción, en su caso, de las líneas maestras en torno a las que se ha articulado el debate en este encuentro y a las que nos hemos referido en la introducción de esta publicación. Así, como elementos más destacados:

Se ha puesto de relieve la importancia de la Salud Pública como instrumento de convivencia:

- > El trabajo entre los sectores públicos, intersectorial, es una estrategia imprescindible y, estando ya en desarrollo, precisa de un impulso decisivo para responder a los problemas de salud que más preocupan a nuestra sociedad y que afectan a los jóvenes, la familia, la mujer, los mayores y especialmente a los colectivos más desfavorecidos.
- > Esta estrategia precisa de alianzas con la organización civil, que es el elemento que multiplica la eficacia en respuesta a estos problemas, en el intento permanente de reducir desigualdades en salud.
- > La familia y su entorno inmediato (la vivienda, el barrio, la ciudad) es el centro de atención de las intervenciones, para lograr una mayor calidad de vida y el espacio adecuado para la resolución de los conflictos y situaciones vitales que inciden directamente en la salud.

Estos objetivos centrales se han venido concretando, en el desarrollo del encuentro, en los siguientes aspectos específicos más operativos:

1. En el desarrollo de planes integrales

Entre ellos ya están en marcha:

- > Plan de atención integral a la inmigración.
- > Plan de atención integral a la violencia doméstica.
- > Plan de atención integral a la infancia.
- > Plan de atención integral Forma Joven
- > Plan de atención integral a la familia

Y en otros en los que se viene trabajando, como:

- > El espacio sociosanitario
- > Los planes contra la exclusión social
- > Atención a los que practican la prostitución

2. En los recursos e instrumentos

También en la necesidad de seguir potenciando recursos e instrumentos para el desarrollo de planes y programas que trabajen la promoción de salud en prevención primaria y secundaria, en aquellos colectivos que están en situación de mayor riesgo.

Para todo ello, las mesas y debates han priorizado las siguientes recomendaciones:

- > El desarrollo de políticas de apoyo integral a la familia.
- > El abordaje intersectorial en la protección de la salud
 - En la seguridad alimentaria, con la implicación del ciudadano y productor como sujetos activos
 - En el desarrollo sostenible a nivel ambiental, con el compromiso de todos: productores, autoridad pública, asociaciones ecologistas...
- > La conquista de calidad de vida en aquellas personas y colectivos que se enfrenten a limitaciones crónicas de su salud.
- > La recuperación de la ciudad como elemento de promoción: La mejora del espacio privado (la vivienda) y el replanteamiento de los espacios públicos (la plaza) como lugares de encuentro y convivencia.
- > El entorno laboral como un espacio también saludable que reduzca los riesgos y posibilite un entorno de salud.
- > Atención integral a la salud de los inmigrantes a través del desarrollo del plan integral.
- > El impulso de planes y programas de salud para el ámbito educativo con el apoyo de los sectores implicados.
- > El impulso decidido al nivel local de atención y a sus actores principales: Servicios (centros de salud, escuelas, trabajo social...), asociaciones y organizaciones no gubernamentales y como aglutinante las organizaciones municipales.

Se ha constatado la realidad del trabajo intersectorial en la presentación de experiencias que demuestran la eficiencia de esta estrategia.

- > Clase sin humo, para prevención del tabaquismo.
- > Enséñale a sonreír, en la promoción de la salud bucodental.
- > Danza Mobile, en la integración de la discapacidad.
- > Unidades de acupuntura, en los servicios públicos para la mejora de la calidad de vida y el tratamiento del dolor.

- > Intervención en familias con desventaja sociales, actividades intersectoriales en barrios de alto riesgo social.
- > Atención a mujeres víctimas de malos tratos entre todos los sectores implicados
- > Comisiones intersectoriales provinciales, para la prevención de accidentes de tráfico, para la atención al sida y para el desarrollo de planes de salud.
- > Conseguir calidad de vida tras un problema de salud, enfermedades cardiovasculares, accidentes, sida...
- > Plan de apoyo a enfermos de Alzheimer.
- > Aplicación de nuevas tecnologías a la discapacidad.
- > Forma joven, actuaciones conjuntas en los espacios de los jóvenes: ámbito educativo, centros juveniles.
- > Mediadores juveniles, del joven al joven directamente.
- > Mesas intersectoriales de tráfico, una en cada provincia, para la prevención de accidentes de tráfico en jóvenes.
- > Enróllate conmigo, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- > Vacunación de población inmigrante, una atención específica.
- > Prevención comunitaria en drogas, frente a las adicciones.
- > ¿Y tú, que piensas?, para educar en la prevención de drogas.
- > El dolor evitable en la asistencia, al cuidador y en el sistema.

Se han presentado en el Foro los siguientes instrumentos concretos (libros, documentos, materiales, soporte informático, etc.) para el desarrollo de la estrategia intersectorial:

- > Plan oncológico.
- > Guía de la salud de la mujer en el climaterio.
- > Carpeta de salud y Guía básica de atención sanitaria a inmigrantes.
- > Protocolo de alerta en epidemiología.
- > Guía de servicio de sanidad ambiental.
- > Ganar salud con los jóvenes.
- > Materiales de educación para la salud.

- > Carpeta Nacer en Andalucía.
- > Mundo de estrellas (programa interactivo para niños hospitalizados).
- > Atención integral a la infancia con patologías crónicas.

En síntesis, se han cumplido con creces los objetivos del encuentro, concretados en planes y programas intersectoriales ya en marcha y en el planteamiento de nuevas iniciativas prioritarias.

Así pues, estamos convencidos de que el Foro ha conseguido transmitir una idea clara:

“Ante los conflictos de salud derivados de la convivencia y la actitud de descargar las responsabilidades en el otro, es necesaria una alternativa de corresponsabilidad, colocando el acento en el trabajo conjunto, con la meta de mejorar la calidad de vida de los que viven en el territorio andaluz.”

Dossier de prensa



Prensa

El Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía fue reflejado en los medios de comunicación cordobeses como un acontecimiento de primera magnitud.

Los periodistas cubrieron ampliamente las convocatorias previstas por la organización (una rueda de prensa cada día) y realizaron también, por propia iniciativa, otros trabajos (entrevistas con los participantes, informes de intervenciones, despices informativos...) que, a la vez que han contribuido a destacar la importancia del mismo, han facilitado la difusión de las ideas que en él se han debatido.

En conclusión, y tal como se refleja en el dossier adjunto, el Foro fue muy positivamente valorado por los medios cordobeses y también, aunque, lógicamente, en menor espacio, en otros medios de ámbito regional o dirigidos a profesionales.

Entre los medios escritos, informaron sobre el Foro: "Diario de Córdoba", "El Día de Córdoba", "El Mundo", "ABC" y "Diario Médico". Entre los audiovisuales: Canal Sur Radio y TV, Onda Mezquita, TVE, RNE, Cadena SER, Cadena COPE y Onda Cero.

LOCAL

FORO DEL 9 AL 11 DE OCTUBRE EN EL PALACIO DE CONGRESOS

Más de 500 expertos debatirán sobre salud pública en Córdoba

M.J.R.

Más de 500 expertos participarán durante los días 9 al 11 de octubre en un foro de debate sobre la salud pública en Andalucía, que tendrá lugar en Córdoba. "Este encuentro permitirá, gracias a la participación de diferentes instituciones, que se logre una alianza de varios sectores y una imagen compartida de las acciones que hay que llevar a cabo en el campo de la salud para saber hacia dónde debemos de ir", señaló el delegado provincial de

Salud, Jesús María Ruiz en la presentación del mismo. Ruiz añadió que el foro cuenta con la participación de diferentes consejerías de la Junta, ya que uno de los ejes que se abordarán es la acción intersectorial para el desarrollo de la salud, además de la alianza de los servicios públicos y la organización civil en constante desarrollo, el interés por los problemas vitales y de relación, las condicionantes a tener en cuenta (género, estilos de vida, convivencia y entornos, desigualdades e inmigración o la calidad de vida.

Por su parte, el jefe de servicio de programas de la Consejería de Salud, Rafael Muriel, destacó que el foro estará integrado por diferentes conferencias, debates y presentación de experiencias, que servirán para conocer las técnicas seguidas para el cuidado de enfermos crónicos, las nuevas políticas de familia, la seguridad alimentaria, la lucha contra las adicciones, la nutrición, entre otros aspectos. Entre las experiencias que se mostrarán están algunas ya consolidadas como Clase sin Humo o Fiesta Joven.



Jesús María Ruiz y Rafael Muriel, ayer en rueda de prensa. ALZ. SONDRET

el Día de Córdoba

VI | 4 | 30 | 2002

CÓRDOBA 13

REUNIÓN EN CÓRDOBA

Más de 500 expertos asistirán al primer Foro de Salud Pública

M.C.

Más de 500 especialistas de todo el país participarán, a partir del próximo miércoles, en el Primer Foro de Debate sobre la Salud Pública que se celebra en Andalucía y que tendrá a Córdoba como sede. El objetivo de dicha reunión, que se desarrollará a lo largo de tres días, es analizar los nuevos retos en materia sanitaria y social a los que se enfrenta la comunidad andaluza. Así lo explicaron ayer el delegado provincial de Salud,

Jesús María Ruiz, y el presidente del comité científico de las jornadas, Rafael Muriel, durante la presentación del evento, organizado por la Junta de Andalucía.

Rafael Muriel señaló que la celebración del foro pretende "poner de relieve la importancia de la salud pública como instrumento de convivencia, así como convertir la acción intersectorial en una estrategia imprescindible". En este sentido, Jesús María Ruiz dijo que las jornadas nacen "con una clara vocación democrática y de

participación" entre todos los sectores sociosanitarios que realizan actividades relacionadas con la salud pública en Andalucía.

En cuanto a los principales aspectos que se analizarán durante la reunión, que tendrá lugar en el Palacio de Congresos y Exposiciones cordobés, destacan el debate sobre la calidad de vida de los enfermos crónicos y sobre las nuevas políticas de familia. Además, los participantes en el foro se centrarán en las situaciones de desigualdades e inmigración, en las que se agudizan las necesidades de salud y, también durante el desarrollo de las jornadas, se tendrán en cuenta una serie de condicionantes como el género, los estilos de vida, la convivencia y el entorno, según adelantó Muriel. Algunas de las ponencias versarán sobre temas relacionados con las adicciones, el entorno laboral, las vacunas, jóvenes y mayores o la nutrición.

TEMA DEL DÍA

FORO SOBRE SALUD PÚBLICA

DEBATE EN CÓRDOBA SOBRE EL TRABAJO CONJUNTO DE LAS ADMINISTRACIONES ANDALUZAS EN ESTE ÁREA

Vallejo: "Es mejor prevenir en salud que invertir en camas"

El consejero apuesta por un esfuerzo intersectorial para beneficiar al SAS

Defiende el alto nivel de calidad que los ciudadanos otorgan a este servicio

MARÍA JOSÉ RAYA

El consejero de Salud de la Junta, Francisco Vallejo, aseguró ayer que realizar una buena labor de prevención y de promoción de la salud pública es mucho más beneficioso para la ciudadanía que invertir en camas y hospitales. Por este motivo, Vallejo apuntó, en la inauguración del foro de debate sobre la salud pública que organiza la Administración autonómica hasta mañana, que la Consejería de Salud apuesta por que se lleve a cabo por parte de las diferentes administraciones públicas (Asuntos Sociales, Instituto Andaluz de la Mujer, Educación, Juventud, entre otros) y otros sectores un gran esfuerzo intersectorial "con el objetivo de dar un servicio integral a la población y mejorar el sistema de salud andaluz. Este es uno de los más importantes retos que tenemos".

LOS PROBLEMAS

Francisco Vallejo, que pronunció la conferencia la salud pública, la otra cara de la organización similar en este foro, indicó que en la actualidad la globalización trae consigo diferentes riesgos para la salud pública, como son el problema de la inmigración, el tabaquismo o la extensión de las drogas entre los jóvenes. El consejero de Salud defendió que todas las encuestas reflejan un nivel alto de satisfacción sobre el Servicio Andaluz de Salud (SAS) por parte de los ciudadanos. Francisco Vallejo destacó que otro de los grandes retos de la



Los consejeros de Presidencia y Salud, Gaspar Zarrías y Francisco Vallejo, antes de la apertura del foro.

FRANCISCO GONZÁLEZ

ZARRÍAS: "EL DERECHO A LA SALUD ES EL RETO PARA EL SIGLO XXI"

Los hospitales de Puente Genil, Montilla y Peñarroya duplicarán la actual oferta

M. J. RAYA

El consejero de Salud, Francisco Vallejo, anunció ayer que los tres nuevos hospitales que se abrirán en la provincia —en Peñarroya, Montilla y Puente Genil— servirán para duplicar la oferta actual. "Este año está asegurada la financiación para el hospital de Montilla y el convenio para la construcción del centro hospitalario de Puente Genil y contemplada la inversión en el 2003 para este segundo hospital", señaló Vallejo. Sobre el hospital de Peñarroya, el consejero de Salud manifestó

que en este conflicto "la solución está fácil. No hay ninguna discrepancia entre el Ayuntamiento y la Junta. Es el Ministerio de Economía el que tiene que aceptar que el Consistorio es una institución que realiza aportaciones al proyecto, por eso tiene que haber un acuerdo tripartito. Las tres administraciones tienen que participar en el convenio y asumir el rol que les corresponde: el Ayuntamiento aporta los terrenos y la urbanización; el Ministerio, dar los fondos, y la Junta, poner en marcha su funcionamiento y mantenimiento". (Más

información en la página 24).

Por su parte, el consejero de Presidencia, Gaspar Zarrías, ofreció la ponencia El trabajo intersectorial, reto de los servicios públicos, en la que apuntó que "el derecho a la salud y el estado de bienestar es el reto de Andalucía para el siglo XXI y requiere actuaciones multidisciplinares para lograrlo". Zarrías destacó la implantación del plan de apoyo a las familias de la Junta, en el que se han invertido 120 millones de euros y que tiene como objetivo ayudar a que las mujeres compaginen vida laboral y personal.

Junta es acabar con la lista de espera quirúrgicas. "algo que se puede lograr gracias a la labor de los profesionales, que tienen muchas ganas de hacerlo bien". "Hasta ahora hemos conseguido estar en año y medio 12.000 enfermos que llevaban seis meses en lista de espera", resaltó el consejero de Salud y manifestó que las personas que lleven más de seis meses en lista de espera y necesiten recurrir a un centro privado no tendrán que pagar la operación, ya que la Junta se hará cargo de la misma. Vallejo justificó que 42 de los 44 personas que llevan más de seis meses en lista de espera en Andalucía sean pacientes del Reina Sofía, "ya que se trata de un centro de referencia que atiende a usuarios de otras provincias. Son personas que necesitan operaciones muy complejas, por eso es normal que acudan al Reina Sofía".

Un escaparate para firmas relacionadas con la salud. El congreso lo patrocinó Driman, Esteve, Glaxo-Smith Kline y Wyeth-Lockle.



Siete empresas colaboran en su celebración. Avenis Pasteur, MSD, Covap, Sanyres, Ayuntamiento, Diputación, Bexler, Boma y Hartman.

Valoran el plan de apoyo a las familias de la Junta. El profesor Vicente Navarro destaca el trabajo realizado por la Administración autonómica.



PRESENTACIONES, DEBATES Y CONFERENCIAS CONFORMAN ESTE IMPORTANTE CONGRESO

La violencia doméstica está vinculada a problemas de salud

■ La directora del IAM en Córdoba destacó que la violencia doméstica está relacionada con problemas de salud, de tipo epidemiológico. Por su parte, Ifigenia Frías, secretaria de la Dirección General de Salud Pública, abordó la importancia de estos debates para revelar "que hay mucha violencia encubierta".

Plantean un pacto local para resolver grandes demandas sociales

■ Rafael Muriel, director científico del foro, expuso la necesidad de un pacto local entre administraciones para resolver grandes demandas sociales, tales como las adicciones en los jóvenes o los programas para reducir los accidentes de tráfico, en los que la Consejería de Salud tiene su responsabilidad.

Presentado el plan integral de oncología de Andalucía 2002-2006

■ Las jornadas que hasta mañana se celebran en el Palacio de Congresos han servido para dar a conocer el plan integral de oncología de Andalucía 2002-2006, coordinado por Purificación Gálvez Daza, y en el que participan médicos del hospital Reina Sofía, como Enrique Aranda, y otros muchos facultativos.

Maratón de coloquios y experiencias en el Palacio de Congresos

■ El foro sobre salud pública acogió ayer coloquios sobre sanidad animal, desarrollo sostenible, conquistas de la calidad de vida o salud laboral. Se presentaron también experiencias con larga tradición en los centros educativos como son *Clase sin luz* o *Enséñale a sonreír* y un plan para familiares de enfermos de Alzheimer.

Sanyres dará a conocer los avances de sus centros asistenciales

■ El director general de Sanyres, empresa especializada en la implantación y gestión de centros residenciales para mayores -perteneciente al Grupo Frasa-, expondrá los últimos avances en la atención a las personas mayores mañana, en el foro sobre salud pública. Sanyres gestiona cinco centros, uno de ellos en Córdoba.

La atención a los inmigrantes implica a varias consejerías

La cobertura sanitaria se extiende a los indocumentados de modo temporal

Un experto denuncia la reducción del gasto social público del Estado español

M. JOSÉ RAYCA

El aumento progresivo del censo de inmigrantes residentes o en situación irregular en Andalucía ha llevado a la Administración autonómica a contar con una partida específica de sus presupuestos dedicada a esta población y a desarrollar un plan intersectorial entre las consejerías de Salud, Educación y Asuntos Sociales de la Junta, principalmente. Desde 1999 hay firmado un convenio entre Salud, la Fundación Progreso y Salud, diferentes ONG (Médicos Mundi, Andalucía Acoge, Cruz Roja, Movimiento para la Paz y el Desarrollo, entre otras) y sindicatos para la atención de la población inmigrante. Este acuerdo implica que se garantiza la cobertura sanitaria de los inmigrantes en situación irregular. Es decir, cuando los inmigrantes llegan a Andalucía, se deben dirigir a la ONG, que les dará un documento que



El baile, una práctica muy saludable

■ El grupo 'Danza Móvil' impresionó ayer a los asistentes a este foro andaluz de salud pública. Los protagonistas de las piezas interpretadas pusieron de manifiesto que el baile es una práctica muy saludable, que potencia las capacidades físicas y mentales de la población.

les deriva al sistema sanitario. En los centros de salud se les entrega una tarjeta temporal para que puedan acceder a SAS", apuntó ayer Pilar Regato, directora del proyecto de la Fundación Progre-

so y Salud de la Junta, que participó en un debate sobre el tema. Regato resaltó el hecho de que haya cada vez más población inmigrante. Andalucía es la tercera comunidad con más inmigran-

tes, después de Madrid y Cataluña. Los datos del 2000 reflejan que estaban registradas en la comunidad andaluza 132.428 personas de otros países con permiso de residencia.

POLÍTICAS DE FAMILIA

Por otro lado, Vicente Navarro, profesor de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, denunció ayer en una conferencia sobre políticas de familia, perteneciente a este foro, la reducción que ha llevado a cabo el Gobierno español en el gasto social, en relación al Producto Interior Bruto (PIB). "Esta reducción de la inversión social pública se nota en un deterioro de los servicios de la Administración", resaltó Navarro. El profesor de la Universidad Pompeu Fabra apostó por "establecer servicios de ayuda familiar, como derecho universal, para todos los hogares españoles, mediante la puesta en marcha de escuelas infantiles hasta tres años y servicios domiciliarios para discapacitados y personas de la tercera edad". Además, Vicente Navarro resaltó que "la mujer en España está sobrecargada y de ahí que las jóvenes tengan dificultades en encontrar trabajo estable y también en decidirse en tener familia, lo que explica que este país tenga la fertilidad más baja del mundo. Estos servicios tienden a que las mujeres compaginen las responsabilidades familiares con sus proyectos personales". "En este sentido, Andalucía está liderando programas de apoyo a las familias. La Junta de Andalucía está dando buenos pasos", añadió.



María Paz Gutiérrez.

LABOR CONJUNTA

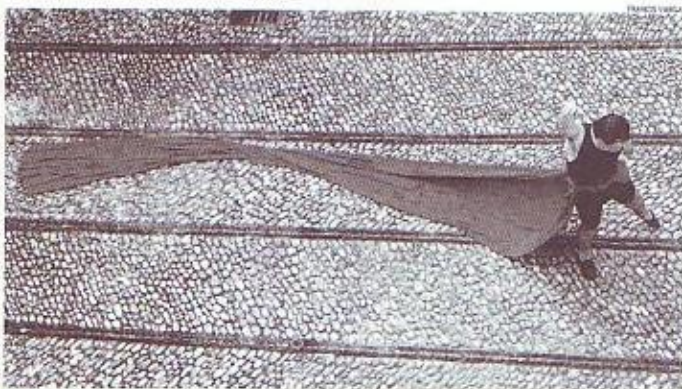
Junta, jueces y FAMP apoyan la recuperación de maltratadas

M.J.R.

■ El Instituto Andaluz de la Mujer está apostando por potenciar la atención directa, el tratamiento, prevención y recuperación de las víctimas de malos tratos junto a otras administraciones de la Junta, los jueces y la FAMP. "Por eso, es fundamental la formación específica de los profesionales de la salud y el refuerzo psicológico que deben recibir estas mujeres", indicó la directora del IAM en Córdoba, María Paz Gutiérrez, participante en uno de los debates del foro. Ifigenia Frías, secretaria de la Dirección General de Salud Pública, abordó la importancia de estas jornadas para revelar "que hay mucha violencia encubierta. Por eso, hay que alcanzar todos los puntos, incluidos los núcleos rurales".



los PROTAGONISTAS



El sistema sanitario busca su futuro

Una exhibición enarbolada por los miembros de la asociación Danza Mobile, que trata a personas discapacitadas, abrió ayer el I Foro de Debate sobre la Salud Pública, que

inauguró el consejero Francisco Vallejo. El congreso pretende potenciar la coordinación entre las instituciones y los distintos sectores para mejorar el sistema sanitario. / 18

Sanidad goza de 'buena salud'

SARASANCHED. CÓRDOBA.— El consejero de Salud, Francisco Vallejo, y el de Presidencia, Gaspar Zarrías, aseguraron ayer en Córdoba que el sistema sanitario andaluz «goza de buena salud», gracias a «su elevado nivel y a la implicación de sus profesionales», que han hecho que los ciudadanos confíen en «un servicio público de enorme entidad y que nuestros hospitales se conviertan en punto de referencia para el resto del país».

Ambos se desplazaron a la Ciudad Calí para inaugurar el Foro de Debate sobre la Salud Pública, que se desarrollará hasta

el 11 de octubre.

Entre los ponentes destacan el doctor Navarro, asesor en el intento de reformar el sistema de seguros sanitarios que realizó Estados Unidos; el defensor del Pueblo andaluz, José Chamiz, y Emilio Calatayud, juez de Menores. Famoso por sus sentencias educativas y de reinserción social.

El objetivo de dicho encuentro es fomentar la participación intersectorial para llegar al estado de bienestar, «que es el reto que tiene Andalucía por el siglo XXI», comentó Zarrías.

«La salud es un derecho democrático de

todos que requiere, para su consecución, actuaciones multisectoriales y la implicación de todas las áreas. Salud, Asuntos Sociales, Educación, Mujer, Juventud... deben trabajar juntas para mejorar la calidad del servicio».

Asimismo, el cumplimiento de dicha finalidad requiere «colaborar con las empresas implicadas y los ciudadanos para que se integren en la sociedad del desarrollo, la tecnología y el conocimiento. Andalucía no se puede quedar atrás, como ocurrió en el pasado», concluyó.

La mayoría de las

conferencias y mesas de trabajo del Foro se centran en la familia, la alianza de los servicios sanitarios con las organizaciones civiles, la compatibilidad entre diversión y salud, las nuevas tecnologías, la importancia del medio ambiente, higiene alimentaria, el entorno laboral y familiar o las desigualdades que provoca la inmigración.

«Se trata de problemas cercanos a los ciudadanos que condicionan sus hábitos y que han determinado nuevas demandas a la sanidad pública, y que requieren a su vez nuevas inversiones», añadió Vallejo.

INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS

Vallejo garantiza fondos para los tres futuros hospitales

El consejero de Salud pide al Gobierno que acepte al Ayuntamiento de Peñarroya "como una institución más que hace aportaciones" e insiste en que los implicados en la construcción del centro sanitario asuman su rol



REUNIDOS. Jesús María Ruiz, Gaspar Zarrías, Francisco Vallejo y Antonio Márquez, ayer.

MAN GÓMEZ

El consejero de Salud de la Junta de Andalucía, Francisco Vallejo, aseguró ayer que "no habrá ningún problema de financiación" para la construcción y el mantenimiento de los tres nuevos hospitales proyectados para la provincia y que estarán ubicados en las localidades de Montilla, Peñarroya y Puente Genil. Vallejo, que hizo estas declaraciones durante el acto de inauguración en Córdoba del Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía, garantizó de esta forma que no faltarán fondos para la puesta en marcha de los centros sanitarios.

El titular de Salud matizó asimismo, caso por caso, la situación de cada uno de los tres centros hospitalarios que, por otra parte, una vez en marcha duplicarán la oferta actual. De esta forma, Vallejo dijo que el hospital de Montilla, cuyas obras ya han comenzado, dispone de toda la financiación

■ SINDICATOS

CCOO exige que sea el SAS quien gestione el centro del Alto Guadiato

El Sindicato Provincial de Sanidad de Comisiones Obreras (CCOO) exigió ayer que una vez esté construido el hospital de Peñarroya se integre en la red de centros del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y rechazó cualquier otro posible planteamiento a este respecto, bien sea mediante la gestión de fundaciones, empresa pública o comercio, al

necesaria puesto que ya tiene asignadas todas las partidas presupuestarias correspondientes. En cuanto al futuro centro de Peñarroya, el consejero reconoció que los fondos para su construcción procederán del Gobierno a través de los Miner y que, una vez construido,

considerarlos "engañosos" porque dejarían abierta la puerta de la privatización. Además, según informó en un comunicado, la organización sindical pidió a los responsables políticos de las distintas administraciones implicadas en el proyecto "que no jueguen, por un concepto de electoralismo barato y falso, con la salud de los ciudadanos".

será la Junta quien lo ponga en funcionamiento. En este sentido, el consejero insistió en que entre la Junta de Andalucía y el Ayuntamiento de Peñarroya "no existe ninguna discrepancia" y manifestó que el Gobierno "tiene que aceptar que el Consistorio peña-

■ CRÍTICAS

La Junta apuesta por la calidad en Puente Genil

El consejero andaluz de Salud, Francisco Vallejo, saltó ayer al paso de las críticas de los vecinos de Puente Genil sobre la verdadera naturaleza del futuro hospital aludiendo que lo que se va a construir en la localidad "es un centro donde se atenderán enfermedades leves que precisen encamamiento y se realizarán operaciones sencillas" ya que, según dijo, "lo que primamos desde la Junta es la calidad frente a la cantidad". Mientras los pontoneses han manifestado en varias ocasiones que lo que se va a construir en la localidad no es un hospital de alta resolución, sino un centro de Cirugía Mayor Ambulatoria, el consejero insiste en que lo más lógico es que si los ciudadanos necesitan intervenciones complicadas o de mayor riesgo sean trasladados al Reina Sofía.

rotense es una institución más que hace aportaciones y que cualquier acuerdo tiene que tener un carácter tripartito". Así, Vallejo manifestó que la misión de cada una de las partes es asumir su rol con el objetivo de que el convenio empiece a funcionar en el menor tiempo posible.

Por último, se refirió al hospital de alta resolución que se ubicará en la localidad de Puente Genil, cuyo proyecto aseguró estará preparado antes de que finalice el año y cuya construcción, según afirmó, contará con la financiación correspondiente —unos 11 millones de euros— para las obras el año que viene.

Además, el consejero añadió que la Junta tampoco tendrá ningún problema para continuar con el proyecto de reforma del Hospital Universitario Reina Sofía, conocido como Plan Director, "que vale más que las obras de los tres nuevos hospitales juntos que se van a hacer", indicó.

PRIMERA JORNADA DEL FORO DE DEBATE SOBRE LA SALUD PÚBLICA

La demanda sanitaria de los inmigrantes aún es escasa en Córdoba

Expertos afirman que la mayoría de los extranjeros que llegan a Andalucía son jóvenes y no padecen enfermedades graves

MARÍ GÓMEZ

■ Córdoba es, junto a Sevilla y Jaén, una de las provincias andaluzas que todavía registran un escaso índice de demanda sanitaria por parte de la población inmigrante. Sin embargo, Almería, Málaga y Huelva se sitúan a la cabeza de la lista en cuanto al grado de asistencia que los profesionales sanitarios ofrecen a este colectivo en la comunidad.

Así lo afirmó ayer la directora de Proyecto de la Fundación Progreso y Salud de la Junta de Andalucía, Pilar Regato, durante la ponencia Atención al inmigrante desarrollada en el Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía. Estas jornadas, que se celebran en Córdoba y que reunirán a más de 500 expertos de todo el país, han sido organizadas por primera vez en la comunidad por la Consejería de Salud de la Junta y finalizarán mañana.

Regato explicó que, aunque los inmigrantes que llegan a Andalucía utilizan cada vez con mayor frecuencia el sistema sanitario público, aún existen algunas trabas que frenan el primer contacto de este colectivo con la sanidad andaluza. Entre ellos, la directora de Proyecto enumeró los problemas de comunicación derivados de la relación con los profesionales sanitarios o la situación de exclusión y marginalidad que padecen estas personas. Sin embargo, Regato quiso dejar claro que, en términos generales, los inmigrantes que llegan a Andalucía "son jóvenes y gozan de buen estado de salud" y desmintió "la creencia de que estas personas vienen con enfermedades graves o contagiosas".



FRANCISCO VALLEJO.

■ SANIDAD PÚBLICA

Vallejo pide más esfuerzos en materia de salud

El consejero de Salud de la Junta, Francisco Vallejo, pidió ayer en Córdoba a las diferentes áreas implicadas en materia sanitaria que unan sus esfuerzos para poder ofrecer "servicios integrales de salud". El consejero destacó "el buen estado de salud" del actual sistema sanitario, "que está alcanzando niveles altísimos y se está convirtiendo en referente gracias a la implicación y las ganas de sus profesionales de hacer bien las cosas". Vallejo, que inauguró junto al consejero de Presidencia, Gaspar Zarrías, el Foro de Debate sobre la Salud Pública, destacó, por otra parte, que "este foro será muy fructífero para Andalucía".

En este sentido, el especialista matizó que, al contrario de lo que se suele pensar, "se dan muchos más casos de andaluces que salen al extranjero y se contagian en otros países que casos de inmigrantes que llegan ya contagiados". Además, Pilar Regato indicó que la mayoría de las enfermedades de estas personas suelen estar relacionadas con el tipo de trabajo que realizan en España, como pueden ser los problemas traumáticos o respiratorios. Añadió que el resto de patologías más frecuentes se deriva de la forma de vida que llevan en nuestro país.

Por estos motivos, Regato insistió en la necesidad de "fomentar y facilitar, desde dentro, el acceso a estas personas al servicio sanitario público mediante la elimina-

SINERGIA

Los especialistas insisten en la necesidad de potenciar, desde dentro, el acceso de personas de otros países a la sanidad

ción de las barreras idiomáticas y culturales", un esfuerzo que, según matizó, "debe hacerse desde todas las instituciones y colectivos implicados".

Entre otros aspectos, la directora de Proyecto de la Fundación Progreso y Salud de la Junta valoró positivamente la reciente publicación de una guía básica para profesionales de la salud que contiene un protocolo de actuaciones sobre la atención de los inmigrantes en consulta. Asimismo, Regato propuso la creación de la figura del mediador cultural en materia de salud, es decir, una especie de intérprete que conozca tanto el sistema sanitario como la situación de los inmigrantes y que haga de mediador entre ambas partes. Según explicó, se trata de un papel que ya existe en otras materias, como la educativa, y que desde hace varios años se viene utilizando en ambientes relacionados con las ONG.

Expertos analizan cómo dar respuesta a los problemas sanitarios de la sociedad

El Foro de la Salud reúne en Córdoba a especialistas de toda España

● El encuentro, que fue inaugurado ayer por el consejero de Salud de la Junta, tiene por objetivo poder ofrecer servicios integrales a los ciudadanos

INMA RINCÓN

CÓRDOBA. El Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía, inaugurado ayer en el Palacio de Congresos de Córdoba por el consejero de Salud de la Junta, Francisco Vallejo, pretende ser un punto de encuentro en el que «asumir esfuerzos y desarrollar planes conjuntos que den respuesta a los problemas sanitarios de la sociedad». Así lo destacó ayer el presidente del comité científico de las jornadas, organizadas por la Junta de Andalucía, Rafael Muriel, quien se refirió, también, a «los problemas de salud que se derivan de nuestras relaciones con el entorno no tienen la misma respuesta que los problemas de organización sanitaria».

Según destacó Muriel, este foro de debate pretende poner sobre la mesa la necesidad de desarrollar políticas intersectoriales en las que cada sector o institución social colabore o «surrime el hombro» para actuar conjuntamente y realizar un abordaje del problema más efectivo.

En este mismo sentido profundizó, además, el consejero de Presidencia, Gaspar Zarrías, quien indicó que «la salud de los andaluces es un derecho fundamental que requiere una actuación multidisciplinar, que pase por políticas sociales y de educación en la salud. De igual forma se refirió su homólogo de Salud, Francisco Vallejo, quien afirmó que «la colaboración en-



El consejero de Presidencia, Gaspar Zarrías, conversa con el delegado del Gobierno, Antonio Márquez, antes de comenzar las jornadas

tre de los distintos sectores e instituciones es la mejor forma de mejorar el sistema andaluz de salud», ya que trabajar en la prevención de la salud, a través de políticas conjuntas, «es más beneficioso que invertir en camas u hospitales».

Planes integrales

Rafael Muriel se refirió, también, a la salud pública como un «instrumento de convivencia» y por ello destacó la necesidad de aclarar «quien debe tirar del carro» para que se pongan en marcha estas medidas que, según indicó, no despertaran el interés político ni el de la inversión.

Esta premisa centró la mayoría de los debates celebrados en la jornada inaugural, en el los que se abordaron te-

máticas como las políticas de familia, la situación de los jóvenes o las mayores, la mujer, la violencia de género o la inmigración. En cuanto a este último, Pilar Regato, directora del Proyecto de la Fundación Progreso y Salud de la Junta, puso de manifiesto que este sistema de actuación integral ya se pone en marcha en el Plan de Atención a la Inmigración 2001-2004, en el que la consejería de Gobernación trabaja con diferentes entidades, de forma que se favorezca y normalice la igualdad de derechos y la asistencia de los inmigrantes a los recursos sanitarios.

Gaspar Zarrías, por su parte, resaltó la importancia del Plan de Apoyo a la Familia, en el que han participado varias consejerías, como ejemplo de esta colaboración intersectorial.

FORO SOBRE SALUD PÚBLICA

DEBATE EN CÓRDOBA SOBRE EL TRABAJO CONJUNTO DE LAS ADMINISTRACIONES ANDALUZAS EN ESTE ÁREA

Un juez culpa a la publicidad de adicciones de los jóvenes

M.J.R.

El juez de menores de la Audiencia de Granada, Emilio Calatayud, hizo dable ayer en Córdoba, ya que además de participar en el foro de salud pública, dio una conferencia en el IIS Góngora. Calatayud culpó a los medios de comunicación, así como a los padres, de algunas adicciones de los jóvenes. "El alcohol es una droga peigrosa para los menores. Permitir que estos jueguen en las vías públicas con alcohol es una situación de riesgo. Estamos en la época de la que hay adicción para todo (alcohol, trapaperras, móviles) y la culpa de todo la tiene la publicidad. La meta es encontrar un peotazo que nos evite ir a trabajar. Si se ve a un menor bebiendo en la vía pública se le debe identificar y decirse a su padre, e incluso se deberían plantear penas contra su progenitor", sentenció este juez.

Plantean estrategias para apoyar a los cuidadores

M.J.R.

La profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública María del Mar García Calvente planteó ayer la necesidad de fijar estrategias de apoyo a los cuidadores de enfermos, así como cambios sociales amplos. García Calvente indicó que un 20% de los hogares españoles atogen a una persona de edad avanzada y en uno de cada diez se atiende a uno discapacitado. "Existe un sistema acabo de cuidados, ya que familiares, amigos y vecinos prestan su ayuda en momentos de enfermedad", expuso esta profesora y añadió que por este motivo se plantea la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes y el papel que deben jugar los servicios públicos y cuál los familiares y cuidadores informales, personas que pueden verse afectadas en su situación laboral, económica, social y familiar por esta tarea.

La Junta quiere recuperar los espacios públicos para convivir

La Administración andaluza se plantea mejorar la habitabilidad

Cruz-Villalón: "Los ciudadanos cada vez se refugian más en núcleos de privacidad"

MARIA JOSÉ RAYA

La directora general de Territorio y Urbanismo de la Junta, Josefina Cruz Villalón, anunció ayer durante su participación en el Foro de Debate sobre Salud Pública, que la Administración andaluza se plantea como reto recuperar los espacios públicos como núcleos para la convivencia. "Para ello, debe producirse un entendimiento necesario entre las diferentes administraciones que trabajamos para lograr el bienestar social. El ágora, la plaza, se está perdiendo para el conjunto de la población, ya que los ciudadanos nos refugiamos en nuestros espacios de privacidad", destacó Cruz-Villalón.

La directora general de Ordenación del Territorio de la Junta manifestó que "el urbanismo parece que es el padre de todos los problemas que tiene la ciudad, sin embargo, es el que más ha luchado por una ciudad habitable". En este sentido, la responsable de este área de la Junta recordó las primeras normativas de urbanismo, relacionadas con las pésimas condiciones de vida de la clase trabajadora, tales como ley de ensanche, mejora y reforma anterior y saneamiento. "que servían para construir el alcantarillado, dotar a las ciudades de agua potable y habilitar zonas verdes".

ORDENAR EL TERRITORIO

Cruz-Villalón añadió que "hoy el urbanismo es el que se tiene que preocupar de que tengamos espacios de relación de forma ordenada y planificada" y criticó que "en las ciudades nos encontramos espacios netamente privados, ya que aunque las calles son lugares públicos pierden este carácter por la ocupación de los coches". Sobre la relación entre urbanismo y salud, la directora general de Ordenación del Territorio sostuvo que "la habitabilidad de las ciudades ha mejorado. Por eso, debemos dar respuesta a



Rafael Ruriel y Josefina Cruz-Villalón, en rueda de prensa. | A. J. GONZÁLEZ

PROTAGONISTAS

El filósofo Gustavo Bueno apoya el "arte de vivir" de Aristóteles

El filósofo Gustavo Bueno defendió ayer en la conferencia inaugural del foro "un arte de vivir" que procede de las tesis de Aristóteles. "Este modo de entender la vida se relacionaba con unas coordenadas de ciudad donde cualquiera podía escuchar a otro. Se trata de señalar que la vida es una cosa perfecta si se sabe controlar. Los movimientos hippies, ecologistas o la alimentación natural están ligados a la moda de la calidad de vida y al aumento de negocios de este tipo en la actualidad", destacó Gustavo Bueno.



los barrios de Córdoba creados en la época de la dictadura, en los años 50 y 60, ya que en ellos faltan equipamientos públicos que pueden conducir a la marginalidad social. Las condiciones de habitabilidad se han mejorado con la llegada de la democracia".

CRISIS DE LA SALUD

Por otro lado, el secretario del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud de la Junta, Javier Guillén, moderó un debate sobre la crisis en la salud pública. En esta mesa se resultó como punto clave de referencia de la crisis el síndrome del agente tóxico, la enfermedad de las vacas locas y la aparición de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob humana en el Reino Unido. La rotura de la presa minera de Boliden en Aznalcóllar, la legionella, la aparición de dioxinas en algunos alimentos de origen europeo, la exposición a uranio empobrecido en los Balcanes o la preocupación por la implantación masiva de antenas de telefonía móvil.

Por su parte, la asociación Foro Vital denuncia la manipulación de la información sexual que la Junta proporciona a la sociedad andaluza y especifica que "un claro exponente de esta actitud es el tratamiento sesgado respecto a la información sobre la píldora del día después" hecho en el foro.

EL MAGISTRADO EMILIO CALATAYUD ANALIZA LA LEY DEL MENOR EN EL FORO DE SALUD PÚBLICA

Un juez acusa a las autoridades de permitir los 'botellones'

M. G.

El juez de menores de la Audiencia de Granada Emilio Calatayud acusó ayer a las autoridades de permitir el fenómeno del botellón, del que dijo "conlleva a una situación de riesgo para los menores

que los responsables civiles no contemplan al permitir que este colectivo consuma bebidas alcohólicas en la calle". El magistrado criticó de esta forma el incumplimiento de la Ley del Menor por parte de las administraciones ya que, según afirmó, éstas no respec-

tan el principio de atención inmediata a los adolescentes con conductas de alto riesgo social. Asimismo, Calatayud, que participó en la conferencia *Convivir con las adicciones* desarrollada en la segunda jornada del Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalu-

cia, afirmó que los menores viven "en una situación de explotación" y recordó que éstos son permanentemente bombardeados con mensajes desde el campo de la publicidad, lo que les crea una serie de necesidades que pueden desembocar en adicciones como la ludopatía. El juez insistió en la necesidad de que cada agente desarrolle su papel en lo referente a sus relaciones con los menores y se refirió a los padres y profesores, a los que instó a que asuman el rol que les corresponde y a quienes pidió que no actúen "como amigos".

Advierten de la falta de recursos para atender las nuevas crisis sanitarias

Expertos sostienen que la globalización exige respuestas rápidas

● Técnicos del Servicio de Vigilancia Epidemiológica subrayan la necesidad de reforzar el sistema para que las soluciones lleguen tan rápido como la información

E.L.
CÓRDOBA. El debate sobre crisis en la salud pública celebrado ayer en el marco del foro que estos días acoge el Palacio de Congresos organizado por la Junta de Andalucía sirvió a los responsables del Servicio de Vigilancia Epidemiológica para llamar la atención sobre la falta de recursos generalizada para atender a los nuevos cambios. En este sentido, en el de transformación, centró su intervención uno de los técnicos del servicio, Javier Guillén, que subrayó la necesidad de contar con más medios para acelerar sus respuestas en una época en la que la información es prácticamente inmediata y global.

Los expertos reunidos en la sala Pablo Céspedes del Palacio de Congresos y Exposiciones, advirtieron que en la era de la globalización, la salud pública ha adquirido una importancia estratégica por cuanto el usuario accede más rápida y eficientemente a la información sobre las crisis sanitarias. Por eso se necesitan respuestas rápidas, subrayaron.

Los integrantes del debate señalaron como referentes del creciente interés de la población por las crisis de la salud pública los casos de las vacas lo-



Un momento del debate sobre crisis en salud pública celebrado ayer. F. DE ALARCÓN

cas británicas, las dióxidas de los pollos belgas y las epidemias de legionelosis que empiezan a ser comunes cada verano en España.

Sobre la preocupación de la ciudadanía, Guillén guardó un apartado al caso de las antenas de telefonía móvil, sobre las que se ha dicho de todo sin que la información sea clara ni existan posiciones comunes.

Prevenir accidentes

Por otro lado, el foro de Salud Pública acogió ayer la presentación de varios programas preventivos dirigidos a los jóvenes. Entre ellos estuvo el de la me-

sa intersectorial de Málaga para la prevención de accidentes de tráfico de jóvenes, constituida hace ya tres años y que expuso los resultados de su trabajo, basado en la estricta colaboración de las administraciones municipal, educativa y de Seguridad, además de otros colectivos ciudadanos.

Uno de los datos destacables en este sentido es que sólo en un año, las campañas de prevención de la mesa lograron que el uso del casco en la motocicleta pasase del 15 por ciento de los conductores malagueños al 90 por ciento. En ello, las multas de los peditas locales también tuvieron que ver.



Gustavo Bueno

La herencia griega del buen vivir

El filósofo riojano Gustavo Bueno abrió la jornada con una ponencia sobre el arte de vivir, una teoría aristotélica de la que la sociedad actual ha heredado "su preocupación por lo saludable", plasmada entre otras realidades en el culto al cuerpo. Además, Bueno incluyó el consumo de productos naturales y el interés por los problemas medioambientales de la sociedad occidental actual como dos pruebas más de la herencia aristotélica del arte de vivir. El filósofo, considerado el padre del materialismo filosófico, preside actualmente la fundación que lleva su nombre, con sede en Oviedo, que tiene por objeto el fomento del estudio y de la investigación en diversas materias científicas, especialmente de las de índole biológica y médica, así como el estudio de la filosofía.

«Los problemas juveniles son problemas contruidos por las instituciones»

El sociólogo Enrique Martín critica la «invención» de la idea de juventud

● El profesor de Sociología de la Educación de la Universidad de Sevilla dice que las teorías políticas sobre la juventud olvidan la heterogeneidad de los jóvenes

E.L.

CÓRDOBA. La juventud no existe, existen los jóvenes. Sobre esa idea basó el profesor titular de Sociología de la Educación de la Universidad de Sevilla Enrique Martín Criado su intervención en la mesa redonda moderada ayer por el director general del Instituto Andaluz de la Juventud, Joaquín Dobladez, presentada bajo el título «Convivir con los jóvenes».

En su comunicación para el foro sobre Salud Pública, Martín Criado aseguró que «los problemas juveniles son problemas contruidos, ya sea por proyecciones sociocéntricas o por dinámicas institucionales que ignoran la heterogeneidad de los jóvenes». A lo largo de su discurso, Martín Criado llegó a apuntar que los problemas juveniles son más bien problemas inventados por los adultos que por ellos mismos.

Los adolescentes

El sociólogo guardó un espacio a los adolescentes, de los que, a su juicio, los adultos han creado una imagen tergiversada: «Los adolescentes son problemáticos. Y una vez institucionalizada la teoría, ésta se autovaleja».

Sobre la adolescencia habló más en profundidad el profesor titular de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla Alfredo Oliva, que, además de corroborar la idea de Martín Criado sobre los estereotipos del adolescente conflictivo, criticó la falta de interés de las administraciones por este colectivo «que no vota bien por edad o desin-



RAFAEL GARRIGÓN

Acaba el Foro sobre Salud Pública

CÓRDOBA. La viceconsejera de Salud, María Jesús Montero, dijo ayer durante la clausura del foro que es necesaria la «intersectorialidad» como estrategia de coordinación entre las instituciones de la salud pública. Montero destacó el éxito rotundo de estas jornadas por la alta participación y añadió que el 50% de los asistentes pertenecen al sector sanitario. La viceconsejera indicó que una de las conclusiones ha sido la necesidad de crear un sistema de información que permita identificar los problemas a tiempo.

terés». Oliva advirtió además que la globalización ha condicionado sobremanera la forma de actuar de los adolescentes y aseguró que en el siglo XXI la «brecha generacional», y por tanto el deterioro de la comunicación entre padres e hijos, será aún mayor por el continuo cambio de las modas, los co-

nocimientos, el estilo de vida, etcétera. El profesor concluyó su comunicación apelando al papel de las familias en el desarrollo de la adolescencia, animando a los padres a buscar fórmulas para que la «brecha generacional» no sea tanta y la comunicación no se deteriore.

Críticas a la Junta por frivolarizar sobre el sexo

El Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía, clausurado ayer, fue duramente criticado por la Asociación Foro Vital de Córdoba, que denunció lo que a su juicio es «la manipulación de la información sexual que la Junta proporciona a la sociedad andaluza».

La asociación se refirió concretamente al tratamiento, en su opinión «sesgado», respecto a la información sobre la «píldora del día después», que ha contado con un stand propio en el Palacio de Congresos abandonado por una de las empresas farmacéuticas que comercializan la pastilla.



Jóvenes junto a una expendedora de preservativos

Foro Vital dijo ayer que «la Consejería de Salud ha desperdiciado una ocasión para crear un

auténtico foro de debate, que aglutine todas las realidades concernientes a la salud pública» y su-

brayó que el discurso de la Junta ha resultado ser «el de siempre: ofrecer una información parcial y frivolarizar en materia sexual». Por último, la Asociación que preside Rafael Salido explicó que su organización apuesta por un proyecto educativo que integre la sexualidad en un contexto de responsabilidad y libertad, que respete la dignidad de la persona. Además del stand dedicado a la píldora, el foro ha contado con la presentación de varias experiencias para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

CONCLUSIONES DEL FORO DE DEBATE SOBRE LA SALUD PÚBLICA EN ANDALUCÍA

La Junta dotará de planes de salud preventiva a colectivos en riesgo

Los participantes priorizan el desarrollo de políticas de apoyo integral a la familia

Los jóvenes siguen requiriendo educación sexual, sobre drogas y accidentes de tráfico

MARÍA JOSÉ RAYA

La Junta de Andalucía potenciará planes conjuntos en las áreas de inmigración, violencia doméstica, infancia, familia, espacio socioasistencial, exclusión social y prostitución, y también impulsará otros programas que trabajen en la promoción de la salud y la prevención en aquellos colectivos en situación de riesgo. Esta es una de las principales conclusiones extraídas tras la clausura del Foro de Debate sobre la salud pública en Andalucía, que se ha celebrado desde el pasado miércoles en Córdoba. La viceconsejera de Salud, María Jesús Montero, destacó que "el éxito del foro ha sido rotundo, con una participación de profesionales del sector sanitario del 50% y la importancia de la intersectorialidad y la corresponsabilidad como estrategia a seguir". Montero indicó que las administraciones, junto a las organizaciones civiles, precisan de un impulso decisivo para responder a los problemas de salud que más preocupan a la sociedad como



Autoridades de la Consejería de Salud asistentes ayer a la clausura del foro.

LUIS MORA

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES EN LA CLAUSURA DEL CONGRESO

Una experta destaca el miedo a la muerte en la sociedad occidental

■ La profesora Chantal Maillard destaca el miedo a la muerte existente en la sociedad occidental "que lleva a algunas personas a no atender o alejarse del dolor y sufrimiento de sus personas cercanas, a la vez que la era de la espectacularidad les permite vivir sin sentimientos una tragedia en televisión".

La vacunología, una de las ramas de la medicina con más futuro

■ El jefe del Servicio de Prevención de la Salud de la Consejería, José Antonio Navarro, apuntó que la vacunología es una de las ramas de la medicina con un futuro más promisorio, tanto para la prevención de enfermedades infecciosas como para la reducción de patologías degenerativas y metabólicas.

Presentadas 18 experiencias y 10 documentos de trabajo

■ El foro de salud pública ha servido para presentar 18 experiencias relacionadas con la educación, los asuntos sociales, la salud y sectores más desfavorecidos y 10 documentos de trabajo, sobre niños hospitalizados, jóvenes, medio ambiente, inmigrantes, prevención del cáncer, entre otros temas.

son los jóvenes, la familia, la mujer, los mayores y los colectivos más desfavorecidos, con el objetivo de reducir desigualdades. "Es necesario implantar un sistema ágil de información para dar una respuesta inmediata a los problemas de estos sectores dentro de la familia y su entorno inmediato (la vivienda, el barrio y la ciudad)", precisó la viceconsejera de Salud.

María Jesús Montero añadió que la Junta propondrá el desarrollo de políticas de apoyo integral a la familia, implicar al ciudadano y productor en la seguridad alimentaria y en el desarrollo sostenible, lograr una calidad de vida para personas y colectivos que se enfrentan a limitaciones crónicas de su salud, recuperar la ciudad como elemento de convivencia, que el espacio laboral sea un lugar saludable y atención integral a la salud de los inmigrantes.

APOYO A LOS JÓVENES

Por su parte, el director general del Instituto Andaluz de la Juventud, Joaquín Dobládez, resaltó la necesidad que aún existe de seguir informando a los jóvenes en materia de educación sexual, sobre drogas, trastornos alimentarios y accidentes de tráfico, para lo que desde hace tiempo varias administraciones están trabajando conjuntamente. En esta línea el profesor Enrique M. Criado dijo que "parece que los jóvenes se han convertido en una de las marginalidades preferenciales del estado de bienestar". En este sentido, el profesor Alfredo Oliva señaló que todos "estos problemas" se presentan a los jóvenes en un momento conflictivo, una etapa de transición en la que tienen que asumir nuevos roles.

el Día de Córdoba

SA 12 10 2002

CÓRDOBA 17

CLAUSURA DEL FORO DE DEBATE SOBRE LA SALUD PÚBLICA ANDALUZA

La viceconsejera de Salud pide una mejor coordinación a las instituciones

M. G.

■ La recién nombrada viceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía, María Jesús Montero, pidió ayer a las instituciones que realicen un mayor esfuerzo en materia sanitaria y llamó a la práctica de la intersectorialidad "como estrate-

gia de coordinación" durante la clausura del Foro de Debate sobre la Salud Pública celebrado en Córdoba. Montero destacó además el "éxito rotundo" de las jornadas por la alta participación, que ha estado en torno al medio millón.

La viceconsejera indicó que una de las conclusiones del foro ha

sido la "posibilidad de incluir un sistema de información que permita identificar los problemas con tiempo suficiente", sobre todo con la población de familias dependientes de los ancianos "donde hay que potenciar la salud pública". Montero también apuntó que "la salud pública debe seguir una

trayectoria en relación a la seguridad alimentaria por todo lo que ha significado la Unión Europea y el libre comercio de mercancías existente". Durante el foro, que se inauguró el miércoles, se han desarrollado multitud de ponencias con el análisis de los nuevos retos en materia sanitaria como telón de fondo. Algunos de los asuntos que han suscitado mayor interés ha sido la inmigración, la familia, el trabajo, las adicciones y la tercera edad, meta esta última en la que ha participado la empresa cordobesa Sanyres, del Grupo Prisa.

El consejero andaluz de Presidencia, Gaspar Zarrías, ha afirmado que el mejor instrumento para eliminar desigualdades en salud pública es el trabajo intersectorial. Para ello, es necesario el uso de nueva legislación y la evaluación de las políticas. Zarrías ha hecho estas declaraciones en el Foro de Debate de Salud Pública organizado por la Consejería de Salud. Según su titular, el papel del Estado está en crisis tras los traspaños.

Andalucía cree que permitirá resolver desigualdades

La intersectorialidad, clave de la salud pública

A. B. Sevilla
"El trabajo intersectorial es el mejor instrumento que podemos emplear para abordar las desigualdades existentes en la salud pública", ha dicho el consejero de la Presidencia de la Junta de Andalucía, Gaspar Zarrías, en la presentación del Foro de Debate sobre Salud Pública que se ha celebrado en Córdoba.

Alexar esta intersectorialidad permitirá generalizar las responsabilidades del trabajo compartido (entre Salud, Educación, Asuntos Sociales...) y ampliar la rentabilidad económica, según Zarrías, "en favor del bien común".

Para llevar a cabo este abordaje intersectorial, el consejero de Presidencia ha justificado la utilización de nuevos mecanismos legislativos, la realización de evaluaciones periódicas de las políticas existentes y el análisis de los resultados reales que se obtienen en Salud pública, sobre todo a través del Plan de Calidad Andaluz. Desde la Presidencia se reclama "establecer un diálogo con todos los agentes sociales y desarrollar mecanismos de participación real



Gaspar Zarrías.

de los ciudadanos en los sistemas públicos de salud". El primer ejemplo de esta nueva política integral lo encuentra Zarrías en el Decreto de Apoyo a la Familia (30 abril de 2002), ya que "fue necesario poner en marcha hasta 13 órdenes legislativas para hacerlo efectivo".

Trabajo en equipo

Un grupo de expertos se ha planteado en el mismo foro cómo abordar esa intersectorialidad a nivel local. "Desde un solo sector es imposible enfrentarse con la problemática del al-

cohol, las adicciones, el sida en los jóvenes, la soledad de los mayores, etc.", ha comentado el pediatra Rafael Muriel, de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud.

Por ello, los planes integrales que se quieren llevar a cabo tienen como principales agentes a los ayuntamientos, las escuelas y los centros de salud. Porque "cuando un joven se acerca a un centro de primaria con un problema ya es imposible un abordaje preventivo, de ahí que busquemos los lugares en los que sí podemos efectuar esa prevención", explica Muriel.

El técnico de la Dirección General de Salud Pública apunta que los nuevos pactos locales requieren la conciliación de los sanitarios para que sumen sus esfuerzos con otros sectores: "Agrupar el trabajo de psicólogos, educadores, pediatras, asistentes sociales, etc., es muy difícil". Según Muriel, los agentes locales están fomentando el trabajo en equipo con una amplia campaña y forzando a los facultativos a asumir nuevas responsabilidades.

Descentralización

Vallejo: "el papel del Estado está en crisis en toda Europa"

A. B. Sevilla
El consejero de Salud de Andalucía, Francisco Vallejo, ha inaugurado el Foro de Salud Pública asegurando que la tendencia de la UE a la descentralización de políticas y sistemas de salud, en la que España está inmersa, está provocando que "el papel del Estado entre en crisis".

Según Vallejo, "las decisiones se van a situar cada vez más entre Bruselas y las autonomías", algo que afectará directamente a las políticas de salud pública.

El consejero ha enumerado los nuevos roles, como son "nuevas formas de organización, más flexibles e independientes, para garantizar la seguridad alimentaria, más integración de la atención a grupos específicos (vacunaciones, sida...) en los servicios sanitarios normalizados, establecer alianzas con los responsables y colectivos a favor de la salud, mayor capacitación para afrontar los problemas de salud emergentes y mejorar la capacidad investigadora".

Debe mejorar el flujo de información

La seguridad alimentaria debe llegar a toda la cadena

A. B. Sevilla
"Necesitamos un nuevo modelo de gestión de seguridad alimentaria que establezca la autorresponsabilidad a toda la cadena alimentaria", ha explicado el coordinador de Salud Ambiental e Higiene Alimentaria de la Consejería de Salud andaluza, José Antonio Cornejo, en el Foro de Debate de Salud Pública.

Para abordar los riesgos reales que pueden presentarse, Cornejo propone que las agencias de seguridad contemplen un amplio abanico de "cambios previsibles". Esto, sugiere el conferenciante, puede realizarse mediante el desarrollo de una estructura de comunicación del riesgo, a través de la unificación de los sistemas de información de todo el país -e incluso de toda Europa- y teniendo en cuenta el protagonismo de la distribución. Tampoco

se ha de olvidar tampoco la modificación de los procedimientos de control oficial, basados hasta ahora sólo en inspeccionar y supervisar.

Dos modelos

En España existen dos modelos emergentes de agencias: el de Cataluña y el de Andalucía. El modelo catalán tiene como elementos esenciales la evaluación y la comunicación del riesgo, mientras que el modelo andaluz integra, además de lo anterior, la gestión de ese riesgo. Para Cornejo, el modelo más idóneo debe conseguirse paso a paso, pero "sin dejar a un lado la responsabilidad regional de la gestión del riesgo, con competencias que se separan según el ámbito geográfico de los alimentos, por funciones, tomas, etc., tal y como hacen el modelo inglés o belga".

El Idioma, el mayor problema en AP

Nuevo protocolo de atención sanitaria a los inmigrantes

A. B. Sevilla
"A pesar de las garantías legales, todavía existen otras barreras en el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios, sobre todo en lo que se refiere a la comunicación con los profesionales", ha manifestado la directora de proyecto de la Fundación Progreso y Salud de la Junta de Andalucía, Pilar Ruzo.

La mayoría de los inmigrantes no conocen los servicios sanitarios que ofrece la sanidad pública, ni saben que existen programas preventivos a los que pueden acceder. Por ello la Consejería de Salud ha elaborado una Guía básica de atención sanitaria a la población inmigrante dirigida a los profesionales sanitarios de primaria y urgencias, en la que se incluye el calendario de vacunación que debe seguirse en caso de que el inmigrante no aporte docu-

mentación previa. La guía incluye también un protocolo orientativo de atención a inmigrantes para que el profesional sanitario lo adapte a cada paciente en función del motivo de consulta, del país de procedencia y del tiempo de estancia en la zona y en España.

Flexibilidad

Mientras que en otras regiones a los inmigrantes se les exige estar empadronados, en Andalucía se les proporciona una tarjeta de reconocimiento temporal de la asistencia, una flexibilidad que Ruzo ha valorado positivamente. Otra medida ha sido la elaboración de la carpeta del inmigrante, una especie de historial clínico registrado en red para que pueda consultarse en cualquier lugar de la región, dado que la mayoría de los inmigrantes son temporeros agrícolas.

Exposición de fotografía
Reflejo interior

Asociación Meridianos. A.D.I.S.



Exposición

Los actuales problemas de salud de los jóvenes suelen tener un fuerte componente comportamental y de relación con su entorno, y entendido esto en un sentido amplio, con trastornos de conducta y de gestión del riesgo.

Por este motivo se ha invitado a la Asociación para el Desarrollo y la Integración Social "Meridianos" a participar en el Foro con la muestra de fotografías "Reflejo Interior".

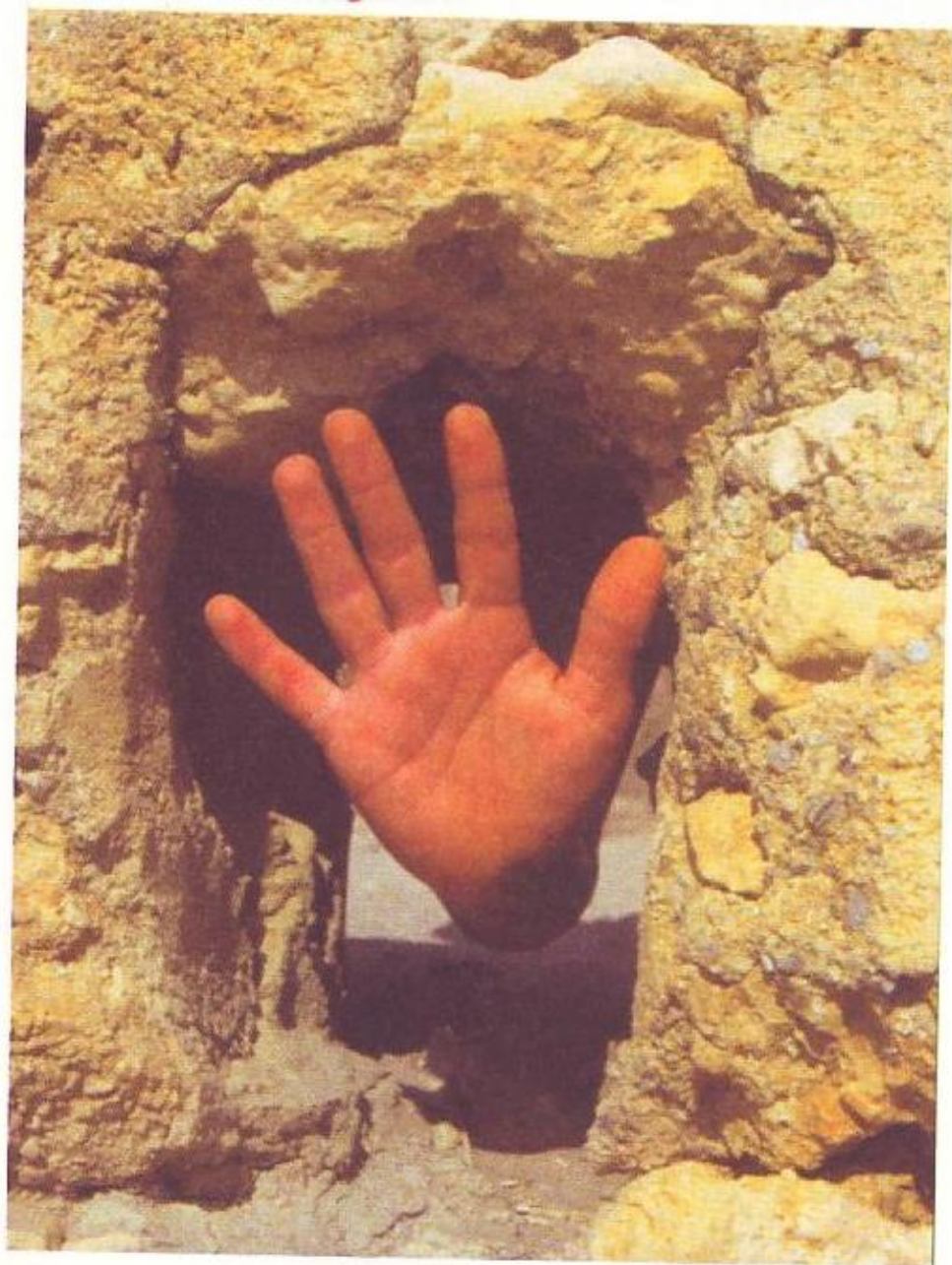
Son fotos realizadas por menores en cumplimiento de medidas judiciales, por "chicos de reforma", que la Asociación atiende en colaboración con la Junta de Andalucía, concretamente con la Dirección General de Reforma Juvenil.

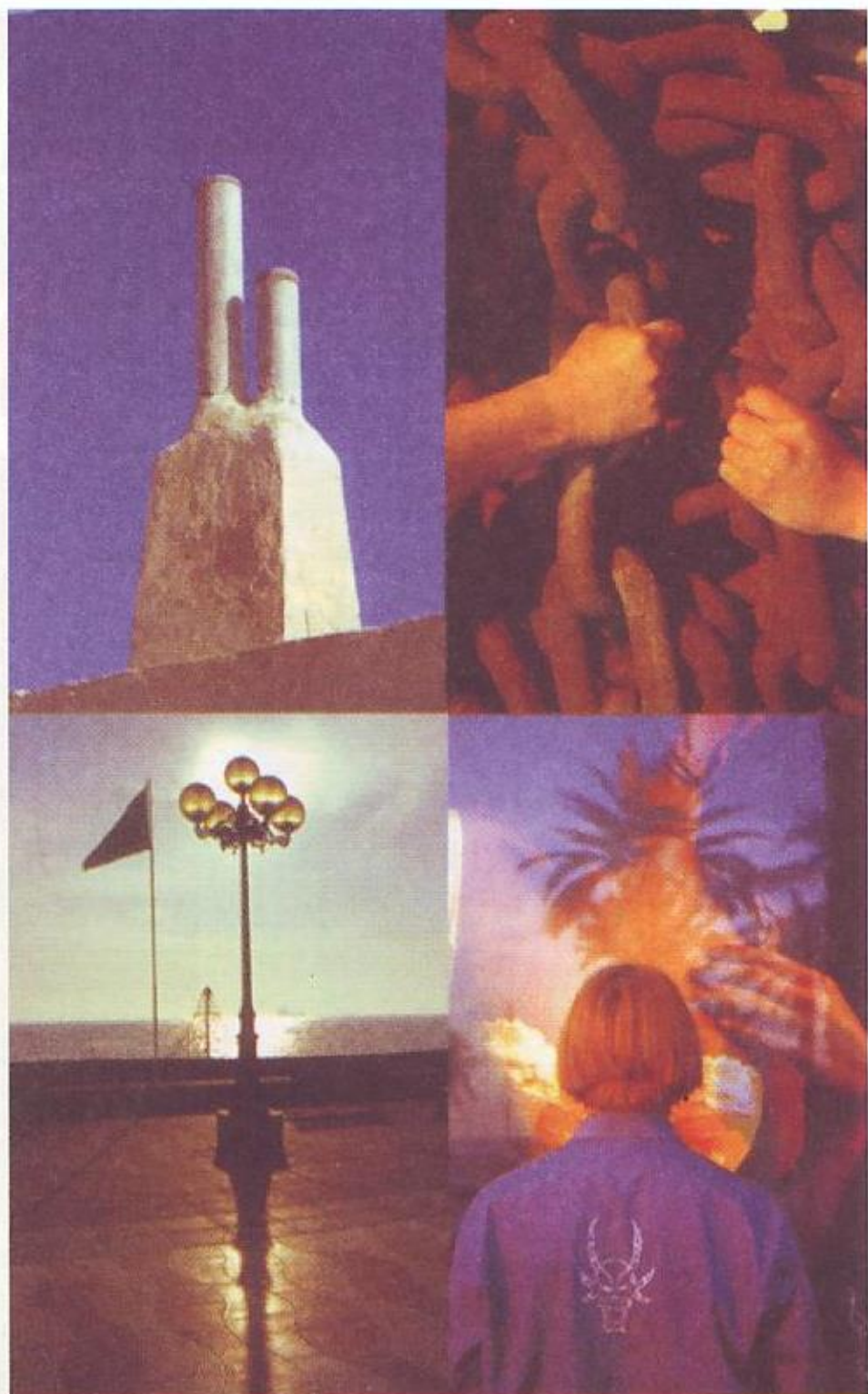
El programa de intervención que la asociación "Meridianos" desarrolla en los Centros de Reforma se caracteriza por el riguroso cumplimiento del mandato judicial, a lo que se une el aprendizaje de normas de conducta y habilidades personales, sociales y laborales que posibilitan al joven, una vez cumplida la sanción, reiniciar su vida con nuevas y mejores herramientas.

La exposición "Reflejo Interior" es resultado del Taller de Fotografía que "Meridianos" desarrolla en el Centro de Menores "Jesús Redentor" de Almería. Los jóvenes han aprendido en él, no sólo a captar la luz y las imágenes, sino también a expresar ideas y emociones por esta vía.

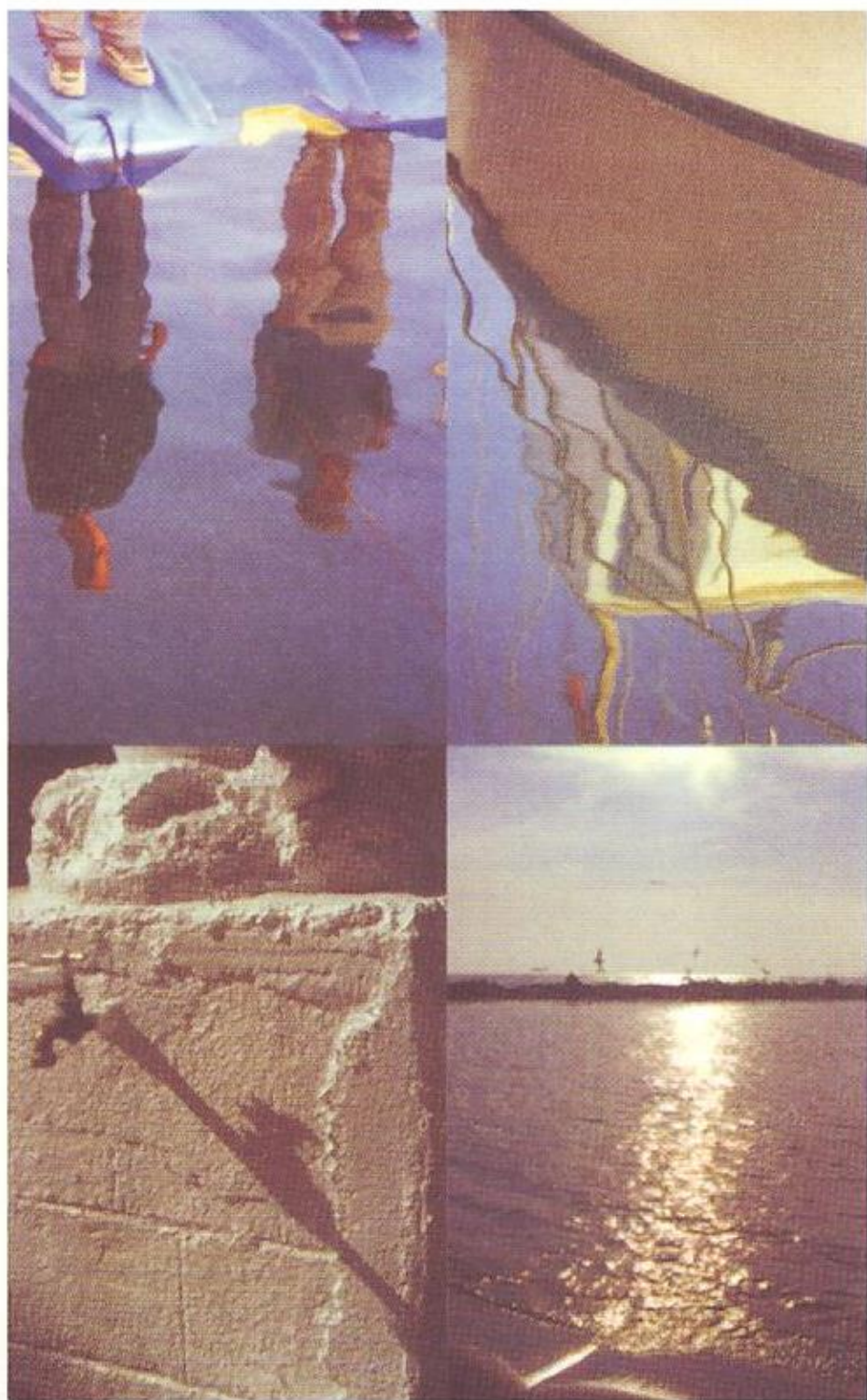
La muestra quiere ser también una invitación a la reflexión sobre estos jóvenes, sobre su presente y su futuro.

Reflejo Interior









Exposición de carteles

Concurso de carteles de sida

Consejo Andaluz de la Juventud



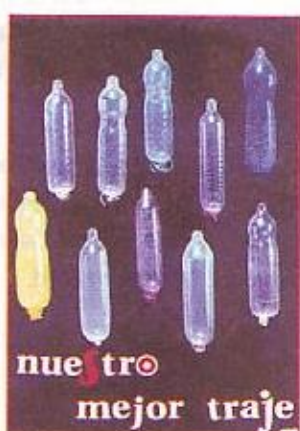
Concurso

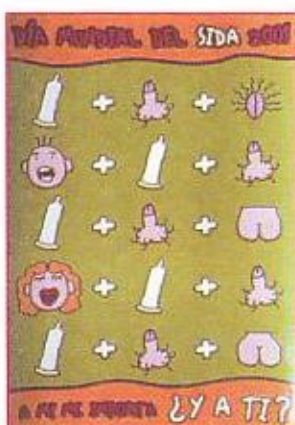
El Consejo Andaluz de la Juventud organiza anualmente, con la colaboración de diversos organismos de la Junta de Andalucía, un concurso de carteles sobre prevención del sida.

Además de la posible obtención de los premios correspondientes al concurso, estos carteles sirven de base para la elaboración de diverso material informativo. Así, la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud selecciona anualmente uno de ellos para editar un calendario de pared cuyo mensaje es la necesidad de tomar medidas preventivas contra esta enfermedad.

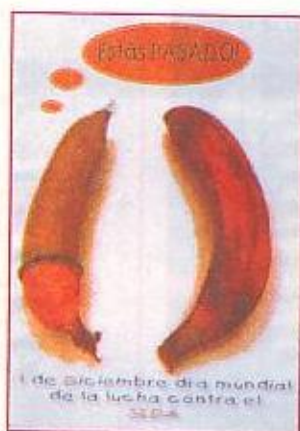
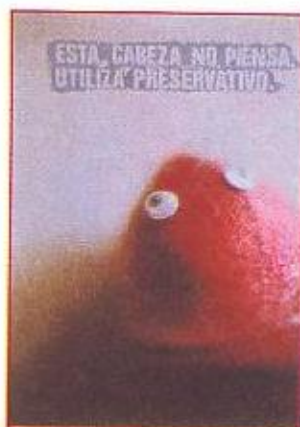
Una muestra de los trabajos más destacados presentados en los sucesivos concursos permaneció expuesta en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Córdoba en los días de celebración del Foro, como un acto más de reconocimiento al trabajo de estos jóvenes autores y a su colaboración en el tratamiento de esta enfermedad.

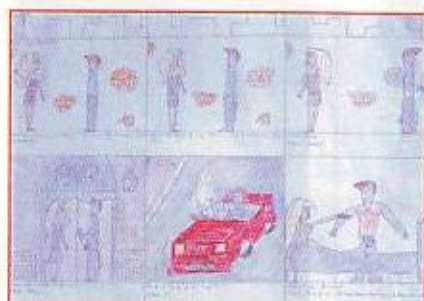
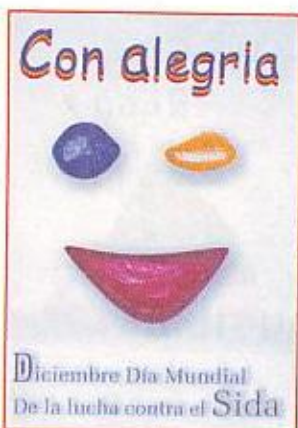
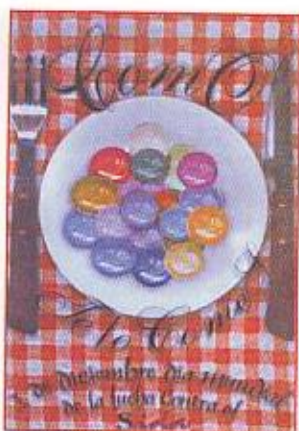


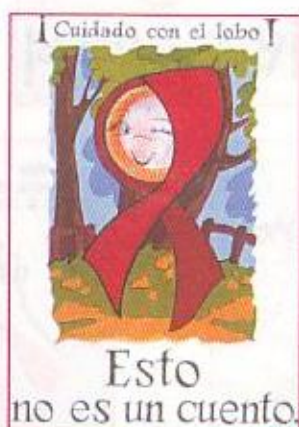


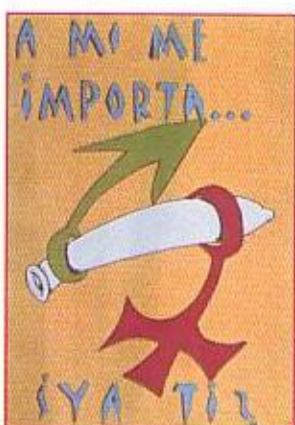
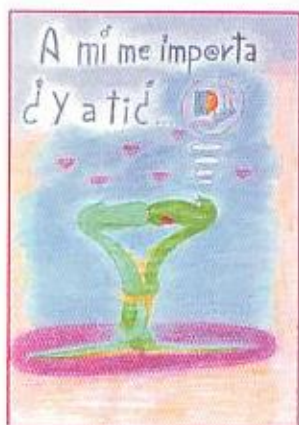
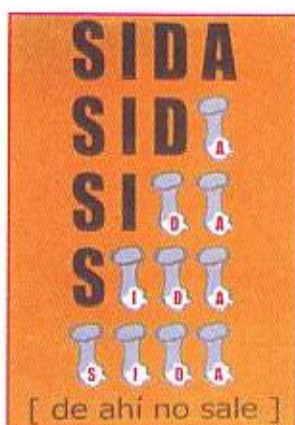












En torno al Foro



Organización



Algunos de los integrantes del Comité Científico y Comité organizador del I Foro de Debate sobre la Salud Pública en Andalucía

Comité científico

Presidente: Rafael Muriel
 Vocales: Adela Abarrategui
 Carmen Ayuso
 Leonor Burgos
 Francisco Camino
 Rafael Carretero
 José Antonio Conejo
 Carmen Escalera
 Juan Luis Gómez de Celis
 Carlos Gómez
 Jacoba López
 Juan de Dios Melgarejo
 Franciso Moreno
 Antonio Ochoa
 Rafael Pereiro
 Francisco Rocha
 M^a Jesús Romero
 Raquel Salmoral
 Fernando Silió
 Olga Solas

Comité organizador

Presidenta: M^a Antigua Escalera
 Vicepresidente: Javier Ortiz
 Vocales: Rosa Baras
 María Luisa Barrero
 José Bejarano
 Javier Blanco
 Pilar Cabo
 Luz M^a Fernández-Regatillo
 Fermín García
 Ifigenia Frías
 Francisco J. Gómez
 Margarita López
 Susana Martínez
 Juan Carlos Martínez
 Estrella Montero
 Antonio Moreno
 Jesús Muñoz
 Miguel Picó
 Consuelo Rello
 M^a Paz Rodríguez
 Alfredo Rubio
 Jesús M^a Ruiz
 Angélica Sánchez
 Carmen Sayago

Entidades colaboradoras

Patrocinadores

Dreiman
 MSD
 Esteve
 Glaxo Smith Kline
 Wyeth-Lederle

Colaboradores

Diputación provincial de Córdoba
 Ayuntamiento de Córdoba
 Aventis Pasteur
 MSD
 Baxter
 Berna
 Harttman
 Covap
 Moreno, S. A.
 Sanyres
 Atención a la inmigración

