

# PODOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

En la humanidad nada se acaba del todo,  
cada cosa se detiene para volver a empezar.  
Yorimoto Tashi

José Ramos Galván<sup>1</sup>, María Dolores Muñoz López<sup>2</sup>, Rocío Mazoterías Pardo<sup>3</sup>, Gemma Melero González<sup>4</sup>, Álvaro Carmona López<sup>5</sup>.

1. Doctor por la Universidad de Sevilla. Diplomado y Licenciado en Podología. Profesor Titular de Universidad. Coordinador de la asignatura "Podología Preventiva y Comunitaria". Departamento de Podología. Universidad de Sevilla. Coordinador del grupo de investigación "Salud Podológica para Todos". Universidad de Sevilla.
2. Diplomada en Enfermería. Enfermera Titular de Equipo Básico de Atención Primaria. Distrito Sanitario de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Ex-Profesora de la asignatura "Enfermería Comunitaria". Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla. Investigadora-colaboradora del Proyecto Iconox-Sevilla.
3. Diplomada en Podología. Asistente Honoraria. Departamento de Podología. Universidad de Sevilla. Ex Becaria del Área Clínica de Podología (2008-2010). Miembro del grupo de investigación "Salud Podológica para Todos". Universidad de Sevilla.
4. Diplomada en Podología. Colaboradora Clínica. Área Clínica de Podología. Universidad de Sevilla. Miembro del grupo de investigación "Salud Podológica para Todos". Universidad de Sevilla.
5. Diplomado en Podología. Miembro del grupo de investigación "Salud Podológica para Todos". Universidad de Sevilla.

## CORRESPONDENCIA

José Ramos Galván  
Facultad de Enfermería,  
Fisioterapia y Podología.  
Departamento de Podología  
Universidad de Sevilla  
C/ Avicena s/n. 41009 Sevilla  
jramos@us.es

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es abordar la salud de los pies desde un enfoque preventivo y comunitario. Introducimos el concepto de Podología Comunitaria porque hemos considerado conveniente reorientar y ampliar los servicios podológicos actuales, teniendo como antecedente la experiencia de los podiatras anglosajones. Para dar respuesta a las nuevas y crecientes demandas de actividades preventivas por parte de la sociedad, se debería favorecer la adaptación de la Podología al nuevo marco asistencial de carácter comunitario, dando un paso más para la inclusión de nuestra profesión en el ámbito público y entrando a formar parte de un equipo multidisciplinar.

Para fundamentar la propuesta del concepto de Podología Comunitaria se han tenido en cuenta los valores que para el desarrollo sanitario supusieron la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa, que dieron a la participación en la Comunidad un papel esencial. También se han considerado las propuestas, basadas en revisiones y ampliaciones de aquellos valores, que han sido realizadas más recientemente por las Naciones Unidas en la "Declaración del Milenio"; por la Organización Mundial de la Salud en la "Carta de Bangkok" y por la Unión Europea en el "Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud 2008-2013".

## PALABRAS CLAVE

Podología Comunitaria. Podología Preventiva. Intervención Comunitaria. Atención Primaria de Salud.

## ABSTRACT

The aim of this paper is to address the health of the feet from a preventive and community. Introduce the concept of Community Podiatry because we have seen fit to reorient and expand existing podiatry services, with the background experience of the Anglo-Saxon podiatrists. To respond to new and growing demands for preventive activities by the society, should encourage the adaptation of the new framework podiatry care in the community with one more step for the inclusion of our profession in the public domain and entering part of a multidisciplinary team.

In support of the proposal of the concept of Community Podiatry taken into account the values for health development assumed the Declaration of Alma-Ata and the Ottawa Charter, which gave the Community participation in a key role.

Also considered the proposed revisions and expansions based on those values that have been made more recently by the United Nations Millennium Declaration "by the World Health Organization in the Bangkok Charter" and European Union in the Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013.

## KEY WORDS

Community podiatry. Preventive podiatry. Community Intervention. Primary Health Care.

La salud podológica debe ser fomentada y protegida permanentemente mediante las actuaciones de Salud Pública que la sociedad se pueda permitir en cada momento, a través de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad y no solamente con el tratamiento de los problemas, ya que la atención clínica individual centrada en la enfermedad no es suficiente para mejorar la salud de la Comunidad (San Martín, 1989; Soler, 2007). Es necesaria una mejor utilización de los recursos sociales existentes atendiendo a las demandas de la población, sobre todo a las colectivas, para actuar sobre los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La Promoción de la Salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de Determinantes de la Salud potencialmente modificables, no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (OMS, 1998).

La medida de la **salud percibida** ha adquirido una progresiva importancia en los últimos años al evaluar las necesidades de salud y de las intervenciones sanitarias tanto asistenciales como preventivas. Estas nuevas demandas sociales de actividades preventivas en materia de salud (González, 2005), deberían propiciar la adaptación de la Podología al nuevo marco asistencial de carácter comunitario dando un paso más para la inclusión de nuestra profesión en el ámbito público y favoreciendo la mejora de la Salud Pública que, siguiendo a los manuales clásicos y simplificando mucho, es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una Comunidad (Salleras, 1990; Unión Europea, 2007; Piédrola, 2008; Calvete, 2008).

Hace 32 años, la Declaración de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. Recientemente la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, nos propone el regreso a Alma-Ata (Chan, 2008). Recordamos que la Atención Primaria de Salud (Primary health care) es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (OMS, 1978 y 1998).

Deseamos ahora internarnos en la descripción del concepto de Podología Comunitaria, deseo que se justifica por la necesidad de conseguir un mayor reconocimiento de nuestra profesión por parte de la Comunidad.

La Podología, heredera de una profesión centenaria, es una ciencia relativamente joven que se encuentra ya introducida en nuestra cultura y en nuestra sociedad, que ha ido evolucionando a través de los años, pero que aún necesita de un mayor impulso para que resulte del todo útil a los ciudadanos. Esta disciplina se ocupa de conservar, cuidar, mejorar y restaurar la salud de los pies, teniendo como objetivo no solo al individuo, sino a toda la Comunidad, utilizando el método epidemiológico y la planificación para poner en marcha programas de salud podológica, según la jerarquización de los problemas detectados, buscando disminuir la incidencia de enfermedades podológicas específicas, mediante intervenciones basadas en los conocimientos científicos (Ramos, 2007).

La definición de Comunidad es difícil. Las variables territorio, intereses y valores comunes y un espacio social y cultural determinados son insuficientes. El término clásico de *Comunidad* hace referencia a un grupo de individuos que tienen algo en común: comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses. Pero desde el punto de vista sociológico, este concepto de Comunidad no es un buen modelo de análisis para la realidad social. Los individuos no se asocian o se asocian muy poco y la forma habitual de relacionarse con los vecinos, los amigos, los compañeros de trabajo, etc., es de naturaleza informal. De esta forma hay múltiples «lugares de encuentro», bares, parques, tiendas, iglesias o el propio centro de trabajo, cada uno de ellos es utilizado para relacionarse por una tipología determinada de individuos. Se vive en sociedades de masa donde redes de comunicación y otros fenómenos sociales globales se superponen al territorio. El territorio donde los individuos viven no es tan determinante para explicar la vida social como se desprende del modelo teórico tradicional de Comunidad (De la Rivilla y otros, 2003).

La OMS (1998) define **Comunidad** (Community) como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la Comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Sus miembros adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la Comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

A la participación comunitaria se le pone muchas trabas en los órganos constituidos en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Estas trabas se dan en un contexto de desinterés general de las organizaciones sociales, sindicales o profesionales por la participación y por la desconfianza de las administraciones hacia éstas. Tampoco los representantes municipales parecen tener conciencia de la necesidad y ventajas de su presencia en los organismos de gestión sanitaria (Martín y otros, 2006).



Figura 1. La Comunidad (Ilustración cedida por Pedro Nolasco Alcántara Madroñal).

La Podología Comunitaria se encarga de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades e intereses comunes. Esa actuación está basada en los contenidos científicos de la Podología y en las experiencias profesionales de los podólogos, llevándose a cabo la denominada "Intervención Comunitaria" (Martín y Cano, 2010), que apoya los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los Determinantes de la Salud y en consecuencia para mejorarla. La Intervención Comunitaria, relacionada con la especialidad de "Podología Preventiva y Comunitaria", está dirigida a Promocionar la Salud, Prevenir la Enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y de los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud podológica.

Desde Podología se debe dar respuesta a las nuevas y crecientes demandas sociales, igual que ya lo han hecho otras titulaciones como Medicina, Odontología, Enfermería, Fisioterapia o Farmacia, que han incluido, en la materia troncal de Salud Pública, disciplinas en cuya denominación aparece el término de "Comunitaria" (Medicina Familiar y Comunitaria; Odontología Preventiva y Comunitaria; Enfermería Comunitaria; Fisioterapia Comunitaria; Farmacia Comunitaria). Estas asignaturas o especialidades han permitido, y todavía lo hacen en la actualidad, desarrollar los contenidos necesarios para que los profesionales sepan actuar en el ámbito comunitario, tanto desde los Centros de Salud como en otros lugares y espacios comunitarios donde surja la necesidad.

Hemos comprobado con satisfacción cómo Benítez y Santana (2006) en una publicación incorporaron el concepto de Podología Comunitaria para describir la asistencia a una determinada población de riesgo, que necesitaba recibir una atención integral por parte de todos los agentes, sociedad y equipo multidiscipli-

plinar, implicados en su cuidado. En el intento de incorporar esta filosofía a la Podología y para ampliar y completar el campo de actuación del podólogo, ya se ha implantado la asignatura de "Podología Preventiva y Comunitaria" en los estudios de Grado en Podología de la Universidad de Sevilla.

La complejidad y el desarrollo de las distintas actividades que en otro tiempo se denominaban paramédicas ha condicionado el hecho de que estas prácticas constituyan en la actualidad verdaderas disciplinas con entidad propia (Rebollo, 2000), entre las que, claro está, debe incluirse la Podología Preventiva y Comunitaria, porque supone la prestación integrada de servicios preventivos y asistenciales a todas las personas sanas y enfermas de una Comunidad. También incluye la investigación de los factores causantes de la enfermedad y la Promoción de la Salud.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (OMS, 1998).

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La Promoción de la Salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y físico.

La Promoción de la Salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la Salud Pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud (Carta de Bangkok, 2005). Un resumen con las reuniones y acuerdos internacionales sobre Promoción de la Salud se expone en la tabla 1.

La Promoción de la Salud podológica comprende todas las medidas que tienen como fin aumentar la salud de los pies, siendo la principal actividad a realizar la Educación Sanitaria (ES). La OMS para el día Mundial de la Salud, en el año 2002, acordó el lema "Por tu salud, muévete" dirigido a toda la población. Para poder seguir esta recomendación de la OMS es necesaria la práctica de algún ejercicio, que normalmente se realiza con los pies, por lo que es conveniente tenerlos en buen estado.

1978	Alma-Ata	Atención Primaria de Salud
1986	Ottawa Canadá	Promoción de Salud (Conceptos)
1988	Adelaida Australia	Políticas públicas favorables a la Promoción de Salud
1991	Sundsvall Suecia	Crear ambientes favorables para la Promoción de Salud
1994	París Francia	Incorporación de lo político-estructural en la Promoción de Salud
1997	Yakarta Indonesia	"Nueva era, nuevos aires". Incorpora al sector privado a la Promoción de Salud
1998	LI Asamblea Mundial de la Salud	Resolución sobre la Promoción de la Salud. Recomienda a la comunidad internacional para implementar y apoyar las acciones en Promoción de Salud
2000	ONU	Declaración del Milenio
2005	Bangkok Tailandia	Determinantes de la Salud en las alianzas para la acción sanitaria, disminución de las desigualdades en un mundo globalizado
2007	Unión Europea	Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013)

Tabla 1. Reuniones y acuerdos sobre Promoción de Salud.

La Educación Sanitaria comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria (OMS, 1998).

La Educación Sanitaria concierne a todas esas experiencias de un individuo, grupo o colectividad que influyen en creencias, actitudes y comportamientos con respecto a la salud y lleva a capacitar a los individuos para que puedan tomar decisiones sobre su salud y la de la Comunidad. La ES debe entenderse no sólo como un modelo de participación, sino también como un sistema de intervención social que tienda a modificar de forma duradera el comportamiento de la salud de los individuos (De la Rivilla y otros, 2003).



Figura 2. Actividad de Educación Sanitaria Podológica en una Asociación de Diabéticos.



Figura 3. Actividad de Educación Sanitaria Podológica en una Asociación de Niños Diabéticos.

## SALUD PODOLÓGICA PARA TODOS

En el Área de Clínica Podológica, de la Universidad de Sevilla, se ha creado recientemente el grupo de investigación "Salud Podológica para Todos" (SPPT), cuya denominación se inspira en la meta fijada por la OMS en la reunión de Alma-Ata en 1978 "Salud para todos en el año 2000" teniendo como objetivo principal poner de manifiesto la importancia de la Salud Pública en el ámbito podológico así como la prevención de enfermedades en el pie, acercándonos para ello a la población y recibiendo una formación continuada basada en los principios básicos de la filosofía comunitaria. Este grupo promotor de la salud

podológica, desempeña actividades de Educación Sanitaria con el fin de alcanzar los objetivos mencionados anteriormente y mejorar la calidad de vida en la Comunidad, teniendo en cuenta la influencia de determinantes como los comportamientos de salud, las características sociales, la ecología en su conjunto y los cuidados sanitarios. Según el podiatra canadiense Brodie (2001), la Podiatría, como parte de la asistencia sanitaria, es otro de los factores determinantes de la salud.

Es una realidad que con el paso del tiempo la actitud de la población ha variado considerablemente respecto al cuidado de la salud y concretamente en lo referente al bienestar de los pies, siendo en la actualidad, más que un derecho, un privilegio reservado para los grupos más pudientes (Levy, 1995). Por ello, aun sabiendo que vamos a seguir trabajando desde los despachos, tendremos que trabajar también en la calle o mejor dicho, donde la gente se reúne, cuando nos necesita y hacerlo de manera programada (Marchioni, 2001). La Podología, a través de podólogos comprometidos con la tarea comunitaria, debería trabajar donde la gente se reúne cuando nos necesita y hacerlo de manera programada, para conseguir un nivel de salud podológica que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva. En la tabla 2 pueden observarse las diferencias entre la Asistencia clínica y la Atención preventiva.

	ASISTENCIA CLÍNICA HABITUAL	ATENCIÓN PREVENTIVA
<b>Iniciativa</b>	Del paciente y/o la familia	Del equipo de salud
<b>Tipo de atención</b>	Impredecible	Predecible
<b>Tipo de demanda</b>	Inmediata	No inmediata
<b>Foco de atención principal</b>	Paciente o familia aislada	Grupos diana
<b>Actividad</b>	Es competencia del profesional sanitario	Es competencia del equipo de salud

Tabla 2. Diferencias entre la Asistencia clínica y la Atención preventiva (Modificado de Martín y Cano, 1999).

La Podología, como ciencia, y el podólogo, como profesional sanitario, no deben permanecer ajenos a la realidad social que ha convertido la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la Salud en labor de equipos de profesionales altamente cualificados y coordinados. Por tanto, no parece posible ni deseable mantener la actual forma de ejercicio de la profesión del podólogo exclusivamente en los términos conocidos hasta ahora, es decir, un profesional liberal que ejerce su profesión en su propia clínica y, aunque apoyado puntualmente por otros profesionales de la salud, se encuentra desligado del sistema sanitario en equipo, sea público o privado.

La proximidad del podólogo al entorno donde habitan las personas facilita la comprensión del contexto del problema y el diseño de los planes globales de actuación. Las actividades de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y la Asistencia Curativa pueden y deben abordarse en el ámbito comunitario desde una atención podológica directa, ya que muchos de los problemas prevalentes presentan un origen multicausal, no sólo biológico, sino también psicológico y social; por tanto, la resolución y/o prevención de tales problemas pasa por atender al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial (Gentil, 1993; Ramos, 2000).

Históricamente el enfoque comunitario ha sido una necesidad que ha requerido de la participación activa por parte de la Comunidad, administrando y sintiendo como propias sus expectativas y energías para perseguir un estado de salud positiva (Salleras, 1990).

Según la Asociación Americana de Podología Médica, el 75 % de americanos tendrá un problema en los pies a lo largo de su vida. Aunque los hombres también experimenten estos problemas, las mujeres tienen una incidencia más alta. Entre las causas están el uso de calzado incorrecto, la falta de cuidados y el sobreesfuerzo al que están sometidos los pies. Esta negligencia y este abuso tienen consecuencias negativas a lo largo de la vida (Levine, 2000). Los problemas del pie están en proporción epidémica, por ello la concienciación, la prevención, la responsabilidad y la acción son las claves de la salud del pie (Bennett, 2006). Los podólogos deben empezar a reconocer que la educación es la principal forma de prevención, con logros a largo plazo y obteniendo verdaderos resultados (Helfand, 1998 y 2001).

No existen problemas solamente en la población adulta, ya que en la infancia, la evaluación de la salud percibida y de las intervenciones sanitarias representa un reto particular dada la baja prevalencia de problemas graves de salud, la escasa presencia de limitaciones funcionales, la falta de conocimientos acerca de qué constituye el funcionamiento apropiado a cada edad y cuál es la precisión de la información obtenida a partir de los propios escolares (Ramos, 2007).

Somos conscientes de las dificultades para generalizar la implantación de un Programa de Salud Escolar podológica, pero confiamos en que en un futuro próximo se puedan llevar a cabo el tipo de actividades que hemos desarrollado en nuestras investigaciones, porque le resulten interesantes a instituciones públicas y privadas. Como propone Piédrola (2008), serán necesarios esfuerzos por parte de la Comunidad, en los términos que se definen en Salud Pública, dirigidos a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana.

Si en España el sistema público de asistencia sanitaria no realiza este tipo de actividades, se deberá intentar imitar los modelos de otros países. Referido a la asistencia sanitaria, Bastero y Anegón (2005) comentan que el sistema sanitario francés obtiene muy buenos resultados con un modelo distinto al Sistema Nacional de Salud existente en España, integrando los sectores público y privado en los diferentes niveles asistenciales y con una Atención Primaria basada fundamentalmente en los profesionales sanitarios liberales. Para su financiación, Francia posee un sistema de protección social similar al del resto de países europeos, que soporta la mayor parte del gasto sanitario y protege a la población económicamente desfavorecida. Sin embargo, a diferencia de España, la participación del usuario mediante el pago por acto y el ticket moderador es uno de sus pilares básicos. Otros principios fundamentales del sistema son la libertad de instalación y ejercicio de los servicios sanitarios, así como la libre elección de profesional sanitario por parte del paciente. Sobre la calidad del sistema sanitario comentado, y comparándolo con el de otros países, referimos que la Organización Mundial de la Salud publicaba en su informe anual de 2000 una cla-

sificación de los sistemas sanitarios nacionales, en la que Francia e Italia ocupaban los dos primeros puestos, España el séptimo, Reino Unido el decimoctavo y Estados Unidos el número 371 (Bastero y Anegón, 2005).

La población infantil es el sector más importante en la Comunidad respecto a la prevención. Estando de acuerdo con Grant (1986) cuando afirma que casi todos los métodos más eficaces para proteger la salud infantil se basan en los conocimientos de los padres, nosotros consideramos que la Educación Sanitaria podológica debe tener un trato preferente en los programas de Salud Escolar, para que esos conocimientos concuerden con los datos científicos actuales y motiven decisiones y medidas saludables en el entorno familiar, que mejoren los estilos de vida relacionados con la salud del pie. De ahí la necesidad, expuesta anteriormente, de atender al sector más joven de la población. Este fenómeno derivará en un aumento de las necesidades de asistencia y de cuidados del pie (Bennett, 2006). Por lo tanto consideramos que la Podología Preventiva y Comunitaria tendrá cada vez mayor consideración en nuestro quehacer como clínicos, con una relevancia añadida en la infancia y adolescencia. Las actividades que desarrollamos en esta línea de investigación han sido citadas por Hernández-Aguado y otros (2005), con el siguiente texto: *“Un buen ejemplo de programa preventivo integral en la primera infancia es el de la Escuela Universitaria de Podología de Sevilla, cuyos componentes serían...”*, relacionando a continuación los principales apartados del programa que llevamos a cabo. Se han visitado numerosos institutos, colegios y guarderías con el fin de promocionar la Salud Escolar podológica. Estando de acuerdo con lo expresado por Nussinovitch (2002), Hernández-Aguado (2005) y Ramos (2007), concluimos que es necesario realizar Programas de Salud podológica para escolares, programas que deberán estar acompañados de procedimientos de confirmación de sospecha de alteración y de seguimiento de patologías.

En cuanto a los demás sectores de la Comunidad, este grupo de investigación ha desarrollado diferentes actividades en asociaciones de diabéticos, trasplantados hepáticos, afectados de espina bífida, invidentes (ONCE) así como en el ámbito deportivo. Las intervenciones asistenciales y formativas en el Centro de Atención al Costalero de Sevilla y en las hermandades de carácter religioso de la comunidad andaluza han sido objeto de estudio para este grupo. No se ha olvidado a los más mayores, visitando sus centros de día, asilos y otros centros de la tercera edad. Se ha intentado adaptar el mensaje propiciando la interacción con la Comunidad.

El día 6 de octubre de 2007 la Comisión Europea (CE) presentó un Libro Blanco titulado *“Juntos por la salud: un enfoque estratégico para la UE 2008-2013”*. Conforme avancemos en el siglo XXI, serán más evidentes los problemas debidos a alteraciones presentes en la población envejecida por lo que en el Libro Blanco se plantea como primer objetivo *“Promover la buena salud en una Europa que envejece”*, objetivo a todas luces propio de la Salud Pública.

El segundo principio pone en relación la salud con el bienestar de los individuos y de la sociedad como requisito para la prosperidad económica, tal como lo contempla la *“Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo”* al afirmar que la mejora de la Salud Pública beneficia a la economía en su con-

junto. Habrá quien critique el hecho de considerar la salud desde un enfoque economicista, pero ni siquiera éstos podrán negar que la atención a la salud cuesta dinero. La mayoría de los Gobiernos han considerado los presupuestos dedicados a salud sólo como **gasto**, lo que llevaba a su restricción siempre que era posible. Si lo ven como **inversión**, antes de reducirlos, al menos, se preguntarán sobre las consecuencias de hacerlo (Calvete, 2008).

En el Informe Soria (2011), un trabajo que ha coordinado el ex ministro de Sanidad, se expone que el uso indiscriminado y abusivo de los recursos sanitarios como las urgencias o el pobre seguimiento de los tratamientos propuestos son, sin duda, problemas que afectan a nuestro Sistema Nacional de Salud, debido a una falta de Educación Sanitaria y por la escasa conciencia del verdadero coste de la sanidad por parte del paciente. Ante esta situación, se sugieren más programas de formación y concienciación tanto a la sociedad en general como a los profesionales sanitarios para hacer un uso responsable de los recursos de nuestro Sistema Nacional de Salud. El sistema sanitario español se ha olvidado de que lo que más vale es prevenir, siendo la mayor carencia que ha detectado el informe Bernat Soria. España dedica a prevención el 1,4% del Producto Interior Bruto (PIB) mientras que la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es del 3,1%. El total para la atención sanitaria es del 9%, del que alrededor del 6,2% corresponde a la sanidad pública, afirma Soria,

quedando patente que España gasta en evitar enfermedades la mitad de presupuesto que la media de la OCDE.

En la presentación del Informe Soria, se comentó un caso de "prevención secundaria", la que se refiere no a evitar enfermedades, sino a que no aparezcan consecuencias de éstas. "Es el caso del pie diabético. En España la tasa de amputaciones es la segunda peor de la OCDE, solo por delante de EE UU, donde ni siquiera existe un Sistema Nacional de Salud". También destaca que "los dos mayores condicionantes de la salud son la educación y el nivel económico. Se ve en todos los estudios. Y educación no solo sanitaria, sino en todo" (De Benito, 2011).

Estando de acuerdo con lo expresado por Marchioni (2001) y por Martín y otros (2006), concluimos que es necesario que alguien tome la iniciativa incorporando cada vez más a la población y a los profesionales sanitarios en actividades para mejorar la salud de la Comunidad. Sabemos que es un proceso continuo y que no puede limitarse o agotarse en un proyecto o programa. Con esta idea, desde el grupo de investigación "Salud Podológica para Todos" se están cumpliendo los principales objetivos de la filosofía comunitaria en el ámbito podológico, fomentando la salud de los pies y, por supuesto, manifestando la importancia que tiene la Podología para la Comunidad, que debe lograr la Equidad en Salud (Equity in health) para que las necesidades de asistencia podológica de las personas guíen la distribución de las oportunidades para el bienestar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bastero R, Anegón M. La salud de la infancia y el pediatra en el sistema sanitario francés. *Pediatría de Atención Primaria*. 2005; 7(26): 303-319.
2. Benítez E, Santana GW. Importancia de la podología comunitaria en la prevención del pie diabético. *Podomorfos*. 2006; 2: 1-7.
3. Bennett PC. Foot care: prevention of problems for optimal health. *Home Healthc Nurse*. 2006; 24(5): 325-329.
4. Brodie B. Health determinants and Podiatry. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2001; 121(3): 174-176.
5. Calvete A. Estrategia de salud de la Unión Europea: Salud Pública para las personas europeas. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82: 273-281.
6. Chan M. Regreso a Alma Ata. Organización Mundial de la Salud, 15 de septiembre de 2008. [On line] [Consulta: 9 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/dg/20080915/es/index.html>
7. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Organización Mundial de la Salud 2005. [On line] [Consulta: 9 de abril de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
8. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud 1986. [On line] [Consulta: 9 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
9. De Benito E. El 'informe Soria' suspende al sistema sanitario en prevención. *El País.com* (2 de febrero de 2011). [Online] [Consulta: 3 de Febrero de 2011]. Disponible en: [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/informe/Soria/suspende/sistema/sanitario/prevencion/elpepisoc/20110202elpepisoc\\_8/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/informe/Soria/suspende/sistema/sanitario/prevencion/elpepisoc/20110202elpepisoc_8/Tes)
10. De la Rivilla L, Siles MD, López LA. Participación e Intervención comunitarias. En: Martín A, Cano JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier; 2003.
11. Gentil I. Proyecto docente. Universidad Complutense. Madrid; 1993.
12. González J, Mollar J, Rebagliato M. Evaluación de las pruebas y programas de detección precoz (cribado o screening) de enfermedades. *Pediatría de Atención Primaria*. 2005; 7(28): 593-617.
13. Helfand A, Hausman A. A Conceptual Model for Public Health Education in Podiatric Medicine. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2001; 91(9): 488-4957.
14. Helfand A. Podiatric Medicine and Public Health. *Concepts and Perspectives*. *J Am Podiatr Med Assoc*. 1998; 88(7): 353-359.
15. Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolumar F. *Manual de Epidemiología y Salud Pública para licenciaturas y Diplomaturas en Ciencias de la Salud*. Madrid: Panamericana; 2005.
16. Levine S. *Your feet don't have to hurt*. New York: St. Martin's Press; 2000.
17. Levy LA. *Salud de la Comunidad*. En: Robbins JM. *Podología. Atención primaria*. Madrid: Panamericana; 1995.
18. Marchioni M. *Comunidad participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Popular; 2001.
19. Martín A, Cano JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Harcourt-Brace; 1999.
20. Martín A, Cano JF. *Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier; 2010.
21. Martín M, Ponte C, Sánchez M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 1): 192-202.
22. Nussinovitch M, Finkelstein Y, Amir J, Grenenbaum E, Volovitz B. Adolescent screening for orthopedic problems in high school. *Public Health*. 2002; 116(1): 30-32.
23. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Alma-Ata*. Ginebra: OMS; 1978.
24. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS; 1998.
25. Piédrola G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
26. Ramos J. Detección precoz y confirmación diagnóstica de alteraciones podológicas en población escolar. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2007. [On line] [Consulta: 3 de Febrero de 2011]. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/723/deteccion-precoz-y-confirmacion-diagnostica-de-alteraciones-podologicas-en-poblacion-escolar/>
27. Ramos J. Proyecto docente. Universidad de Sevilla; 2000.
28. Rebollo J. *Educación para la Salud. Un enfoque desde la Fisioterapia Comunitaria*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla; 2000.
29. Salleras L. *Educación Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1990: 29-49.
30. San Martín H. *Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva*. Barcelona: Masson; 1989.
31. Soler M, Montaner I, Aguiló E. *Atención a la comunidad II*. En: *Tratado de medicina familiar y comunitaria*. Barcelona: Semfy; 2007: 1831-1877.
32. Soria B. Informe Bernat Soria (1 de febrero de 2011). [On line] [Consulta: 8 de abril de 2011]. Disponible en: [http://www.informebematsoria-abbott.com/archivos\\_informe/Informe\\_Bernat\\_Soria.pdf](http://www.informebematsoria-abbott.com/archivos_informe/Informe_Bernat_Soria.pdf)
33. Unión Europea. *Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013)*. [On line] [Consulta: 10 de abril de 2011]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>