

# 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](mailto: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 Poliomiéltis (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 poliomiéltis autóctona más de tres años. El último caso de poliomiéltis 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 poliomiéltis 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 poliomiéltis 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 poliomiéltis. 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 poliomiéltis 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 poliomiéltis 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 poliomiéltis.

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).

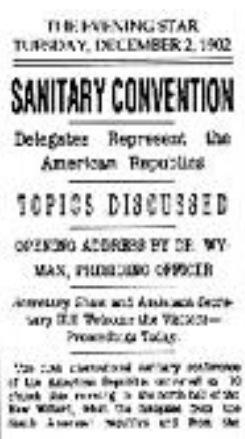
- Región de Europa (EURO): Oficina central en Copenhague (Dinamarca).
- Región de África (AFRO): Oficina central en Brazzaville (Congo).
- Región del Mediterráneo Oriental (EMRO): Oficina central en Alejandría (Egipto).
- Región de Asia Sudoriental (SEARO): Oficina central en Nueva Delhi (India).
- Región 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:**

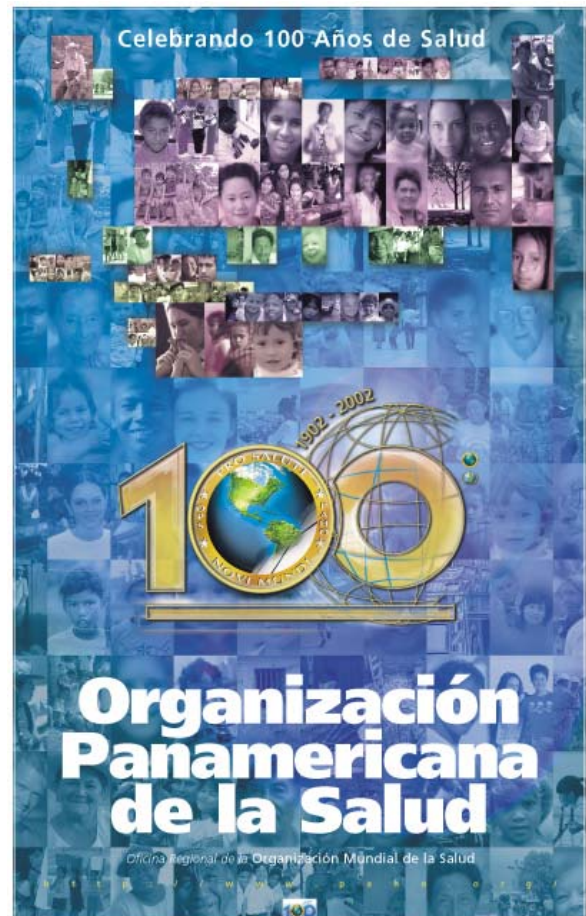
Bioestadística y profesional de salud pública. Empezó su carrera en salud pública como directora de los Servicios Estadísticos en el Departamento de Salud Pública del Estado de Tennessee. Entre 1953-1970, la Dra. Puffer sirvió como Jefe del Departamento de Estadísticas de Salud de la Organización Panamericana 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](mailto: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 cuela.

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 Gajdusek. 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](http://europa.eu.int/geninfo/key_es.htm)

Biomedica:

[http://www.biomed.net/biomedica/dossier\\_infecciosas.htm](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>

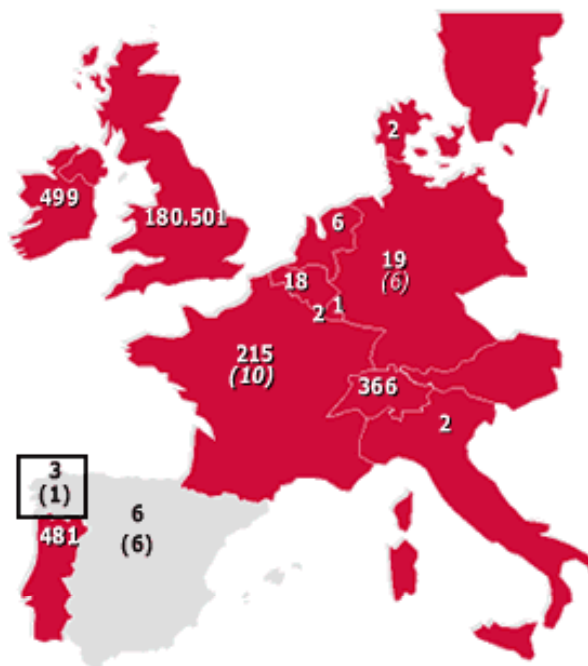
*Agradecemos a Cristina Junyent que nos permita publicar su ponencia en la mesa redonda: **Desde el campo hasta la mesa: la calidad y seguridad de los alimentos**, en el Congreso Nacional de 2001 de la SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) en Zaragoza.*

## 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 proponía<sup>1</sup>:

- 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 prevención<sup>2</sup>.

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

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"<sup>6</sup>.

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..."<sup>7</sup>.

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 crecimiento<sup>8</sup>.

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 ellos<sup>9</sup>.

### 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 Aires<sup>10</sup>, 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 regionales<sup>11</sup>.

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', movilizandando 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

- <sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Educación para la Salud en el ámbito escolar. Una perspectiva integral*. Washington: OPS; 1995.
- <sup>2</sup> Estévez CR *et al.* Expresiones de la salud de los ancianos a través de la demanda espontánea. *Rev Argen Gerontol Geriatr* 1996; 16 (3).
- <sup>3</sup> Estévez CR. Evaluación del impacto del consumo de sal en la tensión arterial. *Rev Inst Hig Med Soc* 1997; 1 (3).
- <sup>4</sup> Estévez César R. Evaluación del impacto del consumo de sal en la tensión arterial. *Rev Inst Hig Med Soc* 1997; 1 (4).
- <sup>5</sup> Estévez César R. Evaluación del impacto del consumo de sal en la tensión arterial. *Rev Inst Hig Med Soc* 1998; 2 (1).
- <sup>6</sup> Abramson J, *et al.* A community health study in Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1979; 15 (11): 725-31.
- <sup>7</sup> Tedesco JC. *El nuevo pacto educativo*. Madrid: Anaya; 1995.
- <sup>8</sup> Elliot J. Indicadores de rendimiento y calidad educativa. *Cuad Pedagog* 1992; 206.
- <sup>9</sup> Estévez CR. *Escuela y Salud. Armando Proyectos*. Buenos Aires: Métodos, 1997.
- <sup>10</sup> 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.
- <sup>11</sup> 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

## Declaración de Alma-Ata

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

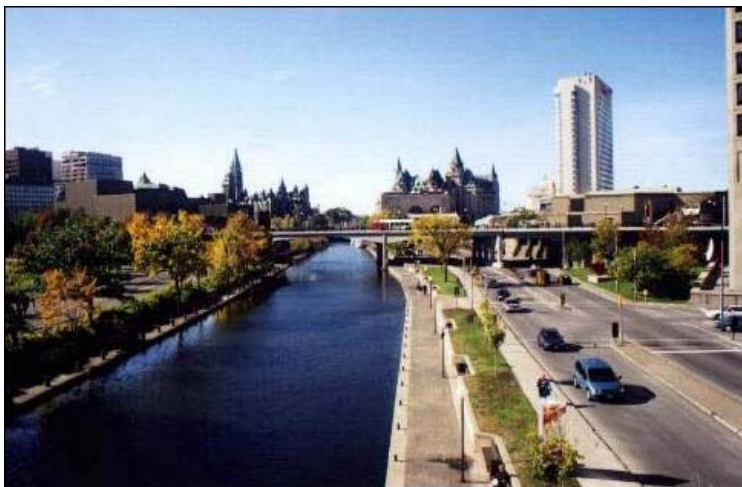
comunidad mundial a que apoyen, en el plano nacional e internacional, el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, 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 desapercibidas<sup>1</sup>.

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 recibidos<sup>2</sup>; en algunos países, como Suecia<sup>3</sup>, Inglaterra<sup>4</sup> y EEUU<sup>5</sup>, 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<sup>6,7,8</sup>. 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 Inglaterra<sup>9</sup>. 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 fases<sup>10</sup>:

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<sup>10,11, 12</sup>: ser breve, con el fin de disminuir los costes y aumentar su fiabilidad, interesante, sencillo, preciso y concreto. Las preguntas pueden adoptar diversas formas<sup>10,11, 12</sup>:

- 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)<sup>10,11,12</sup>:

##### *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.

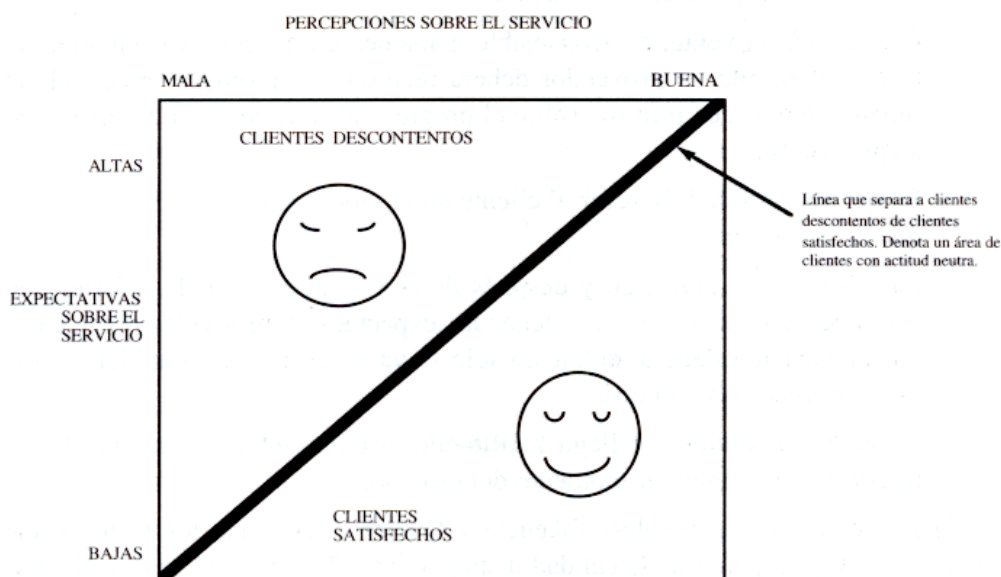


**Tabla 1. Comparación de tres formas de recogida de datos**

	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 Hall<sup>13</sup>.

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



Fuente: Larrea<sup>14</sup>.

- *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 ser<sup>10</sup>:

- *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*<sup>10</sup>: 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)<sup>15</sup>.

---

### **Bibliografía**

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





Vol. 2 - Nº 1 - Primavera 2002

Suplemento 1

Depósito Legal: C-2282/2001 ; ISSN: 1579-1963

**7 DE ABRIL - DÍA MUNDIAL DE LA SALUD  
AÑO 2002 :  
'POR TU SALUD, MUÉVETE'**

**Organización Mundial de la Salud (OMS)**

---

**WORLD HEALTH DAY: "MOVE FOR HEALTH"**

---

### **DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 2002**

Mediante el proceso del Día Mundial de la Salud (DMS), la OMS aspira a promover un debate sanitario mundial sobre el cambio epidemiológico observado en la evolución de la carga mundial de morbilidad y sobre los factores que alimentan esa tendencia. En la mayoría de las regiones del mundo, las enfermedades no transmisibles han pasado a convertirse en una importante epidemia. Esto se debe en parte a la rápida transición hacia estilos de vida que conducen a reducir el ejercicio físico, a modificar el régimen alimenticio y a consumir más tabaco. Este fenómeno se observa en todas las sociedades, ya sean ricas o pobres, desarrolladas o en desarrollo.

La pobreza, la violencia, la rápida transformación social y económica, la falta de educación, la inadecuación de los servicios de salud o su inexistencia y la falta de una clara orientación de la política, contribuyen tanto al aumento de los casos de cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares como al SIDA y al paludismo. La OMS cree que ha llegado la hora de centrar el debate mundial tanto en la prevención como en los medios curativos. Dando mayor prioridad a la prevención, todos los responsables de la salud pública saldrán beneficiados.

La falta de ejercicio físico es una causa importante de enfermedades cardiovasculares, de diabetes y de obesidad. La OMS estima que la inactividad física conduce a más de dos millones de defunciones al año. Probablemente, una tercera parte de los cánceres pueden prevenirse adoptando una alimentación sana, manteniendo un peso normal y haciendo suficiente ejercicio a lo largo de toda la vida. Según estimaciones, nada menos que el 80% de las cardiopatías coronarias prematuras se deben a la falta de ejercicio físico unida a una alimentación inadecuada y al tabaquismo. En países tan diversos como China, Finlandia y los Estados Unidos de América, distintos estudios han mostrado que incluso

un cambio relativamente moderado del modo de vida es suficiente para prevenir casi un 60% de los casos de diabetes del tipo II.

Con objeto de llamar la atención de las instancias normativas, de los responsables de la salud pública y de la sociedad civil sobre estos problemas, la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, ha anunciado que en 2002 el DMS pondrá de relieve la importancia de una buena forma física y de llevar una vida sana. Las actividades que se desarrollen ese día en todo el mundo girarán en torno al tema de la necesidad del ejercicio físico y de sus efectos beneficiosos.



El ejercicio físico puede ser una manera práctica de conseguir, tanto directa como indirectamente, numerosas ventajas para la salud. Puede reducir la frecuencia de la violencia entre los jóvenes, favorecer estilos de vida sin tabaco y disminuir ciertos comportamientos de riesgo como son las relaciones sexuales no protegidas o el consumo de drogas ilícitas. Asimismo, puede atenuar la sensación de

aislamiento y de soledad entre los ancianos y mejorar su agilidad física y mental.

El DMS 2002 se celebrará en numerosos contextos: escuelas y lugares de trabajo, estadios y barrios urbanos. La fraternidad internacional del deporte, representada por la Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA) y el Comité Olímpico Internacional (COI), está ya vinculada con las actividades desarrolladas por la OMS, de forma que la Copa Mundial de Fútbol de 2002, en Corea y el Japón, y los Juegos Olímpicos de Invierno, en Salt Lake City, van a ser acontecimientos de promoción de la salud.

El DMS 2002 se celebrará principalmente en Sao Paulo (Brasil), poniéndose así de relieve el éxito del programa 'Agita São Paulo'.<sup>1</sup> En el marco de este programa modelo, numerosas organizaciones han movilizado ya a gran número de jóvenes y de personas mayores, que *se mueven* para conservar la salud. Ese modelo ha inspirado también el lema del DMS 2002: "Por tu salud, muévete". Se exhorta así a las ciudades, las aldeas y los municipios a unirse a ese movimiento del DMS en pro de una vida sana, organizando sus propias actividades.

El grupo orgánico NMH, bajo la dirección del Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo, junto con el Dr. Pekka Puska, Director de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades No Transmisibles, y la Sra. Chitra Subramaniam-Duella, Coordinadora de Análisis de Políticas y Comunicaciones, encabezará este esfuerzo mundial con la contribución de todos los sectores de la OMS. La Coordinadora del DMS 2002 es la Sra. Elena Subirats. Es la persona de enlace para todos los contactos con las regiones y con los asociados exteriores.



**por tu salud  
muévete**

### Beneficios de la actividad física

Los beneficios que una actividad física regular aporta a la salud son numerosos. Muchos de ellos pueden lograrse con un mínimo de 30 minutos de

actividad física moderada como, por ejemplo, caminar con vigor. No obstante, el aumento del nivel de actividad entrañará un aumento de los beneficios obtenidos.

La actividad física regular:

- reduce el riesgo de muerte prematura;
- reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular, que representan un tercio del total de la mortalidad;
- reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o cáncer de colon hasta en un 50%;
- reduce el riesgo de padecer diabetes de tipo II en un 50%;
- contribuye a prevenir y a reducir la hipertensión, que afecta a un quinto de la población adulta del mundo;
- contribuye a prevenir y a reducir la osteoporosis, reduciendo así el riesgo de fractura de cadera en la mujer hasta en un 50%;
- reduce el riesgo de padecer dolores lumbares;
- contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión y soledad;
- ayuda a prevenir o a controlar, especialmente entre los niños y los jóvenes, los comportamientos de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, los regímenes alimenticios poco saludables o la violencia;
- ayuda a controlar el peso y disminuye el riesgo de obesidad en un 50% en comparación con las personas con modos de vida sedentarios;
- ayuda a desarrollar y mantener huesos, músculos y articulaciones sanos y a mejorar la resistencia de las personas que sufren enfermedades crónicas o discapacidades;
- puede contribuir a que disminuyan los dolores de espalda o de rodilla.

Todo el mundo sabe que cualquier actividad física, como andar, montar en bicicleta, bailar o jugar, aumenta el sentimiento de bienestar. Pero la actividad física regular proporciona muchos otros beneficios. No sólo puede mejorar la salud y ayudar a mantenerla, sino que además presenta importantes ventajas sociales y económicas.

La actividad física regular proporciona a las comunidades y a las economías los beneficios derivados de la reducción de los costos de atención sanitaria, el aumento de la producción, el mejor rendimiento escolar, la disminución del absentismo laboral, el incremento de los beneficios comerciales y

el aumento de la participación en actividades deportivas y recreativas.

En muchos países, un gran porcentaje de los gastos de salud son generados por la falta de actividad física y la obesidad. La promoción de la actividad física puede ser una medida de salud pública altamente costo-eficaz y sostenible.

### **Mitos acerca de la actividad física**

*La actividad física resulta demasiado cara. Requiere equipo, zapatos y ropa especiales... y algunas veces incluso hay que pagar para utilizar las instalaciones deportivas.*

La actividad física se puede realizar prácticamente en cualquier lugar y no exige ningún equipo. Cargar alimentos, madera, libros o niños constituye una buena actividad física complementaria, al igual que subir las escaleras. Andar, quizá la actividad física más practicada y más recomendable, es completamente gratis. La mayoría de las zonas urbanas disponen de algunos parques, puertos u otras zonas peatonales que resultan ideales para andar, correr o jugar. No es necesario ir al gimnasio, la piscina u otras instalaciones deportivas especiales para mantenerse físicamente activo.

*Estoy muy ocupado. La actividad física requiere mucho tiempo.*

Se recomienda un mínimo de 30 minutos de actividad física moderada cada día para mejorar y mantener su salud. Ello no quiere decir, sin embargo, que tenga usted que dejar lo que esté haciendo para realizar una actividad física durante media hora. La mayoría de las actividades pueden integrarse en su actividad diaria habitual, en el trabajo, en la escuela, en el hogar o durante el tiempo de ocio. Además, la actividad física puede ir acumulándose a lo largo del día: 10 minutos de caminata rápida tres veces al día, o 20 minutos al comienzo de la mañana y 10 minutos en otro momento de la jornada.

Aunque esté muy ocupado, siempre podrá arreglárselas para dedicar 30 minutos a la actividad física en su rutina diaria.

*Los niños tienen una energía desbordante por naturaleza. Prácticamente no pueden estarse quietos. No es necesario perder tiempo y energía enseñándoles una actividad física. Ya son muy activos.*

Según algunos estudios recientes, los niños de todo el mundo son cada vez más sedentarios, especialmente en las zonas urbanas pobres. Se están reduciendo los recursos y el tiempo dedicados a la educación física, además los juegos informáticos y la

televisión están sustituyendo a los pasatiempos físicamente activos. Se estima que en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo, más de dos tercios de los jóvenes no son suficientemente activos. Una actividad física inadecuada en la infancia puede tener consecuencias de por vida en la salud.

La actividad física regular es muy beneficiosa para la salud física y mental y la integración social de los jóvenes. Puede ayudar a los niños y los jóvenes a desarrollar la coordinación, a desarrollar y mantener huesos, músculos y articulaciones sanos, a controlar el peso corporal y a reducir la grasa así como a asegurar el buen funcionamiento del corazón y los pulmones. Los juegos, el deporte y otras actividades físicas permiten a los jóvenes expresarse, adquirir confianza en sí mismos, experimentar sentimientos de éxito, relacionarse e integrarse socialmente. También contribuyen a prevenir y a controlar los sentimientos de ansiedad y de depresión.

La participación en actividades físicas y deportes adecuadamente orientados también puede fomentar la adopción de otros comportamientos saludables, en particular a evitar el tabaquismo, el alcohol y las drogas, así como los comportamientos violentos. Los hábitos de actividad física adquiridos durante la niñez y la adolescencia tienen más probabilidades de mantenerse a lo largo de toda la vida, y de constituir así la base de una vida activa y saludable. Por otra parte, los estilos de vida poco sanos, como el estilo de vida sedentario, las dietas desequilibradas y el abuso de ciertas sustancias, adquiridos durante los primeros años tienden a persistir en la vida adulta.

*La actividad física es para quien está en «la flor de la vida». A mi edad ya no tengo que preocuparme de esas cosas.*

La actividad física puede mejorar la calidad de vida de las personas de todas las edades en muchos aspectos. Los estilos de vida activos proporcionan a las personas de edad continuas oportunidades de hacer nuevos amigos, mantener los vínculos sociales y relacionarse con personas de todas las edades. La mejora de la flexibilidad, el equilibrio y el tono muscular pueden contribuir a prevenir las caídas, que son una causa importante de discapacidad entre las personas de edad. Se ha observado que los niveles de enfermedad mental son más bajos entre las personas físicamente activas. La actividad física también puede contribuir en gran medida al tratamiento de algunos problemas mentales, como la depresión.

Las sesiones de ejercicio organizadas, adaptadas a la condición física de cada uno, o los simples paseos pueden brindar oportunidades para hacer nuevos amigos y para mantener los vínculos con la comunidad, paliando así los sentimientos de soledad y de exclusión social. La actividad física también puede ayudar a mejorar los niveles de confianza en

uno mismo y la autonomía, cualidades que constituyen la base del bienestar psicológico.

Los beneficios de la actividad física pueden disfrutarse incluso si la práctica regular comienza en una etapa tardía de la vida. Si bien mantenerse activos desde la juventud puede ayudar a prevenir muchas enfermedades, el movimiento y la actividad regulares también ayudan a aliviar la discapacidad y el dolor asociados con enfermedades comunes entre las personas de edad, como la artritis, la osteoporosis y la hipertensión.

*La actividad física sólo es necesaria en los países industrializados. Los países en desarrollo tienen otros problemas.*

La falta de actividad física es una causa importante de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Los datos preliminares de un estudio de la OMS sobre factores de riesgo indican que la inactividad, o la vida sedentaria, constituye una de las 10 causas principales de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Más de dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física. Entre el 60% y el 85% de los adultos de los países de todo el mundo no hacen ejercicio en la medida necesaria para que su salud se beneficie. Los estilos de vida sedentarios intensifican las causas de mortalidad, duplican el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad, y aumentan sustancialmente el riesgo de cáncer de colon, hipertensión, osteoporosis, depresión y ansiedad.

En las ciudades de rápido crecimiento del mundo en desarrollo, las aglomeraciones, la pobreza, la delincuencia, el tráfico, la mala calidad del aire y la falta de parques, paseos, instalaciones deportivas y recreativas y otras zonas seguras hacen de la actividad física una alternativa difícil. Por ejemplo, en São Paulo (Brasil), el 70% de la población es inactiva. Incluso en las zonas rurales de los países en desarrollo, los pasatiempos sedentarios, como la televisión, son cada vez más populares. Las consecuencias de ello, sumadas a las de otros cambios del estilo de vida, son el aumento de los niveles de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Los países de ingresos medios y bajos sufren las mayores repercusiones de éstas y otras enfermedades no transmisibles (el 77% del número total de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se produce en los países en desarrollo). Estas enfermedades están aumentando. Sus repercusiones en los sistemas de atención sanitaria, así como en los recursos de las economías de los países de todo el mundo, serán cada vez más graves.

Estos países están luchando por controlar las repercusiones de las enfermedades infecciosas y, simultáneamente, la carga cada vez mayor que suponen para la sociedad y para los sistemas de salud

las enfermedades no transmisibles. La actividad física, unida a una dieta saludable y a evitar el tabaquismo, constituye un medio eficiente, costo-eficaz y sostenible de promover la salud pública en los países de ingresos medios y bajos.

### **Estilos de vida sedentarios: un problema mundial de salud pública**

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Aproximadamente dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física; a ello se añade que, según las conclusiones preliminares de un estudio de la OMS sobre factores de riesgo para la salud, los modos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de pecho, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad.

Los niveles de inactividad física son altos en prácticamente todos los países desarrollados y en desarrollo. En los primeros, más de la mitad de los adultos no son suficientemente activos. En las grandes ciudades en rápido crecimiento del mundo en desarrollo, la inactividad física es un problema cada vez mayor. Las aglomeraciones, la pobreza, la delincuencia, el tráfico, la mala calidad del aire y la falta de parques, de instalaciones deportivas y recreativas y de lugares para pasear hacen de la actividad física una opción difícil. En São Paulo, por ejemplo, aproximadamente el 70% de la población es insuficientemente activa.

Incluso en las zonas rurales de los países en desarrollo los pasatiempos sedentarios, como la televisión, son cada vez más populares. Inevitablemente, ello se ha traducido en un aumento de la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades crónicas son ahora la principal causa de mortalidad en todo el mundo, a excepción del África subsahariana. Los regímenes alimenticios insanos, el exceso de calorías, la inactividad, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas son el mayor problema de salud pública de la mayoría de los países del mundo.

Los datos obtenidos con las encuestas sobre salud realizadas en todo el mundo son notablemente similares. El porcentaje de adultos sedentarios o casi sedentarios se sitúa entre el 60% y el 85%.

La OMS está actualmente evaluando el porcentaje mundial de enfermedades causadas por 22 factores de riesgo relativos a la salud, entre los que se encuentra la inactividad física. Los resultados de esta investigación se publicarán en el *Informe sobre la*

*salud en el mundo 2002*. Es evidente que la inactividad física es un problema importante de salud pública que afecta a un ingente número de personas en todas las regiones del mundo. Se necesitan urgentemente medidas de salud pública eficaces para promover la actividad física y mejorar la salud pública en todo el mundo.

### **La actividad física y las personas de edad**

La actividad física mejora la calidad de vida de las personas de todas las edades en muchos aspectos. Entre los beneficios físicos cabe citar la mejora y el aumento del equilibrio, la fuerza, la coordinación, la flexibilidad y la resistencia. Se ha demostrado asimismo que la actividad física contribuye a mejorar la salud mental, la coordinación motora y la función cognitiva.

Los estilos de vida activos proporcionan a las personas de edad constantes oportunidades de hacer nuevos amigos, mantener los vínculos sociales y relacionarse con otras personas de todas las edades. La mejora de la flexibilidad, el equilibrio y el tono muscular puede contribuir a reducir el riesgo de las caídas, que son una causa importante de discapacidad entre las personas de edad. Se ha observado que los niveles de enfermedad mental son inferiores entre las personas físicamente activas.

Los beneficios de la actividad física pueden disfrutarse incluso si la práctica regular comienza en una etapa tardía de la vida. Algunas enfermedades comunes entre las personas de edad avanzada son las cardiovasculares, la artritis y la osteoporosis. Si bien mantenerse activos desde la juventud puede ayudar a prevenir muchas enfermedades, el movimiento y la actividad regulares también pueden contribuir a aliviar la discapacidad y el dolor asociados a estas enfermedades.

La actividad física también puede contribuir enormemente al tratamiento de algunos trastornos mentales como la depresión y la enfermedad de Alzheimer. Las sesiones de ejercicio organizadas, adaptadas a la condición física de cada uno, o los simples paseos pueden proporcionar la oportunidad de hacer nuevos amigos y mantener vínculos con la comunidad, reduciendo así el sentimiento de soledad y de exclusión social. La actividad física aumenta la confianza en uno mismo y la autonomía, cualidades que constituyen la base del bienestar psicológico.

Al igual que las personas de todas las edades, las personas mayores deberían participar en las actividades físicas que más les agraden. Quienes sufran de una enfermedad o discapacidad específicas que pudieran afectar a su capacidad de mantenerse físicamente activos deberán consultar a un médico antes de participar en una rutina o programa de actividad física. Los paseos, la natación, los ejercicios de estiramiento, la danza, la jardinería, el

excursionismo y la bicicleta son actividades excelentes para las personas de edad.

Según las previsiones, el número de personas mayores de 60 años se duplicará en los próximos 20 años. La mayoría de estas personas vivirá en los países en desarrollo. Reducir y retrasar la discapacidad derivada de la edad es una medida de salud pública esencial, y la actividad física puede ser un factor importante para crear y mantener el bienestar en todas las edades.

### **La actividad física y los jóvenes**

La actividad física regular es altamente beneficiosa para la salud física y mental y la integración social de los jóvenes. La práctica regular de actividad física ayuda a los niños y a los jóvenes a desarrollar y a mantener en buena salud los huesos, los músculos y las articulaciones, a controlar el peso corporal, a reducir las grasas y al buen funcionamiento del corazón y de los pulmones. Contribuye asimismo al desarrollo del movimiento y de la coordinación y ayuda a prevenir y a controlar los sentimientos de ansiedad y la depresión.

Los juegos, los deportes y otras actividades físicas ofrecen a los jóvenes la posibilidad de expresarse, de adquirir confianza en sí mismos y de desarrollar sentimientos de éxito, también favorecen las relaciones y la integración social. Estos efectos positivos sirven por otro lado para contrarrestar los riesgos y daños causados por el modo de vida exigente, competitivo, estresante y sedentario tan común entre los jóvenes de hoy. La participación en actividades físicas y deportes adecuadamente orientados también puede fomentar la adopción de otros comportamientos saludables que excluyen el consumo de tabaco, alcohol, drogas y los comportamientos violentos. Puede además propiciar una dieta sana, un descanso adecuado y estilos de vida más seguros.

Algunos estudios demuestran que, entre los adolescentes, cuanto más frecuente es la actividad física, menos probabilidades hay de que consuman tabaco. También se ha observado que los niños más activos físicamente suelen tener mejores resultados académicos. Los juegos y deportes de equipo promueven la integración social positiva y facilitan el desarrollo de habilidades sociales en los niños.

Los hábitos de actividad física adquiridos durante la niñez y la adolescencia tienen más probabilidades de mantenerse a lo largo de toda la vida, proporcionando así la base de una vida activa y saludable. Por otra parte, los modos de vida poco sanos, como el estilo de vida sedentario, los regímenes alimenticios mal equilibrados y el abuso de ciertas sustancias, adoptados durante las primeras etapas de la vida tienen tendencia a persistir en la vida adulta.

Los niveles de actividad física están disminuyendo entre los jóvenes de los países de todo el mundo, especialmente en las zonas urbanas pobres. Se estima que menos de un tercio de los jóvenes son suficientemente activos para que su salud y bienestar presente y futuro se beneficien de ello. La educación física y otras actividades físicas escolares también están disminuyendo. Sólo algunos países ofrecen un mínimo de dos horas semanales de educación física tanto en las escuelas primarias como las secundarias. Es probable que esta tendencia negativa se mantenga, e incluso empeore y se extienda a un número mayor de países.

El declive en la actividad física se debe en gran medida a la adopción cada vez mayor de modos de vida sedentarios. Por ejemplo, cada vez son menos los niños que van a la escuela andando o en bicicleta, y se dedica demasiado tiempo a mirar la televisión, jugar con juegos informáticos y utilizar computadoras, con mucha frecuencia a expensas del tiempo y de las ocasiones dedicadas a la actividad física y a los deportes.

Muchos factores impiden a los jóvenes la práctica regular de actividad física: la falta de tiempo y de motivación, un apoyo y una orientación insuficientes por parte de los adultos, los sentimientos de vergüenza o incompetencia, la falta de instalaciones y locales seguros para la actividad física y la simple ignorancia de las ventajas que proporciona.

Las escuelas ofrecen posibilidades únicas para dar a los jóvenes tiempo, instalaciones y orientación para la actividad física. Es función y responsabilidad de las escuelas impulsar todos los aspectos del crecimiento y el desarrollo de los niños y los jóvenes. En la mayoría de los países, por medio de los programas de educación física, las escuelas ofrecen la única posibilidad sistemática que se proporciona a los jóvenes de participar en actividades físicas y aprender de ellas.

La amplia participación en juegos, deportes y otras actividades físicas, tanto en la escuela como durante el tiempo libre, es esencial para el desarrollo sano de todos los jóvenes. Para garantizar que los niños y los jóvenes se muevan por su salud, es necesario que dispongan de lugares seguros, oportunidades y tiempo, así como del buen ejemplo de sus profesores, padres y amigos.

### **La mujer y la actividad física**

La actividad física regular y los buenos hábitos alimenticios pueden mejorar la salud de las mujeres y contribuir a prevenir muchas de las enfermedades que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad que las afectan en todo el mundo.

La actividad física regular ayuda a prevenir las enfermedades cardiovasculares. Estas dolencias, que comprenden las enfermedades cardíacas, la

hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, representan un tercio de la mortalidad femenina de todo el mundo. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 50% de las muertes de las mujeres de más de 50 años en los países en desarrollo.

La actividad física regular, unida a una dieta adecuada, ha demostrado ser uno de los medios más eficaces para controlar la obesidad leve y moderada y mantener el peso ideal en las mujeres.

La diabetes afecta a más de 70 millones de mujeres de todo el mundo. Según las estimaciones, esta cifra se duplicará en el año 2025. La diabetes, junto con las enfermedades cardiovasculares, puede provocar ceguera, daños del sistema nervioso, insuficiencia renal y úlceras y amputación de los pies. Según un estudio reciente, incluso una actividad física moderada y unos cambios dietéticos discretos pueden prevenir más de la mitad de los casos de diabetes no insulino dependiente.

La actividad física puede asimismo contribuir enormemente a prevenir y controlar la osteoporosis. Es ésta una enfermedad en la que los huesos se debilitan y tienen mayor tendencia a romperse. Las mujeres, particularmente después de la menopausia, corren un mayor riesgo de padecer osteoporosis que los hombres.

Las actividades que requieren la carga del propio peso, como andar, bailar o correr, son esenciales para un desarrollo óseo normal en la infancia y la adolescencia, y pueden ayudar a disminuir la pérdida ósea. Además mejoran la fuerza muscular y el equilibrio y reducen el riesgo de caídas, contribuyendo de esa forma a prevenir las fracturas.

La actividad física regular ayuda a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de soledad, lo cual es particularmente importante para las mujeres, ya que su índice de depresión duplica al de los hombres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La actividad física ayuda también a desarrollar la autoestima y la confianza y promueve el bienestar psicológico y la integración social.

Aunque los beneficios sociales y sanitarios de las actividades físicas deberían alentar en principio la participación de las mujeres en las mismas, no debe olvidarse que en las zonas rurales y las zonas suburbanas de bajos ingresos de los países en desarrollo las mujeres pueden estar ya físicamente agotadas por otras formas de actividad física «ocupacional» desarrollada durante toda la jornada dentro y fuera del hogar. Estos grupos de mujeres pueden necesitar un programa de medidas de apoyo más equilibrado que incluya una nutrición adecuada, iniciativas de generación de ingresos, asesoramiento sobre actividades físicas más adecuadas para sus problemas específicos y, posiblemente, objetivos recreativos más adaptados.

La artritis es una causa importante de limitación de la actividad entre los adultos y las personas de edad. La actividad física es un medio de controlar la inflamación y el dolor articulares provocados por la artritis, reduciendo así las repercusiones de la enfermedad en el bienestar diario.

### Política en materia de actividad física

Uno de los desafíos importantes que plantea la prevención de las enfermedades no transmisibles y la promoción de la actividad física y de otros modos de vida saludables, es comunicar la importancia de que se actúe en el presente para obtener beneficios en el futuro. A pesar de que la prevención ha sido el factor que en mayor medida contribuyó el siglo pasado a la mejora de la salud, en particular los 30 años agregados a la esperanza de vida, la mayoría de los estudios sobre gastos de salud indica que sólo se dedica a la prevención una cifra inferior al 5% de los recursos.

Las actividades de prevención y de promoción de la salud rara vez son prioritarias para quienes formulan las políticas. Sin embargo, la mayoría de las decisiones relativas a la prevención se toman a nivel político, y no en el ámbito de la atención de salud. Por consiguiente, es importante que el trabajo de promoción se dirija no sólo a los individuos, sino también a los formuladores de políticas.

La inactividad física no es sólo una cuestión de comportamiento individual. Las aglomeraciones, la delincuencia, el tráfico, la mala calidad del aire y la falta de parques, de instalaciones deportivas y recreativas y de lugares para pasear hacen de la actividad física una opción difícil para muchas personas. Por ello, el desafío de la prevención es tanto responsabilidad de los gobiernos como de las personas.

*El sector de la salud debería tomar la iniciativa en la adopción de decisiones políticas. Puede encabezar el camino de la forma siguiente:*

- Con campañas de promoción nacionales basadas en pruebas científicas sobre los beneficios sociales y económicos de la actividad física.
- Desarrollando redes orientadas a la acción, con otros sectores y agentes con interés en la actividad física.
- Promoviendo una política estatal integrada y multisectorial.
- Elaborando legislación al respecto.
- Formando profesionales de la salud, especialmente en asesoría y desarrollo de programas para la actividad física.

- Organizando programas específicos de actividad física dentro de los servicios de salud.
- Promoviendo programas de actividad física a nivel comunitario y familiar.
- Asegurando la inversión inicial y movilizando recursos para la actividad física.
- Participando en acciones mundiales para promover la actividad física.

*El sector de los deportes podría contribuir a esta labor de la forma siguiente:*

- Intensificando los programas de actividad física y *Deporte para todos*, un movimiento apoyado por el Comité Olímpico Internacional que promueve el ideal olímpico de que el deporte es un derecho humano del que han de disfrutar todas las personas independientemente de su raza, posición social y sexo.
- Facilitando el uso comunitario de instalaciones deportivas locales adecuadas.
- Destinando una parte de los fondos del deporte a promover la actividad física.
- Divulgando las ventajas de la actividad física en los programas de formación destinados al sector de los deportes.
- Promoviendo la actividad física y el *Deporte para todos* en los eventos deportivos profesionales, de aficionados y escolares.
- Organizando actos de actividad física para la comunidad.

*Los formuladores de políticas culturales y educativas podrían centrarse en los aspectos siguientes:*

- Intensificar las políticas nacionales en materia de educación física, actividad física y *Deporte para todos* en las escuelas.
- Poner en práctica suficientes programas de educación física dirigidos por profesores capacitados para ello, en los planes de estudio escolares.
- Proporcionar suficientes terrenos de juego e instalaciones deportivas dentro de las escuelas.
- Permitir el uso público de las instalaciones deportivas de las escuelas.
- Aumentar la actividad física en los programas y acontecimientos culturales y recreativos.

*Las decisiones relativas a los medios de comunicación y a la información que contribuirían a promover la actividad física podrían consistir en lo siguiente:*

- Difundir mensajes de información, atractivos, sobre los beneficios de la actividad física.
- Organizar programas y campañas sistemáticas en los medios de comunicación para promover la actividad física.
- Preparar periodistas (por ejemplo deportivos o especializados en salud o en ciencias) para la promoción de la actividad física.

*Las opciones de política de planificación urbana deberían incluir:*

- La planificación de gran cantidad de carriles y vías para bicicletas de utilización segura.
- La inclusión de espacios abiertos, parques e instalaciones para la actividad física.
- El apoyo a las autoridades municipales o locales para hacer realidad esas opciones.

*El sector de los transportes puede:*

- Intensificar los esfuerzos para reducir la velocidad del tráfico en las ciudades.
- Actuar en favor de los automóviles limpios y, por consiguiente, del aire limpio.

*La labor de los gobiernos locales y las municipalidades debería concentrarse en los aspectos siguientes:*

- Formular leyes y políticas locales en favor de la actividad física.
- Dedicar espacios interiores y exteriores seguros a la actividad física, ya sea para juegos o deportes.
- Organizar programas comunitarios.
- Apoyar las iniciativas de los diferentes sectores y agentes en favor de la actividad física.
- Contribuir, por medio de actividades locales, a la política nacional de promoción de la actividad física.

*Las decisiones relativas a la planificación financiera y económica deberían:*

- Tener verdaderamente en cuenta los beneficios para la salud, sociales y económicos, de la actividad física.
- Incluir las medidas necesarias para que se asignen recursos a los sectores pertinentes.
- Alentar a los sectores público y privado a que inviertan en la actividad física.
- Apoyar programas de actividad física.
- Obtener fondos por medio de determinados impuestos (por ejemplo, tabaco, alcohol, refrescos, etc.) para destinarlos a la actividad

física y a otros programas de promoción de la salud.



### **Preguntas y respuestas para trabajar con la comunidad**

**P:** *¿Por qué es tan importante la actividad física para mi salud?*

**R:** Realizar una actividad física moderada con regularidad es una de las maneras más sencillas de mejorar su salud y mantenerse sano o sana. Tiene el potencial de prevenir y controlar ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la osteoporosis. Realizar actividad física aumenta su nivel de energía y le ayuda a reducir el estrés y a rebajar los niveles poco saludables de colesterol y de tensión arterial. También disminuye su riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, especialmente el de colon.

Los juegos activos regulares promueven el crecimiento sano y el desarrollo de los niños y los jóvenes. Aumentan la confianza, la autoestima y la sensación de logro. Los adultos mayores se benefician de los hábitos de toda la vida o de las rutinas de actividad física recién adquiridas. Para envejecer sanos es importante mejorar y conservar la calidad de vida y la independencia. La actividad física diaria ayuda a las personas con discapacidades a mejorar la movilidad y aumentar el nivel de energía. También puede prevenir o reducir ciertas discapacidades.

**P:** *¿Qué se entiende por «actividad física»?*

**R:** La actividad física es cualquier movimiento corporal que dé lugar a un gasto de energía (quemar calorías). En una palabra, significa moverse. Cuando usted camina, juega, practica la jardinería, patina, limpia su casa, baila o sube escaleras, usted se está moviendo por su salud.

**P:** *¿Es en verdad el sedentarismo un problema mundial de salud pública? ¿No existen prioridades de salud más importantes, especialmente en los países pobres?*

**R:** La falta de actividad física es una de las principales causas básicas de defunción, enfermedad y discapacidad. Los datos preliminares de un estudio de la OMS sobre los factores de riesgo indican que la inactividad física, o sedentarismo, es una de las 10 primeras causas mundiales de defunción y



discapacidad. Más de dos millones de muertes anuales son atribuibles a la inactividad física. Entre el 60% y el 85% de los adultos de países de todo el mundo no realizan suficiente actividad para favorecer su salud.

Los modos de vida sedentarios aumentan todas las causas de mortalidad, duplican el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad y acrecientan sustancialmente los riesgos de cáncer de colon, hipertensión, osteoporosis, depresión y ansiedad.

En muchas ciudades del mundo en desarrollo que crecen rápidamente, el hacinamiento, la pobreza, la delincuencia, el tráfico, la mala calidad del aire y la falta de parques, aceras, instalaciones deportivas y recreativas y otras áreas seguras hacen que resulte difícil realizar actividad física. Por ejemplo, en São Paulo (Brasil), un 70% de la población es sedentaria. Hasta en las zonas rurales de los países en desarrollo cada vez son más populares los pasatiempos sedentarios como ver la televisión. Al aunarlo a otros cambios en los modos de vida, es inevitable que las consecuencias sean los niveles crecientes de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Los países de ingresos bajos y medianos son los que más sufren las repercusiones de éstas y otras enfermedades no transmisibles (el 77% del número total de defunciones causadas por enfermedades no transmisibles se producen en los países en desarrollo). Estas enfermedades están aumentando. Cada vez afectarán más gravemente a los sistemas de atención sanitaria, a los recursos y a las economías de países de todo el mundo. Muchos países a los que ya les cuesta hacer frente a las repercusiones de las enfermedades infecciosas y a otros problemas de desarrollo, se verán forzados a gastar sus escasos recursos en tratar las enfermedades no transmisibles.

**P:** *¿Cuánta actividad física me hace falta para mejorar y conservar la salud?*

**R:** Cualquier cantidad de actividad física que usted realice la hará sentirse mejor. La cantidad mínima de actividad física necesaria para prevenir enfermedades es de 30 minutos diarios de actividad de tipo moderado.

Para quienes cuenten las calorías, esto significa consumir unas 150 calorías. Sin embargo, puede usted moverse por su salud sin calcular las calorías. La fórmula es sencilla: por lo menos media hora al día de actividad física moderada. Ésta puede consistir en bajarse del autobús dos paradas antes cuando se dirija al trabajo, para caminar 20 minutos, y bajarse una parada antes en el camino de regreso a casa, para caminar otros 10 minutos. Diez minutos de limpieza dos veces al día, más 10 minutos en la bicicleta. Jugar al baloncesto o bailar durante 30 minutos con sus hermanos, hermanas, amigos o hijos.

Si nunca ha realizado actividad física, puede empezar por unos minutos de actividad al día y aumentar el ritmo gradualmente, hasta llegar a los 30 minutos. Recuerde que media hora es sólo el mínimo recomendado. Naturalmente, cuanto más tiempo pase moviéndose por su salud, más se beneficiará.

¡Lo más importante es moverse!

**P:** *¿Qué se puede hacer?*

**R:** La mayoría de las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse y la acción que emprendan ahora los gobiernos puede salvar vidas y preservar los medios de vida. Un paso importante de la iniciativa «Por tu salud, muévete» es iniciar una actividad física. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona. La falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares puede hacer difícil, si no imposible, empezar a moverse. Además, el comportamiento de las personas está influido por la escasez de conocimientos sobre la actividad física y sus beneficios así como por la insuficiencia de los presupuestos para promover la actividad física y educar al público acerca de los riesgos del sedentarismo.

Las políticas y los programas del gobierno pueden tener importantes repercusiones en la capacidad de las personas para influir en su propia salud. A fin de promover la actividad física, las comunidades deben dar prioridad a la creación de parques y otros espacios abiertos, a la limpieza del aire y del agua, a la seguridad y al atractivo de las calles y a una vida pública animada. Ello exige el compromiso, la acción y la cooperación del sector de la salud y de otros sectores, como los de transporte, educación, medio ambiente, urbanismo y las fuerzas del orden.

Muchas ciudades y pueblos han demostrado que se pueden crear más oportunidades de moverse para la salud. En París (Francia), las avenidas a las orillas del río se cierran en verano a los automóviles y se reservan a los peatones, los patinadores y los ciclistas. En Bogotá (Colombia), una ordenanza municipal permite que los domingos se cierre al tráfico de automóviles la principal avenida de la ciudad. En Ginebra (Suiza), la Cruz Roja local organiza todo el verano el préstamo gratuito de bicicletas al público.

**P:** *¿Qué puedo hacer yo?*

**R:** Es fácil, gratuito, divertido y prácticamente todo el mundo puede hacerlo...

Caminar con vigor, montar en bicicleta y bailar son tan solo algunas de las maneras de realizar actividad física. Puede empezar a moverse en la escuela, en casa o en el trabajo. Use las escaleras en vez del ascensor (¡por lo menos al bajar!). Haga ejercicios

sencillos de estiramiento mientras está sentado en su despacho, de pie en su puesto o hablando por teléfono. Aparque su coche más lejos de lo que suele hacerlo. Vaya caminando, corriendo, en bicicleta o trotando a los lugares a donde habría podido ir en coche o en autobús.

Muchas de las actividades que puede realizar en casa son muy útiles: limpie cristales, pinte paredes, pase la aspiradora o barra, rastrille el patio o corte el césped, pasee al perro. Puede realizar una actividad física hasta cuando ve la televisión: saltar a la cuerda, practicar ejercicios de step (estiramientos lentos), montar en bicicleta estática o hacer abdominales. ¡O baile! Su objetivo es mantenerse activo al menos 30 minutos al día. Solicite información y consejo en su barrio, en los centros municipales, los hospitales o centros sanitarios, los gimnasios o los centros deportivos.

## Hoja informativa 1

### *Actividad física cotidiana para una salud mejor*

El concepto ha existido durante siglos, pero no es sino en los últimos veinte años que la ciencia se ha puesto al día con él. Pruebas irrefutables muestran que *quienes llevan una vida activa son más saludables, viven más tiempo y tienen una mejor calidad de vida* que las personas inactivas. La actividad física ayuda a evitar o retardar la manifestación de algunos de los flagelos de salud que prevalecen en el mundo de hoy, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la osteoporosis, el cáncer de colon, y las complicaciones de salud asociadas con el sobrepeso y la obesidad. Además, un estilo de vida activo también mejora el estado de ánimo, alivia la depresión y facilita el tratamiento del estrés. A largo plazo, la actividad física puede mejorar la autoestima, la agilidad mental y aumentar la interacción social.

Para hombres y mujeres de todas las edades, los beneficios asociados con un estilo de vida activo pueden aumentar si, a su vez, se complementa con buenos hábitos alimentarios. Particularmente, el consumo de más verdura, frutas y cereales, y menos alimentos grasos y de alto contenido calórico.



- El término *actividad física* se refiere a una variedad amplia de movimientos musculares y no debe confundirse o asociarse únicamente

con la práctica del deporte. En realidad, la buena noticia es que hasta ejercicios moderados como caminar, bailar, montar bicicleta o subir escaleras producen beneficios para la salud.

- *Las personas de edad* que practican actividad física con frecuencia fortalecen sus músculos y mejoran su coordinación, lo que les permite seguir siendo activos y preservar un nivel de vida independiente. Es más, el estar físicamente activo según uno avanza en edad, ayuda a mantener la agilidad mental y a reducir la sensación de aislamiento ya que promueve la interacción social.
- Entre *los niños y adolescentes*, la actividad física ayuda a mejorar el desempeño escolar, aumenta el sentido de la responsabilidad personal y reduce el consumo de drogas y alcohol. En edades más tempranas, la actividad física también necesita incluir la práctica de deportes o ejercicios, ya que estos ayudan a promover el desarrollo físico y la salud de los jóvenes.

En términos económicos, un estilo de vida físicamente activo es una inversión económica. Así, por cada dólar invertido en la actividad física, particularmente en tiempo y equipamiento, se puede ahorrar 3,2 dólares en costos médicos.

Para multiplicar los beneficios de llevar una vida físicamente activa, se recomienda seguir un *régimen alimentario saludable y variado*. Algunos consejos para planificar un régimen alimentario saludable incluyen: basar el régimen alimentario en cereales, frutas y hortalizas; comer cantidades moderadas de carne e incluir algunos productos lácteos de bajo contenido de grasa.

#### *Beneficios de la actividad física:*

- Mejora las condiciones físicas.
- Da más vitalidad y energía.
- Fortalece la estructura ósea y muscular.
- Mejora el sistema inmunológico.
- Retarda o evita enfermedades crónicas.
- Evita la disminución de la competencia motora.
- Controla el peso, reduce el estrés, la ansiedad y la depresión.
- Brinda más oportunidades para reunirse e interactuar con otras personas.
- Favorece la vida independiente de adultos mayores.

## Hoja informativa 2

### *Actividad física: ¿Cuánto se necesita?*

“La actividad física abarca todos los movimientos en la vida diaria, incluyendo el trabajo, el ocio, el ejercicio y las actividades deportivas...”. OMS, 1997.

La actividad física no necesita ser ardua para ser beneficiosa. Para un adulto promedio con vida sedentaria, *30 minutos* de actividad física de intensidad moderada, todos o casi todos los días, será

suficiente para obtener beneficios de salud. Es más, esos 30 minutos pueden *acumularse durante el transcurso del día* en episodios pequeños de actividad o ejercicio. No es necesario practicar deportes vigorosos, pertenecer a un gimnasio costoso o adquirir equipo especial para lograr resultados positivos de salud.

La Organización Mundial de la Salud define la actividad física como "todos los movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, el ocio, el ejercicio y las actividades deportivas". En realidad, la actividad física es un término amplio que abarca actividades que varían en intensidad desde subir las escaleras regularmente, bailar y caminar, hasta correr, montar bicicleta y practicar deportes. Una actividad física moderada puede llevarla a cabo cualquier persona, sin costo alguno y, además, acomodarse a su rutina cotidiana.

#### *Tipos de actividad física:*

##### *A. Moderada*

- Caminar enérgicamente.
- Bajar las escaleras.
- Bailar.
- Montar bicicleta.
- Nadar.
- Jardinería.
- Tareas domésticas, por ejemplo lavar los pisos o ventanas.

##### *B. Vigorosa*

- Correr.
- Subir las escaleras.
- Bailar a ritmo intenso.
- Montar bicicleta cuesta arriba.
- Ejercicios aeróbicos.
- Saltar cuerda.
- Practicar deportes como fútbol, baloncesto, etc.

Pruebas contundentes a favor de los beneficios para la salud asociados con la actividad física moderada no descartan la importancia de ejercitarse más intensamente o practicar deportes. En realidad, es importante recordar que al *aumentar el tiempo, la intensidad o la frecuencia* de la actividad física se obtendrán mayores beneficios.

La frecuencia es decisiva para obtener los beneficios de salud asociados con la actividad física. Hoy se conoce que, los beneficios de salud asociados con la actividad física disminuyen rápidamente cuando uno deja de ser activo. Por ejemplo, los efectos de un paseo de 30 minutos o unos 20 minutos

de trote, pueden reducir el nivel de colesterol y triglicéridos en las siguientes 50 horas. Por eso, la adopción de un estilo de vida activo es fundamental.



Un ejemplo para combinar el tipo de ejercicio con el tiempo y la frecuencia:

La actividad física de intensidad moderada debe realizarse diariamente o al menos cinco días a la semana. Esto tiene efectos sobre la salud equivalentes a un ejercicio vigoroso realizado tres veces a la semana. Por otro lado, la misma cantidad de actividad física puede ser lograda por diferentes actividades. Por ejemplo, 15 minutos de subir escaleras, 30 minutos de bailar a ritmo intenso y 45 minutos de voleibol proporcionan una cantidad de actividad física similar.

### **Hoja informativa 3**

#### ***La inactividad física: uno de los factores principales de riesgo para la salud***

La acelerada urbanización y los cambios demográficos han dado como resultado importantes cambios en los estilos de vida, que están conduciendo a inactividad física, hábitos de alimentación deficientes y mayor consumo de tabaco. Juntos, ellos son responsables del rápido incremento de las enfermedades no transmisibles como las tromboembolias, enfermedades coronarias, la diabetes tipo 2 y algunos cánceres. Según la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades crónicas representan un 60% de las muertes a nivel global, cifra que ascenderá a 73% para el año 2020. Actualmente, 77% de las enfermedades no transmisibles ocurren en países en vías de desarrollo afectando gravemente a adultos que se encuentran en la plenitud de su vida y en el momento de mayor productividad.

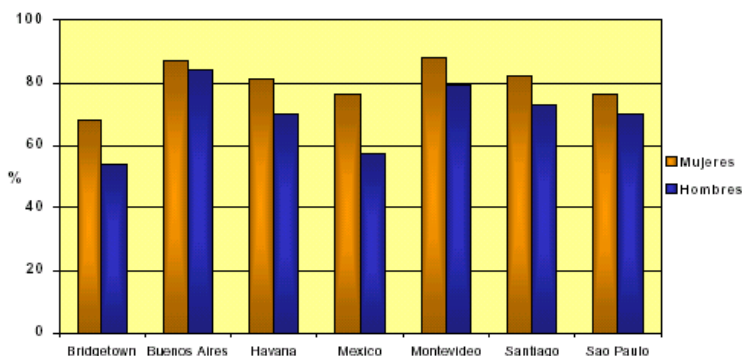
El estilo de vida sedentario es uno de los principales factores contribuyentes a las enfermedades no transmisibles. Casi *tres cuartos de la población de las Américas vive un estilo de vida sedentario*, según puede observarse en las figuras 1 y 2; en Europa sucede algo muy similar. Las siguientes son algunas de las características de la actividad física en nuestros países:

- Tres cuartos de los adultos no llevan una vida activa.
- La mayoría de la población de todas las edades tiene una vida inactiva.
- La actividad física disminuye con la edad.
- Las mujeres tienden a ser más inactivas que los hombres.
- Las poblaciones de escasos ingresos son más inactivas físicamente.

Las tendencias entre los adultos mayores indican que el nivel de actividad física regular es muy bajo, en parte debido al mito de que los adultos mayores no se benefician de la actividad física o no deberían ser físicamente activos. Al contrario, la actividad física retarda significativamente la manifestación de la

deficiencia funcional y desarrolla autonomía. Es importante difundir estos mensajes.

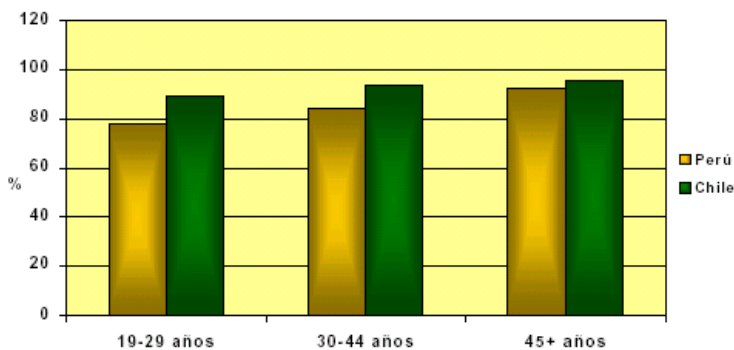
**Figura 1. La prevalencia de la inactividad física\* en las personas de 60 y más años de edad.**



\* "Inactividad física: no participar en actividad física o hacer ejercicio, tres o más veces a la semana".

Referencia: *Encuesta Multicéntrica en siete ciudades de América Latina sobre 'Salud, Bienestar y Envejecimiento' (SABE), 2000.*

**Figura 2. Actividad física en Chile y Perú por edades.**



\* Perú: Inactividad definida como practicar deportes, correr o caminar dos veces o menos al mes.

Chile: Inactividad definida como practicar actividades físicas durante 30 minutos dos veces o menos a la semana..

Referencia: *Perú: Encuesta Nacional en Niveles de Vida en Perú, 2000.* Chile: *Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN), 2000.*

La masificación del estilo de vida sedentario no es sólo el resultado de opciones individuales, sino también del ambiente en que vivimos, que promueve la inactividad. Por ejemplo, el aumento en el uso de transporte motorizado y el desarrollo de nuevos instrumentos que facilitan el trabajo y ahorran tiempo, causan que la población camine menos que en el pasado. Además, en muchos países, la inseguridad en las calles y la falta de lugares públicos recreativos son también razones importantes por las

cuales muchas personas se abstienen de ser más activas (ver la *Hoja informativa* n° 5).

Dado este contexto, la poca atención prestada a la educación física en las escuelas es un motivo de alta preocupación. En muchas escuelas latinoamericanas, la educación física está siendo progresivamente eliminada del currículo o reduciéndose a escasamente una hora por semana de ejercicios pobremente estructurados. Llegar a ser activo durante el transcurso de la vida puede estimularse enormemente mediante la adopción temprana del hábito del ejercicio.

## Hoja informativa 4

### Recomendaciones para niños y adultos

#### Niños

Los niños deben participar en actividades físicas para su edad por lo menos 60 minutos diarios. El ambiente escolar es un factor clave para promover la actividad física a través de clases de educación física bien planificadas. Las mismas necesitan ser más frecuentes, agradables y dedicar la mayor parte del tiempo al ejercicio.



Los padres también pueden motivar a sus niños:

- Alentándolos a que participen en los programas atléticos o deportes en la escuela o su comunidad.
- Planificando actividades familiares al aire libre (por ejemplo, montar bicicleta, caminar).
- Desalentándolos a ver la televisión, jugar con videos o permanecer largos períodos de tiempo sentados con la computadora, sin fijar límites de tiempo.
- Dando un buen ejemplo y siendo físicamente activos.

#### Adultos

"Nadie es demasiado viejo para disfrutar los beneficios de una actividad física regular". Inspector General de las Naciones Unidas, 1996.

Es importante recordar que los adultos pueden adoptar un estilo de vida activo y cosechar los beneficios para la salud (ver la *Hoja informativa* n° 1), sin tener que convertirse en atletas. Una persona con un estilo de vida sedentario, que decide ser físicamente activa, puede tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Comenzar por elegir entre los diferentes tipos de ejercicio moderado (ver la *Hoja informativa* n° 2),

aquellos que puedan incorporarse fácilmente a su rutina cotidiana.

- La actividad o actividades seleccionadas deben realizarse durante por los menos 30 minutos todos los días o la mayoría de días de la semana y mantenerse toda la vida.
- Uno puede progresivamente acumular 30 minutos de actividad física dividiéndolos en sesiones más cortas. Por ejemplo, caminar 10-15 minutos en la mañana y otros 10-15 minutos en la tarde, usar las escaleras alrededor de 3-5 minutos y bailar durante 10 minutos.

Con la única excepción de los que tienen algún problema crónico de salud, como enfermedades del corazón o diabetes, las recomendaciones anteriores pueden ponerse en práctica de inmediato. Además, aquellos interesados en aumentar los beneficios de la actividad física pueden considerar agregar progresivamente alguna intensidad a sus rutinas de actividad física.

#### *Adultos que quieren incrementar los beneficios de la actividad física:*

Si usted es un adulto en buen estado de salud, puede obtener más beneficios para su salud aumentando la intensidad a su rutina de actividad física y *quemando* más calorías mediante el ejercicio. Si usted quiere seguir un plan estructurado de ejercicios que incluya sesiones más largas de, por ejemplo, caminar rápidamente, correr o practicar un deporte, se recomienda que determine su pulso de entrenamiento. Esto le indicará el número de latidos por minuto (pulso) que usted debe registrar cuando hace ejercicio.



Para determinar su pulso, siga estos pasos:

- 1- Encuentre su pulso máximo. Esto se hace al restar su edad de 220:  **$220 - \text{su edad} = \text{pulso máximo en latidos/minuto}$** .
- 2- Encuentre su pulso de entrenamiento, el cual puede obtenerse así:  **$0,7 \times \text{su pulso máximo} = \text{pulso de entrenamiento en latidos/minuto}$** .
- 3- Para medir su frecuencia cardíaca en latidos/minuto después de hacer ejercicio, tome su pulso durante 15 segundos y multiplique el resultado por 4.
- 4- Compare su pulso de entrenamiento con sus latidos reales por minuto. Si su pulso de entrenamiento es mayor a sus latidos/minutos

real, usted puede aumentar la intensidad del ejercicio. Si su pulso de entrenamiento es inferior a los latidos/minuto real, usted debe reducir la intensidad de la actividad.

Al practicar ejercicios de mayor intensidad, usted puede mejorar su condición física, en particular su capacidad para hacer ejercicios durante más tiempo a una intensidad moderada (capacidad aeróbica). Esto proporciona muchos beneficios para la salud. (ver la *Hoja informativa* n° 1).

Además, usted también puede agregar ejercicios de fuerza y flexibilidad a sus rutinas. La fuerza se desarrolla al levantar una cantidad moderada de peso y la flexibilidad aumentar el rango de movimientos de las articulaciones por medio de ejercicios de estiramiento, Tai Chi o ejercicios de tipo Yoga. Ambos contribuyen a fortalecer huesos y músculos, disminuir la presión arterial y los niveles de colesterol y reducir lesiones en los músculos y tendones.

#### *Adultos mayores*

Casi todas las personas de edad pueden, mediante la actividad física moderada, evitar o retardar la aparición de enfermedades crónicas y mejorar su salud, aún si tienen algún problema de salud o discapacidad. La actividad física beneficia a las personas de edad menos saludables o más frágiles, ya que el deterioro de la salud fisiológica no limita los beneficios de la actividad física. Un beneficio adicional importante para las personas de edad es la mayor interacción social que permite una vida activa.

- Los adultos mayores sedentarios y que tienen enfermedades crónicas, deben consultar a un médico antes de participar en cualquier clase de actividad física.
- Para prevenir el dolor muscular, las personas de edad deben empezar sus programas de actividad física lentamente, por períodos cortos y gradualmente pueden aumentar tanto la intensidad como la duración.
- Además de las actividades de resistencia cardio-respiratorias, las personas de edad deben ocuparse de la fuerza, resistencia, equilibrio y de los ejercicios de estiramiento para mantener su fuerza muscular y prevenir caídas y fracturas.



## Hoja informativa 5

### Actividad física y ambiente

El entorno inmediato tiene una importante influencia en la participación de las personas en actividades físicas y su adopción como parte de la vida cotidiana. Lamentablemente, en muchas ciudades, los vecindarios carecen de entornos propicios para la recreación (ocio) y la actividad física. Esto representa un serio obstáculo para la práctica diaria de actividad física. La falta de aceras, parques y lugares para hacer ejercicios; el acceso limitado a áreas recreativas; el intenso tránsito vehicular; la contaminación ambiental y los problemas de seguridad son algunas de las limitantes.



Es preciso que la salud no se centre exclusivamente en el comportamiento individual, sino que también aborde cambios ambientales, sociales y de políticas. Los líderes comunitarios pueden enfrentar los temas de la seguridad, accesibilidad y generación de los entornos que promuevan la actividad física. Se deben diseñar ambientes y espacios públicos de recreación que promuevan la actividad física sin peligros. Dichos espacios incluyen veredas seguras, cruces peatonales, carriles especiales para las bicicletas, caminos atractivos para caminar o montar en bicicleta, áreas de uso multirecreacional, parques y otras localidades recreacionales.

Los profesionales de salud también pueden hacer una contribución importante a la salud de sus pacientes promoviendo una vida activa. Debido a la alta confianza y credibilidad, los profesionales de salud pueden lograr el cambio incorporando las recomendaciones para la actividad física (ver la *Hoja informativa* n° 4) en su arsenal terapéutico y preventivo.

¡Movámonos para mejorar nuestra salud!

### Logotipo de la OMS



## Mensaje del Secretario General de las Naciones Unidas (ONU) en el Día Mundial de la Salud



“Por tu salud, muévete”, el tema del Día Mundial de la Salud 2002, es, literalmente, un llamamiento a la acción.

Enfermedades no transmisibles -tales como la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares- se han vuelto una gran epidemia en todas las sociedades, tanto en las ricas como en las pobres. Esto se debe, en gran medida, a una epidemia, correspondiente, de sedentarismo y estilos de vida insalubres, dietas cambiantes y el incremento del consumo de tabaco.

El antídoto es la actividad física. Un vasto cuerpo de conocimiento, experiencia y evidencia científica muestran que la actividad física regular provee a las personas de todas las edades, hombres y mujeres, de ganancias substanciales físicas, sociales y de salud mental, así como de un bienestar general. Reduce el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer de colon y dolores lumbares. Disminuye el estrés, la ansiedad y la depresión. Promueve la interacción e integración social. En las personas mayores reduce sentimientos de soledad. Y en los jóvenes ayuda a prevenir comportamientos de riesgo tales como el fumar y la agresión.

Pero el llevar una vida saludable solamente no es suficiente. La pobreza, la falta de educación y de servicios de salud contribuyen a la incidencia de enfermedades no transmisibles del mismo modo en que contribuyen al SIDA, la tuberculosis y la malaria. Estos, a su vez, impiden el desarrollo y ayudan a perpetuar el ciclo de pobreza.

Por lo tanto espero que “Por tu salud, muévete” sea verdaderamente global, conduciéndonos hacia estilos de vida saludables y activos, y que nos ayude a progresar en nuestro trabajo para el desarrollo a nivel mundial.

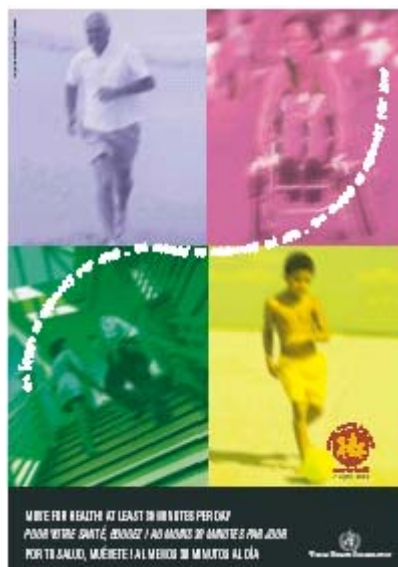
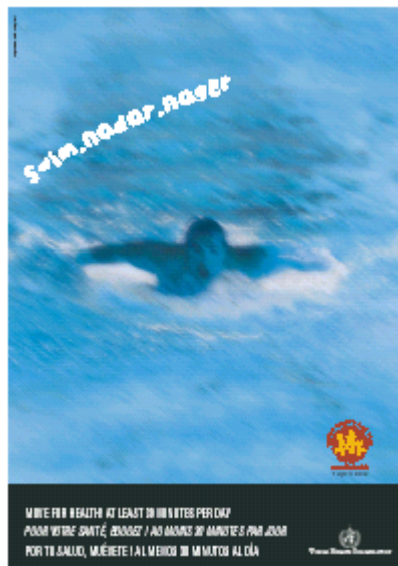
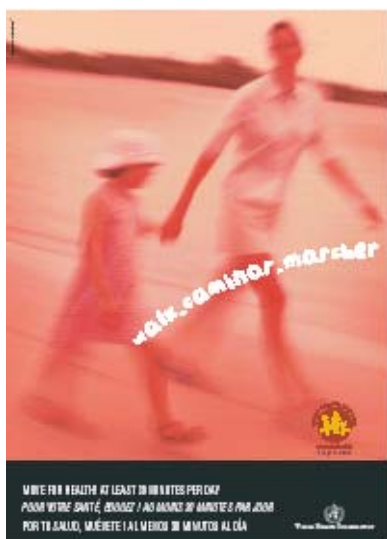
---

<sup>1</sup> ¿Qué es ‘Agita Mundo’?

‘Agitar’ en portugués significa agitar, sacudir. ‘Agita Mundo’ significa ‘sacude al mundo’. Detrás de la persuasiva doctrina de *Agita Mundo* se encuentra la de *Agita São Paulo*, un movimiento de raíz popular del Brasil que tiene por objeto animar a la población a mover el cuerpo, la mente y el entorno en favor de la salud pública. También invita a las autoridades a poner en marcha iniciativas de política que procuren el máximo beneficio posible a un gran número de personas. La fiebre *Agita* es contagiosa, pero muy saludable. Empezó por los 36 millones de personas del estado de São Paulo y desde allí se propagó al resto del Brasil y a continuación a Las Américas. El mundo acoge hoy este movimiento como ‘*Agita*

*Mundo*', el movimiento global en favor de la salud pública.

El Día Mundial de la Salud 2002 se inspira en el concepto de *Agita São Paulo*, y en la onda expansiva provocada por esta campaña inicialmente local. "Por tu salud, muévete", lema del Día Mundial de la Salud 2002, es un llamamiento a personas, comunidades y países para que asocien la acción en favor de la salud a la labor preventiva de la salud pública. El tema central será la necesidad de realizar actividad física. La campaña dará particular relieve a las formas en que las personas y las comunidades pueden influir en su propia salud y su propio bienestar. También señalará el camino a las autoridades y los profesionales de la salud hacia la inversión en prevención, y no solamente en curación, como el futuro de la salud pública.



*Transcripción: L. Maceiras*