

La Educación Social en el ámbito sanitario

251

Rocío Gutiérrez Fernández, *Auxiliar de Enfermería y Educadora Social*
José Quintanal Díaz, *Facultad de Educación. UNED*

Resumen

Recientemente, el Gobierno de Cantabria ha publicado la Orden SAN/62/2017 por la que se crea la categoría de “Técnico Medio-Educador Social” en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud (SCS). A la luz de este acontecimiento conviene plantearse una fundamentación teórica que justifique la presencia de estos profesionales en los ámbitos de Hospitalización y Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, y ofrecer algunas propuestas de acción que nos permitan ir abriendo el camino de la Educación Social en este ámbito, mejorando la oferta de servicios, promocionando la participación de los ciudadanos y favoreciendo la consecución de una mejor calidad de vida.

Palabras Clave: Educación Social, salud, ámbito sanitario, promoción, atención primaria, hospitalización, Cantabria,

Fecha de recepción: 14/04/2018

Fecha de aceptación: 21/07/2018



1. LA SALUD COMO HECHO SOCIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento constituyente de 1948, establece como principio básico para la felicidad, armonía y seguridad de todos los pueblos, una definición de salud como el *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*.¹ A este principio se añaden otros dos con un importante significado para el presente trabajo:

“... una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo y, los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

252

Desde esta perspectiva, la salud se ve como un hecho positivo que hay que buscar de forma activa y con una destacada dimensión social pues, tal como se señala en la Carta de Ottawa, *la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo* (OMS, 1986). Más recientemente, autores como Perea Quesada y otros, recogen las líneas propuestas por la OMS y definen la salud como un *conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno* (2011, 8).

Las consideraciones anteriores se conectan y vinculan con la Educación Social, pues si las definiciones propuestas se centran en el sujeto, la comunidad, el entorno, el desarrollo y la armonía, la Educación Social, según Froufe, se considera como *“una práctica educativa multidimensional cuya finalidad es contribuir al desarrollo integral de las personas y a la convivencia social, intentando resolver todos aquellos problemas o necesidades que se producen en el marco de la vida diaria”* (1997, 186).

Para llevar a cabo esta práctica, la figura del Educador/a Social se propone como *“agente de cambio y dinamizador que a través de estrategias educativas ayuda a la integración adecuada de los sujetos en su entorno (social, político, económico y cultural) y a la comprensión de dicho contexto”* (ANECA, 2004, 127).

La relación de la Educación Social con el mundo de la salud puede ayudar a concebir esta última no tanto como un aparato médico y tecnológico más eficiente cada día, sino como

1 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.



construcción de un entorno socio-ambiental sano que aspira a satisfacer las necesidades del mundo vital. (Donati, 1994). Ya no se trata de un hecho privado en nuestra vida personal y podemos afirmar, siguiendo las ideas de Macías y Arocha (1996), que la calidad de vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el tejido social de cada persona.

En este tejido social es donde los educadores/as sociales encuentran el lugar idóneo para desarrollar su actividad profesional, una acción,

“... sistemática y fundamentada, de soporte, mediación y transferencia que favorece específicamente el desarrollo de la sociabilidad del sujeto a lo largo de toda su vida, circunstancias y contextos, promoviendo su autonomía, integración y participación crítica constructiva y transformadora en el marco sociocultural que le envuelve, contando en primer lugar con los propios recursos personales, tanto del Educador Social como del sujeto, y, en segundo lugar, movilizándolo todos los recursos socioculturales necesarios del entorno o creando nuevas alternativas” (Pérez Serrano, 2010, 136).

2. PERSPECTIVA LEGAL

Parece necesario, una vez señalada esa dimensión social de la salud que abre la puerta a la intervención de la Educación Social en este ámbito, ofrecer una base legal que refuerce y dé garantías a la participación del Educador/a Social en todas aquellas estructuras sociales orientadas a la mejora de las condiciones de salud de los individuos y grupos, que entienden la participación activa de ambos (sujetos y colectivos) como un elemento imprescindible en esa mejora.

2.1. Derecho a la salud

La Constitución Española (1978), recogiendo el espíritu de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y apela a su tutela a través de medidas preventivas, prestación de servicios y el fomento de la educación sanitaria. Este principio rector fue desarrollado en la Ley 14/1986, General de Sanidad, que en su artículo 6 establece que,

“... las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

- > A la promoción de la salud.*
- > A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.*
- > A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.*
- > A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.*



- > *A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente”.*

Y en el artículo 10.10 reconoce el derecho de todos los usuarios “*a participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen*”.

Por otra parte, en la cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, recogida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se señalan en el anexo I, 3.4, dentro de los servicios comunes de salud pública, los “*programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud*”.

Este Real Decreto deroga el R.D. 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, excepto su Disposición adicional cuarta que dice lo siguiente:

“La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales”.

2.2. Organización del sistema sanitario español

La Ley 14/1986, General de Sanidad, establece en el artículo 18 que las Administraciones públicas desarrollarán las siguientes actuaciones:

- *“Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.*
- *La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad*
- *La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.”*

Vamos a presentar a continuación los principios básicos que dan forma y contenido a estos niveles de atención. Una vez más se puede observar la relevancia que se otorga a las acciones de promoción, educación para la salud, participación ciudadana y a la coordinación de todos los recursos socio-sanitarios.

2.2.1. Atención Primaria

Se define la atención primaria como,

“... el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados”. (Real Decreto 1030/2006)

255

2.2.2. Atención especializada

Según se recoge en la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y en coordinación con ésta (artículo 13.1).

A la luz de todo lo expuesto hasta ahora podemos deducir que, en el marco teórico, nuestro sistema de salud apuesta por un modelo en el que, desde el primer nivel de atención se cuente con equipos humanos bien preparados y con la participación de una ciudadanía informada y formada, orientado al logro de una salud total que no aleja la vida personal y la comunitaria, sino que reconoce la necesaria complementariedad de todos los actores que intervienen en el desarrollo social y comunitario.

3. LA EDUCACIÓN SOCIAL, PROMOTORA DE SALUD

Recapitulando las ideas expresadas hasta el momento, nos encontramos con el hecho de que la salud es un concepto holístico y multidimensional que acompaña al individuo a lo largo de su existencia y que es condicionado y a la vez condiciona la vida y el desarrollo de los colectivos y sociedades. La salud es, por tanto, un hecho social que debe ser promovido mediante procesos educativos dirigidos, por un lado, a la mejora de la calidad de vida y el desarrollo del individuo y, por otra parte, al progreso y la mejora de las condiciones sociales.



Sin embargo, estos postulados recogidos en el sentir social y en las normas que regulan nuestra convivencia, no se ven claramente reflejados en la realidad de los mecanismos sociales. De este modo nos encontramos con la paradoja del expreso interés de las instituciones por un modelo de sociedad que concibe la salud como una realidad integral e integrada en las diferentes dimensiones de la vida humana, pero que no dota a los individuos de esta sociedad de unos procesos educativos que les permitan involucrarse,

“... como sujetos de su propio aprendizaje y de su propio destino, a través de experiencias cercanas a la realidad de su vida cotidiana, de forma que les permita mirar sus problemas y necesidades, logren tener una percepción de los riesgos y condiciones de su entorno, desarrollando una reflexión-acción que les facilite la toma de decisiones y actuar para que con sus recursos, experiencias y habilidades logren transformar su realidad” (García Viveros, 1999, 281).

A tenor de lo cual, nos encontramos con:

- un área de intervención: el mundo de la salud,
- una sociedad que presenta una mayor conciencia y preocupación por esta área a nivel individual y comunitario y que demanda mayor orientación, y
- ausencia de procesos educativos que permitan la integración y participación de los individuos en el desarrollo de ambientes sociales saludables.

Frente a esta realidad se propone situar a unos profesionales (de la Educación Social), debidamente capacitados para llevar a cabo, entre otras funciones, el desarrollo de actividades con una finalidad educativa, cultural, lúdica y la búsqueda de información y el fomento del espíritu crítico, orientado todo ello a prevenir y compensar dificultades de estructuración de la personalidad e inadaptaciones sociales y a favorecer la autonomía de las personas (ANECA, 2004).

Además, han sido formados para conseguir que en su intervención converjan y se aglutinen los individuos, la comunidad y a los servicios socio-sanitarios de cara a la mejora de la salud de la población. Su presencia en el ámbito de la salud facilitará que los servicios sanitarios estén conectados con el medio social (para legitimarse socialmente y garantizar el derecho a la participación social de los ciudadanos). Por otro lado, llevan a cabo intervenciones que contribuyen a la mejora de la salud pública, pues se producen en un medio social concreto y conocer ese medio es esencial para mejorar la eficacia de dichas intervenciones (Macías y Arocha, 1996).



Para conseguirlo, la actuación del Educador/a Social en el ámbito de la salud pública ha de facilitar la realización de procesos de información, motivación y ayuda a la población para adoptar y mantener estilos de vida saludable, revalorizar las potencialidades individuales y participar en la vida del grupo para la mejora permanente de la calidad de vida (Senra, 2012).

3.1. Aportaciones específicas del Educador Social

Los profesionales de los que hablamos, tienen como campos de actuación específicos, la educación no formal, la inserción social, la educación de adultos y la acción socio-educativa; y hacia ellos se orienta su formación académica (Real Decreto 1420/1991).

Cuatro campos que se hacen presentes en las instituciones sanitarias públicas (usuarios de toda edad y cultura, situaciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión, campañas divulgativas/formativas...) y por ello el Educador/a Social en estas entidades puede ocupar un espacio propio y plantear unos objetivos generales que son comunes a toda la Educación Social, según la propuesta que nos hiciera Pérez Serrano (2010):

- Lograr la madurez social de los individuos: promocionando el desarrollo de un espíritu crítico y el perfeccionamiento personal, orientado al bien común desde estilos de vida saludables.
- Promover las relaciones humanas: superando la idea de la salud individual y desarrollando una actitud social, ayudando a quien se encuentra en riesgo y potenciando valores solidarios y de mejora común.
- Preparar al individuo para convivir en comunidad: ayudándole a tomar conciencia de su lugar en la sociedad y de la importancia de su participación en el desarrollo de su entorno vital.

Para llevar a cabo su actuación, en virtud de la capacitación profesional adquirida en su formación, el educador/a ofrecerá un modelo de actuación socio-educativa,

“... que permita una educación activa y capacitadora que haga que los sujetos asuman sus propias responsabilidades, interviniendo activamente en el proceso de generación de conocimiento y de acción práctica sobre las condiciones que afectan a su salud. Lo que, por otra parte, repercutirá decisivamente en su configuración como agentes activos de salud (García Martínez, 2006, 58).

Este modelo de actuación exige, en el ámbito de la salud, el desarrollo de numerosas funciones que podemos clasificar como educativas, reeducativas, informativas, orientadoras, de animación, dinamización y de análisis, planificación, desarrollo y evaluación (ANECA, 2004); éstas, a su vez, irán configurando el perfil social del Educador y desarrollando en él,



las competencias necesarias para llevar a cabo, con garantía de calidad, de su labor intervención (socioeducativa).

Guardando cierto paralelismo con los cuatro campos de actuación señalados por el Real Decreto 1420/1991, se proponen a continuación, una serie de perfiles y funciones específicas, a desarrollar por el Educador/a Social en la Atención Primaria y Especializada de las instituciones sanitarias.

3.1.1. El Educador/a Social como acompañante de procesos

En la salud pública, hemos de tener claro que no es un profesional con conocimientos científico-sanitarios. Se trata, más bien, de un profesional de lo social, experto en acompañar a los individuos en sus procesos de cambio, autonomía, y construcción ciudadana (Alonso y Funes, 2009). Este acompañamiento tiene un espacio privilegiado en la familia y es en este entorno, donde puede llevar a cabo una educación parental positiva, promoviendo competencias como la resiliencia o la implicación en la mejora de la calidad de vida y en la construcción de un entorno saludable. Ante situaciones de enfermedad, su papel de mediación le permitirá enfrentar las dificultades que tengan las familias y tratar de responder a las mismas en función de las necesidades de cada uno. En todo momento, puede ser esa persona de referencia que orienta, informa y da soporte socioemocional.

3.1.2. El Educador/a Social como agente de humanización

Humanizar implica colocar a la persona en el centro de los procesos y que ella misma sea la medida de las cosas y no al revés. El Educador/a Social se convierte en agente de humanización promoviendo la responsabilidad de los individuos en sus procesos vitales, reconociendo el protagonismo de los usuarios y sus familias, evitando intervenciones paternalistas, ofreciendo herramientas para la autonomía y comprometiéndose en la eliminación de situaciones de precariedad y exclusión social (Bermejo, 2014). Además, juega un papel fundamental en la difusión de los derechos y deberes de los usuarios. Entre otras iniciativas, podrá resultar clave su actuación en la creación de una nueva relación entre los profesionales de la salud y de éstos con los destinatarios de su ejercicio profesional, otorgándoles papel más activo y comprometido con sus procesos vitales. Por otro lado, la humanización en los Centros Hospitalarios reclama del Educador/a Social ese papel de mediador, entre la sociedad y el hospital, haciendo más presente a aquella en la vida del Centro y llevando la realidad de éste, al entorno, a la comunidad de la que forma parte.



3.1.3. El Educador/a Social como educador de adultos

Si una de las grandes dificultades en la promoción de la salud en la comunidad es la falta de preparación específica de los profesionales sanitarios a la hora de ofertar los contenidos de esta materia, el Educador/a Social cuenta con conocimientos para la elaboración de planes y programas que permitan a la población adulta desarrollar una ciudadanía activa y comprometida, está capacitado para el desarrollo de diferentes estrategias educativas, tiene competencias para gestionar todo tipo de recursos educativos existentes en el entorno y posee preparación de cara a la evaluación de sus acciones (Sarrate y Pérez Guzmán, 2005; López-Barajas y Sarrate, 2002).

Todo esto nos hace ver que, inspirado en el principio de educación a lo largo de la vida, ayudará a los adultos a desarrollar su capacidad de participación, a tomar conciencia de sus propias competencias y recursos, fomentará la adquisición de habilidades de autonomía, ofrecerá recursos de formación dirigidos a alcanzar un mayor conocimiento de la realidad y una mejora en la calidad de vida. Y, de cara a los profesionales facilitará herramientas para optimizar su aportación científico-técnica en los programas de promoción de la salud.

3.1.4. El Educador/a Social como animador socio-cultural

La animación sociocultural y el desarrollo comunitario son necesarios para ofrecer a cada individuo *“la posibilidad de convertirse en agente activo de su propio proyecto de vida y del desarrollo cualitativo de la comunidad de la que forma parte”* (Caride 2005, 83). Igualmente, ofrece su saber de cara a la reivindicación de una cultura que apueste por los derechos y la formación de las personas y comunidades, creando entornos saludables.

En este campo, proporcionará espacios para el encuentro, la creación y dinamización de grupos (de ayuda, de ocio...) y la integración de los individuos en el entorno socio-cultural aprovechando todos los recursos disponibles en la comunidad (asociacionismo, cultura, instituciones...), para evitar cualquier tipo de exclusión social asociada especialmente situaciones y entornos poco saludables.

Así, en el contexto sanitario resulta un excelente mediador entre la sociedad y las instituciones sanitarias con un sentido humanista, que facilita el desarrollo social y equilibra la atención sanitaria, a veces excesivamente técnica, focalizando en el individuo toda su atención.



3.2. Hacia una Educación Social para la Salud

Una vez establecidas algunas de las funciones que caracterizan la función que desempeña el Educador Social en el campo de la salud, resaltaríamos que ésta alcanza a todo el arco sanitario, a los usuarios, a las familias, a los profesionales y a la comunidad en general, brindando a cada uno aquella asistencia que corresponde a sus necesidades. En este sentido, resulta muy interesante la propuesta que hace del Pozo refiriéndose, no tanto del Educador/a Social en el campo de la salud, sino con un planteamiento mucho más específico como es el correspondiente a una Educación Social para la Salud. El propio autor lo define como

“... toda aquella acción profesionalizada e intencionalmente planificada para desarrollar un aprendizaje educativo (en contextos no formales principalmente), que procura la actuación sobre las necesidades sanitarias de las personas, grupos o comunidades y/o la optimización, promoción y potenciación de la salud física, ambiental o social” (Del Pozo 2013, 77).

De este modo, la Educación Social para la Salud, a priori,

“... se plantea como generadora de posibilidades que pueden mejorar y optimizar a través de la Educación, las condiciones de los sistemas de salud, la profesionalización de los agentes intervinientes en el campo socio-sanitario y la calidad de vida de las personas a fin de un desarrollo sostenible y sustentable de las instituciones, los pueblos y las comunidades.” (Del Pozo 2013, 76)

4. LA EDUCACIÓN SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

4.1. Población usuaria de Atención Primaria

En líneas generales podemos caracterizar el perfil de los usuarios de atención primaria como una “población estable”, es decir, personas sanas o con enfermedades crónicas, pero en situación de estabilidad, que demandan conocimientos, herramientas y habilidades para prevenir y mejorar su nivel de salud o para gestionar con autonomía su patología. Por otro lado, también la comunidad (centros educativos, centros de mayores...) se hace usuaria de estos servicios demandando intervenciones que vayan orientadas a la promoción de hábitos saludables.

Los profesionales de los Centros de Salud tienen establecidos protocolos de prevención de distintas patologías (diabetes, cáncer de mama, cáncer de colon...) y de promoción de hábitos saludables (deshabitación del tabaco, dieta saludable...) Estas actividades se realizan, en su mayor parte, de forma individual en la atención personal con el usuario. No obstante, en ocasiones se intenta ofrecer, y esto es lo interesante, una promoción de la salud dirigida a



grupos y/o colectivos. En estos casos, el principal problema con el que se encuentran los profesionales es la falta de formación de cara a elaborar una programación, en la que se valoren necesidades, se planifiquen y ejecuten acciones y se pueda evaluar convenientemente todo el proceso. La presencia de Educadores/as Sociales, dado su perfil formativo, va directamente orientada a esa socialización de la intervención, la cual podría favorecer la resolución de estas carencias y permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos.

4.2. Posibles intervenciones en este contexto

Es probable que la principal actuación socio-educativa a desarrollar en la atención primaria deba ir dirigida a la prevención y promoción de la salud. Estas actuaciones se recogen en diversos documentos publicados por las autoridades del Sistema Nacional de Salud (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2003) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014)), en los que se ofrece a los profesionales y a la población, líneas estratégicas de acción, programas formativos y recursos para alcanzar objetivos en estas materias. Podemos hablar de “*Planes de Actuación*” que deben concretarse y adaptarse a las necesidades particulares de las poblaciones atendidas desde los Centros de Salud. Y es en esta labor de concreción donde el Educador Social puede desempeñar su principal función:

- Su labor se orientará, por un lado, a la elaboración de mapas de recursos sociales de la comunidad, que facilitarán al equipo multidisciplinar del Centro conocer la realidad de su entorno de cara al aprovechamiento de infraestructuras y patrimonio social que favorezca la difusión de información y al mismo tiempo, permita recabar las demandas explícitas de la población.
- Por otro lado, en base a su formación académica, se podrá facilitar la elaboración de programas, a partir de las necesidades detectadas, estableciendo objetivos en coordinación con el resto de profesionales, planificando actividades concretas y confeccionando herramientas evaluativas que permitan conocer el logro alcanzado.
- Así pues, podemos decir que en el contexto de la atención primaria se realizarán acciones de coordinación y canalización de demandas, favoreciendo la interacción entre los profesionales del centro de salud y la población usuaria.
- Junto a este tipo de acciones, que podemos definir como de tipo interdisciplinar, puede asumir otras, caracterizadas por la actuación directa y personal con los usuarios, como son el informar, motivar, potenciar capacidades, sensibilizar, reforzar hábitos o conductas... Es decir, acompañar al individuo en diferentes procesos que favorezcan su salud. Este acompañamiento puede tener como unidad de referencia a la familia, de modo que la atención a uno de sus componentes pueda repercutir en el resto de miembros o pueda ser reforzada por ellos mismos.



- Cuando la salud acompaña, la tenemos a lo largo de la vida, el estar al lado del individuo requiere comprender sus transiciones vitales. El profesional (educador o educadora), estará atento a las necesidades socio-educativas que pueden presentarse durante el embarazo, en el cuidado de los niños, en la promoción de hábitos en los adolescentes, el cuidado de los cuidadores, la preparación para la jubilación, el envejecimiento activo... En coordinación con los profesionales del centro y los diferentes recursos de la comunidad (educativos, asociativos, deportivos, etc.) podrá ir definiendo actividades de promoción, apoyo y soporte en cada una de estas facetas de la vida.

- De igual modo, se pueden señalar también acciones destinadas a elaborar herramientas informativas, de difusión que vengán a reforzar la información o los conocimientos aportados en las actividades organizadas para la comunidad: campañas de sensibilización, cine-fórum, exposiciones, folletos, páginas web.

- Por último, en lo que se refiere al desarrollo de todos estos programas, tendrá que proporcionar una dimensión comunitaria al trabajo que ahora se realiza desde los equipos de Servicios Sociales de Atención Primaria de zona y del que en ocasiones se carece por falta de recursos humanos y carga de trabajo. Se trata también, de establecer un auténtico trabajo en red y no quedarse en una coordinación puntual que en muchas ocasiones depende de la voluntariedad de los profesionales de cada zona.

En líneas generales, podemos decir que el Educador Social en lo que se refiere a la Atención Primaria, lleva a cabo acciones de: coordinación, planificación, evaluación, mediación, consejo y asesoramiento, educación para la salud individual y grupal, información y comunicación, acción y dinamización social.

LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	
OBJETIVO	▪ Prevención y promoción de la salud.
FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Informativa: <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de mapas de recursos sociales de la comunidad. - Organizativa: <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de programas de intervención, a partir de las necesidades detectadas. • Coordinación y canalización de demandas. • Coordinación de los agentes que contribuyen a la mejora del entorno sanitario. - Socio-educativa: <ul style="list-style-type: none"> • Mediación, información, motivación y atención a usuarios. • Acompañamiento personal en el proceso de salud. • Prevención y satisfacción de necesidades socioeducativas (embarazo, niños/as, envejecimiento activo, ...) • Diseño de herramientas informativas y de difusión

Elaboración propia.



5. LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA HOSPITALIZACIÓN

5.1. Población hospitalizada: población vulnerable

La hospitalización supone para el paciente, además del hecho de estar enfermo, *”el sufrimiento por la pérdida de autonomía, un cambio en el estilo de vida, la invasión de la privacidad y la pérdida del control sobre prácticamente todas las tareas de la vida diaria”* (Gómez Sancho, 1998; Braga et. at., 2012).

A su familia, la enfermedad le va a suponer experimentar cambios de situación y alteraciones en su funcionamiento cotidiano: las preocupaciones ahora, se focalizan sobre ella, pueden surgir problemas de aceptación de la realidad, conflictos con los profesionales, sentir que no se les tiene en cuenta, que no están bien informados, que no tienen control sobre lo que les acontece, dificultades con el entorno laboral, etc...

Tanto para uno como para la otra, surgen experiencias de inseguridad, indefensión, situaciones de crisis, que pueden ir muy ligadas a riesgo de exclusión social: ruptura social, alteración de comportamientos, deterioro físico, incapacidad de participar en decisiones que afectan a sus vidas, etc... Ante todo esto, la Educación Social es la única, en nuestra estructura actual, capaz de prevenir dichos problemas, promover el bienestar y asegurar a los individuos el respeto de sus derechos.

Sabemos que la población enferma hospitalizada es vulnerable, que se encuentra expuesta a múltiples riesgos e incertidumbres y presenta una merma notable en su capacidad para protegerse o defenderse y hacer frente a sus consecuencias negativas (ONU, 2003). Además, hay que tener en cuenta su gran diversidad. Mujeres y hombres de toda edad, con enfermedades crónicas, agudas o incapacitantes, que precisan hospitalizaciones más o menos largas. Algunos pueden acudir diariamente al hospital sin estar ingresados, como enfermos con diálisis, hemoterapias, tratamientos parenterales... Otros en cambio, requieren una atención constante. Ante tal variedad de situaciones, es lógico que aparezcan también diferentes necesidades, que requieren considerar, en cada caso, su situación de vulnerabilidad y un cierto nivel de dependencia.

La aportación de la Educación Social en este contexto presenta primeramente un carácter preventivo, ofreciendo un apoyo educativo que favorezca la formación y refuerce las capacidades de los individuos de cara a afrontar mejor su situación de enfermedad. Por otro



lado se ofrecerán también acciones que mitiguen los efectos adversos de las realidades presentes en entornos de hospitalización y que favorezcan actitudes pro-activas en los enfermos, sus familias y los profesionales, al objeto de paliar con su intervención, esos efectos indeseados.

Y no podemos ignorar, en esta disponibilidad, que también surgen casos extremos en los cuales, ante un escenario en el que la persona enferma (y su entorno) puede experimentar una situación de conflicto social, de separación o exclusión, la labor del profesional (Educador o Educadora Social) permitirá afirmar su integración, su pertenencia y actuación en su grupo de referencia, que el paciente se sienta valorado, debidamente considerado y tenido en cuenta, para que siga contribuyendo, y participando, en la medida de sus posibilidades, en el desarrollo comunitario.

Esta intervención en Hospitales Generales, puede incentivar la participación de los agentes implicados, favorecer una mejora en la calidad de vida y resultar un elemento aglutinador que favorezca la humanización de la atención sanitaria de cara a los usuarios, a los profesionales y a la sociedad en general.

5.2. Posibles intervenciones de la Educación Social en este contexto

Como decimos, los profesionales de la Educación Social pueden desempeñar un papel muy importante, con intervenciones que consigan dotar al paciente y su familia de herramientas para afrontar las particulares circunstancias en que les sitúa la enfermedad y alcanzar el mayor grado de normalización social. Al mismo tiempo están capacitados para desarrollar acciones que posibiliten cambios en el entorno más próximo, en coordinación con diversos profesionales, aprovechando los recursos de la comunidad y generando en ésta actitudes pro-activas, encaminadas a una mayor socialización de los individuos, un adecuado desarrollo de redes solidarias y una continua defensa de la persona desde una concepción integral. Por último, su actuación también permitirá una mejora de la calidad asistencial, en este caso, dirigiendo sus esfuerzos a los profesionales del centro y al logro de una mayor interacción (relacional), entre la sociedad y el hospital.

Para conseguir esto es preciso analizar previamente, desde la propia experiencia, la del paciente y de los otros profesionales que intervienen, las necesidades que van surgiendo, los factores protectores y de riesgo, el papel que juega la familia y el entorno, etc. Y toda una serie de elementos que por su importancia jugarán un papel importante a la hora de planificar



sus acciones, lo mismo en el interior del centro (intra-hospitalarias), como fuera (extrahospitalarias):

5.2.1 Actuaciones intra-hospitalarias

* *De cara a los pacientes y sus familiares*, las principales necesidades o demandas que encontraremos estarán vinculadas a la información (sobre la enfermedad, su proceso, tratamientos, funcionamiento del centro...), al asesoramiento (cómo abordar ciertas situaciones de cara al paciente o a determinados familiares, cuando son menores, cuando surgen problemas legales...), la intervención conductual (cómo manejarse en un nuevo escenario cuando la enfermedad supone una incapacidad permanente, cómo manejar situaciones que implican cambios de rol en la familia...), el soporte emocional (el paciente y la familia necesita expresar sus emociones, su miedo, su esperanza, quizá se plantee y replantee su idea de la vida, y no siempre se quiere compartir con el entorno próximo “por no preocuparles”, pero es necesario que todo ese mundo interior pueda manifestarse...) y en algunos casos, en una relación de ayuda, con su acompañamiento en una situación de duelo.

Tomando como referencia la experiencia personal, pensamos que las actuaciones que puede desarrollar de cara a atender estas demandas son:

- Ofrecer acciones de mediación socioeducativa, favorecer la creación de situaciones que ayuden a tomar conciencia de las propias capacidades y recursos, y propiciar el desarrollo de las habilidades sociales. Todo ello de cara a las múltiples problemáticas que pueden darse en el individuo, en la familia o en la relación con los profesionales. Por ejemplo, es frecuente encontrar actitudes de sobreprotección por parte de los cuidadores y de cierta dejación de responsabilidad por parte de los pacientes. Quizá en estos casos se puede ofrecer la posibilidad de elaborar programas diarios de actividades: dedicar un tiempo para realizar actividad física adaptada a la realidad del paciente, otro tiempo para estar al día de lo que ocurre en el mundo (prensa, tv. radio), cada día intentar llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (como el aseo o la comida) de la forma más autónoma posible, mantener diariamente contacto con algún familiar o amigo, etc. Se trata de establecer rutinas e incentivar logros, llenar de vida el tiempo de hospitalización y evitar la desidia. Del mismo modo se puede intervenir con los cuidadores, para que se sientan útiles, pero sin anular al otro. La atención personalizada, la acogida, el acompañamiento y algunas acciones en grupo facilitarán este tipo de intervenciones.

- Plantear una mediación de cara a la diversidad de culturas y minorías étnicas que estén presentes en el centro y precisen este tipo de actuación. Puede ser necesaria una mediación lingüística si el idioma es la principal barrera, pero también es importante



conocer y tener en cuenta costumbres, creencias, modos de vida y, especialmente, las formas de entender la salud y la enfermedad. La intervención del Educador Social puede ayudar a facilitar la integración en el sistema socio-sanitario, ofreciendo información sobre los recursos, elaborando información escrita (folletos) que mejore la accesibilidad, promocionando la comprensión mutua entre los miembros de la comunidad hospitalaria a través de campañas de sensibilización en las que se trate el manejo de los distintos códigos culturales y la búsqueda de fórmulas que permitan la integración y el respeto.

- Procurar alternativas de ocio y cultura: reactivar y promover el servicio de biblioteca y ampliar este servicio con actividades en grupo (lectura y comentario de textos, recomendaciones de los usuarios...) Contactar con centros educativos que impartan el módulo de animación sociocultural y valorar la posibilidad de colaboración con actividades puntuales, audiciones musicales a cargo de alumnos de los conservatorios existentes, cine y video-fórum... Este tipo de propuestas resultan, además, valiosas herramientas para enriquecer la conexión entre hospital y sociedad. De igual modo, será posible aprovechar los recursos de las nuevas tecnologías para elaborar programas, podcast, programaciones de ocio alternativo, a los que los usuarios puedan acceder a través de internet o de algún circuito interno de televisión. La percepción del paso del tiempo es una medida de sufrimiento, si el ocio permite al paciente estar entretenido, vivirá menos preocupado por lo despacio que pasa ese tiempo y reducirá su nivel de sufrimiento.

Existen experiencias muy positivas en el ámbito de la hospitalización infantil, con la presencia de payasos, espacios de juego, visitas de personas con cierta relevancia en el mundo del deporte... Pero el ocio de los pacientes adultos queda reducido al servicio de televisión mediante pago y aquí es donde se presenta un amplio campo de actuación.

- Propiciar la creación de un voluntariado, su coordinación y formación, con objetivos destinados, por un lado, a mantener el contacto de los pacientes con el entorno, procurar compañía y escucha y facilitar las condiciones que faciliten la atención a sus necesidades espirituales/emocionales. Y por otra parte, orientar sus acciones al apoyo de la familia y cuidadores, favoreciendo la disminución del estrés y potenciando sus capacidades.

- Promover actividades terapéuticas alternativas como musicoterapia o risoterapia que posibiliten una mejora en la calidad de la vida dentro del hospital.

- Coordinar sus actuaciones con las que también llevan a cabo los Trabajadores Sociales del centro para abordar de manera integral los casos, la detección de situaciones que precisen una intervención socio-educativa concreta o de apoyo al ingreso o al alta.



* *De cara a los profesionales*, es necesario también conocer sus necesidades y plantear ofertas educativas que complementen su formación técnica con otros contenidos más enfocados a prácticas humanizadoras, relación de ayuda, relaciones interpersonales o dinámicas de grupo que optimicen el ambiente laboral.

5.2.2 Actuaciones extra-hospitalarias

Los hospitales son micro-sociedades que, por sus especiales características y su dinámica de organización y funcionamiento se encuentran aislados del tejido social que los rodea. Son lugares a los que se va demandando un servicio, pero también son espacios de encuentro, de investigación, que deben hacerse presentes en su entorno y que han de colaborar, como cualquier entidad social, en el desarrollo y crecimiento de los individuos. Por ello, es importante tener presente que el Educador/a Social puede, desde este tipo de institución, plantear actuaciones que posibiliten ese acercamiento y mutua aportación. Así, se puede:

- Dar a conocer la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en los distintos Sistemas Autonómicos de Salud. Difusión de la misma a través de los diferentes recursos sociales, a modo de “escuela de pacientes/usuarios”, donde se analice su contenido y las implicaciones que tiene para el ejercicio de la autonomía y participación de los individuos y su papel protagonista en la asistencia sanitaria.

Esta Carta recoge los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad (1986) y se ampara en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. En ella se presentan los derechos en relación con la salud y la asistencia sanitaria, los derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente y los deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria. Así, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a ser informados de forma clara, precisa y completa sobre su proceso, pueden rechazar acciones, su consentimiento inequívoco es requisito indispensable para realizar cualquier procedimiento, el usuario es el titular del derecho a la información asistencial... Sin embargo, cuántas veces se realizan procedimientos sin pedir permiso, se informa a familiares y son ellos quienes determinan qué datos debe conocer el paciente... Es decir, existe todavía una tendencia a la sobreprotección, hay resistencia a tratar al adulto como adulto, responsable de su vida y de sus decisiones. Resulta conveniente que estos temas se debatan entre los profesionales y que los ciudadanos participen, de modo que se vaya conformando una sociedad donde cada individuo pueda decidir desde el conocimiento, la reflexión y una opción personal. Además, los profesionales sanitarios constatan cada día con más intensidad que la sociedad actual se acerca al mundo hospitalario concibiéndolo como un “dispensador de servicios” y, de manera parecida al mundo escolar, donde se hace a la escuela responsable de toda la educación de los alumnos, como si la familia no tuviera



responsabilidad en ese tema, esa misma familia está renunciando a su propio papel en el proceso de la enfermedad, delegando toda la atención en los profesionales. Se confunde muchas veces un hospital de agudos con una residencia de ancianos, cada día hay más gente sola en las habitaciones, especialmente la de mayor edad, y ese cambio de actitud y de valores conviene llevarlo a la reflexión de todos e ir viendo por dónde quiere seguir avanzando esta sociedad.

- Fomentar la creación de redes sociales y el asociacionismo de tipo específico o centrado en una determinada patología, en coordinación con los recursos ya existentes en la sociedad, o creando grupos de apoyo al duelo, acompañamiento al alta, en situación de discapacidad adquirida durante el proceso de hospitalización, cuidado del cuidador... Aprovechar el “patrimonio social” existente en materia de grupos, asociaciones vecinales, agrupaciones deportivas, culturales, parroquias... para ofrecer la formación básica necesaria de cara a la construcción de ese tipo de apoyo social.

- Favorecer el encuentro, mediante jornadas divulgativas que propicien la participación, el análisis, la opinión, en temas de salud y bioética, de modo que la sociedad tenga información válida que les permita dar contenido a sus decisiones sobre temas tan importantes como la firma de voluntades previas. Estas acciones promoverán la sensibilización social y los centros podrán conocer el sentir y las demandas de los ciudadanos, lo que también facilitará la humanización de la asistencia hospitalaria.

En muchas ocasiones el hospital se convierte en una micro-sociedad aislada del resto de la comunidad, pero también es cierto que esa comunidad, por la propia cultura que la caracteriza, prefiere mantenerse lejos del hospital. Durante el VII Congreso Estatal de la Educación Social, celebrado en Sevilla (2017), en la Mesa de Confluencia sobre La Educación social en el Sistema Sanitario inclusivo, se afirmó que,

“... el Educador/a Social debe convertirse, principalmente, en un agente de cambio que, en la medida de lo posible, normalice la vida del enfermo, proponiéndole actividades gratificantes que le permitan aumentar su autoestima y transformándose en uno de los enlaces entre el exterior y el interior” (García Mateos, 2017).

Desde luego que es posible establecer una relación fructífera para ambos, hospital y comunidad, y el camino para lograrlo se encuentra en la participación de los individuos a quienes, se les facilite formación e información que favorezca sus competencias sociales, sintiéndose partícipes y protagonistas de cuanto acontece en su entorno.

A modo de resumen, se puede afirmar que su labor en la Atención Especializada, se orienta principalmente a favorecer la humanización de la vida en el centro hospitalario y de la asistencia sanitaria, desde una mayor implicación de los individuos en sus procesos de

salud/enfermedad. Porque la salud forma parte de la vida, como la enfermedad y la muerte, y la manera en que la sociedad vive a esas realidades se refleja en el modo de afrontar y normalizar dichas situaciones. Esta es una de las razones más importantes para favorecer una sólida Educación Social en temas de salud y participación.

LA EDUCACIÓN SOCIAL EN EL CENTRO HOSPITALARIO	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer la humanización de la vida en el Centro Hospitalario. ▪ Optimizar la calidad de vida hospitalaria, lo mismo los trabajadores como para los pacientes y sus familias.
ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA	
FUNCIONES	<p>- <i>Con los pacientes y familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informativa <ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento: afrontamiento de la enfermedad - Intervención conductual: manejo de situaciones con el paciente y la familia. - Elaboración de folletos informativos. • Socioeducativa: <ul style="list-style-type: none"> - Integración de la enfermedad: proceso, tratamiento, funcionalidad del centro,... - Accesibilidad de minorías presentes en el Centro, mediación lingüística, etc. - Mediación que facilite el desarrollo personal, establecer rutinas e incentivar logros. - Intervención conductual: manejo de situaciones con el/la paciente y su familia. - Soporte emocional: programación de actividades terapéuticas alternativas (música, risa, lectura,...) - Animación sociocultural, programación de actividades cotidianas, de ocio, cultura e interrelación. <p>- <i>Con los profesionales de la sanidad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Socioeducativa: <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar información y formación a los agentes sanitarios, generando en ellos actitudes pro-activas. - Propuestas de formación y humanización de las relaciones en el Centro Hospitalario.
ACTIVIDAD EXTRAHOSPITALARIA	
FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Socioeducativa: <ul style="list-style-type: none"> - Difusión: Carta de derechos y deberes de los ciudadanos como pacientes/usuarios. - Generar redes sociales y asociacionismo específico. - Organizar encuentros divulgativos. • Integración del entorno: <ul style="list-style-type: none"> - Colaboración con centros educativos. - Generación de voluntariado. - Colaboración con la actividad propia del Trabajo Social.

Elaboración propia.



6. CONCLUSIONES

Con todo, pensamos que se ha podido demostrar que la salud es un hecho social cotidiano, que se relaciona con nuestras formas de vida, pero también, con los valores culturales y la organización de la convivencia en nuestra sociedad. Es decir, la salud es una parte importante de la vida y, por ende, del propio proceso de socialización. Cuidarla, requiere conocimientos que favorezcan el desarrollo de hábitos y prácticas saludables que optimizan y garantizan los mejores niveles de salud para los individuos y para la comunidad. Por otra parte, esa cultura, nos permite enfrentarnos a situaciones de enfermedad contando con recursos personales, institucionales y sociales que minimicen sus efectos adversos y permitan continuar participando activamente de la vida del entorno.

Para alcanzar estos objetivos la Educación se presenta como una herramienta imprescindible y la Educación Social se ofrece como práctica social de intervención educativa que favorece la ponderación del individuo en todos los procesos de salud y enfermedad, con una participación activa y transformadora del entorno comunitario y en la mejora de su calidad de vida.

En nuestra estructura socio-sanitaria las iniciativas educativas están ausentes en la asistencia hospitalaria o, en el caso de la atención primaria, se delegan en profesionales sanitarios con conocimientos técnicos propios de su trabajo, pero que no están cualificados para desarrollar intervenciones educativas. Por eso, se hace necesario incorporar profesionales de la Educación Social que den respuesta a las demandas educativas que cada día surgen en el ámbito sanitario. Ya hemos visto que cuentan con un campo de trabajo verdaderamente vasto y extenso. Pero, ¿qué nos falta para que su existencia forme parte de nuestra cotidiana realidad?

Resultaría importante favorecer el contacto entre los Educadores Sociales y el resto del personal sanitario, para desarrollar nuevas formas de abordar la salud, mejorar la asistencia y determinar el papel que, tanto los profesionales, como los usuarios desempeñan en ese nuevo modelo asistencial. Porque, seamos sinceros, existe un gran desconocimiento no sólo de ese carácter social que tiene la sanidad, sino incluso, del mundo educativo orientado a los adultos. Una disrupción que, si contáramos con buena voluntad, política y también social, sería posible superar.



Señalar, por último, que aún queda mucho camino por andar y mucho por hacer: diagnósticos serios de necesidades, a partir de estudios de opinión serios, analizar qué tipo de estructuras precisa la Educación Social para intervenir en la sanidad, diseñar itinerarios para introducir la figura y la profesión en ese ámbito. Somos conscientes que el contexto socio-político no resulta favorable y la palabra clave es “recursos”, pero de momento, nos parece importante ir definiendo estos objetivos de cara a ofrecer iniciativas que despierten la sensibilidad y, si es posible, también el presupuesto.

Bibliografía

- Alonso, I. y Funes, J. (2009). “El acompañamiento social en los recursos socioeducativos”. *Educación Social: Revista de intervención socioeducativa*. Nº 42, pp. 28-46. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/view/165627/374974>
- ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) (2004). *Libro blanco. Título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Vol. II. Madrid: ANECA.
- Bermejo, J.C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Braga, M.; Coimbra, C.; Ribeiro, P. y otros (2012). “Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados”. *EVIDENTIA*, oct-dic; nº 9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
- Caride Gómez, J.A. (2005). “La animación sociocultural y el desarrollo comunitario como Educación Social”. *Revista de Educación*, nº 336, pp. 73-88. Disponible en: http://www.revistaeducacion.mec.es/re336_05.htm
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2003). *Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
- Constitución Española (1978). *Texto reglamentario* publicado en el «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424.
- Del Pozo Serrano, F.J. (2013). “Educación Social para la salud: proyección, acción y profesionalización”. *Revista Médica de Risaralda*, nº 19 (1), pp. 75-80. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7881/5229>
- Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Ed. Díaz Santos.
- Froufe Quintas, S. (1997). “Los ámbitos de la Educación Social”. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 9, 179-200. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/0214-3402/article/viewFile/3491/3510



- García Martínez, A. (2006). "Contextos no formales y educación para la salud". *Revista de Estudios de Juventud*, 74, pp. 49-70. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/revista74_articulo3.pdf
- García Viveros, M. (1999). *Salud comunitaria y promoción de la salud*. Vol. I. Las Palmas de Gran Canaria. ICEPSS.
- Gómez Sancho, M. (Coord.) (1998). *Cuidados paliativos. Atención integral a enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de *Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* («BOE» núm. 128, de 29/05/2003, páginas 20567 a 20588).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril, páginas 15207 a 15224).
- López Barajas, E. y Sarrate, M^a.L. (coords.) (2002). *La educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo*. Madrid. Dykinson.
- Macías, B.E. y Arocha, J.L. (Coords.) (1996). *Salud pública y educación para la salud*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid. MSSSI. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- Orden SAN/62/2017, de 29 de diciembre, por la que se crea la categoría de *Técnico/a Medio-Educador/a Social*, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Boletín Oficial de Cantabria (BOC), número 15, del 22 de enero de 2018. Disponible en: <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=321665>
- Organización De Las Naciones Unidas (ONU) (2003). Informe sobre la situación social en el mundo. Vulnerabilidad social: fuentes y desafíos. Ginebra. ONU. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2003_es.pdf
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata*. Ginebra. ONU. Disponible en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://files.sld.cu/upp/files/2015/04/carta-de-ottawa.pdf>
- Perea, R. – López Barajas, E. y Limón, R. (2011). *Educación para la salud y calidad de vida*. Madrid: Díaz de Santos, Eds.
- Pérez Serrano, G. (2010). *Pedagogía Social - Educación Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid. Narcea.



Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud («BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 1995, páginas 4538 a 4543). Vigente hasta el 17 de septiembre de 2006.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización («BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006, páginas 32650 a 32679).

Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto, («BOE» núm. 243, de 10 de octubre de 1991, páginas 32891 a 32892) *por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Educación Social y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél.*

Sarrate, M^a. L. y Pérez de Guzmán, M^a. V. (2005). “Educación de personas adultas. Situación actual y propuestas de futuro”. *Revista de Educación*, 336, pp. 41-57. Disponible en: http://www.revistaeducacion.mec.es/re336_03.htm

Senra Varela, M. P. (2012). *La formación práctica en intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.

Datos de contacto:

Rocío Gutiérrez Fernández: 67rociogutierrez@gmail.com

José Quintanal Díaz: jquintanal@edu.uned.es

