

Salud Pública

Vol. 2 – Nº 1
2002

Educación para la Salud



EDITORIAL

- La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es declarada libre de Polio 1

ARTICULOS ESPECIALES

- La Organización Panamericana de la Salud (OPS) cumple 100 años O.P.S. 3
- La Cámara Europea recomienda la legalización del aborto en la UE para proteger los derechos de la mujer UE. 6
- La tremenda cuestión del aborto X Chao 7
- Comunicación del riesgo en crisis alimentaria: el caso de las vacas locas C. Junyent 11

ORIGINALES

- Experiencias de Educación para la Salud en Argentina C. R. Estévez 15

DOCUMENTOS

- Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 22
- Declaración Universal de Derechos Humanos 25

METODOLOGIA

- Encuestas de satisfacción de usuarios L. Maceiras 28

- RESEÑAS DE LIBROS Y DE SITIOS EN INTERNET 34

- AGENDA 36

- CULTURA Y SALUD CP

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública (Universidade de Vigo)
Asociación Galega de Educación para a Saúde



ASOCIACIÓN GALEGA
DE EDUCACIÓN PARA A SAÚDE



ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE VIGO

DIRECCIÓN

L. Maceiras (Pontevedra)

COMITÉ CIENTÍFICO

JM. Barros Dios (Santiago de Compostela)
C. Fernández (Santiago de Compostela)
E. Fernández (Barcelona)
A. Luengo (Santiago de Compostela)
J.C. March (Granada)
A. Montes (Santiago de Compostela)
P. Nájera (Madrid)
S. Pita (A Coruña)
R. Sánchez (Santiago de Compostela)
B. Takkouche (Santiago de Compostela)

CONSEJO EDITORIAL

C. Cadarso (Santiago de Compostela)
KJ. Duncan (Pontevedra)
E. González (Santiago de Compostela)
C. Granizo (Zaragoza)
M. Guerra (Vigo)
M. Lozano (Santiago de Compostela)
M. Pereira (Santiago de Compostela)
C. Quintas (Lugo)
L. Rodríguez Míguez (Ourense)
A. Segovia (Santiago de Compostela)

Correspondencia:

Asociación Galega de Educación para a Saúde
Apartado de Correos 543
15780 Santiago de Compostela (A Coruña)
Correo electrónico: oepe@mundo-r.com
Dirección en Internet: <http://www.uvigo.es/webs/mpsp/rev-eps.htm>

Depósito Legal: C-2282/2001

ISSN: 1578-858X

Publicación semestral.

Este número corresponde a primavera y verano;
cubre los meses de abril, mayo y junio de 2002
y julio, agosto y septiembre de 2002.



**por tu salud
muévete**



La propiedad intelectual (*copyright*) (©) es
de las autoras y autores de los artículos,
y de la Asociación Galega de Educación para a Saúde
y del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública
de la Universidad de Vigo,
editoras de la revista.

LA REGIÓN EUROPEA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) ES DECLARADA LIBRE DE POLIO

21 de junio de 2002, Copenhague (Dinamarca)

(WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. CERTIFICATION OF POLIOMYELITIS ERADICATION. EUROPEAN REGION, JUNE 2002)

El progreso es la realización de las utopías.
(Oscar Wilde)

La Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CRE o RCC en inglés), ha certificado a la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) libre de polio, en Copenhague el 21 de junio de 2002. La Región engloba a 51 Estados Miembros en los que viven unos 870 millones de personas, por lo que esta decisión probablemente va a ser el mayor acontecimiento de salud del nuevo milenio.

La Región Europea ha estado libre de poliomiélitis autóctona más de tres años. El último caso de poliomiélitis autóctona ocurrió en el este de Turquía en 1998, en un niño de dos años no vacunado. Pero la importación de poliovirus salvaje de países endémicos continúa siendo una amenaza. En 2001 hubo tres casos de poliomiélitis entre niños de una comunidad gitana en Bulgaria y un caso no-paralítico en Georgia, todos causados por poliovirus importados de la India. Hace una década se produjeron 71 casos de parálisis y dos muertes en Holanda, por poliovirus importados, en una comunidad que rechazaba la vacunación. La rápida detección y confirmación de los casos y la instauración de intensas campañas de vacunación en su entorno, han evitado que la circulación se extendiera en la Región. Todo ello indica que el mantenimiento de la vacunación y de la vigilancia es vital, puesto que el riesgo de importación de poliovirus seguirá existiendo hasta que la poliomiélitis se erradique de todo el mundo.

El camino para alcanzar el certificado libre de polio en la Región Europea se inició en 1988, tras el acuerdo de la Asamblea Mundial de la Salud de conseguir la erradicación mundial de la poliomiélitis. Los patrocinadores iniciales fueron la OMS, los Centros de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de Estados Unidos (CDC), el Rotary Internacional y UNICEF. El éxito en Europa se ha conseguido tras una serie, sin precedentes, de campañas nacionales de vacunación coordinadas, conocidas como operación MECACAR (*Eastern Mediterranean, Caucasus and Central Asian Republica*), que englobaba a 18 países endémicos de poliomiélitis en las Regiones Europeas y del Mediterráneo Este de la OMS. Entre 1995 y 1998, sesenta millones de niños menores de cinco años han recibido dos dosis extra de vacuna de poliomiélitis cada año.

Desde 1997, la operación incluyó vacunaciones masivas puerta a puerta en áreas de alto riesgo de estos países. Estas campañas suplementarias de vacunación han continuado hasta el año 2002. La sincronización de la vacunación entre países vecinos ha sido un modelo para la erradicación mundial de la enfermedad.

En 1996 se nombró en la Región Europea el Comité Regional para la Certificación, integrado por expertos internacionales de Salud Pública. Antes de declarar la certificación, la CRE ha analizado toda la información sobre vigilancia y vacunación enviada por los Comités Nacionales de Certificación de cada uno de los 51 Estados Miembros, que fueron reunidos y les han sido enviados, con el fin de asegurarse de que la ausencia de notificación de aislamientos de poliovirus salvaje refleja la interrupción de su transmisión indígena. Así mismo, todos los Ministros de Salud han enviado un compromiso firmado acerca del mantenimiento de las actividades de vigilancia y vacunación en su país.

Además del mantenimiento de la vacunación, la vigilancia y la capacidad de respuesta ante posibles casos importados, los países de la Región están actualmente completando un catálogo de los laboratorios que contengan poliovirus, como parte de un Plan Mundial que asegure una efectiva contención en un mundo libre de poliomiélitis.

El pre-requisito para conseguir la certificación regional es la ausencia de aislamientos de poliovirus salvaje durante al menos 3 años, en un contexto de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) de grande calidad. Otros criterios que empleó la CRE para certificar la región como libre de polio son: (1) una cobertura vacunal elevada en todos los países y en todas las áreas de estos países; (2) una vigilancia de la PFA que cumple con los indicadores de sensibilidad y/u otros medios sensibles de vigilancia virológica; (3) un plan de acción para darle respuesta a las importaciones de poliovirus salvaje; y (4) un compromiso político de los gobiernos nacionales para mantener los elevados niveles de cobertura vacunal y vigilancia hasta que se consiga el certificado global de la erradicación de la polio. Además, la CRE exigió que todos los países le presentasen pruebas de un progreso sustancial en el proceso de contención de poliovirus salvaje en los laboratorios.

Desde que la OMS aprobó el objetivo de la erradicación mundial de la poliomielitis en 1988, se han conseguido dos Regiones libre de polio, la Región de las Américas en 1994 y la Región del Pacífico Occidental en 2000. Se estima que 3.400 millones de personas (el 56% de la población mundial) viven en la actualidad en países y territorios certificados como libres de la transmisión endémica de poliovirus salvaje. Los casos de poliomielitis han descendido desde los 350.000 casos estimados en 1988 en 125 países, hasta 480 casos notificados en el año 2001 en 10 países endémicos pertenecientes a 3 regiones de la OMS: la de África, la del Mediterráneo Este y la del Sudeste Asiático. Durante 2000 y 2001 se documentaron brotes de polio causados por la circulación de poliovirus derivados de la vacuna en poblaciones con bajos niveles de cobertura vacunal en la isla La Española (República Dominicana y Haití) y en las Filipinas.

Para alcanzar la erradicación mundial es necesario cubrir un déficit de 275 millones de dólares hasta el año 2005. La coalición para la erradicación de la poliomielitis incluye los gobiernos de los países afectados por la poliomielitis; fundaciones privadas (Fundación de las Naciones Unidas, Fundación de Bill y Melinda Gates); el Banco Mundial para el Desarrollo; donaciones de gobiernos (Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos); la Comisión Europea; organizaciones humanitarias y no gubernamentales (la Federación Internacional de la Cruz Roja) y compañías privadas (Aventis Pasteur y De Beers). Un papel importante se debe a voluntarios de países en desarrollo: más de 10 millones han participado en las campañas masivas de inmunización.

Centro Nacional de Epidemiología España

En España, en noviembre de 1996 se constituyó un Grupo de Trabajo del Plan de Erradicación de la Poliomielitis y, de forma paralela e interrelacionada, se creó el Grupo de Representantes Autonómicos del Plan de Erradicación de la Poliomielitis, cuya primera reunión se celebró en el mes de Julio de 1997. En ella se aprobó el 'Plan de actuaciones necesarias en España para la consecución de la erradicación de la poliomielitis'. Dada la situación que presentaba el país frente a la infección por poliovirus, con coberturas de vacunación frente a la poliomielitis de 95% a nivel nacional y con ausencia de casos autóctonos de poliomielitis desde 1988, se propusieron como actividades fundamentales: mantener y mejorar, en la medida de lo posible, las coberturas de vacunación a través del Programa de Inmunización Infantil e implantar un Sistema de

Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años.

En octubre de 1997, a petición de la OMS y siguiendo sus instrucciones, el Ministro de Sanidad y Consumo nombra el Comité Nacional de Expertos para la obtención del Certificado de Erradicación de la Poliomielitis, cuya misión es supervisar las actividades del Plan de Erradicación Nacional y actuar de intermediario entre los grupos de trabajo y el Comité Regional de Certificación de la Erradicación de la poliomielitis, de la OMS.

Desde 1999 se ha iniciado en España el Plan para la contención del poliovirus salvaje en el laboratorio, estando completado en la actualidad el inventario de los laboratorios que poseen materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de poliovirus salvaje.

Finalmente se ha requerido, por parte de la OMS, a todos los ministros nacionales de salud, la elaboración de un Plan de Acción para la era de la post-certificación, con el objetivo de mantener un estado libre de polio, tras la certificación de la interrupción de la transmisión de poliovirus. Este Plan de Acción deberá incluir las actividades a desarrollar en el supuesto de que exista un caso importado de poliovirus salvaje.

A pesar del gran logro que supone la certificación libre de polio, el riesgo de importación sigue existiendo, por lo que deberemos mantener los Programas de Vacunación y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica hasta que la poliomielitis sea erradicada en todo el mundo.

OMS

Oficina central de la OMS: en Ginebra (Suiza).

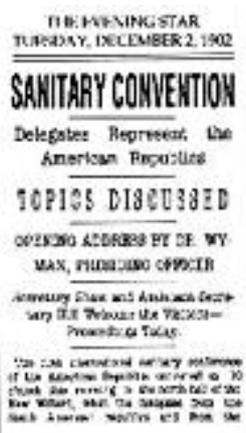
- Región de Europa (EURO): Oficina central en Copenhague (Dinamarca).
- Región de África (AFRO): Oficina central en Brazzaville (Congo).
- Región del Mediterráneo Oriental (EMRO): Oficina central en Alejandría (Egipto).
- Región de Asia Sudoriental (SEARO): Oficina central en Nueva Delhi (India).
- Región del Pacífico Occidental (WPRO): Oficina central en Manila (Filipinas).
- Región de las Américas (AMRO): Oficina central en Washington (Estados Unidos). [Esta *subunidad regional* de la OMS es la OPS].

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) CUMPLE 100 AÑOS

OPS

(PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) CENTENNIAL)

La falta de progreso significativo en la colaboración de salud internacional combinada con la manera en que los problemas de salud estaban interfiriendo con el comercio internacional en las Américas, debe haberse encontrado entre los factores que motivaron la segunda reunión de la Conferencia Internacional de los Estados Americanos (octubre 1901-enero 1902) que dirigiera la convocatoria de una Conferencia Sanitaria Internacional para organizar una Oficina Sanitaria Internacional para las Américas. El 2 de diciembre de 1902, en la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Américas en Washington D.C., 11 países se reunieron para formalizar la creación de lo que con el tiempo se convertiría en la Organización Panamericana de la Salud.



1910

La Oficina Sanitaria Internacional todavía constaba de los mismos 7 miembros bajo la presidencia de Walter Wyman. En 1910, la Cuarta Conferencia Internacional de los Estados Americanos aprobó que debería proporcionarse una oficina en Washington, D.C. para la Unión Panamericana. No se tomaron medidas para reclutar a ese empleado hasta 1921, cuando el sueldo de un 'secretario ejecutivo' apareció por primera vez en el presupuesto.



1924

Alrededor de 1924, las 21 repúblicas americanas se habían sumado al trabajo de la Oficina y la Conferencia Sanitaria Panamericana realizada ese año contó con la asistencia de 18 países, los cuales adoptaron el Código Sanitario Panamericano que se ratificó formalmente como un tratado internacional por las 21 repúblicas. El código era la culminación de un esfuerzo de 12 años y sigue vigente en la actualidad. En 1902, el presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana era de \$5.000, y para 1924 había crecido hasta \$50.000. (En 1948, cuando Fred Soper se hizo cargo, el presupuesto anual fue \$1,3 millones.)



2002

Con 35 países miembros de las Américas, hoy, la OPS es también la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. El Director de la OPS es, ahora, el Dr. George A. O. Alleyne, y la sede de la OPS está en Washington, D.C., donde la Organización está recibiendo las felicitaciones por sus cien años al servicio de la salud pública en el hemisferio occidental.



LA OPS NOMBRA HÉROES Y HEROÍNAS DE LA SALUD

Como parte de la celebración del Centenario, la Organización Panamericana de la Salud está reconociendo a los Héroes y Heroínas de la Salud Pública de las Américas por sus invaluable contribuciones en salud pública en el hemisferio. Vienen de un amplio espectro de antecedentes y campos del trabajo pero comparten una meta común: la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos del continente americano. Estos Héroes y Heroínas de Salud Pública representan un selecto grupo de entre los innumerables héroes detrás de las luchas en curso y los logros notables en la búsqueda de una América sana:

Dr. Carlos Canseco de México:

Especialista en alergias, ejerce en Monterrey, Nuevo León. Ha servido por muchos años como Rotario, presidente de la Asociación de Rotarios Internacional. Como Rotario fue particularmente activo en un plan para inmunizar a todos los niños del mundo contra la poliomielitis. En 1982, trabajó con el Dr. Albert Sabin, inventor de la vacuna antipoliomielítica oral, al desarrollar una vacuna de aerosol para prevenir el sarampión. Es ex-ministro de salud estatal y actúa como presidente del PolioPlus Speakers Bureau.

Dr. Jacinto Convit de Venezuela:

Experto en lepra y enfermedades tropicales, reconocido mundialmente. Trabajó con un grupo de investigadores en el Instituto Biomédico para crear una vacuna modelo para tratar la lepra y la leishmaniasis. Es actualmente el director del Cooperative Center of Therapeutic Leprosy Research de la Organización Mundial de la Salud, en Venezuela, y director del centro colaborador para la referencia e investigación en la detección histológica y clasificación de la lepra para la OMS.

Dra. Mirna Cunningham de Nicaragua:

Indígena Miskito y líder político de los pueblos indígenas. Trabajó por más de 10 años como profesora y como doctora en hospitales y dispensarios en toda Nicaragua. Fue también directora de investigación y presidenta para la región autónoma atlántica del Norte en el Ministerio de Salud nicaragüense. Actuó como Ministra de Gobierno de la Región Autónoma Atlántica del Norte y es actualmente rectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la costa del Caribe de Nicaragua y secretaria ejecutiva del Instituto Indigenista Interamericano en México.

Dr. Donald A. Henderson de Estados Unidos:

Dirigió el programa mundial de erradicación de viruela para la Organización Mundial de la Salud y

contribuyó al inicio del programa de erradicación de la poliomielitis de la OMS. Es director del Centro de Estudios para Biodefensa de la Escuela de Salud Pública e Higiene de la Universidad de Johns Hopkins. A raíz de los sucesos del 11 de setiembre y las preocupaciones acerca del bioterrorismo, el Dr. Henderson fue nombrado director de la oficina de Preparación de Salud Pública, por el secretario de Salud y Servicios Sociales, Tommy Thompson.

Dr. Jose Jordan de Cuba:

Pediatra y experto de renombre mundial en nutrición, crecimiento y desarrollo. Dirigió el Estudio Nacional de Crecimiento de Niños en Cuba, por el cual recibió un premio en los años setenta. Es autor de cinco libros, ha contribuido con más de 20 capítulos para libros de texto publicados en todo el mundo y ha escrito más de 150 artículos que han aparecido en revistas internacionales científicas y médicas. Ha recibido numerosos premios y distinciones en todo el mundo. Ha estado practicando la medicina pediátrica desde 1944 y es actualmente profesor de pediatría.

El Honorable Marc Lalonde de Canadá:

Abogado, sirvió como Ministro de Salud y Bienestar Social. En 1972 publicó las propuestas para una gran reforma del sistema de seguridad social canadiense. En 1974 publicó *Nuevas perspectivas sobre la Salud de los canadienses*, documento que se dio a conocer como *El informe Lalonde*. El informe fue aclamado internacionalmente por el cambio radical de las políticas tradicionales y su apoyo a la promoción de la salud al desarrollar un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención. También sirvió como Ministro Responsable de las Condiciones Jurídicas y Sociales de la Mujer y lanzó reformas legislativas que fueron publicadas en *Hacia la igualdad de las mujeres*.

Dr. Edgar Mohs de Costa Rica:

Ex-Viceministro y Ministro de Salud de Costa Rica y Director General del Hospital Nacional para Niños. En los años setenta trabajó en un programa del gobierno enfocado a la erradicación de la extrema pobreza centrándose en las reformas de la salud y la educación, como una herramienta para obtener mayor productividad. Formó parte del Consejo Directivo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. En los últimos 10 años, el Dr. Mohs ha formado parte de tres comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud y es consultor de la OPS y el UNICEF, y está en el comité de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Dra. Elsa Moreno de Argentina:

Experta mundial en el área de la salud materno-infantil. Ha servido como Directora Nacional de Salud Materno-infantil en la Argentina y como

profesora distinguida en la Escuela de Salud Pública y en la Universidad Nacional de Tucumán; así como Secretaria de Salud Pública del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Desde 1976-1989, fue asesora y directora del Programa de Salud Maternoinfantil de la Organización Panamericana de la Salud. La Dra. Moreno ha publicado 140 artículos y trabajos y 10 libros en las áreas de la salud maternoinfantil, clínicas, salud pública e investigación de los servicios de salud. Desde 1993, es profesora en el Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

Dra. Zilda Arns Newmann de Brasil:

Pediatra, trabajadora de salud pública y fundadora y directora del Pastoral da Criança, órgano para la acción social de la Conferencia Nacional de los Obispos del programa de Brasil. Este programa es uno de los más grandes en el mundo dedicado a la salud infantil y nutrición. El Pastoral da Criança ha reducido la mortalidad infantil en más de la mitad de las comunidades en más de 31.000 comunidades urbanas y rurales en donde trabajan-comunidades de extrema pobreza. El programa tiene 145.000 voluntarios de los cuales un 90% son mujeres que viven debajo del nivel de pobreza. El programa fue nominado para recibir el Premio Nobel de la Paz en 2001.

Dra. Ruth Puffer de Estados Unidos:

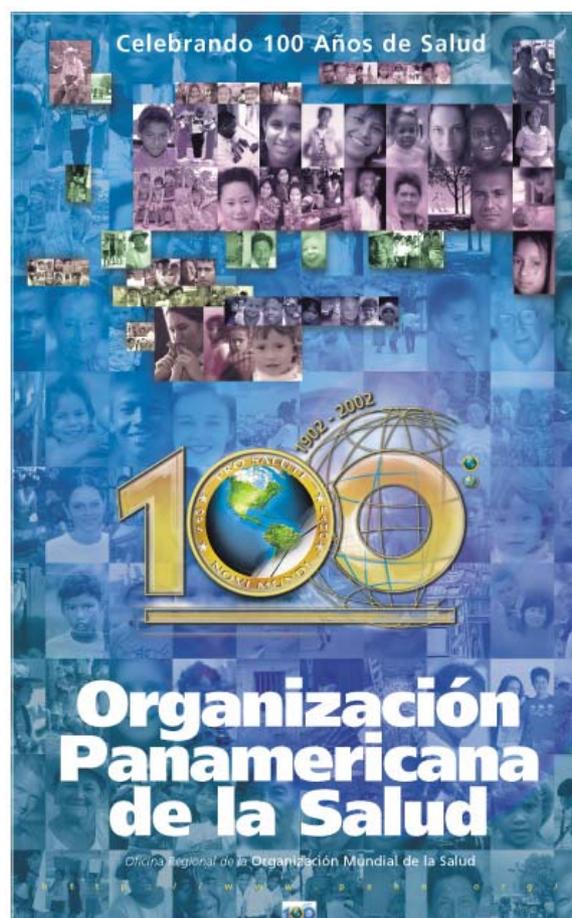
Bioestadística y profesional de salud pública. Empezó su carrera en salud pública como directora de los Servicios Estadísticos en el Departamento de Salud Pública del Estado de Tennessee. Entre 1953-1970, la Dra. Puffer sirvió como Jefe del Departamento de Estadísticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, donde tuvo un papel muy importante en la Investigación Interamericana de la Mortalidad Infantil. Durante ese período realizó dos estudios importantes de investigación: *Los Modelos de la Mortalidad Urbana* (1967) y *Los Modelos de la Mortalidad en la Niñez* (1973). Hoy, ambos estudios todavía se consideran los clásicos de la literatura científica y han tenido una repercusión innegable sobre los servicios de salud a través del hemisferio.

Sir Kenneth Livingston Standard de Jamaica:

Presidente fundador del Centro de Epidemiología del Caribe. Es conocido por su trabajo en salud maternoinfantil, nutrición infantil, participación comunitaria en salud pública y educación médica. Ha influido enormemente en la salud pública al explorar opciones en la prestación de atención de salud dentro de las limitaciones de recursos, utilizando auxiliares como miembros del equipo de salud.



Felicitemos cordialmente a todas las personas nominadas. Fundamentalmente a la Dra. Elsa Moreno, colaboradora en nuestra primera revista (Otoño-invierno 2001).



...“El cartel o afiche seleccionado para el Centenario representa la cara del panamericanismo. El diseño es una amalgama de 100 retratos que reflejan la esperanza a través de diversas culturas, edades y estilos de vida.” (OPS)

LA CÁMARA EUROPEA RECOMIENDA LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA UE PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LA MUJER

(THE EUROPEAN PARLIAMENT RECOMMENDS E.U. ABORTION LEGISLATION TO PROTECT WOMEN'S RIGHTS)

El 7 de julio de 2002 sale a la luz que el pleno del Parlamento Europeo acaba de aprobar un informe, con el voto en contra del grupo del Partido Popular Europeo (PPE), en el que recomienda la legalización del aborto en los Estados miembros de la Unión Europea.

El informe de la comisión de Derechos de la Mujer, que ha salido adelante con 280 votos a favor y 240 en contra, subraya que no se debe fomentar el aborto como método de planificación familiar, pero recomienda que, "para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres, se legalice, con objeto de hacerlo más accesible a todos y eliminar así los riesgos de las prácticas ilegales".

En este sentido, hace un llamamiento a los gobiernos de los Estados miembros y de los países candidatos para que se abstengan de procesar a mujeres a quienes se les haya practicado un aborto

ilegal. Además, solicita la formación de personal multidisciplinar que preste servicios especializados de salud sexual y reproductiva, incluyendo un asesoramiento profesional de alta calidad adaptado a las necesidades de grupos específicos, como emigrantes. Asimismo, hace hincapié en que el asesoramiento sea confidencial y que esté exento de juicios de valor. En caso de objeción de conciencia legítima del asesor, se pide que se facilite información sobre otros proveedores de servicios.

Por otro lado, el informe reconoce, que la salud reproductiva es competencia de los Estados miembros. Pero se considera que la UE puede contribuir a mejorarla a través de un intercambio de mejores prácticas. En este sentido, el Grupo Popular Europeo justificó su voto negativo por el hecho de que el informe no reconoce explícitamente que ninguna de las instituciones comunitarias tiene competencias en esta materia.

FOTOS DEL UNICEF

(La imagen con el crespón negro es de una madre que murió)



LA TREMENDA CUESTIÓN DEL ABORTO

X. Chao Rego

Teólogo

(THE TREMENDOUS ISSUE OF ABORTION)

Resumen

A nadie se obliga a abortar. La ley no manda, regula. Parece claro que el código español vigente antes de la despenalización no funcionaba en este asunto del aborto porque, al ser constantemente burlado, especialmente por los que tenían posibles económicos, no regulaba comportamientos. Y una ley que no se cumple, no sirve para el bien común, hay que derogarla.

Pero es que además, de hecho, se convertía en una ley de excepción que perjudicaba a las que no tenían medios económicos o información para cruzar la frontera y tramitar un aborto, clandestino aquí, legal en otros países. Y la hipocresía colectiva hacía de comparsa de una situación por todos conocida.

Palabras clave: Aborto. Salud sexual. Salud reproductiva. Salud de la mujer. Desigualdades. Equidad.

Abstract

Nobody is forced into an abortion. The abortion law does not enforce, it regulates. Prior to depenalisation, Spanish legislation was of no use, since it did not regulate social behaviours. This was the case as people with high incomes were able to overlook the law. A law that is not complied with does not serve the common wealth, and must be repealed.

Furthermore, it became a law of exceptions which worked against those with low incomes or lacking in information, who could go abroad and abort. An abortion at home would be clandestine, but legal aboard. Collective hypocrisy accepted such a situation.

Key words: Abortion. Sexual health. Reproductive health. Women health. Inequalities. Equity.

Tremendo resulta -literalmente, de *tremere* = temblar, estremecerse-, que una madre prescindiera voluntariamente del fruto vivo que lleva entrañado en su cuerpo y aún más trágico es que se interrumpa un proceso que conduce a algo tan positivo como un nacimiento. El aborto es, indiscutiblemente, un mal y, por lo mismo, no cabe otra consigna que ésta: todos contra el aborto.

Una cuestión de relaciones

Invocar en favor del aborto el argumento de la propiedad privada sobre el propio cuerpo -el derecho de las mujeres a disponer de él-, podría parecer convincente a primera vista. Pero no resulta defendible si es cierto, como pensamos, que ningún ser humano es un ser *absoluto* -quiere decir, "absuelto" de dar explicaciones-, sino que todos somos relativos: o, si lo preferimos, relacionales: relativos los unos a los otros, relacionados. Lo mismo valdría con otros problemas, por ejemplo, el supuesto derecho al suicidio.

Por lo tanto, considerar que el feto o el embrión es una mera excrecencia del cuerpo de la mujer que ésta puede eliminar a capricho, es absurdo. Como también resulta impropio afirmar que nada tiene que ver el resto de la sociedad, pues se está hablando de la vida de

un futuro miembro suyo. Claro que a quien le afecta directa e íntimamente es a la madre, sobre la que, además, cae el peso sancionador de la ley, y sobre nadie más. Ni siquiera sobre el padre, tan estrechamente relacionado.

En la procura de un ser humano

Para decirlo todo, tampoco el feto se puede constituir en un absoluto, pues es tan relativo que, de hecho, como todos sabemos, necesita de unas relaciones íntimas entre la mujer y el hombre. Y esto, que resulta obvio, es interesante y parece que se olvide totalmente. Porque el aborto es el fruto de una relación sexual antecedente que se intentaba que fuese infecunda.

Pues bien, la cuestión central es ésta: que llegue a la existencia un ser *humano*. Ahora bien, cuando no se quiere que nazca un niño, lo normal es echar mano de procedimientos anticonceptivos -que, hay que decirlo, casi todos están prohibidos, incomprensiblemente, por la doctrina del magisterio católico jerárquico-, por lo que el aborto puede ser considerado como un fracaso.

También la Naturaleza fracasa. De hecho, se pierden naturalmente el 50 por ciento de los óvulos fecundados y, de esa forma, se dan muchos abortos involuntarios. ¿Tenemos que decir que esos fetos o embriones

rechazados por la Naturaleza, eran seres verdaderamente humanos? Vemos los inconvenientes que puede traer consigo formular nuestra cuestión desde el feto como si fuese un valor absoluto. Pero sobre esto volveremos.

El problema religioso

Para un creyente, además, la cuestión de la relatividad o '*relacionalidad*' viene acentuada porque el único Absoluto es el Autor de la vida. Por lo que entendemos que una Iglesia fiel a Dios ha de proclamar proféticamente la vida y, en consecuencia, alertar contra el aborto. Como también lo tiene que hacer contra la guerra, la pena de muerte, el capitalismo salvaje que es causa de que mucha gente muera; y tendrá que apurarse a gritar a favor de la conservación ecológica de la Naturaleza. Si lo hace en exclusiva o con mayor énfasis contra el aborto, hay gente que puede sospechar que, consciente o inconscientemente, esconde motivos distintos de los que profesa.

Así, por ejemplo, habría que preguntarse hasta qué punto interfiere la buena formulación del problema una concepción metafísica hoy superada que anda preocupada por el momento en que Dios "infunde el alma" en la criatura. Lo mismo que es necesario analizar esos prejuicios eclesiásticos sobre la sexualidad que impiden ver ésta con autonomía propia, sin que tenga que estar orientada cada relación amorosa a la fecundidad y procreación. Así como la imagen inconsciente de que el aborto es medio frívolo de chiquitas insensatas que realizan el amor fuera del matrimonio -único lugar que legitima la relación sexual, según la doctrina católica tradicional- cuando sabemos que son muchas las madres con hijos que deciden abortar.

Una formulación deficiente

Cuando un problema se formula mal, nunca se resuelve. Y esto sucede con la cuestión que nos ocupa. Hablar de "defensa de la vida", sin más, lleva a este interrogante: ¿es que hay alguien, en este contencioso, que esté contra la vida? Referirse a la vida de un inocente o de un indefenso, llevaría a presuponer que en otras muertes que se le comparan -terrorismo, guerras, etc.- los muertos son culpables o tenían defensa. Por eso, hacer referencia a abortistas y antiabortistas, sin más, es una solución maniquea que ya de antemano nos pone delante de la vista una película de malos y buenos, como en el Oeste. Y entonces es imposible dialogar, hay que resolver el asunto a tiros.

La mala formulación en este conflicto de los católicos con la ley de despenalización del aborto, es ésta: supuesto que el aborto fuese (siempre) pecado, ¿tendría

que ser también delito? No hay que confundir moral con ley civil. El objetivo de ésta no es que no se cometan pecados, sino que lo suyo es la regulación de la convivencia civil, que está hecha de opiniones divergentes y a veces contradictorias. Lo que se discute en la ley no es si el aborto es bueno o malo, sino si la persona que aborta tiene que ser castigada por la ley o bien si ésta tiene que proteger que, de realizarse, el aborto sea efectuado en las mejores condiciones sanitarias posibles.

Tal función reguladora de la convivencia cívica y de la búsqueda del bien común convierte la ley, no en algo ideal, sino meramente pragmático; no es un instrumento de promoción de valores, sino de regulación de conductas. El legislador tendrá que preguntarse a menudo qué es lo útil y lo posible, y tendrá que optar, a veces, por lo menos malo moralmente, que acaso sea lo mejor legalmente. Lo que no puede hacer, desde luego, es promover como ley lo que es la moral de un grupo, aunque sea un grupo tan numeroso y respetable, en este caso, como el grupo católico en el que, como veremos, tampoco hay unanimidad sobre el tema.

La ley despenalizadora

A nadie se obliga a abortar. La ley no manda, regula. Parece claro que el código español vigente antes de la despenalización no funcionaba en este asunto del aborto porque, al ser constantemente burlado, especialmente por los que tenían posibles económicos, no regulaba comportamientos. Y una ley que no se cumple, no sirve para el bien común, hay que derogarla.

Pero es que además, de hecho, se convertía en una ley de excepción que perjudicaba a las que no tenían medios económicos o información para cruzar la frontera y tramitar un aborto, clandestino aquí, legal en otros países. Y la hipocresía colectiva hacía de comparsa de una situación por todos conocida.

Por lo tanto, el elector eventualmente católico no tiene por qué votar ni sí ni no al aborto, sino simplemente una ley despenalizadora que no obliga a nadie. Su conciencia cristiana lo puede llevar a no imponer por ley a los demás lo que no corresponde a la conciencia unánime colectiva, sino, dado el caso, a su moral. ¿Es que todos los demás tienen el sentido moral pervertido? ¿Solamente la Iglesia y esta católica -hay otras Iglesias más tolerantes- es la que tiene discernimiento moral? La pretensión de ser intérprete de una supuesta ley eterna de Dios encarnada en una ley natural inamovible ya no goza de mucho apoyo filosófico. Por lo demás, toda comparación es odiosa, y la equiparación del aborto y crímenes diversos es, cuando menos, una incorrección que no presta atención a las magnitudes tan distintas que se comparan, con motivaciones bien diferentes e incluso inconfesables. Tales

comparaciones pueden encubrir actitudes ideológicas más o menos conscientes.

Y una creyente ¿qué?

Si una mujer cristiana decide abortar, ¿qué tenemos que decir? El asunto resulta espinoso y entramos en él confesando nuestra perplejidad, por tres motivos: por nuestras propias dudas de creyente y por la contundencia dogmática con que las resuelven tanto los que afirman que todo aborto es un crimen -¡un infanticidio!- como por el también dogmatismo de los que aseveran que es un asunto que no tiene mayor importancia que la del trauma que padece la mujer implicada.

Nuestra incertidumbre proviene, en primer lugar, de una cautela científica. No llega con afirmar, emocionalmente, la criminalidad del aborto; hay que escuchar la voz de la biología y de las ciencias genéticas y saber si la vida que se interrumpe -siempre por razones graves- es propiamente *vida humana*. No existe unanimidad en decidir cuándo se produce la hominización. El mismo teólogo Karl Rahner afirmaba: “entre el óvulo fecundado y el organismo animado por el espíritu existen varios grados biológicos que aún no son hombres”.

Algo más que biología

Nadie puede negar que el feto es algo humano, pero, ¿es persona? Desde luego, va camino de serlo y la gestación es un proceso continuo que conduce a que ‘esta parte’ del cuerpo de la madre lleve a la autonomía del ser humano; no tan grande la autonomía que no precise de una segunda ‘gestación’ a partir del mismo nacimiento. Porque el llegar a ser persona -el devenir humano- es algo más que un proceso mecánico o biológico. No es un mero acto de fecundación, sino un deseo de procrear un niño. Y todos sabemos lo que significa el nacimiento de un niño no querido, del que la voz del pueblo afirma que es mejor que no naciese, “para tenerlo así”.

No vamos a dilucidar aquí la cuestión científica de cuándo empieza a haber persona y, por lo mismo, sujeto de derechos humanos. Repetimos: por más que se diga en contra, es una cuestión hoy ampliamente debatida, no resuelta aún. A esta incertidumbre correspondían las discusiones de la teología escolástica que hablaba del momento de la infusión del alma: algunos afirmaban que a los 40 días para el hombre, 80 para la mujer.

Aduzcamos un ejemplo análogo en el que la moral católica cambió de parecer; el caso de peligro de muerte de una madre que iba a parir. La tradición afirmaba que no se podía provocar la muerte del niño y había que dejar morir a la madre para salvarlo. Aquí vemos un caso en el que hay que escoger entre dos vidas y procurar, no un bien, sino el mal menor.

La decisión de conciencia

Existe una vieja teoría de la teología moral escolástica que se llama el *probabilismo*, y que se puede expresar así: cuando una opinión es probable, puede seguirse aunque no sea la opinión más probable, con tal de que sea suficientemente probable. Esta teoría tradicional le concede al creyente la facultad de ir formando una conciencia firme desde su conciencia dudosa. Ahora bien, dadas las opiniones diversas dentro incluso del cristianismo y de su teología, estamos en un caso de probabilismo.

A este principio se podría acoger una mujer cristiana en el caso de tener que decidir -y todos los creyentes a la hora de opinar-, optando desde la libertad ante una enseñanza del magisterio no infalible -que prohíbe el aborto en todo caso, por lo que no es cuestión de entrar en discusiones sobre casos concretos-, y delante de una ley que (antes de la legalización) resultaba vulnerada normalmente y que sociológicamente se convirtió en injusta.

La moral católica es una moral de principios y corre el riesgo de perder de vista los casos concretos, tal como sucede con los nuevos problemas de bioética, sobre los que la Iglesia y la Humanidad no tienen experiencia y que, sin embargo, quieren encajonar en principios, cuando la mayoría de nosotros estamos sumidos en la perplejidad. Según la Escolástica y el mismo santo Tomás de Aquino, las *circunstancias* pueden modificar la naturaleza de un acto y darle la especificación moral. La moral católica moderna olvidó demasiado este aspecto.

En resumen

El aborto siempre es un mal, dijimos. Pero la mujer involuntariamente gestante puede encontrarse ante un conflicto de valores: la vida del feto y su propia vida o salud, física o psíquica. Si en el conflicto opta libremente por el aborto, entonces está optando por un mal, pero que en este caso calibra como *mal menor*. El aborto nunca será un bien mayor.

La cuestión es tremenda y cada caso requiere una decisión de conciencia muy personalizada. Siempre a favor de la vida. La última instancia le corresponde a la mujer gestante. Si alguien a nuestro lado decide libremente -con la libertad posible, en este caso muy condicionada- interrumpir el proceso vital de lo que lleva en las entrañas, no seremos quien para condenarla. Es necesario algo más: acompañarla en su decisión desde una fraternidad que la ayude a superar el trauma y a no ahogarse en la culpabilidad que le pueden fomentar tantas intransigencias. Si alguien considera esta actitud como un aplauso al aborto, es problema de su voluntad, que Dios quiera que sea buena.

La voz de un moralista

Sólo a modo de ejemplo de que en la Iglesia el pensamiento no es unánime, aportamos aquí una frase de una entrevista que le hicimos al conocido teólogo José María Díez-Alegría: “En principio, aborto no, porque la vida, incluso la del no nacido, es un valor

final que exige respeto. En casos límites de dificultades inmensas, enormes, para poder llevar adelante las cargas de la maternidad, la cuestión es difícil y se debe dejar a la conciencia de la persona concreta. Yo no entraría en más, porque no se pueden dar recetas y no condenaría a la persona afectada por este problema” (La Voz de Galicia, 30-3-1991).

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Esta revista publica trabajos originales, artículos de opinión, artículos de revisión, documentos, informes, cartas y otros artículos especiales referentes a la Salud Pública y la Educación para la Salud.

Las normas de publicación deben seguir las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, o normas de Vancouver, y también las de los distintos Comités Internacionales de Psicología, Pedagogía, etc.

Estas normas, así como la ficha de suscripción, y otras informaciones, se encuentran en: <<http://www.uvigo.es/webs/mpsp/rev-eps.htm>>.

Los autores enviarán los manuscritos a: Revista *Salud Pública y Educación para la Salud*. Apartado de Correos 543. 15780 Santiago de Compostela (A Coruña). O bien a la dirección de correo electrónico: <oepe@mundor.com>. Éstos serán sometidos a revisión por expertos (*peer-review*) una vez recibidos.

Vancouver (Canadá)



COMUNICACIÓN DEL RIESGO EN CRISIS ALIMENTARIA: EL CASO DE LAS VACAS LOCAS

C. Junyent

Observatorio de la Comunicación Científica, Universidad Pompeu Fabra

(RISK COMMUNICATION IN ALIMENTARY CRISES: THE CRAZY COWS' CASE)

Resumen

Hay que recordar que el riesgo cero no existe: la vida incorpora una incertidumbre intrínseca y es necesario aprender a vivir con ella. También se debe comunicar a la gente que algunos riesgos son reversibles y otros no; que la distribución de riesgos por daños colectivos es desigual, como lo son la riqueza y la pobreza, aunque los factores de distribución sean diferentes. Y, desde luego, el público debe recordar que intensificar los controles significa aumentar los precios.

Palabras clave: Salud pública. Riesgo. Comunicación.

Abstract

It must be borne in mind zero risk does not exist. Life includes an intrinsic uncertainty, and we have to learn to live with it. People should also be informed that some risks are reversible, whilst others are not, that collective damage risk distribution is uneven, just as wealth and poverty are, even though distribution factors may be different. And, of course, the general public must remember that control intensification means price increase.

Key words: Public health. Risk. Communication.

Hay personas investigadoras de diferentes campos de la veterinaria, que tratan temas relacionados con la enfermedad de las vacas y su variante humana, y miembros de la administración, que esbozan las medidas sanitarias establecidas. Yo enfoco este texto como comunicadora de ciencia, la parte final del trípede de la gestión de una crisis: estudiar, gestionar y comunicar.

La EEB y la ECJ

Las enfermedades transmitidas por alimentos son las más frecuentes en salud pública mundial. De ellas, el 99% microbiológicas y solamente el 1% son químicas (como contaminación por metales), o físicas (contaminación por radiación)... Algunos ejemplos que han tenido un cierto impacto en la opinión pública, fueron el caso Coca-Cola, el caso *Evian*, el de los pollos belgas con dioxinas... En España hubo un caso que creó enorme sufrimiento, el de la colza: 1981, 1.300 muertos y 25.000 afectados.

En el caso concreto de la crisis alimentaria generada por la encefalopatía espongiforme bovina (EEB), hubo muchas características que la hicieron especial; a parte de encarar un nuevo fraude relacionado con la alimentación, aunque esta vez fuera de bovinos. También hubo un desajuste con la información al público. En Europa el problema veterinario y médico fue más serio que en España, pero la experiencia ajena debería haber funcionado.

Se llamó la atención por las primeras vacas enfermas de BSD (*Bovine Spongiform Disease*) en el Reino Unido, en 1985. En aquel momento, las fuentes gubernamentales británicas dijeron que no había peligro de que se traspasase la barrera específica. Porque al público no le preocupaba la EEB (Encefalopatía Espongiforme Bovina) (BSD), sino la CJD (*Creutzfeldt-Jakob Disease*), (Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, ECJ); y sucedió.

En el Reino Unido hubo unas 90 muertes por CJD en 10 años; y, a pesar de que cada año hay entre 8.000 y 9.000 accidentes de tráfico, y que el alcohol y el tabaco causen más muertes y más enfermedades: por enfisema pulmonar, cánceres de pulmón; cirrosis hepáticas o cánceres de hígado, hubo mucho más revuelo. Esto se debe a que se asume un cierto riesgo, incluso se aceptan algunos riesgos más o menos voluntarios: tabaco, alcohol, deportes de aventura, o accidentes de coche. El público teme el riesgo desconocido; entonces, algo dispara alarmas.

Y en la crisis de las vacas locas hubo diversas alarmas. En 1996, la revista británica *Nature* publicó una carta anónima (única en su historia) en la que el autor denunciaba que el MAFF (ministerio de agricultura británico) falseaba los datos epidemiológicos sobre las afectaciones. Por otro lado, el periódico *El País*, el 24 de enero de 2000, expone a la luz pública que desde la UE se decidió enmudecer para no crear alarma social.

En España, la primera vaca detectada fue el 22 de noviembre de 2000; un año después se han registrado

70 vacas con EEB y ningún caso humano con la variante de la ECJ.

En nuestro país hubo una dedicación especial sobre el tema por parte de los medios de comunicación: un aumento enorme de textos, portadas, editoriales, viñetas... Las noticias pasaron de ser de 366, durante el 2000 (apareció la primera en noviembre), a 508, durante el primer trimestre del año 2001. Las cartas al director aumentaron de 10 durante el año 2000, a 31 durante el primer trimestre de 2001. Las editoriales, de 21 a 18, casi igual número; las columnas, de 2 a 13; los chistes de 43 a 23, se redujeron casi a la mitad. Ahora siguen apareciendo por goteo. El consumo de carne se ha recuperado.

Todo ello tuvo unos efectos sobre diversos sectores. En la sociedad, alarma y desconfianza en los consumidores: cayó en picado el consumo de carne de vacuno. Efectos económicos, por pérdida de dinero y puestos de trabajo en diversos sectores. Efectos en salud pública comunitaria, no los tuvimos en España, pero sí las afectaciones a ciertos sectores, había sucedido en otros países. Había tenido efectos políticos, con grandes discusiones en la Unión Europea.

Muchos expertos coincidían en que el debate sobre las vacas locas fue más un problema de psicología pública, que de salud pública. Según la UE: “durante la crisis de las vacas locas ha existido un problema continuo en la comunicación al público de los riesgos de la EEB-ECJ y la adecuación de las medidas de protección. Todos los estados miembros necesitan aumentar la transparencia y la claridad de sus esfuerzos para la comunicación de los riesgos. Este comentario incluye a los estados en los que no se han encontrado casos de vacas EEB-ECJ”.

¿Dónde estuvo el problema? Sobre todo, en la gestión de la información. El papel de los expertos frente a una situación de crisis es identificar el riesgo y los colectivos sociales involucrados: generadores del riesgo y afectados. Y gestionar las soluciones.

En el caso de la EEB-ECJ, se perdió tiempo, se echó en falta coordinación entre ministerios y departamentos, transparencia en las medidas y decisiones tomadas, estrategias y estructuras de comunicación, falta de información e informaciones contradictorias (en exceso), y, en general, reflexión y tranquilidad en los medios de comunicación. ¿Cómo se hubiera podido evitar la sensación de desatención del público? ¿Cómo se debería haber gestionado la información de la crisis?

Comunicar el riesgo

Las crisis relacionadas con la alimentación despiertan mucho interés en la opinión pública, por ello es obligado gestionarlas de manera correcta.

Quizá, la primera pregunta debería de ser: ¿es necesario comunicar el riesgo?

Cuando se hizo público el informe de la Comunidad Europea que aconsejaba esconder el riesgo, fue mucho peor. El rumor fomenta la desconfianza y, en estas condiciones, es más fácil que cunda el pánico.

La sociedad civil puede aceptar un cierto riesgo, pero quiere conocerlo, mensurarlo. Acepta también los errores domésticos, pero no los errores industriales, y cuando existen intereses económicos y políticos sobre los intereses de salud pública, son necesarios mecanismos reguladores. No es malo mantener un estado de alerta no obsesiva.

Así pues, una vez establecidos tanto el problema como la solución, se deben comunicar. La comunicación de riesgo debe proporcionar la información suficiente y adecuada para evitar la desinformación. La información ha de ser de calidad: puntual, objetiva, contrastada, y con una buena base científica. Informar de los riesgos evitando una percepción alarmista. Afrontar la crisis con seriedad evitando el sensacionalismo y la inmediatez: provocan alarmas injustificadas. Responder a las preguntas que tienen respuesta científica: explicar lo que se sabe.

¿Quién debe comunicar la crisis?

Desde la parte gestora debería elegirse un único portavoz y montar estructuras de comunicación en las administraciones.

¿Cuándo se debe comunicar?

Existe coincidencia en que hay que dar una respuesta rápida, en algunos casos previstos las *FAQ (Frequently Asked Questions = Preguntas Más Frecuentes)* se han preparado con mucha antelación.

Ahora bien, si el tiempo se ha de demorar, se debe decir algo, dar la cara. El público acepta un: “no sabemos, estamos investigando”, pero no el mutismo. Ha de coordinarse una cierta rapidez de respuesta.

Por otra parte, algunos grupos de periodistas han pedido ruedas de prensa oficiales a horas más tempranas para facilitar después el trabajo de elaboración de artículos. Hay que tener en cuenta que en los medios existe una presión del editor sobre el periodista.

En términos generales ¿qué se debe comunicar?

En general, es necesario que al público le llegue el conocimiento del método científico: cómo se adquiere conocimiento. El mundo en que vivimos tiene un elevado grado de complejidad e interdependencia entre las partes que lo componen; complejidad que aumenta de manera extraordinaria si se incluye el factor social. Una elevada complejidad

significa que cada vez hay más resquicios, por los riesgos el riesgo se cuele.

Por otra parte, cabe recordar que el riesgo cero no existe: la vida incorpora una incertidumbre intrínseca y es necesario aprender a vivir con ella. También se debe comunicar que algunos riesgos son reversibles, otros no; que la distribución de riesgos por daños colectivos es desigual, como lo son la riqueza y la pobreza, aunque los factores de distribución sean diferentes. Y, desde luego, el público debe recordar que intensificar los controles significa aumentar los precios.

Volviendo al caso concreto de la EEB-ECJ, se debe tener en cuenta que para alimentar y engordar ganado vacuno, que debe acumular trescientos kilos de músculo en tres años, con los pastos no basta, no es disparatado ofrecer piensos de origen animal. Ahora bien, para evitar justamente infecciones, el material se debe esterilizar en unas determinadas condiciones ya establecidas. En la década de 1980, en el Reino Unido hubo un fraude durante la elaboración de los piensos: los restos de ovejas con que alimentaron a las vacas británicas no estuvieron bien esterilizados, para ahorrar dinero en su elaboración no alcanzaron las temperaturas establecidas, con lo que no se eliminaron los priones.

La enfermedad de las vacas locas y, desde luego la ECJ, son raras, por poco frecuentes, entre otras cosas. Por una parte se dio un salto de barrera específica; fenómeno difícil, pero que ha ocurrido en este caso: la infección estuvo en las ovejas, luego en las vacas, y algunos humanos enfermaron, si bien proporcionalmente pocos. Por otra parte, la especialidad clínica del caso radicaba en lo diferente que era de otras epidemias conocidas con anterioridad, porque, para enfermar de ECJ, variante que aparece tras el consumo de vacas infectadas por priones, es necesario tener una disposición genética; la combinación de los dos factores da la enfermedad. Además, los priones son estructuras patógenas nuevas: proteínas. La comprensión de que las proteínas pueden ser infecciosas, le valió el premio Nobel de Medicina o Fisiología en 1976 a Carleton Gajusek. Así pues, se trata de una enfermedad ocasionada por una proteína, un agente infeccioso nuevo para el conocimiento. Pero no se conocían los mecanismos de contagio ni el proceso de la enfermedad. Para terminar de complicar las cosas, el tiempo de incubación de la enfermedad puede ser de años; fenómeno que no facilita la respuesta rápida.

Conclusión: frente al caso de las vacas locas, afortunadamente se ha recuperado la calma, pero no olvidemos el problema. Aceptemos su complejidad y sigamos velando por su solución. Esperemos a ver qué pasa sin perder la calma. Tenemos con qué distraernos. Porque, como una buena gestión

significa también anticipación, el caso de las vacas locas debería quizá hacer reflexionar en problemas que empiezan a apuntar, como el de los alimentos o productos modificados genéticamente.

Se podrían acordar los derechos de los ciudadanos como tema amplio. Habría que enfrentarse a evaluar los riesgos de las nuevas tecnologías.

Pensar en el futuro: ¿Qué comen los que comemos? ¿Cómo se vigilan los OMG (Organismos Modificados Genéticamente)?

El público acepta como '*naturales*' productos que hace mucho tiempo que dejaron de serlo.

Bibliografía

- Asensio M. *La crisis de las vacas locas en la prensa*. II Congreso sobre Comunicación Social de la Ciencia. Valencia; noviembre 2001.
- Benchman G. *Risk and the post-modern society. El riesgo en las sociedades contemporáneas*. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo; 2001.
- Fayard PM, Jacques-Gustave P. Por una lectura estratégica de la comunicación en situación de crisis. *Quark* 1998; 10:70-80.
- Finn R. Científicos y periodistas. *Quark* 1998; 10:47-57.
- Fundación Privada Vila Casas. *Informe Quiral 2000. Observatorio de la Comunicación Científica*. Barcelona: Rubes; 2001. <<http://www.fundacionvilacasas.org>>.
- Lledo PM. *Histoire de la vache folle*, Paris: Presses Universitaires de France; 2001.
- Luján JL. *Riesgo, incertidumbre e innovación. Sobre el discurso público entorno a la tecnología. El riesgo en las sociedades contemporáneas*. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo; 2001.
- Olivé L. *Riesgo, ética y participación pública. El riesgo en las sociedades contemporáneas*. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo; 2001.
- Palou A. *Evaluación científica de riesgos en materia de seguridad alimentaria en la Unión Europea. El riesgo en las sociedades contemporáneas*. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo; 2001.
- Pérez-Oliva M. Valor añadido de la Comunicación Científica. *Quark* 1998; 10:58-69.
- Ramos R. *De la sociedad del riesgo a la sociedad de la incertidumbre. El riesgo en las sociedades contemporáneas*. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo; 2001.
- Ribas C. La influencia de los press releases, según el color con que se mire... *Quark* 1998; 10:32-37.

Información en la web:

- Consuma Seguridad*: <http://www.consumaseguridad.com>
- Diario médico: <http://www.diariomedico.com/sanidad/informes/vacas-locas.html>
- Ministerio de Sanidad y Consumo: <http://www.msc.es/eeb/>
- Instituto Nobel: <http://www.nobel.se/medicine/laureates/1997/press.html>

Unión Europea: http://europa.eu.int/geninfo/key_es.htm

Biomedica:

http://www.biomed.net/biomedica/dossier_infecciosas.htm

#priones

Informe y tendencias Quiral:

<http://www.fundacionvilacasas.org/>

Observatorio de la Comunicación Científica:

<http://www.upf.es/occ>

Quark: <http://www.imim.es/quark>

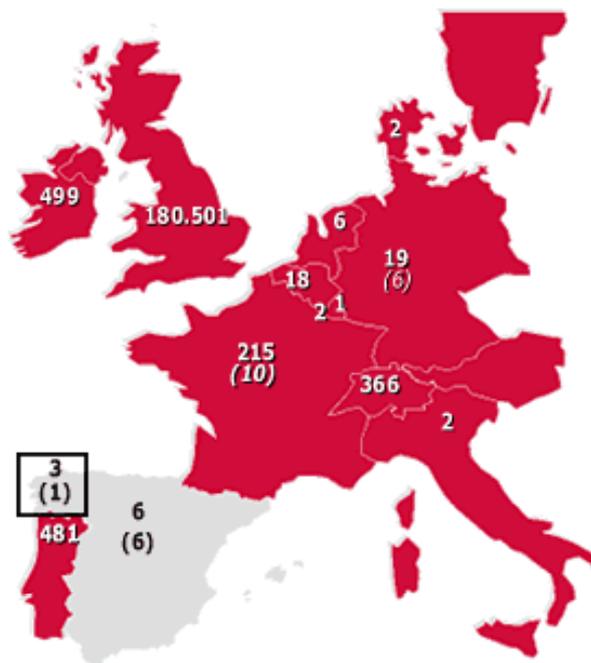
*Agradecemos a Cristina Junyent que nos permita publicar su ponencia en la mesa redonda: **Desde el campo hasta la mesa: la calidad y seguridad de los alimentos**, en el Congreso Nacional de 2001 de la SEESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) en Zaragoza.*

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EUROPA

Datos de la O.I.E

[Organización Internacional de la Sanidad Animal]

(Entre paréntesis los casos descubiertos en el año 2001)



EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ARGENTINA

C.R. Estévez

*Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Apto Médico.*

Correspondencia: César R. Estévez. Correo electrónico: res@intramed.net.ar

(HEALTH EDUCATION EXPERIMENTS IN ARGENTINA)

Resumen

Todos los proyectos realizados a lo largo de los diez años de trabajo en equipo interdisciplinar, se inscribieron en el marco de un 'Programa de Educación-Acción para la Salud a partir de la Escuela con proyección Comunitaria'.

Incluye acciones orientadas a dar respuesta a las necesidades reales de cada comunidad, transitando un modelo que prevé formar recursos humanos (docentes, alumnos, agentes comunitarios, comunidad); construir el conocimiento de la salud y generar investigación con participación de la comunidad que concluya en propuestas viables y sustentables.

Palabras clave: Educación para la Salud. Escuelas. Interdisciplinar.

Abstract

Over the last ten years we have carried out several interdisciplinary projects inscribed within the general framework of a programme called 'community-oriented health education within schools.'

This programme includes a series of actions whose aim is to provide answers to each community's needs. To achieve such an aim we followed a model directed at: the formation of human resources (teachers, students, community agents, community), the development of health knowledge, and the creation of community-aided research which may lead to achievable and sustainable proposals.

Key words: Health education. Schools. Interdisciplinary.

I. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN

1. Origen

En 1992 se constituye un *Equipo Profesional* multidisciplinario con el propósito general de trabajar por el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida, con estrategia de atención primaria, privilegiando en el origen de su accionar sanitario los aspectos educativos.

El Documento de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), producido en la Universidad de Heredia (Costa Rica) en 1993, fijando criterios en educación para la salud desde la escuela, permitió al equipo en formación, adoptar las orientaciones generales del trabajo que se proponía¹:

- formación de los recursos humanos,
- construcción del conocimiento en salud,
- investigación-acción con participación comunitaria.

A partir de esta decisión, todos los esfuerzos estarían encaminados a la generación de proyectos que dieran respuesta a cada una de las vertientes precedentemente enunciadas.

2. Fundamentación

La intención en cuanto a alcances era ambiciosa ya que se pretendía tomar como vehículo el sistema educativo, (reducto institucional de contención social) para cubrir la extensa geografía Argentina, con la intención de proyectarse a países de la región, que comparten problemáticas sanitarias análogas. Aunque compleja, la idea no se consideraba una utopía en tanto fuera posible articular una propuesta capaz de convocar a las escuelas y superponer a la '*red escolar*' ya existente nuevos contenidos actitudinales, conceptuales y procedimentales.

Los tres primeros años de trabajo, fueron invertidos en investigar cuáles se presentaban como problemas prevalentes compartidos masivamente por las comunidades destinatarias del emprendimiento, y sentar las bases teóricas de los proyectos posteriores. Se encararon dos líneas investigativas:

a. La salud de los ancianos a través de la demanda espontánea: con el fin de conocer la problemática sanitaria en la tercera edad, y las eventuales consecuencias de la falta de prevención².

b. La salud en jóvenes: para detectar qué causas de aquellas descuidadas por los mayores, estaban presentes en las primeras edades de la vida^{3,4,5}.

Las conclusiones identificaron patologías cardiovasculares, posturales, carenciales y metabólicas, como más significativas, todas vinculadas en mayor o menor grado con hábitos alimentarios, de sedentarismo, postura, y con una fuerte impronta de ignorancia e inconciencia sociales. Cabe dejar constancia de la problemática emergente de lo señalado en las otras áreas sanitarias como son las de la salud mental y social.

3. Prerrequisitos e instrumentos básicos

Determinados los grandes problemas significativos, y antes de formular las que se instrumentarían como posibles soluciones, se procuró asegurar que las mismas no escaparan del '*medio natural*', para lo cual era preciso aún contar con algunas definiciones e instrumentos complementarios. Para ello se adoptaron pensamientos de autores de referencia y se editó material con criterios metodológicos propios, según a continuación se expone:

a. "Las actividades destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida no escapan a la exigencia general de requerir como punto de partida un adecuado planteo de los problemas cuya solución habrá de intentarse. La utilidad de dichas actividades dependerá de su correcta aplicación a la solución de las cuestiones planteadas"⁶.

b. "El trabajo en equipo, la interdisciplina y todas las propuestas de trabajo colectivo, siempre han encontrado enormes dificultades para ser introducidas en las acciones escolares...". Un importante obstáculo a la revalorización del esfuerzo, "se refiere a la competencia exacerbada como base del éxito. La motivación para el esfuerzo basada en el deseo de éxito individual frente al otro, constituye una pauta de conducta culturalmente asumida en las sociedades occidentales". "El desafío pedagógico consiste en promover conductas donde el equipo y no el individuo aislado sea el factor de éxito y donde el triunfo no signifique la eliminación de los otros, sin los cuales no existe la posibilidad de seguir compitiendo...". "... la característica fundamental de una red, en comparación con los sistemas jerárquicos tradicionales, consiste en que aquella puede ser movilizadada en función de las iniciativas de cada uno de los participantes y usuarios, y no sólo de la cúpula de su propietario o de su constructor..."⁷.

c. La calidad educativa, será entendida como comprensión de las relaciones entre los seres y su entorno, el desarrollo de las cualidades dinámicas

reales (iniciativa, responsabilidad, acción receptiva), y la adquisición de capacidades que equiparen las oportunidades de adaptación y crecimiento⁸.

d. Finalmente se trabajó en el desarrollo de un cuerpo bibliográfico que documentara el enfoque en salud pretendido, su articulación en la escuela, las técnicas para el armado de proyectos pedagógicos, las metodologías de investigación epidemiológica, los instrumentos y las aplicaciones posibles.

Algunas reflexiones allí sostenidas:

La humanidad ha vivido en los últimos 200 años lo que podría considerarse la 'mayor revolución de su historia': haber llevado de 30 a 70 años (aproximadamente), la edad promedio de vida. Este aumento en la 'cantidad de vida' responde y debe acompañarse por el mejoramiento en la 'calidad de vida'. Fenómenos demográficos concurrentes como la reducción del crecimiento poblacional, los aumentos de la cantidad y proporción de ancianos, y de ancianos de más edad, imponen recaudos para conservar los estados de salud asegurando más calidad de vida. En este desafío la educación tiene una privilegiada posición estratégica.

En 1946, la OMS definió la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social. Lograr dicho estado, demanda un previo reconocimiento de las necesidades que deberán ser satisfechas, reconocimiento que presupone su percepción como tales. Este complejo sistema de antecedentes y consecuentes requiere del desarrollo de habilidades, del entrenamiento en la aplicación de procesos y de la familiarización con la solución de problemas cotidianos; requiere de la 'escuela' pues se trata de condiciones alcanzables sólo a través de una gestión habitual y temprana. Será preciso, sin embargo, evitar la contaminación de las funciones educativas con responsabilidades propias de otros ámbitos. La aplicación a las cuestiones de salud de un genuino potencial pedagógico, permitirá explotar la verdadera riqueza de esta estrategia. Las metodologías, el tratamiento de los contenidos y el planteo de los procedimientos, adquieren significativa relevancia.

No escapa aquí la responsabilidad que cabe a la escuela en la defensa de los valores. El cuidado de la salud propia y comunitaria, es uno de ellos⁹.

4. Organización y proyectos

Una vez disponible el 'marco teórico' descrito, el *Equipo* se constituye en una *Asociación* de afinidad entre Profesionales que se sustentan en cuerpos académicos foros y redes para desarrollar su accionar, estando su área temática integrada por la salud (según el concepto amplio de la OMS),

educación, metodología, tecnología, saneamiento y organización social. Ese es el momento en que adopta el nombre de 'Apto Médico'.

La cooperación, estuvo presente como meta prioritaria en la orientación de las actividades de Apto Médico. Sucesivamente, actuó en ese contexto a través de la asociación con instituciones académicas, gubernamentales y ONG, cuyos propósitos y objetivos resultaran coincidentes y complementarios con los propios.

A partir del año 2000 se tomó contacto con la *Fundación Conectar*, cuya orientación científica y sanitaria era garantía de coincidencia plena. Dirigida por un reconocido profesional investigador jefe en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), está dedicada a la promoción de Programas y Proyectos, orientados a la atención de cuestiones vinculadas con la salud. Por otra parte, varios de los profesionales que cooperaban en los proyectos de Apto Médico, lo hacían también en los de la Fundación Conectar.

Se acordó iniciar gestiones y ensayos con la Fundación Conectar. Cuando el funcionamiento cooperativo estuvo consolidado, se firmó el 'Acuerdo de Cooperación' que vincula a 'Apto Médico' y a la 'Fundación Conectar' en un marco de complementación para emprendimientos vinculados con la investigación y cuidado de problemáticas sanitarias.

5. Proyectos de cooperación

En 1993, se respondió al llamado del 'Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados', para investigar la realidad de la salud de los ancianos. Este trabajo resultaba compatible con la etapa de 'exploración del problema' del programa diseñado. Cabe señalar que el mismo fue galardonado con el premio 'Dr. Ramón Carrillo', por un Jurado integrado por la Academia Nacional de Medicina.

En 1995, se concurrió a la invitación de la Red Federal de Formación Docente Continua dependiente del Ministerio de Educación de la Nación, y a la de la Universidad CAECE, una de sus cabeceras académicas, con el Proyecto de Cursos de Educación para la Salud destinados a Docentes, y que se dictaron en 1996/97.

En 1998, se suscribió un acuerdo con la Fundación Evolución dedicada a desarrollar capacitación informática en las escuelas, para iniciar la expansión virtual de las actividades del Programa.

En 1999, se consolidó la integración de los Proyectos del Programa a las actividades del Instituto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires¹⁰, que otorgó 'promoción y auspicio académico' al Programa.

A partir de 2000, se formaliza la cooperación con la Fundación Conectar, que está actualmente vigente; ámbito en el cual se trabaja en la integración de proyectos tendientes a promover espacios educativos para la percepción de las necesidades y la generación de condiciones de autoabastecimiento alimentario básico en poblaciones carenciadas, recomponiendo a la vez relaciones familiares y comunitarias afectadas por la pobreza y la indigencia.

6. Proyectos propios realizados

Todos los proyectos realizados a lo largo de los diez años de trabajo se inscribieron en el marco de un 'Programa de Educación-Acción para la Salud a partir de la Escuela con proyección Comunitaria'. Incluye acciones orientadas a dar respuesta a las necesidades reales de cada comunidad, transitando un modelo que prevé formar recursos humanos (docentes, alumnos, agentes comunitarios, comunidad), construir el conocimiento de la salud y generar investigación con participación de la comunidad que concluya en propuestas viables y sustentables.

Se detallan a continuación los proyectos realizados:

Cursos para docentes:

El propósito central es la generación de habilidades autoformativas a través de la investigación de problemáticas sanitarias. Los resultados perseguidos: jerarquizar la percepción de 'necesidades' y el rol educativo en el mejoramiento de la calidad de vida; disponer de herramientas para la investigación; y abordar la salud a través del quehacer pedagógico. Se dictan desde 1996.

Talleres y pasantías para alumnos con tutoría docente:

El propósito central es la transferencia de saberes vinculados con las herramientas para abordar el conocimiento. Esto se vincula con la necesidad de formar 'agentes juveniles', entrenados para el estudio de situaciones sanitarias y la orientación preventiva. Se persigue mejorar la capacidad multiplicadora, ampliar el poder de transmisión e impactar en el núcleo familiar y en la comunidad circundante. Se desarrollan desde 1999.

Tecnicatura para formación de Auxiliares en Salud Pública:

Tiene como propósito central la capacitación para actuar en las tareas auxiliares de la Salud Pública, dotando a la comunidad de técnicos multiplicadores del trabajo del profesional en dicha área. Actualmente en proceso de implantación (Colegio Saavedra Banfield, Buenos Aires)

Edición de bibliografía específica:

Se orienta a la formalización de un cuerpo de doctrina, que resulte de fácil disponibilidad para los centros de documentación de las unidades educativas que se adhieren al Programa.

Foro virtual (UV-CEAS: Unidad Virtual de Educación y Asistencia para la Salud):

Es el propósito principal mantener un 'centro virtual' que dé cabida a todas las comunidades educativas, en forma amplia, sencilla y económica, para asesorar y orientar en acciones sanitarias y ofrecer soluciones alcanzables, instalando en las escuelas el tema del cuidado preventivo de la salud y la calidad de vida. Este proyecto funciona desde 1995 y ha tenido una aceptación creciente, superando en la actualidad 3.500 mensajes anuales intercambiados.

Olimpiada Sanitaria Argentina (OSA):

Es su propósito 'trabajar en la formación de individuos capaces para observar, diagnosticar, aprender, unirse y hacer en favor de una mejor calidad de vida'. Configura el proyecto 'sintetizador y emblemático' del Programa, ya que avanza a partir de recursos humanos capacitados y conocimientos en salud difundidos (confrontando proyectos anteriores), hacia la convocatoria comunitaria para detectar, estudiar e intentar caminos de solución a los problemas significativos que la afectan. Los trabajos de investigación, propuestas y/o expresiones emergentes, según edad de los autores, son los resultados evaluables de la acción. Prevé encuentros de niveles regional y nacional (presenciales y virtuales) para la defensa, crítica y socialización de los trabajos. Se realiza desde 1998. Aunque se llama OSA, en este momento participan también colegios de Uruguay, Paraguay y Chile.

Acciones de prevención directa - Crecimiento y desarrollo:

Orientadas a crear un sistema de cuidados complementarios a partir de la observación de indicadores de crecimiento y desarrollo en las comunidades asistidas, y de estudios epidemiológicos en las áreas de referencia. No tienen carácter masivo ya que su 'anclaje' se realiza en una entidad educativa o sanitaria y alcanza su zona de influencia. Se desarrollan en forma discreta desde 1993. Algunas de ellas han dado origen a trabajos publicados como en el caso de salud en la tercera edad y la hipertensión arterial infantil.

Unidades Comunitarias Productivas:

Este es un emprendimiento en etapa de planeamiento. Se orienta a la formación de unidades productivas de alimentos básicos que permitan el autoabastecimiento de los mismos a poblaciones carenciadas, pero cuya aplicación surja de necesidades previamente detectadas a través de

estudios epidemiológicos y se complementa con acciones educativas.

II. PROYECTO GLOBAL (QUE INCLUYE A TODOS LOS DEMÁS) EN FUNCIONAMIENTO:

'RED EDUCATIVA SANITARIA' (RED*ES)

1. Área geográfica y localización del Proyecto:

El proyecto no está restringido geográficamente; esto es así pues conlleva en sí mismo la capacidad de crecimiento 'replicativo' sólo limitada por la disponibilidad de recursos, que impidan visitas de sensibilización y asignación de fondos económicos mínimos para activar cabeceras operativas.

La dinámica funcional contempla:

- una coordinación centralizada (Apto Médico), que garantiza la unidad de criterio en lo académico y de disciplina en la gestión;
- unidades de gestión distribuidas, que, a partir de una escuela que se constituye como 'cabecera' con un coordinador designado por el director respectivo (al que es necesario aportarle un fondo económico mínimo), comienza a 'generar, orientar y multiplicar' el ingreso de nuevas comunidades educativas al Programa, alguna de las cuales podrá, en algún momento, asumir el rol de cabecera y 'clonar' la experiencia.

Este funcionamiento permite también otras ventajas adicionales:

- a. Las cabeceras, en su crecimiento, movilizan empresas locales comenzando a generarse apoyos que posibilitan la organización de los encuentros regionales que, a la organización central sólo le cuestan la movilidad, honorarios y viáticos (dietas) de sus enviados.
- b. Las escuelas con capacidad de organización de encuentros, se 'elevan' a la categoría de sedes y en ellas se delegan funciones que aumentan el efecto multiplicador, incentivan el sentimiento de 'localía' y generan un efecto sensibilizador sustituto del central; sedes extensas se agrupan en regiones conducidas por un coordinador regional.
- c. Se respeta el 'federalismo' lo cual resulta altamente gratificante y convocante en nuestras comunidades del interior, pero, sobre todas las cosas, promueve la búsqueda y reconocimiento de problemas locales, única forma de pensar y comprometerse con las soluciones;

d. El diseño del 'mapa sanitario' de la región, a partir de la expresión de las preocupaciones de las comunidades participantes.

e. La permanente y dinámica adecuación de las normas de funcionamiento a las necesidades que la realidad impone, asegurando el mantenimiento de un Programa permanentemente 'aggiornado'.

Es así que, al hablar de localización, podemos expresar 'a dónde llegamos ya', y desde dónde vamos a crecer; pero ese crecimiento está abierto y va a depender de cuánto podamos invertir en la movilización del 'efecto cascada' detallado.

Hay colaboradores, coordinadores y voluntarios en todas las localidades en las que el Programa tiene representantes y, por lo tanto, se consideran cabeceras, cada una de las cuales moviliza un número de escuelas variable según la zona. Hay en total veintidós cabeceras en Argentina, una en Uruguay, una en Paraguay y una en Chile. De esas cabeceras, tienen capacidad de ser sedes (para la organización autónoma de encuentros locales) ocho en Argentina. Hay otras potencialmente capaces de ser sedes, pero no se ha contado con los medios para apoyar a los coordinadores y desarrollar visitas de sensibilización. Hay que tener en cuenta que las distancias oscilan entre los 400 km si hablamos del centro de la provincia de Buenos Aires, los 900 en el centro del país, y cifras superiores en extremos norte y sur. Viajar supone una inversión no sólo monetaria, sino también de tiempo. Es por eso que el 'recurso' viajes, se administra con sumo cuidado y se explotan al máximo las posibilidades de gestión local.

2. Marco geográfico, clima, modos de vida

Si bien el Programa no se circunscribe a fronteras políticas, más bien busca trascenderlas, se darán las precisiones geográficas de lo atinente a la República Argentina, con la consideración de que los países limítrofes, y aún muchos de la región, repetirán situaciones ya descritas.

La República Argentina se encuentra enmarcada en una extensión próxima a los 3.000 km de longitud y 1.500 km en la franja más ancha. Reconoce todos los climas, desde los subtropicales a los polares, desde los de montaña a los marítimos, pasando por los mediterráneos. Incluye regiones montañosas, llanuras y desiertos. Las floras y faunas son variadas. La amplitud descrita, condiciona gran variedad de situaciones sanitarias dependientes del rigor climático, la presencia de vectores, los recursos naturales, la cultura etc.

Las enormes extensiones determinan dificultades en las comunicaciones, En el caso de las viales, por

falta o precariedad de infraestructura, o por los elevados costos. En cuanto a los accesos telefónicos, existen zonas que no son alcanzadas por las antenas de nodos centrales y deben recurrir a los servicios de cooperativas telefónicas que proveen los enlaces con costos adicionales. Esto explica por qué, aún recurriendo a servicios elementales como el correo electrónico, y presuponiendo que existan los instrumentos mínimos necesarios, persisten inconvenientes.

Existen zonas de dificultosa accesibilidad por la geografía que las rodea. Sirva a modo de ejemplo el caso de las escuelas de alta montaña del Valle de Tafi en Tucumán que no disponen de servicios elementales como corriente eléctrica y teléfono y el acceso lo provee un ómnibus que hace un viaje de ida y uno de vuelta por día. En estos casos es más necesaria aún la acción de las cabeceras y la imaginación en idear los medios para que la comunicación con cable, bus o burro se establezca.

La distribución poblacional responde a conglomerados urbanos en unos casos, a comunidades rurales en otros y a núcleos aislados dispersos en otros.

Los medios de vida son tan variados como las zonas, sus geografías y culturas. Por eso resultan imprescindibles las visitas; el conocer, convivir, entender y compartir es el único medio de ganar la confianza, ser aceptado y tener la posibilidad de acción. Hay lugares donde la economía es elemental y el autoabastecimiento es la regla; otros en que las economías regionales brindaron la forma de subsistencia y desarrollo. Las actividades agrícolas y ganaderas, tienen importancia principalmente en las llanuras; en las ciudades y centros urbanos, organismos públicos e industrias, comparten las principales formas de subsistencia.

3. Marco socio-político-cultural

Si bien la República Argentina responde políticamente a un modelo democrático representativo federal, resulta importante destacar el mosaico cultural que integra su territorio. Esto hace a veces muy poco relevantes las medidas emanadas de los poderes centrales, si no se han previsto los mecanismos de inserción local adecuados. Subsisten en las comunidades ciertas formas de caudillaje, algunas enraizadas en profundas creencias y cuyo respeto no se discute, otras impuestas mediante los esquemas de poder que someten a través de la necesidad y de la ignorancia.

A la hora de trabajar en cuestiones que pretendan modificar formas de vida y el mejoramiento de la calidad de la misma, no pueden ser desconocidos estos aspectos que determinarán la aceptación o rechazo de una idea y la posibilidad de accesibilidad a sus ofertas.

Hay áreas de cultura, influencia de las lenguas y productos de la alimentación básica tradicional. Se dispone y se consultan, en forma permanente, distribuciones análogas de leyendas, mitos, creencias y otras expresiones de las culturas regionales¹¹.

Téngase en cuenta este aspecto al considerar la estrategia elegida, que 'no arremete' contra realidades culturales locales, sino más bien las 'reconoce' primero, y procura trabajar a partir de la realidad hallada.

4. Marco socio-económico

La Argentina tiene hoy 36 millones de habitantes, 19 de los cuales son pobres; de esos 19 millones 8,4 millones son indigentes. No obstante la pobreza no representa un fenómeno nuevo pero sí en elevado crecimiento. La elaboración de cifras tomadas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de octubre 2001 del INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) permite conformar el siguiente panorama:

- entre 1991 y 1994 creció del 18,7 al 22,5;
- en 1995 estaba en 29,4; creciendo hasta 2001 a 37,3;
- en 2002 se encuentra en valores del 52,8.

De los 19 millones de pobres 8,6 son jóvenes (desde el nacimiento hasta los 18 años), la mitad de los cuales (4,1 millones) son indigentes. A su vez, de los mencionados 8,6 millones, 2,3 millones son menores de 5 años, en los que están incluidos los niños en gestación.

Desde diciembre de 2001 hasta lo que va del 2002, se sumaron 5 millones de nuevos pobres (28.000 por día); el desempleo creció de 18 a 21,5%; la inflación es del 33%. En diciembre de 2001, una familia se consideraba pobre si ganaba menos de \$461, hoy lo es si gana menos de \$626. No sólo los que carecen de empleo son pobres, el sueldo promedio de los que menos ganan descendió de \$272 a \$212 mensuales.

La denominada pobreza infantil trepó de 46,9% en 1998 a 56% en 2001, y se ubica en el 66,6% en el 2002.

No es poca la información detallada para expresar el estado de pobreza; aunque ocioso ante tamaña catástrofe, vale agregar:

- mueren 3 niños por día por desnutrición o emergentes de la pobreza,
- aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y daños vinculados,
- disminuye el desarrollo físico e intelectual asociados al hambre,
- aumenta el riesgo de enfermedades crónicas,
- se eleva el riesgo de muerte.

También aparecen otras situaciones no menos traumáticas:

- carencia de trabajo, visto como umbral de integración social (hay que diferenciar trabajo de empleo -oferta en el mercado laboral-);
- los problemas de subsistencia generan sensación de desprotección y sentimientos de culpa, destructores de relaciones afectivas;
- marginación productiva y sociocultural; fragmentación social;
- léanse los emergentes patológicos sociales y mentales.

Es, a nuestro juicio, importante destacar que las diversas modalidades de trabajo posible, no siempre entendido en ámbitos ni con motivaciones exclusivamente económicas, pueden ser movilizadoras de energías sociales y, solidariamente, a través de acción participativa, mejorar estructuras comunitarias y tener efectos beneficiosos sobre la calidad de vida. Es por ello que en nuestro Programa se incluye esta posibilidad.

Será sencillo, desde este panorama, imaginar cómo funciona el circuito pobreza-enfermedad realimentado a 'doble vía' por la caída de la energía, la capacitación, la producción y el salario, y, por otra, parte por carencia de educación y prevención, en medio de un desatino que sigue aplicando recursos, que siempre resultan insuficientes, a intentar corregir causas (enfermedad-pobreza) cada vez más perversamente desarrolladas actuando sobre los efectos, sin intentar planes de mediano y largo plazos para que, la cada vez más indigna esclavitud del asistencialismo, pueda ser superada.

5. Marco de la justificación del Proyecto

El reconocimiento sobre los problemas que afectan a las comunidades, la percepción de las necesidades significativas, la búsqueda y demanda de soluciones útiles, la aplicación de la energía social para hacer 'accesibles' las ofertas de que se dispone, forman parte de un complejo sistema de educación-investigación-acción con fuerte tinte educativo, que debe avanzar respetuosamente sobre la ignorancia e inconciencia sociales asegurando:

- sólido 'anclaje' social-local
- sistemática formación de recursos humanos
- estrategias de abordaje comunitario
- acuerdos de consenso y compromiso
- capacidad de acción y crecimiento

Problemas que pretende resolver el Proyecto:

El Programa de Acción Sanitaria procura interferir en el circuito perverso 'enfermedad-pobreza', movilizandole las 'reservas' latentes en la comunidad para actuar sobre las causas, con el fin de generar capacidades permanentes de autocuidado. Se hace

preciso que las comunidades superen la 'dependencia del asistencialismo' al menos en los aspectos básicos de la subsistencia para recuperar la dignidad y la autonomía. Esas capacidades latentes harán posible:

- superación de la ignorancia para reconocer necesidades,
- superación de la inconciencia para utilizar ofertas disponibles,
- búsqueda de alternativas para lograr accesibilidad a ofertas,
- formación de cuerpos sociales auxiliares de la salud pública,
- creatividad para generar soluciones viables y sustentables,
- creatividad para utilizar los recursos naturales disponibles,
- solidaridad para cooperar en la creación y difusión de soluciones,
- organización para demandar ofertas a necesidades reales,
- participación para desarrollar y mantener soluciones ofrecidas,
- conciencia de la propia fuerza y de la posibilidad de crecimiento.

Este trabajo no resulta contradictorio con los planes de asistencia llamados sociales; por el contrario busca superponerse temporalmente con ellos para generar defensas sociales, acotando progresivamente su necesidad en el futuro. Procurando una comparación biológica, si los planes de asistencialismo fueran el 'suero', el 'Programa de Acción Sanitaria', pretendería ser la vacuna.

Cuestiones como la maternidad adolescente, el control del embarazo, algunos aspectos nutricionales pre y post-parto, hábitos preventivos en salud, en actividad física, en posturas, cuidados vinculados a neutralización de carencias de saneamiento con precauciones propias de actividades de las economías regionales etc., se encuadran dentro del escenario de acción sostenido.

Es preciso, pues, un sistema de proyectos educativos, preventivos y de acción, orientados a 'construir' una mejor calidad de vida. Ese es el eje central del Programa de Acción Sanitaria.

6. Objetivos generales

Se postula:

- desarrollar capacidades profesionales y comunitarias,
- asistir el diseño y ejecución de programas de cuidados sanitarios,
- promover acciones sostenidas para mejorar la salud, el desarrollo educativo y la búsqueda de igualdad de oportunidades.

7. Objetivos específicos

- a. Activar las unidades de educación-acción sanitaria.
- b. Desarrollar los ciclos de educación y promoción de la salud.
- c. Integrar a las comunidades en la gestión educativo-sanitaria.
- d. Capacitar para la acción a los agentes comunitarios.
- e. Programar estudios epidemiológicos de interés comunitario.
- f. Formular estrategias de Atención Primaria viables y sustentables.
- g. Aplicar, difundir y monitorear las soluciones desarrolladas.
- h. Asegurar la continuidad de los proyectos.
- i. Programar la expansión/replicación de las unidades de gestión.

Bibliografía

¹ Organización Panamericana de la Salud. *Educación para la Salud en el ámbito escolar. Una perspectiva integral*. Washington: OPS; 1995.

² Estévez CR *et al.* Expresiones de la salud de los ancianos a través de la demanda espontánea. *Rev Argen Gerontol Geriatr* 1996; 16 (3).

³ Estévez CR. Evaluación del impacto del consumo de sal en la tensión arterial. *Rev Inst Hig Med Soc* 1997; 1 (3).

⁴ Estévez César R. Evaluación del impacto del consumo de sal en la tensión arterial. *Rev Inst Hig Med Soc* 1997; 1 (4).

⁵ Estévez César R. Evaluación del impacto del consumo de sal en la tensión arterial. *Rev Inst Hig Med Soc* 1998; 2 (1).

⁶ Abramson J, *et al.* A community health study in Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1979; 15 (11): 725-31.

⁷ Tedesco JC. *El nuevo pacto educativo*. Madrid: Anaya; 1995.

⁸ Elliot J. Indicadores de rendimiento y calidad educativa. *Cuad Pedagog* 1992; 206.

⁹ Estévez CR. *Escuela y Salud. Armando Proyectos*. Buenos Aires: Métodos, 1997.

¹⁰ Estévez CR. Programas de Educación para la Salud. Investigación-Acción. Ensayo de un modelo en la Escuela. *Rev Inst Hig Med Soc* 1998; 2 (3): 24-8.

¹¹ Ministerio de Educación. *Atlas de la Cultura Tradicional Argentina*. Buenos Aires: ME; 1986.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

(DECLARATION OF ALMA-ATA)

El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (*Almaty* desde 1994) (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), los representantes de 134 naciones convinieron en los términos de una solemne Declaración en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

Se reproduce a continuación el texto completo de esa Declaración, cuya aprobación constituyó el momento culminante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada conjuntamente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (*United National International Children Emergency Fund* = Fondo de Socorro Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia).

Declaración de Alma-Ata

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo, elabora la presente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es inaceptable política, social y

económicamente, y es, por lo tanto, una preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países en desarrollo y los desarrollados. La promoción y protección de la salud de la población son indispensables para el desarrollo económico y social ininterrumpido, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.

V

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo, obligación que sólo puede ser llevada a cabo mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de las próximas décadas, debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen, en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. Refleja las condiciones económicas y las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se desarrolla a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados relevantes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia en salud pública.
2. Se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad, y, de acuerdo con esto, provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
3. Incluye, por lo menos: educación sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, incluyendo planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y provisión de los medicamentos esenciales.
4. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores y campos de actividad corresponsables del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores; y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
5. Requiere y fomenta en grado máximo la confianza en sí mismo y la participación del individuo y de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y de otros recursos disponibles; y, con tal fin, desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
6. Debe estar apoyada por sistemas de interconsultas integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, con vistas a la mejora progresiva de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de personas médicas, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadoras sociales, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con la preparación debida social y

técnicamente, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud de gran alcance y en coordinación con otros sectores. Para ello, será necesario ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por la población de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y el funcionamiento de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y, en particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud, en tanto en cuanto que es elemento esencial de dicho desarrollo.



La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la acción urgente y efectiva nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el

mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica, y de acuerdo con el Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF, y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la

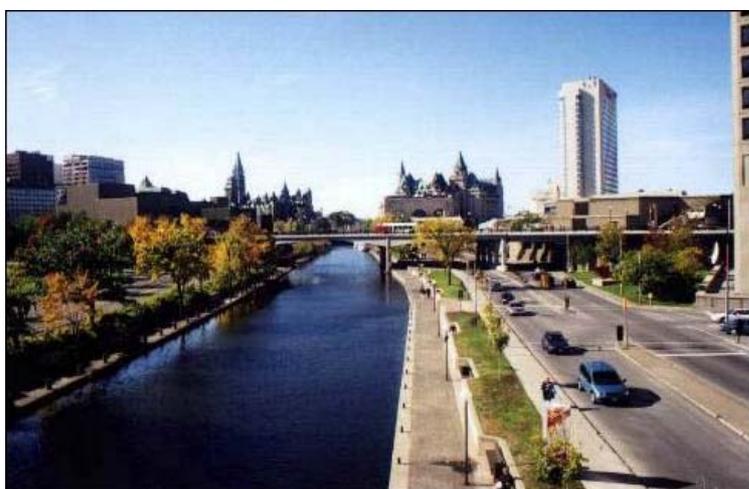
comunidad mundial a que apoyen, en el plano nacional e internacional, el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud, de conformidad con el espíritu y el contenido de la presente Declaración.



Logotipo de la Conferencia de Alma-Ata 1978

Alma-Ata (Kazakhstan)

Cuna de la Declaración de Alma-Ata 1978



Ottawa (Canadá)

Cuna de la Carta de Ottawa 1986

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

(UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS)

El 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto completo aparece a continuación.

PREÁMBULO

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada de la persona, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que la persona no se vea compelida al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión;

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales de la persona, en la dignidad y el valor del ser humano y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales de la persona; y

Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso,

LA ASAMBLEA GENERAL

Proclama

LA PRESENTE DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1.

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2.

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2. Además no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3.

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4.

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5.

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6.

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7.

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra todo acto discriminatorio que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8.

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9.

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10.

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11.

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12.

Nadie será objeto de ingerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales ingerencias o ataques.

Artículo 13.

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14.

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos

comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15.

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16.

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17.

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18.

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19.

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20.

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21.

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público, esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22.

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23.

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24.

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26.

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo

concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27.

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28.

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29.

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30.

Nada en la presente Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

L. Maceiras

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Vigo.

(SURVEYS OF SATISFACTION USERS)

La encuesta

La información derivada, en un centro sanitario, del análisis de las señales de alarma (casos aislados de quejas y reclamaciones, descontento generalizado de los usuarios, situación competitiva del hospital, pérdida indiscriminada de clientes, grado de actividad de la medicina privada en constante aumento...) y de los datos internos disponibles, aunque es parte integrante del conocimiento de la calidad, no es suficiente. No permite conocer las situaciones que no activan dichas señales, las realidades que contradicen creencias axiomáticas o carentes de base, ni las posibilidades de mejorar la calidad que han pasado desapercibidas¹.

El sondeo del mercado es el método de información primaria más utilizado y que ofrece mejores resultados. Su objetivo es reflejar la realidad del modo más fidedigno posible, lo cual supone reducir al máximo las discrepancias entre los resultados del estudio y su objeto. Esta actividad concreta y acopia información sobre diversos aspectos del mercado.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos²; en algunos países, como Suecia³, Inglaterra⁴ y EEUU⁵, están muy desarrolladas. Sus objetivos principales son conocer cómo evalúan los clientes el sistema sanitario y establecer una retroalimentación informativa hacia el personal sanitario a fin de que conozca la evaluación de su actividad global.

La encuesta más utilizada en los hospitales es la de satisfacción tras la hospitalización, introducida en España en la década de los ochenta^{6,7,8}. Con ella se intenta medir el grado de complacencia de los usuarios del hospital con los servicios recibidos y las deficiencias y puntos fuertes que han encontrado durante su permanencia en él. Se complementa, en algunos hospitales, con las encuestas de consultas externas y del servicio de urgencias. La información que se obtiene con estos sondeos está limitada por el método de la encuesta y por el propio contenido del cuestionario, más dirigido a detectar deficiencias respecto a algunas facetas de la atención prestada (información, aspectos hosteleros y trato personal) que a conocer necesidades de servicio antes, durante y después de prestarse. También se debe considerar que esta encuesta de satisfacción mide el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la

opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario.

Aunque las circunstancias varían de unos hospitales a otros, estos estudios no suelen formar parte de la rutina de la gestión, hecho indicativo de la escasa orientación al cliente de los hospitales públicos. Por otro lado, realizar encuestas es, como veremos, más complejo que la simple redacción de un cuestionario y su entrega a todos los usuarios en el momento del alta, método poco fiable por su escaso rigor científico.

Objetivos de la encuesta

Los sondeos del servicio al cliente permiten conocer en qué situación se está en un momento concreto y lo que desean los clientes. Las encuestas de opinión hospitalaria tienen dos objetivos primordiales:

- *Conocer el servicio que el hospital presta.* Teóricamente ésta es la cuestión más fácil de conocer. Pero no se suelen tener datos exactos por varias causas tales como valorar excesivamente los hechos anecdóticos, la escasa representatividad de las reclamaciones, la indiferencia de los clientes o que éstos tengan una idea del servicio preconcebida y equivocada. Se necesitan datos objetivos de cada área hospitalaria con el fin de poder establecer con exactitud el grado de calidad del servicio, información obtenible con las encuestas de satisfacción de los usuarios del hospital.

- *Conocer qué servicio quieren los clientes actuales y los potenciales.* El estudio puede estar dirigido tanto desde la Administración, con el objeto de tener un conocimiento global, como desde un hospital, para saber qué espera de él la población asignada o un segmento de la misma. Utilizadas en la mayoría de los países como investigación sociológica y política, como termómetro de percepción social sobre cuestiones de interés general, su empleo por el sistema sanitario es frecuente en algunos países como Inglaterra⁹. Tienen interés como referencia para establecer la política sanitaria y también para orientar los cambios de acuerdo con la evaluación popular.

Las dos premisas que se deben considerar al realizar las encuestas orientadas a conocer qué es lo que quieren los clientes potenciales son:

• *El servicio al cliente es percepción.* La calidad científico-técnica de la atención médica podría objetivarse con el establecimiento de estándares y la comparación de los mismos con la realidad de los resultados. Por el contrario, el servicio al cliente es un valor subjetivo. Puede estimarse que el nivel es bueno y, sin embargo, los clientes opinan que es insuficiente, inadecuado o excesivo al compararlo con sus expectativas. Las preguntas de una encuesta de satisfacción se deben centrar en los aspectos de la calidad que interesan a los usuarios. La elaboración del sondeo debe ir precedida de un estudio, donde se recojan las opiniones de los clientes actuales y de los antiguos clientes con objeto de poner de manifiesto las preocupaciones del usuario, sus expectativas y su forma de expresarlas.

• *Los clientes son distintos.* El mercado sanitario está segmentado geográficamente por la estructura organizativa de la institución y, también, por razones de edad, sexo, económicas, patología, tiempo y otras características. Por otra parte, las necesidades del paciente crónico, el anciano, el niño, la mujer o el adolescente no son las mismas. Dentro de sus posibilidades, el hospital debe diferenciar el servicio dirigido a cada uno de los segmentos de la población y ajustarlo a las necesidades del cliente.

Los objetivos generales de una investigación de mercado son los siguientes:

1. Descubrir las causas de descontento no detectadas con las señales de alarma.
2. Determinar el nivel de calidad de los servicios hospitalarios propios y, si fuera posible, con relación a los de la competencia.
3. Investigar las posibilidades de mejorar la calidad.

El proceso de elaboración de la encuesta

El proceso de realización de una encuesta sigue las siguientes fases¹⁰:

1. Determinar la población que se va encuestar.
2. Diseñar el cuestionario: tipo, contenido, número y secuencia de las preguntas, control del diseño o pretest.
3. Fijar el tamaño de la muestra.
4. Seleccionar la muestra.
5. Organizar el trabajo de campo.
6. Tratamiento estadístico.
7. Analizar los resultados.

Determinación de la población objeto de estudio

Según el objetivo del sondeo, las encuestas pueden dirigirse a dos poblaciones claramente diferenciadas: los clientes potenciales y los clientes reales. Ajos primeros, con el fin de anticiparse a sus demandas y a

los segundos, con objeto de corregir las deficiencias que pudieran haber hallado al recibir los servicios. En ambos casos los objetivos finales son los mismos: mejorar la calidad percibida, entendida ésta como la relación entre las funciones o utilidades percibidas y las esperadas, y aumentar el grado de satisfacción del cliente.

También se pueden encuestar poblaciones más restringidas, como los usuarios de una unidad concreta en la que, con las reclamaciones, se han detectado problemas cuyas causas no ha podido revelar la información interna.

Diseño del cuestionario

El diseño del cuestionario es una fase fundamental en el proceso de la encuesta. Antes de comenzar a elaborarlo es necesario especificar bien los problemas que se quieren analizar y considerar cómo se realizará la consulta para ajustar el cuestionario a las características del estudio. Es recomendable que participen varias personas en su preparación.

El cuestionario debe reunir los siguientes requisitos^{10,11, 12}: ser breve, con el fin de disminuir los costes y aumentar su fiabilidad, interesante, sencillo, preciso y concreto. Las preguntas pueden adoptar diversas formas^{10,11, 12}:

- Preguntas abiertas. El entrevistado puede responder libremente.
- Preguntas cerradas. Esta clase de consulta limita las posibilidades de respuesta. Se denominan dicotómicas cuando el encuestado únicamente puede responder sí o no, y de múltiple elección cuando puede elegir una entre varias respuestas opcionales. Estas últimas son preguntas de clasificación o medida cuando se utiliza una escala para obtener una respuesta jerarquizada.
- Preguntas de control. Se emplean para verificar la coherencia y veracidad de las respuestas anteriores.
- Preguntas en batería. Son aquellas que se plantean una detrás de otra, de tal forma que la respuesta a la primera pregunta condiciona la contestación a la segunda.
- Preguntas filtro. Son aquellas cuya respuesta excluye formular otras.

La forma de recogida de los datos se elige en función de los siguientes elementos:

- La información disponible sobre los sujetos en estudio.
- La capacidad de lectura y escritura de la población, así como su interés.
- La forma de las preguntas.
- El contenido de las preguntas: naturaleza, número y complejidad de la información que se solicita.
- La tasa de respuestas deseada.

- Los costes. Dependen del tiempo necesario para elaborar los cuestionarios, la amplitud, la dispersión geográfica de la muestra, la disponibilidad de encuestadores.
- La conveniencia de utilizar un cuestionario autoadministrado si no se dispone de encuestadores entrenados.
- El tiempo necesario para recoger la información.

Los métodos de recogida de datos

Hay tres clases de procedimientos para recopilar información: por correo, telefónico y personal. Cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes (ver Tabla 1)^{10,11,12}:

a) Encuesta por correo:

- Ventajas:
 - costo reducido,
 - rapidez de realización,
 - accesibilidad a todos los individuos,
 - mayor sinceridad en las respuestas,
 - sin riesgo de influencia del entrevistador,
 - tiempo de respuesta más largo (para el entrevistado).
- Inconvenientes:
 - bajo porcentaje de respuestas,
 - escasa representatividad de las respuestas,
 - eventualidad de que las respuestas no sean personales,
 - posibilidad de perder el cuestionario,
 - dificultad en cumplir los plazos previstos,
 - imposibilidad de controlar el orden de las respuestas,
 - tiempo de respuesta más largo (para el entrevistador).

b) Encuesta telefónica

- Ventajas:
 - bajo coste,
 - rapidez de realización,
 - menor necesidad de formar a los encuestadores,
 - sesgo de los encuestadores más controlable,
 - mayor porcentaje de respuesta que en la encuesta por correo,
 - facilidad para clarificar las respuestas,
 - posibilidad de controlar el orden de las respuestas
- Inconvenientes:
 - falta de representatividad: sólo se accede a los que tienen teléfono,
 - menor grado de sinceridad en las respuestas,
 - tiempo de respuesta corto.

c) Encuesta personal

- Ventajas:
 - muestra perfectamente definida,
 - tasa de respuesta elevada,
 - clarificación de las respuestas,
 - respuestas espontáneas,
 - posibilidad de controlar el orden de las respuestas.

- Inconvenientes:
 - elevado coste,
 - laboriosidad y larga duración,
 - riesgo de influencia del entrevistador,
 - posibilidad de que los entrevistadores falseen las encuestas.

Pueden utilizarse procedimientos intermedios, como el empleado en la mayoría de los hospitales, consistentes en la entrega del cuestionario personal y la recepción posterior por correo, que tienen las ventajas e inconvenientes señalados.

Tamaño de la muestra

El cálculo estadístico permite delimitar el tamaño de la muestra que debe seleccionarse. Las exigencias fundamentales son que sea representativa de la población total y que su tamaño se ajuste a la exactitud de la información que se desea conseguir y al coste de la encuesta. Al determinar el tamaño de la muestra, hay que considerar algunas cuestiones previas:

- Los límites de la zona de estudio.
- La existencia o no de grupos con particular atractivo para el análisis.
- El tipo de recogida de la información.
- Las características de la población: homogénea o heterogénea.
- La naturaleza de la información.
- El margen de error admisible.

Métodos de muestreo

A fin de concretar qué sujetos de la población van a formar parte de la consulta, se tiene que utilizar un método de muestreo.

a) Métodos aleatorios

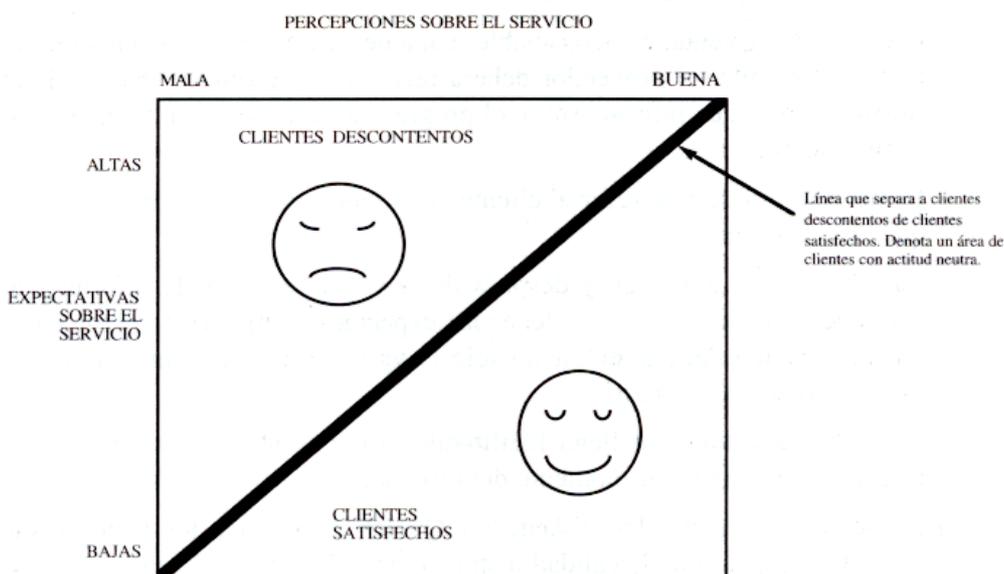
El muestreo es aleatorio cuando todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra.

Tabla 1. Comparación de tres formas de recogida de datos

	Correo	Teléfono	Cara a cara
<i>Coste</i>	La más barata por respuesta	Coste por respuesta entre medio y bajo	La más cara por respuesta
<i>Alcance</i>	Puede llegarse a una muestra dispersa	Puede llegarse a una muestra dispersa, pero sólo a quienes tengan teléfono	Depende del contacto personal
<i>Tasa de respuesta</i>	La más baja, sobre todo para los grupos de nivel socioeconómico inferior	Media	La más alta
<i>Estandarización</i>	Estandarizado	La estandarización depende del entrevistador	La estandarización depende del entrevistador
<i>Preguntas sobre temas delicados</i>	Baja probabilidad de que planteen situaciones embarazosas	Cierto “anonimato” en las respuestas	Pueden resultar difíciles
<i>Sondeo</i>	No se puede clarificar; no se detectan los problemas de mala comprensión	Permite sondear respuestas; reduce la mala comprensión y las preguntas no contestadas	Permite sondear respuestas; reducir la mala comprensión y las preguntas no contestadas
<i>Instrucción</i>	Requiere cierto nivel de instrucción	No restringido por la falta de instrucción, pero requiere cierto dominio del lenguaje	No restringido por la falta de instrucción, pero requiere cierto dominio del lenguaje
<i>Observación</i>	No es posible la observación	Es posible escuchar al entrevistado	Es posible escuchar y observar al entrevistado

Fuente: Hawe, Degeling y Hall¹³.

Figura 1. Satisfacción de los usuarios
Satisfacción en función de percepciones y expectativas



Fuente: Larrea¹⁴.

- *Muestreo aleatorio simple*. Consiste en escoger al azar los elementos de la muestra. Con objeto de simplificarlo, se suele numerar a todos los miembros de la población y se seleccionan con una tabla de números aleatorios.

- *Muestreo aleatorio sistemático*. Se emplea cuando la población es muy grande. Estriba en determinar el coeficiente de elevación o cociente entre el tamaño de la población y el de la muestra. Calculado éste, se toma un número al azar comprendido entre el uno y el valor del coeficiente. Los miembros de la muestra, numerados, se seleccionan a partir de un número extraído de modo aleatorio al que se le suma el coeficiente de elevación, sumándose al resultado dicho coeficiente de forma sucesiva.

- *Muestreo aleatorio estratificado*. Se utiliza cuando no conviene que todos los elementos de la población tengan la misma probabilidad de formar parte de la muestra. Esta circunstancia ocurre cuando en la población hay grupos definidos que deben tener una representación dada. El reparto de la muestra entre los diferentes grupos se establece mediante la *afijación* de la misma, que puede ser¹⁰:

- *Afijación simple*: la muestra se distribuye en partes iguales para cada estrato.
- *Afijación proporcional*: la muestra se reparte de forma proporcional a la población de cada estrato.
- *Afijación óptima*: la muestra se reparte de forma proporcional a la población de cada grupo y a su homogeneidad, midiendo la dispersión de la población del estrato a través de la desviación típica.

- *Muestreo por áreas geográficas*. Los elementos de la muestra se agrupan por zonas con proximidad territorial, previa selección aleatoria de las áreas. Con éste método se reduce el coste del trabajo de campo, si el método de encuesta es la entrevista personal.

- *Muestreo mediante itinerarios aleatorios*. De forma aleatoria se determina un conjunto de direcciones dentro del área geográfica objeto de estudio. Al entrevistador se le proporciona el itinerario que debe seguir y la forma de elegir el edificio, la planta, la vivienda y la persona seleccionada para la entrevista, y las normas que debe observar si no fuera posible cumplir los requisitos citados.

b) Métodos no aleatorios

Se utilizan cuando por razones diversas, generalmente por falta de tiempo, recursos o

imposibilidad material, no puede realizarse un muestreo aleatorio.

Los más empleados son:

- *Método opinático*¹⁰: El entrevistador tiene libertad para seleccionar los individuos de la muestra.

- *Método de cuotas estratificadas*: A cada entrevistador se le asigna una cuota de individuos de la muestra; también se concretan las condiciones requeridas a las personas que serán entrevistadas.

La investigación

La realización es el trabajo de campo, es decir, el contacto con la muestra seleccionada para conseguir la información adecuada. Tiene especial relevancia si la encuesta es personal o telefónica. En ambos casos, especialmente en el primero, es importante seleccionar a los entrevistadores, adiestrarlos y controlarlos, porque la validez de las conclusiones del estudio va a depender de la fiabilidad de la investigación. La fase de investigación finaliza con un examen aleatorio de un 10 a un 20% de las entrevistas.

Antes de tabular los datos es necesario depurarlos y codificar los cuestionarios. La depuración consiste en revisar todos los cuestionados con objeto de detectar omisiones, errores, respuestas ilegibles. La codificación estriba en asignar códigos simbólicos a las respuestas a fin de poder proceder a la tabulación automática. Cuando las preguntas son cerradas, suelen codificarse al elaborar el cuestionario, y los códigos están impresos en el mismo; cuando son abiertas, se codifican después. La tabulación tiene por objetivo elaborar las tablas estadísticas con la información recogida. Con el desarrollo de programas informáticos la tabulación no plantea problemas. Por ejemplo, es posible realizar la entrevista telefónica, introducir los datos y tabularlos simultáneamente.

En el estudio de los datos, debido a la generalización de los programas estadísticos, tiene más interés el diseño del análisis estadístico de la información que los cálculos técnicos.

El informe

Tiene por objeto ilustrar los resultados de la encuesta. Sus partes más importantes son: el resumen para la Dirección, el desarrollo del informe y las conclusiones y recomendaciones.

El resumen para la Dirección detalla los descubrimientos más importantes, las conclusiones que de ellos se derivan y las recomendaciones específicas. El desarrollo del informe indica los antecedentes y objetivos de la investigación, la metodología utilizada, los resultados obtenidos y los puntos débiles de la información y del método. Contiene los siguientes apartados:

- Finalidad del estudio.
- Quién lo encargó y quién lo realizó.
- Descripción, exposición del método de cálculo y de elección de la muestra.
- Periodo de ejecución del estudio.
- Control establecido,
- Ámbito geográfico de las entrevistas.
- Informe: análisis del problema planteado, estudio detallado de los datos, tablas numéricas con expresión de las bases de los tantos por ciento, gráficos y un cuestionario.

Las conclusiones son las verdades generalizadas deducidas del análisis en función de las cuales se formulan las recomendaciones. En el caso de estudios llevados a cabo por investigadores externos, existe la controversia de si éstos pueden o no formular recomendaciones generales a partir de la información parcial que poseen de la empresa.

Las normas de calidad de un servicio deben servir a todo el Centro

La información derivada, en un centro sanitario, de las encuestas, sirve para utilizarla en el logro de una mayor calidad en la asistencia.

El servicio al cliente lo constituyen todas las actividades secundarias, con un mayor o menor efecto en el servicio principal; razón por la cual las normas de calidad del servicio afectan a todos los trabajadores de ese centro. Todo el personal debe conocer la influencia de su trabajo sobre la satisfacción del cliente, incluso aquellos empleados cuyo contacto con los usuarios sea bajo o nulo, como pueden ser los técnicos de mantenimiento, el personal de administración o el personal sanitario de laboratorios. Por ejemplo, la emisión de un informe de anatomía patológica en el plazo establecido como razonable no es sólo una norma de gestión destinada a mejorar la productividad de esa unidad, a reducir la estancia y a ser utilizada como un parámetro de calidad asistencial en cuanto a su fiabilidad y comprobación del diagnóstico médico o quirúrgico, sino que también constituye una norma de calidad del

servicio en cuanto que satisface una necesidad de información del paciente (ver Figura 1)¹⁵.

Bibliografía

- ¹ Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. *Manual de control de calidad*. Barcelona: Reverté; 1990.
- ² Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27(6):637-44.
- ³ Jacobson C. Patients opinions . En: Pain L, ed. *Hospital management international'90*. London: International Hospital Federation; 1990.
- ⁴ Carr-Hill R, McIver S, Dixon P. *The NHS and its customers*. York: Center for Health Economics, University of York; 1989
- ⁵ Nelson E, Hays R, Larson C. The patient judgement system: reliability and validity. *Quality Review Bulletin* 1989;15:185-191.
- ⁶ Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.
- ⁷ Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). *Sesiones de trabajo sobre el Plan de Humanización*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986.
- ⁸ Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). *Plan de Humanización. Actividades desarrolladas en 1986*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.
- ⁹ Davies P. The public speaks out on the NHS (4th. Marplan opinion poll on the NHS). *The Health Journal* 1988; 19:556-7.
- ¹⁰ Cruz I. *Fundamentos de marketing*. Barcelona: Ariel; 1990.
- ¹¹ Córdoba JL, Torres JM. *Principios y objetivos del marketing*. Bilbao: Deusto, 1990.
- ¹² Ortega E. *El nuevo diccionario de marketing*. Madrid: Area, 1990.
- ¹³ Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Barcelona: Masson/SG; 1993.
- ¹⁴ Larrea P. *Calidad del servicio. Del marketing a la estrategia*. Madrid: Díaz de Santos; 1991.
- ¹⁵ Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos; 1993.

RESEÑAS DE LIBROS Y DE SITIOS EN INTERNET

Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Vols. I y II. Washington: OPS; 2002. 449 y 627 págs. ISBN: 92 75 31587 6.

La salud en las Américas se considera la obra más importante y más consultada de todas las publicaciones producidas por la OPS. El contenido de esta edición se presenta en dos volúmenes y abarca el período comprendido entre 1997 y 2000.



El primer volumen expone la situación de salud en toda la Región y comprende una serie de capítulos donde se identifican y se analizan sus tendencias generales en términos demográficos y de mortalidad; los principales determinantes políticos, sociales, económicos y financieros de la salud; las tendencias y principales características de las reformas de los sistemas de salud; el papel de las personas y comunidades en la promoción de la salud; la relación entre el medio ambiente y las condiciones de vida; las principales enfermedades y problemas de salud; los recursos humanos y tecnológicos actualmente disponibles, y el estado y los logros de la cooperación internacional y bilateral dentro del contexto de la actual globalización comercial.

El segundo volumen consiste en un desglose por países de estas mismas áreas temáticas y comprende las 45 naciones y territorios de las Américas.

La salud en las Américas, edición de 2002, constituye, sin lugar a dudas, una valiosa herramienta de consulta para las autoridades de salud, estudiantes y profesionales de la salud pública y la medicina clínica, investigadores y otras personas interesadas en temas de salud y desarrollo humano, y el público en general.

Sitio en español, de ésta y otras publicaciones de la OPS:
<http://publications.paho.org/spanish/news.cfm?ID=52>

Para pedidos: <http://publications.paho.org>
 Correo electrónico: sales@paho.org
 Fax: (301) 209-9789

Fresco XE et al. *Acción tutorial, transversalidad e resolución de conflictos*. Santiago de Compostela: ICE da Universidade de Santiago de Compostela; 2001. 195 págs. Depósito Legal: C-603/2001. ISBN: 84-8121-873-1.

En el marco de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), los Reales Decretos que han establecido los currículos de las distintas etapas educativas definen unas enseñanzas que deben estar presentes a través de las diferentes áreas. Se trata de la educación moral y cívica, la educación para la paz, la educación para la salud, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, la educación ambiental, la educación sexual, la educación del consumidor y la educación vial.



La insistencia en que todos esos aspectos educativos han de estar presentes en la práctica docente confiere una nueva dimensión al currículo, que en ningún modo puede verse compartimentado en áreas aisladas, o desarrollado en unidades didácticas escasamente relacionadas entre sí, sino que aparece vertebrado por ejes claros de objetivos, de contenidos y de principios de construcción de los aprendizajes, que le dan coherencia y solidez. Algunos de esos ejes están constituidos por las citadas enseñanzas, que son, en realidad, dimensiones o temas recurrentes en el currículo, no paralelos a las áreas, sino transversales a ellas.

Las enseñanzas o temas transversales impregnan, de hecho, el currículo establecido en sus distintas áreas hasta el punto de que carece de sentido que el profesorado se plantee si, en un momento dado del trabajo de aula, está desarrollando una área determinada o un tema transversal concreto. La impregnación es recíproca: los temas transversales están presentes en las áreas y éstas también se hallan presentes en los temas. Hablar de enseñanzas transversales, en consecuencia, no es introducir contenidos nuevos que no estén ya reflejados en el currículo de las áreas, sino organizar algunos de esos contenidos alrededor de un determinado eje educativo.

Los contenidos curriculares de los temas transversales son objeto, en la actualidad, de una fuerte demanda social: la sociedad pide que esos elementos estén presentes en la educación. Se trata de contenidos educativos valiosos, que responden a un proyecto válido de sociedad y de educación, y que, por consiguiente, están plenamente justificados

dentro del marco social en que ha de desarrollarse toda la educación, principalmente la educación obligatoria.

En razón de esa presencia en el currículo, en sus distintas áreas, los temas transversales tienen un valor importante, tanto para el desarrollo personal e integral del alumnado, como para un proyecto de sociedad más libre y pacífica, más respetuosa hacia las personas y también hacia la naturaleza que constituye el entorno de la sociedad humana, en definitiva, para crear una sociedad más sana biológica, psicológica y socialmente.

En esta línea, el título de este libro no puede ser más expresivo, al reflejar con claridad su contenido "Acción tutorial, transversalidad y resolución de conflictos", temas cada vez más requeridos por los educadores y las educadoras, aunque no fáciles de aplicar. Sin embargo, con su riguroso desarrollo teórico-práctico, se contribuye a mejorar la calidad relacional y educativa de nuestras instituciones escolares.

En una primera parte, sobre la tutoría y la orientación, se presenta el estado de la cuestión, analizando, entre otros aspectos, las funciones, la organización, las actividades tutoriales, la coordinación, el plan de acción y los instrumentos de acción tutorial.

La segunda parte, tras presentar la transversalidad como un modelo global y su relación con la tutoría, ofrece un plan de actuación con objetivos, metodología, recursos de evaluación y un amplio abanico de "dinámicas" para la acción tutorial y dinámicas para el proyecto educativo de centro, en concordancia con algunos objetivos generales.

La tercera parte se centra en la resolución de conflictos, con la oferta de diferentes dinámicas de grupo enmarcadas en la educación para una paz positiva, para la salud, para la igualdad...

Tenemos aquí una respuesta clara a esos problemas que tanto preocupan a los profesores, acordes con los planteamientos democráticos. El *currículum* que exige una sociedad abierta, con grandes avances sociales y tecnológicos, ha de asumir también la educación cívica y moral tan ausente en nuestra sociedad, donde la violencia y la manipulación parecen ser la mejor solución a los conflictos.

Corresponde a todo el profesorado del centro, dentro del proyecto educativo asumido, desarrollar la acción tutorial, como se dice en la introducción. Cualquier área, cualquier materia, puede ser instrumento para un programa de educación para la paz y la convivencia, la salud y el ambiente, el consumo, o cualquier otro eje.

El conjunto de reflexiones, estrategias, técnicas e instrumentos ofrecidos en este texto elaborado por este grupo de profesionales, se convertirán en recursos para afrontar y resolver muchos de los problemas que pueden ser abordados en los centros educativos.

MEDICINATV

<http://www.medicinatv.com>

Es un sitio web sobre Medicina General.

Recoge reportajes y noticias sobre salud, organizado en *veintidós canales* (dolor, mujer, hombre, niños, salud bucal, adicciones, infecciones, cáncer, salud mental, riñón, pulmón, corazón...).

MEDICINATV ofrece reportajes y noticias para mantenerse al día de todos los avances de la medicina y los tratamientos. Se puede buscar información por temas y por enfermedades y condiciones. Se dispone también de un listado de asociaciones de pacientes, además de otros servicios muy útiles, como la posibilidad de realizar preguntas, participar en charlas en directo con especialistas, visionar vídeos sobre diversos temas relativos a la salud o entrar en una clínica *online* para dejar de fumar.

Este sitio web brinda también la posibilidad de realizar diversos *chequeos* sin necesidad de salir de casa. Se puede calcular el estado del corazón, descubrir el día de máxima fertilidad o determinar la agudeza visual utilizando la pantalla del ordenador. Y si se suscribe, recibirá en su dirección de correo electrónico las últimas novedades sobre el tema que más le interese.

SALUD

<http://www.canalsalud.com>

Es un sitio web sobre Medicina General.

Nacido a partir del acuerdo con Telemedicine World, CANALSALUD es un sitio completo que brinda la más variada información relativa al bienestar, desde las claves de la dietética hasta los principios activos de los medicamentos o la legislación sanitaria española.

Organizado en forma de árbol, con seis subcanales principales (+Salud, Médico de familia, Vivir en forma, Inforsalud, Mejor prevenir e Hipersalud) que se desglosan en diversos apartados, este canal brinda información sobre todos los temas relativos al bienestar, e informa sobre libros y productos.

Se puede llevar a cabo una autoevaluación *online* para averiguar cuál es el perfil de calidad de vida de uno o el estado de salud por áreas corporales.

Aunque no se pueden realizar consultas personales, la variedad de su temática permite una navegación amena y útil. Es un sitio amplio en cuanto a contenidos (hay apartados de salud animal, de fisioterapia...). Los textos, elaborados por el equipo de profesionales y expertos de Telemedicine World, son básicamente de tres tipos: informativo (explica el tema en cuestión), opinión (firmado por un especialista) y de actualidad (donde se resumen las últimas noticias sanitarias).

Agenda

7th Internet World Congress for Biomedical Sciences - INABIS 2002

Internet (on line), 14-20 de abril de 2002
Información: <http://www.inabis2002.org>

Congreso Internacional PSE Symposium on "Dietary Phytochemicals and Human Health"

Salamanca, 18-20 de abril de 2002
Información:
<http://www3.usal.es/~phytochem/netsymposium.html>

Convención Internacional de Salud Pública: 'Ante los nuevos retos del siglo XXI, por el desarrollo de una Salud Pública de avanzada'

La Habana (Cuba), 1-4 de mayo de 2002
Información: <http://sp2002.sld.cu/index.htm>

I Congreso Nacional 'La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud'

Murcia (España), 9-10 de mayo de 2002
Información: <http://www.um.es/siu/congre/salud-mujeres/>

XVI Congreso Mundial sobre seguridad y salud en el trabajo

Viena (Austria), 26-31 de mayo de 2002
Información:
safety2002@auva.sozvers.at



III International Congress: Women, work and health

Stockolm (Suecia), 2-5 de junio de 2002
Información: <http://www.niwl.se>

New Dimensions in Promoting Health. Linking health promoting programmes with public policies - Nuevas dimensiones en la Promoción de la Salud. Enlace de los programas de promoción de la salud con las políticas públicas

Londres (Reino Unido), 11-13 de junio de 2002
Información: <http://www.newdimensions2002.co.uk>

International Society for Equity in Health (ISEqH) - Second International Conference

Toronto (Canadá), 14-16 de junio de 2002
Información:
<http://www.iseqh.org/conf2002/toronto2002.htm>

Conferencia Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo

Barcelona (España), 17-18 de junio de 2002
Información: <http://webs.comb.es/enwhp2002>

Conferencia Internacional de SIDA

Barcelona (España), 7-12 de julio de 2002
Información: <http://www.aids2002.com>
<http://www.red2002.org>

EPICOH: Congress on Epidemiology in Occupational Health - Congreso de Epidemiología en Salud Laboral

Barcelona (España), 11-14 de septiembre de 2002
Información: <http://www.imim.es/epicoh2002>

XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE): 'Género y Salud: la visión epidemiológica'

Barcelona (España), 12-14 de septiembre de 2002
Información: <http://www.imim.es/XXSEE2002>

Conferencia Internacional sobre Comunicación en Asistencia Sanitaria

Warwick (Reino Unido), 18-20 de septiembre de 2002
Información: <http://www.each2002.com>

7th International Conference on Telemedicine

Regensburg (Alemania), 22-25 de septiembre de 2002
Información: <http://www.ict2002.org>

Foro Mundial: Drogas y dependencias, un reto para la sociedad

Montreal (Canadá), 22-28 de septiembre de 2002
Información:
<http://www.foromundialdrogas-dependencias.com>

CALASS (Congreso Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud)

Toledo (España), 26-28 de septiembre de 2002
Información: <http://www.alass.org/es/calass.htm>

III Conferência Regional Latino-Americana de Promoçao da Saúde e Educaçao para a Saúde

São Paulo (Brasil), 10-13 de noviembre de 2002
Información: <http://www.fsp.usp.br/cepedoc>
<http://www.iuhpe.org>

11th International Ottawa Conference on Medical Education

Barcelona (España), 6-8 de julio de 2004
Información:
<http://www.bcmedic.com/ottaw>

23 de abril
 Día del Libro



Cultura y Salud



- Va a tener una *salmonella*.
- Será una *sardinella*, porque el salmón ni lo pruebo.

Cede la reproducción el autor, Xosé Lois González Vázquez, 'O Carrabouxo'.

Un poderoso monarca llamó a un santo padre, del que todos decían que tenía poderes curativos, para que lo ayudase con sus dolores de columna.

–Dios nos ayudará –dijo el hombre santo–. Pero antes vamos a entender la razón de estos dolores. La confesión hace que el hombre se enfrente con sus problemas, y lo libera de muchas cosas.

Y el sacerdote empezó a preguntarlo todo sobre la vida del rey, desde cómo trataba a su prójimo hasta las angustias y aflicciones de su reinado. El rey, molesto por tener que pensar en problemas, se volvió hacia el hombre santo.

–No quiero hablar de esos asuntos. Por favor, traedme a alguien que cure sin hacer preguntas. El padre salió y volvió media hora después con otro hombre.

–Éste es el hombre que necesitáis –dijo él–. Mi amigo es veterinario. No acostumbra a hablar con sus pacientes.

(Paulo Coelho. *Maktub*. Barcelona: Planeta; 2001. p. 61.)



Mauritania - 'Gato en el Hospital'
Foto de Javier Teniente

Código Europeo contra el cáncer (II)



1. No fumar.

- Si fuma, deje de hacerlo lo antes posible y no fume en presencia de otras personas.
- Si no fuma, no pruebe el tabaco.



“Vacaciones de verano”

Original pintado con la boca por Benjie Baylon

Asociación de Pintores con la Boca y con el Pie
<http://www.aapbp.com>