

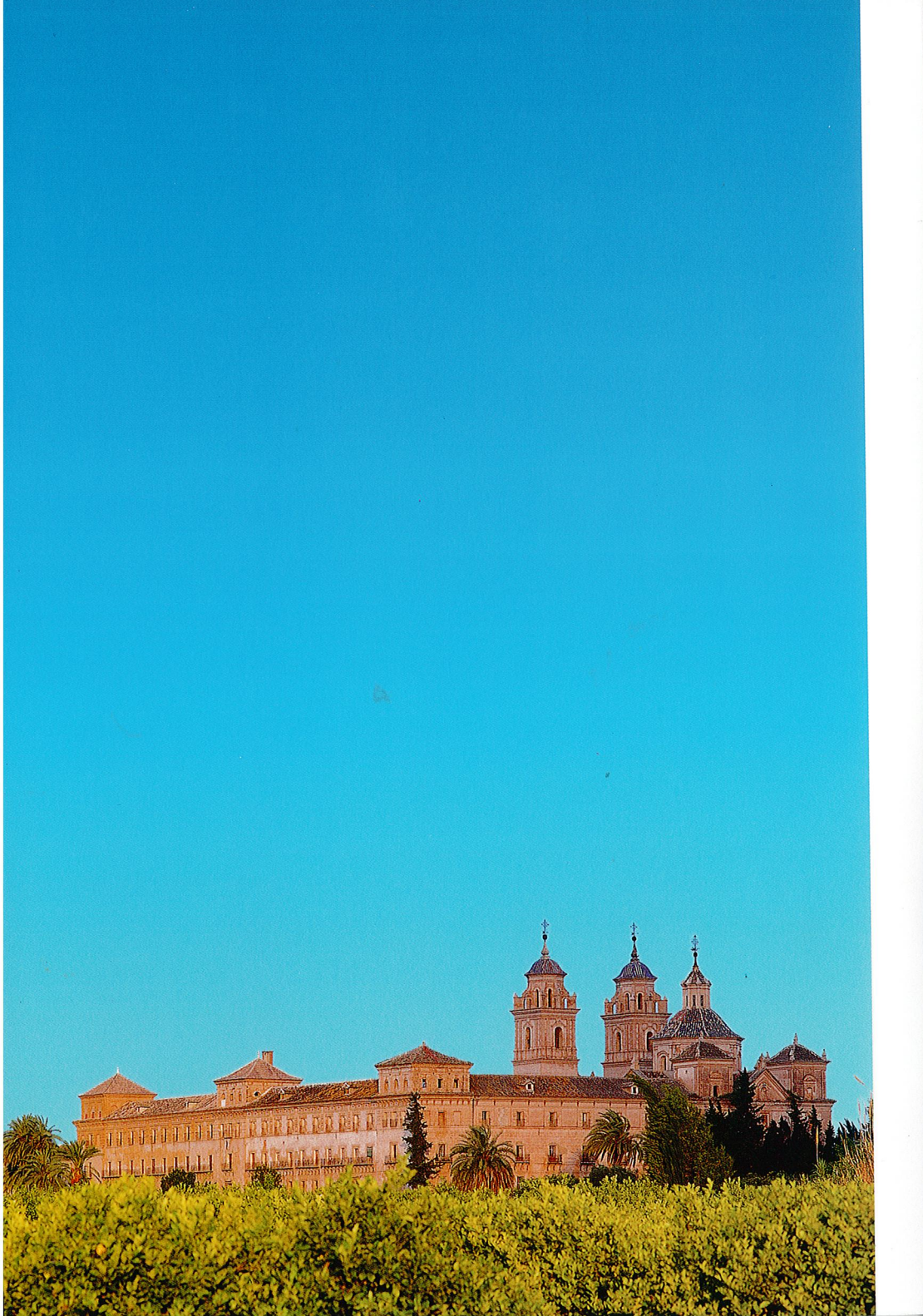
**Universidad Católica San Antonio de Murcia**  
Discurso de Apertura del Curso Académico 1999-2000

Monasterio de los Jerónimos 12 de noviembre de 1999

**Educación Sociosanitaria**  
*Un compromiso para el tercer milenio*

**Mariano Guerrero Fernández**

Doctor en Medicina y Cirugía



**Universidad Católica San Antonio de Murcia.**

**DISCURSO DE APERTURA DEL CURSO ACADÉMICO 1999-2000**

**Monasterio de los Jerónimos 12 de noviembre de 1999**

**Educación sociosanitaria**

**Un compromiso para el Tercer Milenio**

**MARIANO GUERRERO FERNÁNDEZ**

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

*Coordinador Académico de la Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria de la UCAM.*

*Director Gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

Me ha correspondido exponer la lección inaugural del curso académico 1999-2000 de esta Universidad Católica de San Antonio de Murcia.

En primer lugar deseo exponer mi profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Murcia por permitirme este extraordinario honor y muy especialmente a su Claustro de Profesores, Rector, Presidente y Gran Canciller. Además, desde este monumental escenario y con la emoción de este excepcional momento, quiero, una vez más, expresar mi reconocimiento y gratitud a esta tierra a la que siempre mi familia ha estado unida y que desde hace años es mi casa adoptiva.

Así mismo, quiero expresar mi reconocimiento a todos los que de alguna forma han apoyado el proyecto docente en el área sociosanitaria, en el seno de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Es evidente que el final del milenio nos ofrece un panorama que obliga a tener un compromiso sociosanitario desde todas las facetas de nuestras vidas, en lo personal y en lo profesional. Sin embargo, para hacer efectivo el citado compromiso y que éste asiente en la sociedad, sólo puede llevarse a cabo, por una parte, a través de actitudes personales generosas hacia los menos favorecidos y los más necesitados y por otra con un fuerte compromiso político y social, donde se expresen tanto estrategias protectoras, económicas y educativas, como fomentando valores que enriquezcan al individuo y a su familia, como impulsores de la estrategia sociosanitaria.

## **1.- LOS CIUDADANOS Y SU SALUD A FINAL DE SIGLO.**

Los avances de la ciencia en el siglo XXI han generado profundos impactos en nuestro entorno, en absoluto ajenos a la esfera sociosanitaria, y aunque los progresos tecnológicos y la demografía sean, con frecuencia, los aspectos más analizados, quizá, lo más relevante sean los cambios ocurridos en las personas y sus valores.

La población mundial ha crecido 86 millones de personas en el último año. Cada día hay doscientas mil personas más en el mundo. Nacen 350.000 y mueren 150.000 y en el año 2025 los habitantes del mundo serán 8.000 millones, superados los 6.000 millones actuales y para muchos de ellos sus vidas serán breves y marcadas por la enfermedad.

Aunque 191 países de los 237 que existen en el mundo forman parte de la **Organización Mundial de la Salud**, en ellos el estado sanitario, las condiciones sociales y la esperanza de vida de sus ciudadanos son muy diferentes, ya que la salud no puede considerarse como un elemento aislado, sino que es un equilibrio inestable entre los individuos, las condiciones sociales, culturales, económicas, el estilo de vida y el sistema sanitario.

En general, la salud mundial ha mejorado en las últimas décadas como lo demuestra que la esperanza de vida a comienzo de siglo fuese de 40 años, casi como desde el comienzo de la humanidad y actualmente ronde 68 años. En nuestro país llega a los 80 años. En ello no sólo ha contribuido la ciencia médi-

ca, sino también la organización sanitaria, la salud pública, las condiciones de vida y sobre todo la cultura, la educación y la alimentación.

A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer será de 75 años en el año 2025. Sin embargo, no se trata simplemente de vivir más años, sino de conservar durante más tiempo la buena salud, disminuyendo los niveles de discapacidad y dependencia. Sin duda, la esperanza de salud es tanto o más importante que la esperanza de vida, aceptando que el periodo tras la jubilación constituye, en el mundo occidental, una etapa importantísima de la vida de los ciudadanos.

Aunque la OMS en su informe de 1999 apunta una gran disminución de la mortalidad infantil entre los años 1955 y 1995, como indicador sintético de la mejora de la salud comunitaria, durante el año 1996 se suicidaron 830.000 personas, más de 3.5 millones de personas murieron por enfermedades derivadas del tabaco, de ellas 970.000 por cáncer de pulmón y 850.000 por accidentes de tráfico. Pero lo realmente alarmante es que todas ellas son consideradas muertes evitables.

Especial relevancia merece el desarrollo de un nuevo concepto de necesidad sanitaria, no estrictamente médico y mucho más social. Así, desde el reconocimiento de la enfermedad, hasta su tratamiento, todo apunta a que el encuentro médico-enfermo es sólo un elemento, y en bastantes ocasiones no el más importante, en el proceso social de la salud ya que ésta es, además, un estado de ánimo, enraizado en el tejido social, que experimenta subjetivamente cada persona y cuyas repercusiones sociales evaden los límites de las disciplinas tradicionales de la salud.

Esta visión más social, hoy muy aceptada, no es nueva en la historia de las civilizaciones. De hecho, **Don Francisco de Quevedo**, en el siglo XVII, en su obra "Migajas Sentenciosas" establecía *"el que quiera tener salud en el cuerpo, procure tenerla en el alma"* y añadía además, por su educación cristiana *"muy buenos somos cuando enfermamos; y es la causa porque atribulados tenemos más cuenta con Dios"* y es que las relaciones entre la medicina, la salud, la enfermedad y la religión son evidentes, desde las primeras culturas. De hecho la coexistencia de prácticas religiosas con explicaciones y tratamientos científicos de la enfermedad evidencian, contundentemente, la universalidad del fenómeno. Inclusive hoy día, junto a los diagnósticos más rigurosos y las tecnologías más avanzadas persisten consideraciones que recurren a creencias para dar sentido, tanto a los orígenes de la enfermedad como a su tratamiento.

Es extremadamente intensa la simbiosis entre el enfermo, el mundo en el que vive y el tejido social que le rodea estableciéndose una lógica paralela, sin la cual no sería fácil entender la complejidad de las prácticas asistenciales en nuestra sociedad y por ello la necesidad del bagaje humanístico de los profesionales de la salud.

Pero la salud no sólo es ausencia de enfermedad, ni tampoco un especial estado de ánimo, sino que la salud es una encrucijada a la que se llega desde muy diferentes puntos. Es decir, la salud es un estado variable con determinantes. Es clásico el estudio de **Dever** sobre los determinantes de la salud de la población. En ella influyen la herencia, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema sanitario. La herencia aporta un 27% a la salud colectiva y consume el 7% del presupuesto sanitario. El entorno o medio ambiente aporta el 19% y sólo consume menos del 2 % del presupuesto. El estilo de vida contribuye con un 43% a la salud y a él sólo se le dedica algo más del 1% del gasto sanitario y el sistema sanitario que sólo proporciona el 11% de la salud, consume nada menos que el 90% del presupuesto.

Un ejemplo del impacto de estos factores en la salud es que en los países del tercer mundo, el acceso al agua potable es el factor más influyente en la esperanza de vida y por otra, que las principales causas de mortalidad en el mundo occidental estén influenciadas especialmente por factores sociales y en especial el estilo de vida. Es destacable, en nuestra sociedad, la relación entre enfermedades cardiovasculares y consumo de alcohol y tabaco, sin obviar la influencia de estos últimos con los accidentes de tráfico, tercera causa de muerte en el mundo occidental. En nuestro país, en el año 1998, hubo 6.000 víctimas mortales por accidentes de tráfico.

Hemos de mencionar que a final del milenio la salud de los ciudadanos depende de su nivel cultural, pero también de su género, de su edad y de la estabilidad y nivel socioeconómico del país donde habitan. En consecuencia, existen colectivos que merecen una especial atención como son los niños, las mujeres o los ancianos, entre otros, y a ellos nos vamos a referir.

**Las mujeres.** La salud de las personas y en especial la de las mujeres está vinculada con su condición jurídica y su entorno sociocultural y por ello empeora con la discriminación y mejora con la igualdad. Baste tan sólo mencionar, por una parte, que medio millón de mujeres extranjeras son explotadas en Europa por redes de tráfico de personas y por otra la dramática situación de millones

de mujeres, simplemente por los riesgos del embarazo y parto. En África muere una de cada 16 embarazadas, en Asia una de cada 65 y en Europa afortunadamente sólo una de cada 14.000 embarazadas.

No sólo en los países del tercer mundo existe la discriminación negativa en términos sociales, económicos y de salud para las mujeres. También la hay en los países del primer mundo, como ha establecido el **“Informe Mujeres en transición”** publicado por **Unicef**, al referirse a las diferencias salariales, responsabilidades laborales y familiares, pero sobre todo cuando nos referimos al fenómeno terrible de la violencia doméstica, bien psicológica y silente o física.

Otro colectivo frágil está formado por los **niños**. A pesar de que la tasa de mortalidad infantil no deja de disminuir, a nivel mundial, en 1998 murieron 10 millones de niños, en su mayoría por enfermedades infecciosas, combinadas con malnutrición, en los países del tercer mundo. En nuestro entorno sociocultural, el panorama es diferente pero en absoluto halagüeño. Hemos superado las epidemias, salvo el SIDA, pero nos enfrentamos a una nueva forma de enfermar los niños y adolescentes. Se trata de enfermedades vinculadas con los cambios sociales y económicos como el abandono, los abusos y la violencia que afecta a los desarraigados familiares y a la pérdida de valores, generando los llamados niños de la calle que en absoluto son exclusivos de los países del tercer mundo ya que las diferencias sociales, en nuestras ciudades, generan diferencias en el estado de salud y los niños son las primeras víctimas.

Los grandes cambios sociales del siglo XX han acaecido fundamentalmente en las últimas décadas. Durante muchos años ha sido poco significativo el impacto que las drogas, en general, tenían en la población infantil y juvenil. Hoy día podemos afirmar que, en nuestro país, cada año 46.000 muertes convierten al tabaco en la principal causa de muerte prematura y prevenible y tienen su génesis en el hábito tabáquico en la infancia y la juventud. Se trata de la epidemia del próximo milenio y su origen se encuentra en que la mitad de los jóvenes de 16 a 24 años fuman habitualmente.

Pero hay aún algo más sobrecogedor en el mundo de los niños. Son los malos tratos infantiles. Hemos de reconocer que larga es la historia de la humanidad en referencia a los malos tratos en la infancia, en los diferentes contextos culturales, representando uno de esos fenómenos que han acompañado al ser humano a lo largo de su evolución.



Sólo recientemente los niños han tenido protección como seres humanos, pasando de elementos indiferenciados a sujetos de derecho. Es en este entorno en el que se reconoce el maltrato infantil.

El maltrato infantil, bien sea físico, por abandono, maltrato emocional, abuso sexual, abandono emocional o explotación laboral tiene graves consecuencias individuales y sociales y es un fenómeno sociocultural antiquísimo y de difícil solución. Una de los principales problemas para luchar contra el maltrato infantil es el autismo social.

Por otra parte, dos fenómenos sobresalen a final de siglo, coincidiendo con el desarrollo de las comunicaciones virtuales. Uno es el auge que tiene la pornografía infantil a través de Internet, centrada en niños de 7 a 10 años, que son explotados sexualmente, a veces con fotos robadas que, según los expertos, sexualizan juegos inocentes y correctos y el otro es el aumento de las enfermedades mentales en la juventud y la adolescencia con base social, como son las depresiones, los suicidios, la anorexia y la bulimia.

Pues bien, con este panorama dislocado con avances y olvidos, con violencias y compromisos, recientemente, con motivo de la **Conferencia de Varsovia conmemorativa del X Aniversario de la aprobación por la ONU de la Convención de los Derechos del Niño**, la Reina de España afirmó que la educación es la clave para resolver muchos de estos terribles problemas que afectan a la infancia, en un mundo donde todos los días mueren de hambre y desatención cuarenta mil niños y cientos de miles son obligados a trabajar constituyendo la esclavitud de final del siglo XX.

Pero si a final de siglo y de milenio definiéramos nuestra sociedad, tendríamos que establecer que es **la sociedad de los mayores**.

La ONU declaró 1999 como el año Internacional de las personas mayores, con la filosofía de que sea un punto de encuentro entre las generaciones. Hace un siglo no había mayores. La ancianidad era un fenómeno singular. Acabamos el siglo con muchos retos pendientes, pero sin duda, uno de los más importantes, en nuestro entorno social, es el compromiso con los mayores.

Evidentemente ampliar la duración de la vida es un objetivo encomiable, pero no aislado. La calidad de la vida humana, sobre todo en los años cercanos a su final, es tan importante como la cantidad. Para el anciano

que llega penosamente a cumplir noventa años pasando de un hospital a otro o de una residencia a otra, el suplemento de vida que recibe a cambio de cuidados, con frecuencia continuos, por parte de profesionales sociosanitarios es, con frecuencia, poco agradable. Para ellos lo más gratificante no es sólo la esperanza de vida sino la mejor calidad de vida, ya que la prolongación de la vida es un derecho inherente y no una sucesión de adversidades.

En consecuencia, el objetivo a final de siglo debe ser potenciar los años vividos en autonomía, sin incapacidades o con incapacidades soportables. Posiblemente el alargamiento de la vida a lo largo de los últimos años de este siglo haya ido demasiado rápido para haber tenido en cuenta estas valoraciones cualitativas, que en esencia se basan en no añadir sólo años a la vida sino añadir vida a los años.

El envejecimiento de la población, debido al aumento de las expectativas de vida y a la disminución de la natalidad, así como el mayor nivel cultural de la población, ha generado un incremento de las frecuentaciones de los mayores de 65 años en las puertas de urgencias de los hospitales. De tal forma que más del 40 % de los ingresos en los grandes hospitales de nuestro país y en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, corresponden a pacientes de más de 65 años. De hecho hay que considerar que el 33% de los mayores de 60 años españoles consideran su salud como mala, según la **Oficina Estadística de Bruselas**, a pesar de que la esperanza de vida a los 65 años es cumplir los 81, si se trata de hombres, y 85 años si son mujeres.

Los avances de la ciencia y de la medicina y sobre todo los avances sociales han generado que muchos ciudadanos vivan más y que sobrevivan a enfermedades. Son los **enfermos crónicos y terminales**. Son los pacientes con Sida, Cáncer y enfermedades degenerativas, entre otras. Son un importante colectivo, sin precedentes en la historia de la humanidad. Uno de los ejemplos más elocuentes de la difícil y virtual barrera entre lo sanitario y lo social lo encontramos en uno de las encrucijadas sociosanitarias más importante de final de siglo: los pacientes con **enfermedad de Alzheimer** y sus familias. En todo el país existen unas 400.000 familias afectadas, unas 5.000 en nuestra **Región de Murcia**. Estos pacientes no están locos en el sentido clásico del término, ya que el loco conoce cosas aunque desconocidas por los llamados cuerdos y además estos conocimientos tiene su lógica, aunque ella sea opuesta a nuestra racionalidad.

No es una enfermedad que se diagnostica y se trata sino que produce en ellos y en su entorno un cúmulo de necesidades que desbordan los cuidados sanitarios. Es una tragedia personal, familiar y social. Se genera el conflicto sociosanitario.

**Las guerras y sus víctimas.** En las últimas décadas del milenio los conflictos armados se han incorporado a nuestra vida cotidiana, a través de los medios de comunicación, de modo que la población del, cada día más escaso y reducido, primer mundo ve las guerras en directo, desde su domicilio, con todo lujo de detalles. Nos hemos empezado a acostumbrar a imágenes y testimonios bélicos que producen, en muchas personas, un complejo proceso de impotencia y compasión y deriva en la necesidad de implicarse en algunas de las llamadas a la solidaridad por parte de los organismos interesados en la búsqueda de soluciones. Pero también es evidente que al cabo del tiempo tantas noticias de conflictos armados generan agotamiento, olvido o incluso tolerancia.

En la historia más reciente hay tres grandes conflictos armados que con un coste impagable de vidas humanas y un derroche de recursos de todo tipo, han contribuido a generar un extenso debate y un avance en la concienciación y conocimientos en el ámbito de los servicios sociosanitarios.

En primer lugar, la Guerra del Golfo entre 1990 y 1991 con 750.000 militares desplazados por Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá, en segundo lugar el conflicto de Ruanda en 1994, con enormes desplazamientos y masacres de la población, caracterizado por la presencia de grandes brotes epidémicos en los campos de refugiados.

El tercer conflicto de la triada mencionada es el conflicto de los Balcanes, iniciado en 1991 y vivo actualmente, en sus consecuencias, y donde lo más importante, a largo plazo, excepción hecha de las vidas humanas y las pérdidas económicas, es, sin ninguna duda, el trastorno mental de las personas que han sobrevivido, como marca indeleble, habida cuenta que la sutil estrategia seguida por los agresores ha sido borrar las señas de identidad de sus víctimas a través de la destrucción de sus casas, documentos, fotografías y recuerdos familiares.

Pero no sólo han sido estas las guerras a las que desde el primer mundo hemos asistido a través de los medios de comunicación, sino que debemos recordar, para dar una imagen más real de cómo somos los humanos a final de este siglo, las guerras de Corea, Vietnam, Etiopía, Afganistán, Angola, Nicaragua, Li-

beria, Somalia, Sudan, Mozambique, Azerbaijan, Sierra Leona, Georgia, Mali, Togo o Chechenia.

Las guerras duran mucho más que el tiempo consumido en firmar la paz y además, son un gran problema de salud pública, al devastar con más intensidad que cualquiera de los desastres naturales, ya que sus detonantes son complejas situaciones históricas, sociales y culturales y éstas no se resuelven al día siguiente de la paz.

Las guerras y sus víctimas, en suma, forman parte del perfil de los ciudadanos de final de nuestro siglo, bien como víctimas directas o indirectas o incluso como meros espectadores de tanta barbarie, pero también víctimas.

## **2.- DE LO ESTRICTAMENTE SANITARIO A LO SOCIO-SANITARIO.**

Como hemos referido, en todos los países europeos, a lo largo de este siglo, se han producido grandes cambios en su estructura social, que han transformado valores considerados tradicionales.

Los aspectos sociológicos más sobresalientes son el predominio de la estructura industrial, la ampliación de las clases medias, el acceso masivo de la mujer al mercado remunerado y la transformación o quiebra de las relaciones jerárquicas en la familia, el envejecimiento de la población, antes referido, y la necesidad de una organización de ayuda social que ha sido retrasada, en comparación con el desarrollo de la asistencia sanitaria, en el sentido estricto del término.

Pero existen otras cuestiones a tener en cuenta. Decía nuestro Nobel de Literatura **Don Camilo José Cela** que *“El desarraigo es uno de los males de nuestro tiempo. Pero no es por el escaso apego a la tierra, sino que nos lo trae la siniestra sociedad de consumo, que hipoteca voluntades, memorias y entendimientos con gastos superfluos que suponen una esclavitud”*. Esta podría ser una imagen de la sociedad de final de siglo.

A lo largo de estas últimas décadas ha sido evidente un extraordinario aumento de las necesidades sanitarias por parte de los ciudadanos y no es menos cierto que en un sinfín de situaciones personales y colectivas resulta difícil referirnos a necesidades sanitarias de una forma exclusiva. Sin duda, la causalidad es multifactorial al explicar el porqué del aumento de demanda de servi-

cios sociosanitarios en nuestra sociedad. En primer lugar, por el mayor nivel cultural que engendra en los ciudadanos diferentes expectativas en términos de calidad de vida, y en segundo lugar por la presencia entre nosotros de elementos de índole biológica: nuestros mayores y nuestros enfermos crónicos.

En otro orden de cosas, es de destacar la presencia de elementos sociales, culturales y políticos: personas toxicómanas, afectados por los movimientos migratorios y las guerras, los inmigrantes y los cambios en el entorno familiar y laboral. Todas ellas han desencadenado un extraordinario cambio en la concepción de la salud y los servicios sanitarios tienen enormes dificultades para dar respuesta a esta nueva necesidad de final de siglo y milenio.

Por ello, las fronteras entre lo considerado sanitario se desdibujan al haber aparecido situaciones o realidades que desde una visión holística del individuo no se resuelven con servicios biomédicos y precisan, en consecuencia, ser tenidas en consideración las necesidades sociales, culturales y familiares de los ciudadanos.

El término sociosanitario pertenece al lenguaje habitual. Etimológicamente no tiene ningún sentido. Se antepone el prefijo socio a la palabra sanitario. Definiría actividad sanitaria con acción social o acción social con actividad sanitaria. Sin embargo, el término socio-sanitario ha sido validado y hoy, sin estar incorporado a nuestros diccionarios de uso del Español, lo está en los mensajes de política sanitaria y aparece en los Planes de Salud y Estratégicos. En este sentido debemos resaltar la importancia que en su día le otorgó la **Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud del año 1991**, más conocida como el **Informe Abril** en memoria del fallecido y recordado **D. Fernando Abril Martorell**.

Sin embargo, hemos de afirmar que la aparición de este término, casi fetiche, no ha puesto a todo el mundo de acuerdo, ya que algunos lo establecen como solución, mientras que otros consideran que no se trata de un remedio mágico para resolver los problemas de la **atención a la dependencia**.

En el futuro inmediato, en el próximo milenio, las expectativas y necesidades de una población cada vez más envejecida van a ser muy superiores a los recursos disponibles en el sector sociosanitario, por lo que es preciso un gran pacto social que establezca un nuevo marco de financiación de los servicios sociosanitarios.

En esta encrucijada hay cuestiones fuera de debate: las organizaciones que ofrecen servicios sociosanitarios tienen que ofrecer una gestión integral de las necesidades de los ciudadanos, para dar respuesta no solo a sus necesidades sino también a sus deseos.

Como establece el **Plan Estratégico del INSALUD**, en este tipo de situaciones no siempre está suficientemente delimitada la frontera entre lo social y lo sanitario. Esto genera que se demanden unos servicios de naturaleza mixta que requieren tres estrategias. Por una parte, la colaboración intersectorial de las Administraciones con competencias en cada materia, para que los recursos se orienten a las necesidades del ciudadano. En segundo lugar, impulsar estrategias que conciencien a la población, en general, sobre las necesidades reales de los ciudadanos y en tercer lugar, promover la formación en este nuevo escenario social.

Es evidente que el legislador y el experto recogen las necesidades, pero no es menos cierto que cuando se legisla el problema ya se ha generado. Así, por una parte, según **Eurostar**, España debe converger hacia el porcentaje que destina la Unión Europea a protección social. Es decir, pasar del 23% al 29% del PIB, debiéndose afirmar con rotundidad que no se puede evolucionar realmente si no se comprende la dimensión económica del problema.

Para algunos los problemas en la definición y desarrollo de los servicios sociosanitarios se deben al insignificante punto de partida. Es evidente que ya en la **Constitución** encontramos un trato diferente en políticas sanitarias y sociales. Es decir, mientras que se reconoce el Derecho a la salud como un derecho universal para toda la población, ahora ampliado a sectores prácticamente inexistentes cuando se promulgó la Carta Magna, como son los refugiados e inmigrantes, no hay tanta claridad en el reconocimiento a los servicios sociales, quizá negativamente influido por el escaso desarrollo de los servicios sociales en 1978.

En 1978 se crea el **INSALUD** y el **INSERSO**, éste como Instituto de Servicios Sociales de la Seguridad Social, destinado a dos colectivos: las personas mayores de 65 años y los discapacitados. Hay que aceptar y reconocer que en los 21 años de andadura ambos Institutos se han desarrollado con desigual intensidad, quizá influido por el enorme impacto presupuestario que han supuesto los servicios sanitarios, las nuevas tecnologías, las nuevas enfermedades, el gasto farmacéutico y las crecientes expectativas de los ciudadanos.

Ya en 1993, conscientes de las necesidades los Ministerios de Sanidad y

Consumo y Trabajo y Asuntos Sociales crearon **las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria** y más recientemente, en 1997, la **Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud** propone medidas para el desarrollo de la atención sociosanitaria, que abogan por mantener la persona dependiente en su entorno, evitando la institucionalización y propugnando la atención integral.

No podemos obviar que la ciencia médica y las organizaciones para la prestación de servicios sociosanitarios han avanzado en las últimas décadas más que en toda la historia de la humanidad y por otra que el impacto de las tecnologías ha conmocionado al mundo de forma y manera desigual y en ese sentido la necesidad sociosanitaria no resulta ajena a los dilemas y conflictos de valores que deben resolverse con planteamientos éticos.

Es evidente que nuestros orígenes grecorromanos y la tradición y cultura judeo cristiana tienen un enorme impacto e influencia en nuestra cultura, obligándonos, en suma, a evaluar las aportaciones en el campo de la ética, de claro corte norteamericano, centrando el conflicto en el proceder y no en el mero ejercicio especulativo, utilizando la ética, como dimensión racional de los fenómenos morales.

Es evidente que en ninguna época como en la actual, se han planteado tantos y tan complejos dilemas morales a los profesionales sanitarios, en parte inducidos, a partir de los años 60 cuando la ciencia, que hasta ese fecha había tenido características neutras, sin entrar en el planteamiento de valores, pasa a tener relación e influencia con los valores personales, sociales y políticos. Aquí aparece la ética como solución imperfecta.

A su vez, el futuro, que ya es presente, nos obliga a abordar esta cuestión en todas sus dimensiones ya que a los problemas éticos clásicos en los extremos de la vida, se unen otros relacionados con la satisfacción o no de las nuevas necesidades, alguna de ellas vitales, en relación con los ancianos, los maltratados, los refugiados o simplemente en los enfermos crónicos y terminales.

Pero, en este sentido, no todo ha de centrarse en el dilema ético, sino que a mayor abundamiento, es la educación sociosanitaria quien debe engendrar valores que favorezcan y garanticen el respeto integral hacia los más desfavorecidos cultural, emocional y físicamente y es en este estadio donde se realzan los valores éticos y se consolida el auténtico compromiso global con la educación sociosanitaria.



### **3.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. ¿PARA QUIÉN?.**

Muchos ciudadanos no ven resueltas sus necesidades en las instituciones sanitarias y precisan de un apoyo social que, en la mayoría de los casos, éstas no les ofrecen.

La institución sanitaria clásica no ofrece buenos resultados en la asistencia a los mayores, enfermos crónicos y otros colectivos, entendidas las necesidades en términos de calidad de vida, apoyo social y continuidad de la asistencia.

La razón fundamental debe buscarse en la orientación biomédica, centrada en la enfermedad, y la ausencia de enfoque social dirigido al individuo y a su núcleo familiar, primando, en este caso, la atención integral del paciente.

Es evidente que para ello se han de involucrar todos los niveles de atención desde los servicios hospitalarios especializados, hasta los cuidados paliativos, pasando por los hospitales de día y los servicios domiciliarios de ayuda, donde el apoyo social, psicológico y familiar son tan importantes como lo estrictamente sanitario. Se trata de asegurar la continuidad de los cuidados, adaptándose a las necesidades cambiantes de los ciudadanos.

En definitiva, la atención sociosanitaria se constituye como el gran espacio existente entre el hospital de agudos y la atención básica, teniendo como referente el domicilio y la familia, por lo determinantes que son los aspectos sociales, el entorno, el soporte familiar, el nivel educativo y la autonomía personal para establecer objetivos terapéuticos integrales.

En julio de 1991 la **Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud** establecía textualmente que una de las dificultades del sistema asistencial lo generaba la carencia de dotación específica para la atención de pacientes ancianos y crónicos, situación que - según el citado informe- produce notables disfunciones en el sistema sanitario y supone un problema social en progresión. Era una de las primeras veces que en un documento de características estratégicas establecía, sin vacilaciones, la necesidad de cuantificar las necesidades y la financiación de lo sociosanitario.

El **concepto sociosanitario** lleva consigo una nueva filosofía de entender los servicios asistenciales, más holística, para dar respuesta a dos grandes interrogantes. En primer lugar, definir a quien va dirigida esa atención, quienes son sus usuarios o clientes. En este sentido, el colectivo integrado por ciudadanos mayores, pacientes geriátricos, enfermos mentales crónicos, grandes disminuidos físicos y psíquicos, enfermos terminales y los ciudadanos con procesos crónicos, serían los usuarios de la atención sociosanitaria. Sin embargo, acontecimientos propios o agudizados a final de siglo están desencadenando situaciones que, sin ser estrictamente sociosanitarias, deben de ser tenidas en cuenta. Nos estamos refiriendo a los malnutridos, la población marginal, los inmigrantes, los refugiados, las víctimas de las guerras, y los maltratados, entre otros.

En segundo lugar, es necesario definir las prestaciones sociosanitarias, ya que en nuestro país sólo lo están las prestaciones sanitarias a través del **Real Decreto 63/95**, en el que a través de su Disposición Adicional Cuarta considera algunos cuidados como atenciones sociosanitarias. Se coincide en la conveniencia de delimitar, por una parte, las prestaciones sociales y sociosanitarias y por otra las prestaciones sanitarias estrictamente.

Es, sin ninguna duda, el colectivo de los mayores de 65 años en el que se han de centrar los mayores esfuerzos, teniendo en cuenta que tan solo el 10% de ellos vive con plena autonomía. Y es que para la mayor parte de la población, muchos de sus últimos años viven sin autonomía personal, necesitando ayuda para realizar las tareas más simples. Esto es lo que evalúa el término de esperanza de vida libre de incapacidad.

#### **4.- EDUCAR PARA NUEVAS NECESIDADES Y NUEVOS VALORES.**

La educación es un hecho y una función social que juega un rol decisivo en la incorporación de valores, saberes y técnicas de una determinada civilización. Es un fenómeno cultural, como la ciencia, la moral, el derecho, el arte o la cultura. A su vez, la educación es interacción, modelo y acción, relativa y sujeta, como el individuo mismo, al tiempo y al espacio.

Al final de siglo, la educación se identifica como uno de los fenómenos más rentables desde el punto de vista social para el próximo milenio. Sabemos que los grandes avances de este siglo han venido de la mano de la educación y la cultura: las tecnologías, los avances médicos, los grandes descubrimientos. Con el desarrollo espectacular de las tecnologías es aventurado definir el escenario del próximo siglo. Sin embargo, podemos enfatizar que la educación va estar condicionada por la información y la comunicación, que la educación ha de aportar valores y planteamientos sociales, que la educación sociosanitaria será un pilar educativo en las próximas décadas y que no pueden omitirse compromisos políticos, de la ciudadanía y de las universidades en materia educativa sociosanitaria.

Son innegables las relaciones multidireccionales entre las tecnologías de la información, la comunicación, la cultura y la educación y también lo son los esfuerzos para orientar hacia postulados educativos análisis y conocimientos procedentes de campos como la sociología, la psicología, la antropología o la filosofía, en la línea de conseguir una orientación social de la educación que per-

mita, entre otras cuestiones, reflexionar sobre el papel que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación desempeñan en los modelos sociales.

Es de evidencia contrastada que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación tienen una presencia consolidada en el campo de la educación y de hecho, de forma permanente, nos encontramos el referente educativo ligado a la innovación. A su vez, las nuevas tecnologías de la información, como reivindicación ligada al progreso, constituyen junto al factor económico dos grandes puntales en la calidad de la educación, pero no son suficientes. Es clarificador el contenido del último informe de la **Unicef sobre el Estado Mundial de la Infancia 1999**, al establecer que la educación no debe ni puede contemplarse solamente como la respuesta a necesidades cognitivas, sino también a su desarrollo físico, social, emocional, moral y espiritual.

Así mismo, es alentador que el **Proyecto de la Naciones Unidas sobre el Desarrollo Humano (PNUD)** de julio de 1999, utilice, más allá de los parámetros macro económicos, índices específicos relacionados con las condiciones de vida de los ciudadanos, como la salud, la educación, la pobreza y la situación de las mujeres y las minorías.

La educación en nuestro mundo debe aportar valores, desde una perspectiva social y de hecho los parámetros para evaluar la calidad de la enseñanza incluyen cuestiones como la igualdad de género, la salud, la implicación de la familia y la comunidad o la eficacia del sistema educativo.

Es en este contexto donde se enmarca la **educación sociosanitaria** al considerar la salud como un valor o modelo a alcanzar, que abarca intenciones transformadoras en la conducta de aquel que aspira a un paradigma de optimización de su salud. Pero la educación sociosanitaria es algo más que educación para la salud, en los términos clásicos, al aportar valores que promueven la solidaridad y los planteamientos culturales, antropológicos y éticos.

Inclusive cuando la salud falta, la sensación de estar enfermo es también propia de cada persona y se expresa según su cultura, su situación social, su percepción del mundo y su personalidad, dentro de un marco inflexible marcado por dos principios fundamentales: la conciencia de la caducidad de la vida humana individual y del deterioro biológico progresivo, por lo que la educación debe ir enfocada a evitar aquellos estilos de vida que con toda evidencia son nocivos para el mantenimiento del estado de salud.

Como decía **Rudolf Virchow**, la Medicina es una actividad social hasta la médula de los huesos, por lo que la subordinación social de la salud y la enfermedad deben tenerla en cuenta todos los profesionales de la salud.

La formación y los formadores en ciencias sociosanitarias deben asumir que la salud no es un hecho, sino un valor que cada individuo cultiva a lo largo de toda su vida, dentro de su escala de valores, creando hábitos y estilos de vida inspirados en el ambiente cultural, religioso, histórico y social en el que vive. En consecuencia, en la formación de los profesionales sanitarios deben ser tenidos en cuenta no sólo los conocimientos científicos, habilidades y destrezas, sino que también deben estar inspiradas en criterios sociales.

Las autoridades sanitarias, académicas y los propios educadores deben coincidir en que este nuevo concepto individual y social de la salud es el gran cambio: **la salud es un valor personal y un bien social pero depende del entorno.**

Educar en **sociosanitario** es también educar a los ancianos para que opinen respecto a su estado de salud y participen en las decisiones, establezcan los mejores hábitos saludables y se integren en la sociedad como miembros de propio derecho. Educar en sociosanitario es transmitir que la vejez no es una etapa de decadencia, sino una etapa vital con miles de posibilidades.

El término envejecer con éxito supone un reto en el que todos debemos de sentirnos comprometidos no sólo por razones altruistas y de justicia, sino también, por nuestro propio interés de un mañana que cada vez amanece más próximo, para cada uno de nosotros y de las personas de nuestro más cercano entorno.

Pero educar en sociosanitario no sólo es formar formadores y a los propios usuarios sociosanitarios, sino también educar a toda la sociedad en general, sobre las necesidades de los ciudadanos, en tolerancia y generosidad, para eludir el rechazo social y garantizar, como estrategia, su participación en la vida social, en un marco en el que la autonomía individual de muchos de ellos esté lo suficientemente garantizada.

En referencia al **compromiso político**, es evidente que las autoridades no han estado ajenas a la problemática de los ciudadanos. Otra cuestión es establecer si se han realizado todas las acciones necesarias en cantidad, premura y calidad. Decía recientemente **Georges Hutukdjian** Director del Comité de Bioética de la Unesco, que, en general, la legislación llega tarde en campos como el

medio ambiente y la sanidad. Sin embargo, lo más sorprendente es el poco dinero invertido en medio ambiente y en estilos de vida, a pesar de la evidencia en el positivo impacto que sobre la salud tienen estas estrategias inversoras.

Podemos decir que la cultura de lo sociosanitario se ha impuesto, pero en su materialización los resultados son más escasos. La razón de la ruptura entre la teoría y la práctica suele ser la financiación de los planes y la formación de profesionales en estas materias.

Aún así, debemos resaltar como ejemplos más recientes del compromiso político con las necesidades sociosanitarias el informe realizado por el **Congreso de los Diputados** en la presente legislatura sobre el **Sistema Nacional de Salud** y el informe del **Senado** sobre el **envejecimiento de España**. A su vez el **Plan Estratégico del INSALUD** y el **Plan Gerontológico de 1998** han abordado la magnitud del envejecimiento de la población española y las repercusiones sociosanitarias que ello lleva consigo.

La responsabilidad de las autoridades sanitarias y sociales, tiene mucho que ver con estrategias dirigidas a tener una vida saludable, a llenar de vida los años, a establecer programas de garantía de los cuidados a ancianos y pacientes crónicos, pero también a poner freno al consumo de alcohol y tabaco, a invertir en programas de educación vial, a favorecer la salud laboral, a educar en hábitos alimenticios. En definitiva, se trata de fomentar hábitos saludables. Pero todo esto no es suficiente. La Educación sociosanitaria es una de las mejores inversiones que cualquier Estado puede hacer por el propio perfil de los ciudadanos del siglo que empieza y por los valores que la cultura sociosanitaria aporta a la ciencia, al progreso y a la tolerancia.

Las autoridades políticas deben favorecer e impulsar la educación sociosanitaria, incluyéndola en los planes de estudios en las primeras etapas de la vida, pero también favoreciendo a las instituciones que deseen adentrarse decentemente en este necesario mundo. Aceptando que educar en sociosanitario es educar en tolerancia, en generosidad, en respeto a nosotros mismos, en respeto a los otros, en respeto al medio ambiente, en respeto a los que piensan diferente y a los que son diferentes.

Además, la educación sociosanitaria es educación en la paz, a través de la cultura del diálogo. La normalidad en la convivencia es la paz, por lo que se convierte en un principio irrenunciable. Las técnicas para adentrarnos en la cul-

tura de la paz deben estar implícitas en cualquier proyecto docente e impulsadas por las autoridades políticas. Estas técnicas sencillas y nada baladíes son la lucha contra la intransigencia, debiéndonos hacer reflexionar sobre lo que pensamos, aprendiendo a escuchar e identificando más los elementos comunes entre personas e ideas que las diferencias. La cultura de la paz como elemento saludable se basa en establecer y promover prácticas cotidianas basadas en la tolerancia en la vida de los individuos, para que impregnen esferas más elevadas donde se toman las grandes decisiones que a todos afectan.

Pero el compromiso sociosanitario no sólo ha de ser de las autoridades. Es fundamental el **compromiso de la familia y de los ciudadanos**. En todos los Estados miembros de la Unión Europea existen, con desigual nivel de desarrollo tres estructuras de apoyo: la **familia** y otras redes informales, los servicios formales de **cuidado a domicilio** y las **residencias**, aunque tampoco es menos cierto que el nivel de desarrollo y descoordinación es importante.

En 1993 la **Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y del trabajo** publicó un informe sobre los cuidadores familiares de la Comunidad Europea. Según el citado informe, la familia constituye la base de la prestación de cuidados a las personas mayores y discapacitadas, en toda Europa, pero este hecho es ignorado o no reconocido por la sociedad en general. La creencia popular es que las familias se desentienden de sus mayores y quizá esta falacia persiste, entre otros motivos, por la falta de medidas de apoyo a los familiares cuidadores.

Es evidente que el proceso del envejecimiento y del aumento de las expectativas de vida ha generado un desfase entre la oferta y la demanda de este tipo de servicios y la familia ha tenido que solventar todas las lagunas generadas, sobre todo en los países o zonas en las que prevalece un modelo de familia tradicional.

Pero la familia no puede hacerse cargo de todo ya que la prestación de cuidado puede prolongarse durante mucho tiempo y ser muy intensa, sobre todo por las condiciones de vida de muchas familias de zonas urbanas, donde conviven circunstancias como grandes distancias, viviendas de dimensiones exiguas y la necesidad de trabajar de ambos cónyuges.

Aún así, otros informes hablan de un exceso de individualismo del ciudadano actual, el cual no puede limitarse a cumplir leyes, pagar impuestos o exigir

derechos, delegando en los políticos toda la acción social. Como reacción a esta postura, en otro colectivo de ciudadanos se ha generado un fuerte compromiso con los problemas de la sociedad actual. De esta manera, los **movimientos de solidaridad ciudadana** propios de los últimos años de este siglo son uno de los fenómenos más sobresalientes del mismo y configuran un nuevo estilo de ciudadano que, desde un punto de vista antropológico, guarda relación directa con las raíces cristianas de Occidente manifestadas a través de los movimientos de religiosidad generalizada, grandes donaciones, construcción de iglesias, hospitales, etc. que se desarrollaron al final del primer milenio.

Aunque la influencia de los movimientos sociales, en Europa, se remonta a los años 60, en España no toman importancia hasta finales de los 70. La **Constitución Española de 1978** acoge este gran cambio basado en la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Esta participación refuerza el protagonismo de los ciudadanos en la resolución de problemas, hasta entonces ajenos a su responsabilidad. Es el advenimiento del **voluntariado**, cobrando rápidamente una enorme relevancia en la configuración de la vida civil de Europa en general y de España en particular, en absoluto ajenos al mundo económico donde se les identifica como el Tercer Sector.

Los voluntarios han existido siempre como expresión de una actitud individual, pero las organizaciones de Iniciativa Social, generalmente incluidas en las ONG,s han formalizado y creado la identidad del voluntariado que consolida la intervención comunitaria organizada, convirtiéndose en uno de los fenómenos sociales que más caracterizan este final de milenio al conformarse un nuevo ciudadano que se implica generosamente en problemas y necesidades no cubiertas por los servicios de la Administración Pública.

Actualmente existen más de un millón de españoles que colaboran con alguna **ONG** y el número de asociados a organizaciones humanitarias supera los 10 millones de personas, el 75% de ellas mujeres.

Son muchas las necesidades que no pueden resolverse con potentes sistemas de financiación. Se precisan voluntades y personas generosas para suplir necesidades ciudadanas no solo en países del tercer y cuarto mundo, sino también en nuestra sociedad, en la sociedad del primer mundo, donde los ancianos y su soledad se convierten en necesidades de primera magnitud.



Los ancianos, los pacientes crónicos y terminales, los pacientes enfermos sin familias, los niños enfermos, los pacientes hospitalizados, la población marginal, los inmigrantes, las personas maltratadas, entre otros precisan la generosidad de los voluntarios para vivir la enfermedad, romper la soledad, sustituir la familia o simplemente para poder confiar en alguien, como una necesidad social, al margen de las ayudas o los planes institucionales.

Y es que la violencia doméstica no sólo se resuelve con coordinación institucional, ni con denuncias sino con educación, ayuda y compromiso social, como el que han emprendido en Madrid 2.500 ciudadanos, que como voluntarios se han acreditado como mediadores en los casos de los malos tratos domésticos.

A su vez, las agresiones racistas han puesto de manifiesto las enormes divergencias entre la ética ciudadana y el progreso económico. En nuestra sociedad compuesta entre otros por nuevos ricos, nuevos libres y nuevos europeos se olvidan las miserias del pasado y niega la mirada a esa mayoría de la humanidad condenada subsistir en condiciones precarias y que no tienen más salida que la emigración, para procurarse una vida digna, en la que encuentran un estado de desamparo y marginación en el viejo y rico continente.

Casi nadie es racista en nuestra sociedad, al menos en la expresión, sin embargo no estamos preparados para aceptar una sociedad plural para un nuevo siglo, que debe huir de la arrogancia y el desprecio hacia otros que nos recuerdan un pasado propio todavía excesivamente cercano. No se acepta el espejo del pasado.

En este contexto la ayuda a través de la **Cooperación Internacional para el desarrollo** ha pasado, los últimos años de este siglo, de ser una actividad circunstancial, casi anecdótica, exclusiva del Estado o de alguna organización privada, sin ánimo de lucro, a convertirse en un elemento de significado peso con una capacidad excepcional de generar respuestas tanto individuales como colectivas.

Aunque no se ha producido el incremento global deseado de los fondos destinados a cooperación internacional, se ha dado un paso en la redistribución del protagonismo en su ejecución. De esta forma, aparecen nuevos actores, fundamentalmente fundaciones, ONG's y Universidades que apoyan de una forma excepcional el tema. Estos grupos han pasado, en su conjunto, de manejar 3.000 millones en 1993 a 20.000 millones en 1998.

Pero aún así, hemos de afirmar que la cooperación internacional constituye un área del conocimiento que va mucho más allá de la mera expresión de la solidaridad individual o colectiva. Por ello, la profesionalización, entendida como la capacidad técnica especializada se hace inevitable en el desarrollo de la cooperación internacional para el desarrollo.

Sin embargo, no es menos importante el **compromiso Universitario**. Una de las vías para combatir el individualismo del ciudadano actual es la educación, formando jóvenes que se comprometan con la colectividad y en ello la Universidad no puede estar ajena, por el papel esencial que tiene la educación en el desarrollo social, cultural y económico de cualquier país.

La institución universitaria del tercer milenio debe estar acorde con las transformaciones sociales acaecidas en estos tiempos y a la vez debe estar condicionada por los cambios tecnológicos, pero de otra parte, debe huir de la masificación numérica y de la rigidez académica y formativa. Hoy la demanda es creciente, pero de profesionales altamente cualificados, donde la formación continuada de los graduados universitarios constituye una auténtica revolución cultural.

Si la misión de la Universidad es transmitir y conservar el saber y la cultura, formar personas cualificadas y responsables, capaces de desarrollarse profesionalmente en la sociedad, al tiempo que acoge la investigación científica y técnica, ésta no puede vivir ajena al desarrollo socioeconómico, ni a las nuevas demandas de necesidades y formación.

Es en definitiva, la especialización de los estudios universitarios, apoyados en una buena formación generalista. Pero no basta con ello. La universidad debe ofrecer, porque es su herencia y génesis otro tipo de formación, específica para algunos, y complementaria para otros, pero fundamental para todos. La Universidad no puede olvidar que la educación es un arma contra la desigualdad social y la pobreza, y sobre todo que educar es invertir en capital humano a través de conocimientos y capacitación. Si esto se consigue la Universidad permanece cerca de la sociedad a la que se debe, vigilando sus necesidades formativas.

No sólo debe abarcarse el área profesional, sino también los saberes básicos y fundamentales, integrando saberes y conocimientos, pues la complejidad del saber no es incompatible con el cultivo de la formación humanista e integral

que fomente la opinión personal, la creatividad, el espíritu crítico, la libertad, la generosidad y la solidaridad.

En ese contexto es cuando la Universidad debe tener en cuenta las Ciencias Sociales, la antropología y sobre todo el compromiso con la educación socio-sanitaria.

En esta **Universidad Católica San Antonio de Murcia**, no podemos dejar de referirnos a lo que significó San Antonio de Padua en su tiempo y la actualidad de su mensaje centrado en la influencia de los paradigmas antropológicos en los procesos sociales y en la transformación de las instituciones, a lo que añadiríamos la vigencia de este pensamiento con la educación socio-sanitaria.

San Antonio después y Don Fernando de Martins de Buhlôes y Taveira antes, aportó una nueva visión a su tiempo, centrado en una reforma social, y estableciendo en aquel lejano siglo XIII que no solo las instancias económicas o los poderes políticos mueven la historia, sino que el motor es el descubrimiento de un modelo antropológico y social.

Nuestra Universidad plantea una filosofía educativa que, sin obviar la necesaria tecnificación de la enseñanza, establece el postulado de la personalización de la misma, sin centrarse exclusivamente en los conocimientos y habilidades técnicas, desde una visión materialista de la vida y de la ciencia, por los graves resultados sociales que esto puede generar. En consecuencia, sin perder un ápice de competitividad, de calidad técnica, quiere aportar habilidades, conocimientos y valores extraídos de otras ciencias sociales como la antropología, la sociología de la salud, la deontología, la economía y la gestión de los recursos sanitarios, dirigidos hacia el respeto, la aceptación y mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, educando en la tolerancia para la diversidad para que los estudiantes encuentren planteamientos culturales en su etapa formativa, aceptando, como primera premisa, que no existe una educación neutral.

Pero, a su vez, la Universidad no puede obviar su responsabilidad en la formación de una sociedad sana en la que los hábitos saludables sean la piedra angular, en que se fomente el deporte, el respeto al medio ambiente y los valores de la cooperación con otros grupos de personas o de otros países.

En consecuencia, no podemos quedarnos con una formación que tenga como propósito exclusivo la preparación técnica y profesional del especialista, sino que a ella debe añadirse la defensa del humanismo integral, más de acorde a los postulados del próximo milenio. Se trata de formar en valores como solidaridad, dignidad, tolerancia, generosidad, justicia y libertad. Pilares básicos en las ciencias sociosanitarias.

Es en este marco en el que se enmarcan los estudios sociosanitarios. Como estudios básicos y sobre todo como áreas de perfeccionamiento, camino emprendido por notables universidades europeas que no han dejado que la especialización y los cursos de perfeccionamiento queden fuera del ámbito universitario.

## **EPÍLOGO**

Nadie tiene soluciones completas ante el problema sociosanitario actual, sólo el compromiso de los ciudadanos, de los políticos y de los formadores puede afrontar este enorme reto, en el que la solidaridad con los mayores debe garantizar su participación e integración social, al considerar a los mayores no como una carga sino como la esperanza de los jóvenes.

La educación sociosanitaria dirigida al cuidado de los ancianos rescata la riqueza cultural, los valores, la experiencia acumulada, la sabiduría y la serenidad de la edad madura y a la vez restablece la dignidad del anciano y su misión en el mundo, apoyando, entre otras cuestiones, su papel en la familia. En definitiva, la educación sociosanitaria fomenta una sociedad para todas las edades.

En suma, es preciso reorientar las estructuras para que las personas mayores puedan envejecer en su entorno, con ayuda asistencial domiciliaria y donde las residencias, bien acreditadas, sean el último recurso, desarrollando un sistema integral de atención para todos los ancianos dependientes, que impulse las ayudas familiares como base de los cuidados a domicilio y defina un modelo de cuidados de larga duración de tipo institucional. Además, es preciso que estas personas tengan ventajas fiscales debido a los gastos propios de las personas mayores dependientes.

En efecto, la educación sociosanitaria, a pesar de su desdibujamiento y de las múltiples responsabilidades que en ella confluyen: autoridades políticas, profesionales sanitarios y sociales, población en general, individuos en particular y responsables educativos, podemos definirla como aquella que mejor garantiza el ciclo vital del hombre, en la medida en que favorece:

Que los niños nazcan sanos, en familias responsables, con padres que los quie-

ran y que tengan tiempo, medios y responsabilidades necesarias para educarlos y cuidarles adecuadamente.

Que los ciudadanos sean educados en sociedades que asuman los valores básicos de la vida sana y la elección individual y donde se les permita que la ejerzan libremente.

Que los individuos estén protegidos contra la enfermedad y los accidentes.

Que las personas vivan en un entorno estimulante para la interacción social, libre del riesgo de guerra, con oportunidades completas para desempeñar papeles gratificantes en términos sociales y económicos.

Que las personas envejezcan en una sociedad que soporte el mantenimiento de sus capacidades y que ofrezca cuidados cuando sean necesarios y finalmente que se les permita morir con dignidad.

Y a la vez, la educación sociosanitaria debe favorecer una sociedad madura apoyada en la tolerancia, la solidaridad, el respeto a los valores de los ancianos y los enfermos crónicos. Una sociedad libre que cultive la paz. Una sociedad interesada en el saber. Una sociedad que ve en los individuos y en la familia la clave de muchas soluciones. Una sociedad que apoyada en la tecnología es consciente de sus valores fundamentales, de la educación de sus hijos, de su entorno y de los hábitos saludables. Una sociedad que integra la tecnología pero que no se desnaturaliza con ella. Una sociedad que ve en los ancianos la esperanza de los jóvenes. Una sociedad que protege la familia. Una sociedad del futuro es la sociedad sociosanitaria. Una sociedad fundamentada, en definitiva, en el amor al otro.

Decía el **Profesor Martínez-Almagro** en el acto de apertura del año 98 que **“Ninguna técnica podrá sustituir las singulares relaciones entre los ciudadanos y los profesionales sociosanitarios”**. Este es, en efecto, uno de los pilares de la cultura sociosanitaria. **Virgilio** sentenciaba que **“la fortuna ayuda a los que se atreven”** a **Heráclito** que **“nada hay tan permanente en la vida como el cambio”**, recientemente el **Profesor Ortiz Ibarz** argumentaba que **“las organizaciones inteligentes potencian en sus profesionales valores como la solidaridad, la cooperación, la confianza y la formación permanente”**.

Pues bien, atrevámonos a cambiar hacia una sociedad más inteligente a través del compromiso sociosanitario para el tercer milenio.

He dicho.

## **FUENTES CONSULTADAS.**

Alonso C., Bañez T., Caro I., Colom D., Fresno M. Et al. Organizaciones del Bienestar. Edi. Mira. Zaragoza. 1998. 243 págs.

Antoñanzas F., Rovira J., Correia A. Acción Intersectorial para la Salud. Edit: Asociación de Economía de la Salud. 1992. 164 págs.

Asenjo Sebastián. Miguel A. Las Claves de la Gestión Hospitalaria. Ediciones Gestión 2000 S.A.. Barcelona. 1999.

Colom Dolors. La gestión cualitativa de la atención Sociosanitaria. En: Aula de Debate Socio-Sanitaria. Ed. Aula Médica. Barcelona. 1999; 88 págs.

Colom Dolors. La Atención Sociosanitaria del Futuro. Ed. Mira Zaragoza. 1997. 154 págs.

Comisión de análisis y evaluación del sistema nacional de salud. "Informe Abril". 1991.

Conceiro Azucena. Bioética para clínicos. Edit. Triascastela. Madrid. 1999. 359 págs.

Costa M., Lopez E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Edit. Pirámide. Madrid. 1998. 438 págs.

Curran J., Morley D., Walkerdine V. Estudios Culturales y Comunicación. 1998 Ed. Paidós. Barcelona.

De Pablos J. Tecnología y Educación. Una aproximación sociocultural. Cedecs. Barcelona. 1996.

- Editorial. Kosovo's refugees: from crisis to catastrophe. Lancet 1999; 353: 1199.
- Fernández Ardanáz S. Hombre y Sociedad en San Antonio de Padua. Lección Inaugural del Curso Académico 1997-1998. Edit. Universidad católica San Antonio de Murcia.
- García García J.L. Los saberes del Paciente. Jano; 717:1095-1181. 1986.
- Guerrero M., Garí J., Veny J., Berlanga R. Impacto de la población de más de 75 años en un hospital de agudos. Med. Clin.( Barc); 99: 475. 1992.
- Guerrero M., Garí J., Alfonso JL., Ibarra LM., raduan J. Análisis de las altas hospitalarias en la población anciana. Todo hospital; 125: 37-40.1996.
- Guerrero Fernández. Los Hospitales al final de siglo: la gestión Clínica. Sesión Extraordinaria para la recepción como académico correspondiente en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.1997.
- Guerrero Fernández M. Análisis de los factores condicionantes del nivel de salud de la población española en el periodo 1983-1987.Ed. Conselleria de Sanitat i Seguretat Social. Gover Balear. 1992. 295 pág.
- Ibarra JM., Guerrero M., Rodríguez P., Raduan J., Ferrandiz R. Análisis de las altas hospitalarias de ancianos en un hospital de agudos. Rev. Gerontol. 6: 106-113. 1996.
- Insalud. Plan Estratégico 1998.
- Jansá J.M.La Guerra, también un problema de Salud Pública. Gac. Sanit. 1999; 13(4): 253-255.
- Martínez- Almagro Andrés. El cuerpo Humano visto a través de la Historia. Lección Inaugural del Curso Académico 1998-1999. Edit. Universidad Católica San Antonio de Murcia.1998.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.Plan de acción para personas mayores 2000-2005.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.Borrador del texto del Plan Gerontológico Estatal.
- Moore G., Rey D., Rollins J. La Sanidad en el Tercer milenio. Ed. Andersen Consulting. 1997. 203 págs.



- OMS. Informe sobre la salud en el mundo. 1999. Cambiar la situación. Edit. OMS. Paris 1999.
- Salvá A., et al. Una experiencia de atención sociosanitaria: Programa Vida Als Anys: Realidad y expectativas de futuro. Administración Sanitaria. 1999; 11(3):37-52.
- Sarlet A.,García A.,Belando M.Educación para la salud: Una perspectiva antropológica. Edit.NAU llibres. Valencia.173 págs.
- Segovia de Arana JM., Pera C., Goirienea JJ., Cabasés LM. La Formación de los Profesionales de la Salud. Ed. Fundación BBV. 1999.95 págs.
- Teriel de Castro. Antropología y Ciencias Médicas en la Obra de Francisco de Quevedo. Ed. Smithkline Beecham.1997.348 págs.

# ÍNDICE

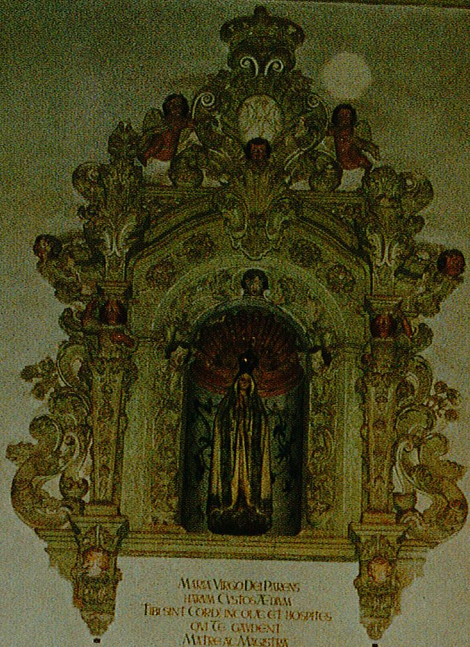
	<u>Pág.</u>
<b>1.- LOS CIUDADANOS Y SU SALUD A FINAL DE SIGLO.....</b>	3
<b>2.- DE LO ESTRICTAMENTE SANITARIO A LO SOCIO SANITARIO. ....</b>	11
<b>3.- ATENCIÓN SOCIO SANITARIA. ¿PARA QUIÉN?.....</b>	15
<b>4.- EDUCAR PARA NUEVAS NECESIDADES Y NUEVOS VALORES.....</b>	17
<b>EPÍLOGO.....</b>	27
<b>FUENTES CONSULTADAS.....</b>	29

DEPÓSITO LEGAL:

MU-2171-1999

IMPRIME:

A.G. Novograf, S.A.



MATER VIRGO DEI PARENS  
HIERAM CUSTOS ET DAM  
TIBI SINT CORDI IN OIA ET UOSPITES  
QUI TE GARDENT  
MATER ET MARESTRUM



