

**TEMA 9:** *Educación sanitaria. Concepto actual. Modelos de educación sanitaria. Campos de actuación y agentes.*

**Autor:** Antonio Cisterna

## 1. INTRODUCCIÓN

## 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 2.1. Eventos internacionales para la promoción de salud.
- 2.2. Dimensión multidisciplinar de la promoción de la salud.
- 2.3. El conocimiento no garantiza el cambio de actitud.
- 2.4. Principios de la promoción de la salud.

## 3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 3.1. Definición.
- 3.2. Elementos esenciales
- 3.3. Objetivos.
- 3.4. Evolución de la Salud: Medida de cambio.
- 3.5. La Práctica de la Educación para la Salud: Responsabilidades y competencias.
- 3.6. Elementos comunes de una educación para la salud efectiva.
- 3.7. Niveles de Educación Sanitaria.

## 4. MODELOS DE EDUCACIÓN SANITARIA

- 4.1. Bases teóricas de la educación sanitaria.
- 4.2. Modelos teóricos utilizados para modificar el comportamiento.
- 4.3. Modelos teóricos de modificación de los comportamientos de salud.
  - 4.3.1. El modelo de "creencias de salud"
  - 4.3.2. Modelo K.A.P.
  - 4.3.4. Modelo multifactorial.

## 5. CAMPOS DE ACTUACION DE LA EDUCACION SANITARIA

## 6. AGENTES DE LA EDUCACION SANITARIA

## 7. BIBLIOGRAFÍA

## 1. INTRODUCCION

En su acepción actual, la Salud Pública consiste en el conjunto de actividades organizadas por una comunidad en orden a la promoción (fomento y protección) y restauración de la salud de los individuos, grupos y colectividades. Se trata de los esfuerzos organizados por la comunidad para aumentar y proteger la salud de sus habitantes, así como para restaurarla cuando se ha perdido. La educación sanitaria es una acción fundamental encaminada a la consecución de estos objetivos. La Educación Sanitaria es uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública, es una de las técnicas que utilizan los servicios sanitarios para la consecución de los objetivos de la Salud Pública.

En la época moderna, la Salud Pública de los países desarrollados ha pasado por dos etapas claramente diferenciadas:

1. En la primera etapa, desde mediados del siglo pasado hasta bien entrado el siglo XX, los problemas de salud predominantes eran las enfermedades infecciosas: tuberculosis, diarreas infantiles, cólera, paludismo, enfermedades infecciosas propias de la infancia, etc.
2. En la segunda etapa, es decir, en nuestra época actual, la morbilidad y mortalidad predominantes se hallan constituidas por los accidentes y las enfermedades crónicas no transmisibles: patologías cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, cirrosis hepática, etc.

Gracias a la mejora de las condiciones socioeconómicas y a las medidas específicas de salud pública (saneamiento del medio ambiente, inmunización, educación sanitaria, etc.), las enfermedades infecciosas fueron casi vencidas en estos países durante lo que se ha dado en llamar "primera revolución epidemiológica". Ello fue posible porque la mayor parte de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas de esta etapa (época bacteriológica de la salud pública) obedecía a factores ambientales desfavorables, tales como la contaminación del agua de bebida, la ausencia de sistemas de evacuación de excretas, el hacinamiento en viviendas insalubres, el consumo de leche y alimentos contaminados, la proliferación de insectos y roedores, la alimentación deficiente, las malas condiciones higiénicas de los lugares de trabajo, y también, en buena medida, a la ignorancia de la población sobre cuestiones de salud.

En nuestra época, en la que las patologías predominantes son las enfermedades crónicas y los accidentes, se ha entrado en una nueva etapa de la historia de la Salud Pública, la "segunda revolución epidemiológica". En esta etapa, la educación sanitaria, que ya fue importante en la lucha contra las enfermedades transmisibles durante la primera revolución epidemiológica, ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la Salud Pública, ya que tanto la prevención y control

de las enfermedades crónicas como la de los accidentes dependen, en gran medida, de la educación sanitaria.

Hoy en día, los objetivos de la Salud Pública no son sólo la promoción y protección de la salud, sino que incluyen también las acciones de recuperación y rehabilitación de la misma. Por ello, en su concepción actual la Salud Pública es una actividad interdisciplinaria en la que tienen cabida todas aquellas profesiones con responsabilidad social y que realizan acciones de promoción u organización de la comunidad.

Es en la educación sanitaria en donde más claramente se comprende los conceptos de Salud Pública de "esfuerzos organizados de la comunidad" y de "actividad multidisciplinar". En la ejecución de esta técnica intervienen prácticamente todas las personas que tienen encomendadas funciones de salud, de educación, de comunicación, de trabajo social y de organización y promoción de la comunidad.

Algunos autores indican que no puede concebirse ningún proceso que se relacione con acciones de recuperación, rehabilitación y prevención sin el apoyo indispensable de esta disciplina. No hay acción sanitaria eficaz sin la educación, ya que la conducta individual y colectiva juega un papel decisivo en la etiología, tratamiento, prevención de los problemas de salud y en el fomento de la misma.

Si bien la Educación Sanitaria puede contribuir a la recuperación de la salud de las personas enfermas, potenciando la labor del personal de asistencia, es en la promoción y protección de la salud donde alcanza su verdadera dimensión.

En su función de promoción de la salud, la Educación Sanitaria es fundamental en la consecución de lo que se conoce como "salud positiva" y que es la realización de todas las posibilidades físicas, mentales y sociales de la persona. De todo esto se deduce, que una función muy importante del equipo de Salud Pública sea la de educar.

## **2. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Uno de los principales conceptos relacionados con la Salud Pública es la promoción de la salud entendida como todas aquellas actividades encaminadas a mejorar el nivel de salud de los individuos y colectivos, con el fin de que las personas dejen de tener hábitos perjudiciales y desarrollen estilos de vida saludables. Requiere medidas de carácter político y económico y la intervención de la educación sanitaria.

### **2.1. Eventos internacionales para la promoción de salud.**

Enumeraremos a continuación algunos hitos importantes que permiten comprender el actual concepto de Promoción de Salud.

En 1953 se reúne en París un comité de expertos sobre educación sanitaria y define que "el objetivo de la educación para la salud (EpS) es ayudar a la gente para que consiga la salud por sus propias acciones y

esfuerzos". Posteriormente, en 1977, en Alma-Ata, se hace el reconocimiento de la salud como un objetivo social y fundamental y se enuncia como meta la salud para todos en el año 2000. Se establecen como objetivos prioritarios:

- La participación conjunta de los profesionales y la población.
- La cooperación intersectorial.
- La política sanitaria basada en la Atención Primaria de Salud.

En 1986, en Ottawa, se concluye que "la justicia social y la equidad son requisitos para la salud y la mediación y la defensa son los procesos para conseguirla" y se definen los cinco puntos que actualmente se admiten como básicos sobre el significado de la acción de la promoción de la salud:

#### 1. La elaboración de políticas saludables.

La promoción de la salud va más allá de la asistencia sanitaria. Pone la salud en la agenda de los políticos en todos los sectores y a todos los niveles, dirigiéndolo para que tengan conciencia de las consecuencias de sus decisiones sobre la salud y para que acepten sus responsabilidades respecto a ésta.

La política de promoción de la salud combina, enfoques diversos, pero complementarios, que incluyen legislación, medidas fiscales, fijación de impuestos y cambios de organización. Es una acción coordinada que lleva a políticas sanitarias, económicas y sociales que favorecen una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a garantizar bienes y servicios más seguros y más sanos, servicios públicos más saludables, y ambientes más limpios y más agradables.

La política de promoción de la salud requiere identificar los obstáculos a la adopción de políticas públicas más sanas en los sectores no sanitarios, así como la forma de superarlos. El objetivo debe ser hacer que la opción más sana sea la más fácil, también para los políticos.

#### 2. La creación de ambientes favorables.

Nuestras sociedades son complejas y están interrelacionadas. La salud no puede separarse de otros objetivos. Los intrincados lazos entre las personas y sus ambientes constituyen la base del enfoque socio-ecológico de la salud. El principio rector general para el mundo, las naciones, las regiones y las comunidades por igual, es la necesidad de estimular el mantenimiento recíproco de nuestras comunidades y de nuestro ambiente natural. La conservación de los recursos naturales en todo el mundo debería destacarse como una responsabilidad global.

La evolución de las pautas de vida, de trabajo y de ocio tienen un impacto significativo sobre la salud. El trabajo y el ocio deberían ser fuentes de salud para las personas. La forma en que la sociedad organiza el trabajo debería ayudar a crear una sociedad sana. La promoción de la salud genera condiciones de vida y de trabajo que son seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.

La estimación sistemática del impacto sobre la salud de un ambiente en rápida evolución, especialmente en áreas de tecnología, trabajo, producción de energía y urbanización, es esencial, y debe ir seguida de la acción que asegure el beneficio positivo para la salud de la población. La protección de los ambientes naturales y artificiales y la conservación de los recursos naturales debe ser considerada en cualquier estrategia de promoción de la salud.

### 3. El refuerzo de la acción comunitaria.

La promoción de la salud actúa a través de la acción comunitaria concreta y efectiva estableciendo prioridades, tomando decisiones, planificando estrategia y ejecutándolas para lograr una mejor salud. En el centro de este proceso está el fortalecimiento de las comunidades, su independencia y el control de sus propias empresas y destinos.

El desarrollo comunitario gira sobre los recursos humanos y materiales existentes en la comunidad para potenciar la autoayuda y el apoyo social y desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y la dirección de los asuntos sanitarios. Esto requiere el acceso total y continuo a la información, a las oportunidades de salud y a la ayuda financiera.

### 4. El desarrollo de las habilidades personales.

La promoción de la salud apoya el desarrollo personal y social mediante la Información, la educación para la salud y el aumento de las habilidades para la vida. Al hacerlo, aumenta las opciones de que dispone la gente para ejercer mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes y para tomar decisiones adecuadas que les lleven a la salud.

Es esencial capacitar a la gente para que aprenda a través de la vida, se prepare para todas sus etapas y haga frente a las enfermedades crónicas y lesiones. Esto tiene que facilitarse en los ambientes de la escuela, del hogar, del trabajo y de la comunidad. Hay que actuar a través de organismos educativos, profesionales, comerciales y voluntarios y dentro de las propias instituciones.

### 5. La reorientación de los servicios de salud.

La responsabilidad de la promoción de la salud en los servicios sanitarios es compartida por individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones de servicio sanitario y gobiernos. Todos tienen que trabajar juntos hacia un sistema sanitario que contribuya a los intereses de la salud.

El papel del sector sanitario debe orientarse cada vez más hacia la promoción de la salud, más allá de su responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y curativos. Los servicios sanitarios necesitan abarcar un cometido más amplio que sea receptivo a las características culturales y las respete. Este cometido debería apoyar las necesidades de una vida más sana de individuos y comunidades y abrir cauces entre



el sector salud y componentes ambientales más amplios: sociales, políticos, económicos y físicos.

Reorientar los servicios sanitarios también requiere una mayor atención a la investigación sanitaria, así como cambios en la educación formación de profesionales. Esto debe producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que dirija su atención a las necesidades totales del individuo como persona global.

En 1988, en Adelaida, se sugieren estrategias recomendadas para la política pública sana que deben estar preocupadas por la salud y la equidad:

- La salud para todos se alcanzará si las condiciones de vida y de trabajo sano se convierten en una preocupación básica de todas las decisiones políticas.
- La política pública sana debe conseguir que la tecnología sanitaria contribuya al proceso de alcanzar la equidad.
- Es necesario estimular la colaboración, la paz, los derechos humanos y el desarrollo sostenible.
- Asegurar la distribución equitativa es un reto para todas las naciones.

Tres años después, en 1991, en Sundsvall (Suecia), se refuerza la necesidad de los "ambientes de apoyo para la salud".

En 1992, en Río de Janeiro, se elabora la Carta de la Tierra, teniendo en cuenta la recomendación de Sundsvall de incluir en ella los objetivos de salud.

Esta trayectoria nos permite contemplar la Salud como una meta, como una conquista social ardua, que ha sido favorecida por experiencias pioneras que recurrieron a la Educación para la Salud, encuadradas frecuentemente en un marco ambientalista y que nos hacen concluir hoy que la salud es un derecho y una obligación.

## **2.2. Dimensión multidisciplinar de la promoción de la salud.**

Ha habido en estos últimos años una interesante evolución en las propuestas metodológicas en cuanto a la manera de conseguir cambios de actitudes. Podríamos asegurar que desde finales del siglo XIX hasta la actualidad se advierte un proceso evolutivo en el concepto, no sólo disciplinar sino también social, de la salud. Así, de una idea mucho mas delegada en el sanitario que es el encargado de paliar los efectos de la enfermedad, se pasa a una idea más preventiva en la que el individuo tiene responsabilidad de su propia salud, de su "autocuidado", e incluso expande esta responsabilidad a una idea más social y comunitaria.

Se ensancha el marco del concepto Salud; aspectos que anteriormente se consideraban meramente académicos o culturales pasan a considerarse un requisito para mejorar el estado de Salud, y así progresan actividades para adultos, universidades populares, clases

nocturnas, talleres, etc.

En algunos países en vías de desarrollo se considera la formación de las personas como uno de los principales objetivos de salud, refiriéndonos no sólo a la mera alfabetización desde un punto de vista de lectura y escritura, sino incluso a lo que entendemos por una alfabetización funcional, ya que hay gran cantidad de personas que teóricamente saben leer y escribir, pero no entienden realmente algunos contenidos complejos de lo que leen o escuchan. Tiene, pues, mucho sentido considerar estos aspectos como un objetivo importante de salud porque si el desarrollo comunitario es imprescindible para que los individuos tomen responsabilidad de su propia salud, es también muy interesante que estas personas puedan entender el riesgo que tienen algunos de sus comportamientos, cuáles son los métodos preventivos para favorecer su situación, e incluso escoger los cambios que podrían mejorar el comportamiento de ellos mismos y de sus familias o de una comunidad. El hecho de poder llevar información escrita a través de carteles, medios audiovisuales, etc., va a depender siempre de que en la mediación haya una capacidad de entendimiento de las personas, que están informadas de lo que ocurre en su medio y pueden reivindicar cambios. Así es que, realmente, vemos que el concepto salud se hace cada vez más amplio y va impregnando objetivos que parecerían correspondientes a profesiones no necesariamente sanitarias.

Desde este planteamiento, la Promoción de la Salud tiene un marcado carácter multidisciplinar e inicialmente va a requerir un apoyo de todos los profesionales, puesto que al final de todos los objetivos de calidad de vida para el individuo y para la sociedad va a estar como meta el concepto de bienestar y por tanto el de salud.

En una idea no paliativa o curativa sino mucho más promotora, es decir, de mejora de las condiciones individuales y colectivas, siempre habrá una posibilidad de mejora de la propia percepción. Así, lo que se entendería tradicionalmente por una persona enferma o minusválida puede ser alguien que tenga una limitación en alguna de sus potencialidades vitales; sin embargo, esa persona puede convivir con esa limitación y percibirse a sí misma como razonablemente feliz, integrada en un medio laboral, en un medio familiar e incluso en un medio social estable, con una perspectiva de desarrollo personal y con unas metas de incremento de sus propias capacidades. Por el contrario, podríamos encontrar personas que sin aparentes limitaciones físicas se perciben como fracasadas, sin ilusiones, sin objetivos, sin una sensación positiva de su propia vida.

### **2.3. El conocimiento no garantiza el cambio de actitud.**

Aunque compartiésemos la conveniencia de esta nueva concepción de la salud, "no bastan los conocimientos para transformar la salud del

mundo" (Hiroshi Nakajima, Director General de la O.M.S.) Dice también que "cuando la gente actúa comprendiendo y determinando los objetivos que consideran esenciales, el éxito puede alcanzarse, porque la verdadera participación empieza cuando los implicados deciden qué necesidades hay que atender y cuáles de ellas en primer lugar. Las necesidades percibidas no están necesariamente de acuerdo con los datos epidemiológicos; pero si éstas se ignoran, necesariamente se fracasará. No sólo hay que convencer a la gente para que acepte la sabiduría de los profesionales, sino también a los profesionales para que acepten la sabiduría de la gente. Los educadores sanitarios deben usar todos los medios de comunicación social a su alcance pero sólo cuando contribuyan a crear un clima social saludable, asegurar políticas de apoyo e infundir actitudes y valores además de estimular el conocimiento y las habilidades en la gente hacia la mejora de su propia salud, alcanzarán sus objetivos". Es decir, "la salud es un producto de la acción social y no sólo un resultado de los cuidados médicos".

Los objetivos de la Promoción de la Salud serían:

- Aceptar la salud como elemento importante del sistema de valores de la sociedad, como un componente esencial de la calidad de vida.
- Conocer formas para alcanzar la salud.
- Conocer los riesgos para la salud existentes en nuestra sociedad.
- Aceptar nuestra responsabilidad en la educación para la salud a través de nuestra actividad como ciudadanos y como profesionales.
- Obtener las habilidades para resolver problemas de salud.

#### **2.4. Principios de la Promoción de la Salud.**

Desde este planteamiento, los principios de la Promoción de Salud podrían ser los siguientes:

1. Implica toda la población en el contexto de su vida diaria no solo a grupos específicos con riesgos.
2. Se dirige a la acción sobre los determinantes, a causas de salud, es decir, a factores sociales. Por lo tanto, es necesaria la multisectorialidad.
3. Combina métodos diversos pero complementarios: comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, desarrollo comunitario, etc.
4. Intenta la participación efectiva de la gente en el proceso de planificación, en solucionar problemas, y sobre todo en la toma de decisiones.

Los profesionales sanitarios tienen un papel importante en el desarrollo de la promoción de la salud. No puede ser una nueva especialidad refuerzo de los servicios sanitarios locales porque se volvería a caer en los errores anteriores. Si examináramos en este proceso cuáles son los elementos para la toma de decisiones, encontraríamos la necesidad de



que la población llegue a:

- Reconocer situaciones en que hay riesgos para la Salud.
- Conocer las alternativas posibles en cada situación.
- Recoger información sobre los riesgos.
- Aclarar los valores relacionados con cada una de las alternativas.
- Ordenarlas por prioridades.
- Resistir a la presión social recurriendo al apoyo de grupos de ayuda mutua y grupos institucionalizados.

### 3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Todas estas reflexiones nos obligan a pasar por el concepto de estilos de vida. Entendemos que se refiere a un conjunto organizado de pautas de comportamiento elegidas por el individuo o el grupo entre las diversas opciones posibles. Dependiendo de las condiciones de vida habrá mas o menos posibilidades de opción, y la elección personal va a depender de las características individuales y las presiones del ambiente. Entre estas últimas cabe señalar la importancia de elementos como el proceso de socialización, el control social, el cambio social, la demografía, el trabajo, los recursos y las formas de vida.

La educación para la salud, pues, comprendería:

- Aceptar la salud como un elemento importante del sistema de valores de nuestra sociedad.
- Reconocerla como un componente esencial de la calidad de vida.
- Conocer las formas de alcanzarla.
- Conocer los riesgos para la salud existentes en nuestra sociedad.
- Aceptar nuestra responsabilidad en la Educación para la Salud (EpS) a través de nuestra actividad como ciudadanos y, sobre todo en nuestro caso, como profesionales.
- Obtener las habilidades para resolver problemas de salud.

#### 3.1. Definición

Se han formulado muchas definiciones de lo que es Educación Sanitaria. Se citan a continuación algunas de estas definiciones:

La Educación Sanitaria es "la suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, las actitudes y los conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria".

La Educación Sanitaria es "el procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas, individuales o comunitarias, valiéndose de la educación".

La Educación Sanitaria es "La ciencia de la salud que tiene como finalidad ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios actos y esfuerzos".

La Educación Sanitaria tomada en su sentido más amplio representa el "conjunto de experiencias y de situaciones que en la vida de un individuo, de un grupo o de una colectividad, pueden modificar sus creencias, sus actitudes y su comportamiento en relación con los problemas de salud".

La Educación Sanitaria es "el conjunto de actividades planificadas o sistemáticas que favorecen o provocan experiencias en momentos, formas y situaciones que inducen a adquirir conocimientos y adoptar las actitudes y el comportamiento más convenientes para la salud de un individuo, de un grupo o de la colectividad".

La Educación Sanitaria es "el proceso que tiene por finalidad superar la brecha existente entre los avances en los conocimientos sanitarios y las prácticas en relación con la salud".

Una definición descriptiva de la Educación Sanitaria es la siguiente "se trata de una especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta con respecto a la salud en el individuo o la comunidad".

La Educación Sanitaria es "el proceso de persuadir a las personas para que acepten aquellas medidas que fomenten su salud y para que rechacen aquellas que tengan efectos adversos".

En todas las definiciones se marcan como constantes algunos aspectos:

- Que un objetivo fundamental es la adquisición de conocimientos y actitudes y la modificación de la conducta en asuntos relacionados con la salud.
- Que la educación para la salud va dirigida a individuos y grupos.
- Que todo el proceso es dinámico.

Pero no se mencionan los factores ambientales externos al individuo que condicionan o influyen en dicha conducta, por lo que son definiciones parciales.

En la concepción actual, quizá la definición más comprensiva de Educación Sanitaria sea la que ha propuesto el IV Grupo de Trabajo de la "National Conference on Preventive Medicine", USA 1975:

El término de Educación Sanitaria incluye toda una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios de asistencia médica del país.
- Motivar a la población a que quiera cambiar a prácticas o hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilo de vida saludables.

- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y una conducta saludables.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los Agentes de Educación Sanitaria de la Comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos relacionados anteriormente.

Resumiendo, la Educación Sanitaria de la Comunidad es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.

La originalidad más importante de esta definición es la mención de los factores ambientales externos al individuo los cuales condicionan su comportamiento de manera importante. La no consideración de estos factores externos y la no promoción de los cambios necesarios ha sido la causa principal del fracaso de numerosos programas en educación sanitaria.

### **3.2. Elementos esenciales.**

A medida que la educación para la salud se ha enfrentado, a lo largo de su evolución, a los retos que ha ido planteándole la salud en todo el mundo, su cuerpo teórico y práctico tradicional ha influido y se ha dejado influir por las ideas y estrategias modernas para mejorar la salud. La educación para la salud es la combinación de acciones sociales planificadas y experiencias docentes concebidas para enseñar a la gente a controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de salud y las condiciones que afectan a su estado de salud y al de los demás.

El propósito de la educación para la salud es conseguir una mejora en la salud y al bienestar de todos mediante la promoción de estilos de vida sanos, acciones comunitarias en favor de la salud y condiciones que posibiliten una vida sana. Este es el objetivo común de todos los que trabajan en la promoción de la salud, la movilización de las comunidades y la comunicación para la salud.

El proceso de planificación requerido para desarrollar intervenciones y programas efectivos, combinado con el principio de participación, faculta a la educación para la salud a adaptarse a los múltiples cambios sociales y de salud que se describen en detalle en la próxima sección. Consideremos los requisitos necesarios para hacer que la acción social y las experiencias educativas planificadas se hagan realidad en el contexto de la educación para la salud.

La planificación debe basarse en el estudio de información sobre el tema en cuestión. Como mínimo, dicha información debería describir los

diversos factores que tengan mayores posibilidades de influir en los resultados de comportamiento y de salud que se persiguen y debe explicar las necesidades e intereses de la población diana.

El uso efectivo de dichos datos exige no sólo saber cuáles puedan ser dichos factores, incluidas las circunstancias concretas y el entorno que rodea a los individuos o grupos específicos, sino tener la capacidad de determinar la importancia relativa de dichos factores.

Para garantizar que las necesidades e intereses de la población diana sean siempre elementos primordiales, se debe conseguir la participación de la población diana en el proceso de planificación.

El principio de participación asegura el respeto a las personas y constituye la base para lograr los esfuerzos mutuos y un trabajo de equipo. En este contexto, el intercambio educativo podría definirse como trabajar "con" más que "para" los demás.

Los programas de salud son menos efectivos cuando la población diana no percibe que el problema o la solución en cuestión es el problema más acuciante o la solución más adecuada. Las personas actúan cuando consideran que la cuestión es importante para ellas; no es de sorprender que se nieguen a invertir su valioso tiempo y energías en algo que perciben como intrascendente. Al mismo tiempo, una importante responsabilidad de la educación para la salud es crear demanda de salud. Por ejemplo, es posible que las personas no consideren importante una cuestión o un problema determinados por la sencilla razón de que no conocen su magnitud o sus presuntos efectos a largo plazo.

La expresión experiencias docentes llama la atención sobre la importancia de aplicar principios y métodos sólidos y apropiados en la puesta en práctica de una educación para la salud efectiva. Un sinnúmero de factores afecta al proceso de aprendizaje, entre ellos, la alfabetización, el acceso a servicios y recursos de los medios de comunicación, una actitud abierta al cambio, las creencias relativas a la salud, las barreras medio ambientales y sociales y el refuerzo social. En consecuencia, la planificación de la educación para la salud debe tener en cuenta no sólo las barreras educativas técnicas como el analfabetismo, sino también las barreras sociales y económicas.

Existen diferencias en la forma en que cada persona recibe, elabora y pone en práctica una determinada información. Por lo tanto, los programas de educación para la salud deben estar preparados para ofrecer una variedad de métodos y estrategias de aprendizaje para optimizar las probabilidades de conseguir los resultados educativos y de comportamiento deseados y los cambios sociales necesarios.

Determinar qué método o combinación de métodos puede ser más efectivo dependerá en gran parte de la naturaleza y alcance de los factores a los que se enfrenta, de las características concretas de la

población diana, del conocimiento por parte del planificador de educación para la salud de los métodos más eficaces dadas las características concretas, de la participación activa de las organizaciones colaboradoras y de los representantes de la comunidad o de la población diana, todos ellos en calidad de miembros activos, de la disponibilidad de recursos para aplicar dichos métodos y de la competencia de la persona responsable de llevar a término el programa de educación para la salud.

Dado que no existe ninguna teoría o modelo concreto que ostente una superioridad absoluta sobre los demás, los especialistas de educación para la salud deben conocer y dominar una variedad de teorías de las ciencias educativas, del comportamiento y sociales.

Los que planifican los programas de educación para la salud deben ser capaces de adaptar las estrategias educativas a los diversos subgrupos de la comunidad de que se trate, en base a las características que se detecten en la práctica, como la edad, el sexo, la vecindad, y la identidad étnica y cultural.

La relación existente entre los comportamientos individuales y el estado de salud está bien documentada. Dentro del contexto de la educación para la salud, en el concepto de comportamientos relacionados con la salud se incluye no sólo las acciones que pueden definirse como estilos de vida sanos y comportamientos preventivos, sino también las acciones llevadas a cabo por la sociedad en apoyo del establecimiento y aplicación de políticas equitativas de salud, medio ambiente y sociales. Aunque los comportamientos individuales y de grupo están influidos por las estrategias organizadas para el cambio, hay que reconocer la complejidad y la sensibilidad política que se requiere para instituir tales cambios. Los problemas como el acceso a los servicios y las condiciones ambientales desfavorables son factores importantes de salud y exigen la colaboración intersectorial y una política de salud firme y visible. Es en este terreno intersectorial donde la expresión "controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de salud y las condiciones que afectan a su estado de salud y al de los demás" cobra todo su significado. Los profesionales responsables reconocen que el proceso de educación para la salud es uno de tantos medios de influir en aquellas decisiones y acciones que afectan directamente a las condiciones de vida de los demás.

Cuando los profesionales prestan atención a las prioridades y matices de sus situaciones inmediatas, adaptan constantemente métodos y procedimientos para enfrentarse a los problemas sociales, medioambientales y de salud específicos del pueblo, comunidad o región en la que trabajan. A menudo, deben realizar sus tareas de educación para la salud haciendo frente a la escasez de recursos y de apoyo político. La educación para la salud no varía únicamente según el



problema de salud en cuestión o según las circunstancias regionales concretas, sino también según el lugar de aplicación (escuela, comunidad, centro de atención de salud y centro de trabajo) y según el personal que lleve a cabo el programa (responsable de salud ambiental, educador de salud, enfermera, trabajador de salud local, o médico).

El uso de métodos de educación para la salud alternativos en distintas culturas o en el seno de una misma no significa que un enfoque sea intrínsecamente superior a otro. Por el contrario, una buena planificación de la educación para la salud se ha de basar en la premisa de que cada estrategia de intervención deberá diseñarse a medida de modo que se adapte a las circunstancias concretas de la población, persona o situación determinada. Una intervención de planificación familiar, una campaña de prevención del tabaquismo y una iniciativa política para establecer un programa integral de salud en las escuelas requerirán enfoques educativos diversos y estrategias políticas diferentes y la participación de personal de sectores distintos. El desafío radica en reconocer la adecuación y riqueza de las diferencias poniendo de relieve los elementos comunes que en último término los definirán como una actividad o programa de educación para la salud responsable.

### 3.3. Objetivos.

En la práctica, la educación sanitaria pretende cuatro objetivos básicos:

1. Hacer que los individuos y los grupos acepten la salud como un valor fundamental, es decir, hacer de la salud un patrimonio de la colectividad. Una de las finalidades de la Educación Sanitaria es la de que los grupos y los individuos asuman la salud como un valor básico de la comunidad y acepten la responsabilidad que les incumbe en su promoción, protección y cuidado, tanto a nivel individual como colectivo.
2. Modificar las pautas de comportamiento de la población cuando los hábitos o costumbres individuales o sociales son insanos para la salud, es decir, erradicar los hábitos insanos ya establecidos y que son responsables de la morbilidad y la mortalidad actual.
3. Crear e inculcar hábitos y costumbres sanas en la población. Uno de los principales objetivos de la Educación Sanitaria es hacer que los avances en los conocimientos sanitarios y médicos tengan su aplicación práctica en la comunidad y sean incorporados en forma de hábitos en la vida diaria de los individuos y grupos.
4. Promover la modificación de todos aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su comportamiento de salud. La conducta de los individuos y grupos de la comunidad no sólo obedece a factores internos del ser humano, sino que está condicionada en gran parte por factores ambientales externos, especialmente el medio ambiente físico y psicosocial.

Los fines de la EpS son conseguir:

- Salud óptima de todo el mundo.
- La práctica sólida de la salud personal y una participación amplia y efectiva en el desarrollo de los programas de la salud de la Comunidad.
- Un público general con la destreza necesaria para tomar decisiones sobre las prácticas de salud personales y de la comunidad.
- Un público enterado con conocimientos e intereses concernientes a los asuntos de salud, personales y de la comunidad.
- Actuaciones efectivas, eficientes y apropiadas del desarrollo de las actitudes de la EpS.
- Cambios en el medio ambiente, en el sistema de servicio de la salud y en las condiciones socioeconómicas para facilitar la mejora de las prácticas de salud personal y de la comunidad.
- Disponibilidad de los recursos necesarios para planificar y desarrollar una efectiva evolución de la salud.
- Respaldo de la EpS por los administradores, legisladores y la sociedad en general.

### **3.4. Evolución de la Salud: Medida de cambio.**

Por su compromiso en favor de la participación activa de individuos y comunidades, la educación para la salud debe tener en cuenta la evolución interactiva de los factores biológicos, sociales y medioambientales que afectan hoy en día a la salud de diversas poblaciones y que probablemente la afectarán en un futuro. A tal efecto, debe tener en cuenta y a menudo corregir las amplias desigualdades de salud existentes en los diversos países y dentro del mismo país. Por lo general, esta disparidad está relacionada con la desigualdad social y económica. Para planificar y aplicar efectivamente la educación para la salud tenemos que comprender las necesidades actuales de salud de las diversas poblaciones y las que tendrán dichas poblaciones en un futuro.

A pesar de los avances conseguidos en la prevención y control de las enfermedades transmisibles de los países en vías de desarrollo, estos problemas continúan siendo prioridades justificables. Además, han surgido nuevas enfermedades transmisibles como el SIDA, constituyendo problemas de primer orden tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Al mismo tiempo, los países en vías de desarrollo están empezando a constatar aumentos en los problemas de salud no transmisibles, que han afectado a muchos países desarrollados en los últimos cincuenta años. Así pues, las enfermedades cardíacas, la diabetes, las lesiones, el alcoholismo y la drogadicción y diversas formas de trastornos emocionales y mentales y de angustia

están afectando también a los países en vías de desarrollo. No obstante, en muchos de estos países los problemas de salud no transmisibles no sustituyen a las enfermedades transmisibles, sino que se añaden a ellas, agravando todavía más el desafío. Y en los últimos años, los factores medioambientales que afectan a la salud, residuos químicos y nucleares, deforestación, calentamiento del globo y deterioro de la capa de ozono, se han convertido rápidamente en problemas internacionales de primer orden. Por ello, la educación para la salud debe enfrentarse a una gama de problemas cada vez más amplia en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Estos cambios en los factores biológicos, sociales y medioambientales que afectan a la salud y sus repercusiones a lo largo del tiempo han sido denominados por algunos autores "health transition", evolución de la salud. Esta evolución de la salud es el producto de cambios complejos y continuos. A medida que los países y regiones consiguen reducir las tasas de mortandad y de enfermedades infecciosas experimentan a menudo un cambio en la estructura de edad de la población, que en la mayoría de los casos tiene relación con una tasa de fertilidad y de mortandad en declive. Con el aumento del número de personas que sobreviven hasta alcanzar la edad adulta, una porción cada vez más grande de la población corre el riesgo de tener problemas de salud crónicos, no transmisibles. Si bien las tasas reales de los problemas de salud crónicos pueden estancarse o incluso disminuir, es probable que aumente su importancia relativa frente a la tendencia a la baja de las enfermedades infecciosas, transmisibles. Esta transición hace evidente la influencia que tienen los estilos de vida y los entornos ya sea en los países desarrollados como en vías de desarrollo.

El concepto de evolución de la salud no sólo ayuda a clarificar la diversidad y profundidad de los desafíos a los que se enfrenta actualmente la comunidad internacional de educación para la salud, sino que además ofrece una base para prever los efectos potenciales de los problemas antes de que se produzcan todos sus efectos nocivos y actuar en consecuencia. Por ejemplo, muchos países en vías de desarrollo están constatando fuertes aumentos en el consumo de cigarrillos. En estas áreas, debería ser una prioridad importante el apoyo para la introducción temprana de la educación para la salud en la escuela y en otros lugares en los que se reúnen niños y jóvenes. También debería hacerse uso de la educación para la salud para informar al público de los efectos engañosos de la publicidad del tabaco y sobre los beneficios que obtienen las industrias de cigarrillos. Es igualmente importante que la educación para la salud defienda y fomente las políticas públicas que desaconsejen el consumo del tabaco y proteja de los efectos nocivos del tabaco a aquellos que no lo consumen. Así, desde una perspectiva mundial, la comunidad

internacional de educación para la salud debería reforzar dichas acciones aunando esfuerzos con otros grupos de defensa internacionales para promover estilos de vida sanos y crear entornos (físicos, políticos, económicos y sociales) que apoyen la salud.

Por último, el concepto de evolución de la salud saca a relucir otra realidad ante los responsables de la educación sanitaria: a pesar de los esfuerzos de prevención primaria, habrá un número cada vez mayor de personas ancianas y crónicamente enfermas o minusválidas que necesiten tratamiento y atención médica. Las personas encargadas del tratamiento y cuidados del paciente deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar que la educación para la salud forme parte integrante del proceso terapéutico y de atención.

### **3.5. La Práctica de la Educación para la Salud: Responsabilidades y competencias.**

Para lograr la máxima efectividad posible, la educación para la salud debe ser planificada e impartida por personas de todos los sectores y niveles de la sociedad, a saber, educadores de salud, trabajadores de salud, maestros, padres y amigos. Aunque las tareas de planificación, prestación y evaluación de la educación para la salud están relacionadas, a menudo exigen competencias especiales. Un trabajador o trabajadora de salud de la comunidad puede no necesitar grandes conocimientos sobre planificación y desarrollo de programas, pero deberá participar en el proceso de planificación. Puede ser también que estas personas adolezcan de una comprensión teórica y conceptual del proceso de modificación de comportamientos, pero se les puede formar para que lleven a cabo con eficacia las tareas claves de la educación para la salud.

Durante los últimos años, varias organizaciones de profesionales de la educación para la salud han formulado recomendaciones generales sobre las competencias deseables en los responsables de llevar a cabo la educación para la salud. Si bien hay que reconocer que constituyen un modelo ideal, las responsabilidades y competencias que se enumeran a continuación constituyen un nivel al que deberían aspirar dichos profesionales:

- Conocimiento de los fundamentos científicos, teóricos y metodológicos de la educación para la salud y de la promoción de la salud; epidemiología (especialmente, social y del comportamiento); desarrollo y organización comunitarios; teoría social, del comportamiento, educativa y de las comunicaciones; y procesos y métodos educativos y del cambio social.
- Conocimiento de la población y costumbres del área donde trabajan, problemas de salud prioritarios que amenacen la calidad de vida de la misma; condiciones de vida y comportamientos relacionados con

dichos problemas.

- Capacidad de obtener datos sobre las necesidades e intereses individuales y de la población, lo que incluye información sobre las condiciones sociales y económicas y el entorno cultural.
- Competencia para aplicar, en caso necesario, estrategias educativas adecuadas, que incluyen organización comunitaria, comunicaciones, medios de comunicación, técnicas de abogacía y técnicas de marketing social.
- Conocimiento de las fuerzas no sanitarias que influyen en el apoyo de los programas de salud pública. a saber, factores organizativos y administrativos, transiciones demográficas, cambios tecnológicos, fuerzas políticas y económicas, y puntos de vista ideológicos y culturales (religiosos, conservadores, socialistas).
- Capacidad de gestionar recursos humanos y económicos para planificar, llevar a cabo y evaluar los programas.
- Capacidad de planificar programas de educación para la salud que impliquen a diversos sectores de la sociedad. lo que incluye la colaboración intersectorial, la gestión y coordinación efectivas de múltiples organizaciones y grupos en el proceso de planificación.
- Capacidad de comunicarse de manera eficaz y creíble con otros miembros de un equipo de salud pública cuya experiencia se refiera a los aspectos cuantitativos de fijar las prioridades de salud, controlar los cambios producidos en la misma y evaluar la marcha del programa.
- Conocimiento de cómo funcionan las organizaciones y burocracias y cómo se trabaja en ellas, lo que incluye cuestiones de jerarquía, supervisión y lealtad a la organización.
- Capacidad de liderazgo y competencia para comunicar a los responsables de las decisiones el papel, la función y los beneficios de la educación para la salud cuando se planifica y lleva a cabo con efectividad.

### **3.6. Elementos comunes de una educación para la salud efectiva.**

Los estudios sobre la educación para la salud muestran que los programas de educación para la salud adecuadamente planificados obtienen sustanciosos beneficios.

En estudios en los que la educación para la salud constituye el modo de intervención principal o complementario, se ha demostrado la obtención de resultados positivos en la reducción de determinados comportamientos de riesgo y en varios indicadores del estado de salud como la morbilidad y la mortalidad evitables. Tales resultados positivos se han logrado en condiciones geográficas, étnicas y socioeconómicas variadas y en múltiples lugares, a saber, comunidades, escuelas, centros de trabajo y centros de atención médica.



La educación para la salud efectiva no puede resolver cada problema de salud ni debe situarse como una estrategia aislada e independiente. No obstante, cuando se planifica con esmero y se lleva a cabo adecuadamente, es un elemento esencial de una promoción de la salud responsable y de la prevención, tratamiento y atención de la enfermedad. Los programas de educación para la salud que funcionan comparten varias características técnicas y de gestión:

- **Apoyo financiero.** Independientemente de que la fuente sea una subvención para la investigación o para un programa, una partida presupuestaria de un organismo. o las aportaciones colectivas de múltiples organizaciones, el éxito depende del acceso a los recursos económicos necesarios para planificar, dotar de personal, realizar y gestionar el programa. Las probabilidades de obtener apoyo fiscal aumentarán cuando el personal del programa conozca los intereses políticos de la organización madre y haga un esfuerzo consciente por gestionar sus programas en consonancia.
- **Apoyo político y administrativo.** Ya sea en países en vías de desarrollo o desarrollados, la educación para la salud ha tenido éxito solamente cuando han contado con voluntad política, una estructura organizativa sólida y servicios accesibles. Los factores clave son la consecución de apoyo de alto nivel a la gestión y administración del programa y una infraestructura de soporte que incluya personal y recursos para todos los aspectos del programa y a todos los niveles. En la mayoría de los casos, estos factores van asociados a la capacidad de los líderes del programa de educación para la salud de comunicar a los superiores los méritos del programa o actividad relativos a la misión de la organización u organismo madre.
- **Objetivos específicos.** Los programas de educación para la salud efectivos se dirigen a la consecución de objetivos específicas y modificables. Tales objetivos pueden ser una mayor mentalización de la población en cuanto a los efectos nocivos de un medio ambiente contaminado y su consiguiente voluntad de exigir acciones correctoras, o la disminución de la proporción de población que fuma cigarrillos. o el aumento de personas que conocen y utilizan los servicios de salud. Al mismo tiempo, los objetivos específicos deberían formar parte de un enfoque integral basado en las necesidades de la comunidad.
- **Planificación, seguimiento y evaluación.** Para que la educación para la salud sea efectiva, ha de planificarse con esmero. Ello permite a los profesionales seleccionar o diseñar estrategias de intervención adecuadas a las necesidades y características concretas de la población diana; establecer indicadores de la marcha del programa susceptibles de medición; introducir ajustes al programa en caso necesario; y evaluar los efectos del programa.

- Aplicación de múltiples teorías y modelos. No existe ninguna teoría que por si solo oriente el desarrollo, funcionamiento y gestión de un programa de educación para la salud si este tiene que ser efectivo. Las decisiones sobre la metodología, la aplicación estratégica, la gestión y la evaluación apropiadas se basan casi siempre en la aplicación complementaria de varios modelos de cambio social, del comportamiento, educativos, biomédicos y organizativos.
- Colaboración intersectorial. El desarrollo y aplicación de programas de educación para la salud efectivos requiere a menudo la colaboración de múltiples organismos pertenecientes a diversos sectores, a saber, agrícola, laboral, agua, desarrollo urbano y energía.
- Múltiples métodos. La educación para la salud efectiva combina una serie de métodos de intervención complementarios, a saber, organización y desarrollo comunitarios, educación, desarrollo legislativo y político, marketing social, campañas a gran escala y una amplia gama de estrategias de comunicación de salud.
- Protagonismo de los participantes. El principio de participación crea una sensación de pertenencia al programa. Las personas que participan a fondo en el programa tienen menos probabilidades de abandonarlo a la mitad, aumentando así las probabilidades de que el programa consiga el resultado educativo deseado.
- Personal cualificado. Los programas efectivos son el resultado de una esmerada planificación, de una aplicación creativa, una gestión acertada y una evaluación precisa. Para influir sobre los responsables de las decisiones de alto nivel y para ejecutar dichas tareas, el personal necesitará capacitarse en terrenos como la negociación y la resolución de conflictos. Las personas que reciban este tipo de formación deberían ser las encargadas de planificar y apoyar a otro tipo de personal, es decir, profesionales de salud, voluntarios y trabajadores locales de salud, para asegurar la continuidad y la capacitación de todas las personas implicadas en la realización de los programas y servicios de educación para la salud.

### **3.7. Niveles de Educación Sanitaria.**

La Educación Sanitaria es una herramienta de trabajo que es básica en todas las fases o apartados de la Salud Pública -promoción, protección, recuperación y rehabilitación- pero fundamentalmente en los dos primeros.

Según la O.M.S. hay tres niveles de educación para la salud, estos son:

- Educación para la salud primaria. Este tiende a evitar que surjan los problemas de salud a través de la modificación de conductas favorecedoras de la enfermedad.

- Erradicar actitudes, conocimientos y hábitos insanos.
- Promover hábitos y prácticas saludables nuevos.
- Educación para la salud secundaria. Se relaciona con el diagnóstico y tratamiento precoz de los problemas de salud.
  - Informar sobre primeros síntomas de alto riesgo.
  - Orientar sobre los lugares donde puede acudir para hacerse un diagnóstico y tratamiento precoces.
  - Estimular la realización de exámenes de salud sistemáticos.
- Educación para la salud terciaria. Es la que se orienta a activar al máximo el potencial o mecanismo de defensa disminuido, cuando la enfermedad o la alteración del estado de salud produjeran daños irreversibles.
  - Informar sobre factores conductuales condicionantes en enfermedades específicas.
  - Enseñar autocuidados.
  - Informar sobre el uso adecuado de medicamentos.

Los niveles de educación sanitaria se superponen a los niveles de prevención. Siguiendo la historia natural de la enfermedad, los niveles primarios de prevención (fomento y protección de la salud) y de educación se encuentran en el periodo prepatogénico. La prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento precoz) y la educación secundaria se realizan en la fase subclínica del periodo patogénico. Por último, tanto la educación sanitaria terciaria como la prevención terciaria (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social) se dan en la fase clínica y la fase de resolución del periodo patogénico.

#### **4. MODELOS DE EDUCACIÓN SANITARIA**

En todos los países desarrollados se ha señalado la necesidad de poner en práctica programas de educación sanitaria a fin de prevenir la morbilidad y mortalidad derivadas de los hábitos insanos, fomentar la salud de los ciudadanos y contribuir a su restauración cuando se ha perdido. El objetivo último de estos programas es modificar los comportamientos de la población en sentido favorable a la salud.

Aunque existe acuerdo general sobre la necesidad de cambiar los comportamientos insanos prevalentes, no lo hay sobre cómo hacerlo, es decir, sobre cómo debe estructurarse y desarrollarse el proceso de acción educativa para que sea eficaz. Este es uno de los aspectos más complejos y discutidos de la educación sanitaria.

##### **4.1. Bases teóricas de la educación sanitaria.**

La educación sanitaria está basada en las ciencias de la salud, la ciencia del comportamiento, la pedagogía y las ciencias de la comunicación.

###### **1. Las ciencias de la salud.**

Las conductas que nos permiten mejorar la salud se estudian a través de tres campos de la salud: la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y el tratamiento de dichos problemas. Los tres corresponden a distintas ciencias de la salud: medicina convencional, medicina tradicional, medicina alternativa, nutrición, fisioterapia, ergoterapia, odontología, salud comunitaria, enfermería, etc.

En general, la promoción de la salud pretende aumentar los determinantes de la salud (modo de vida y entorno saludables), la prevención pretende detener las causas de los problemas de salud, y el tratamiento pretende recobrar la salud. Estos tres grandes sectores tienen como objetivo la mejora de la salud. Nos permiten identificar cuáles son los comportamientos que mejoran la salud

#### 2. Las ciencias del comportamiento.

Las ciencias del comportamiento ayudan a encontrar el porqué de las conductas. La psicología estudia el comportamiento individual, y la sociología el comportamiento en grupo de las personas de acuerdo con el rol que deben desempeñar según la familia o grupo al cual pertenezcan. La antropología pone el acento en el modo de vida, la cultura o la subcultura de los individuos.

Todo ello nos permite aproximarnos a la manera en que se modifican las conductas.

#### 3. Las ciencias de la educación.

En educación para la salud, la educación es importantísima ya que nos permiten comprender los procesos de aprendizaje y nos familiarizan con los distintos métodos educativos. Además, facilitan el aprendizaje de las conductas.

#### 4. Las ciencias de la comunicación.

En educación sanitaria es absolutamente esencial conocer bien los distintos procesos de comunicación. Las distintas fuentes y formas del mensaje, los diferentes artefactos (ruidos) del medio y las distintas formas de recibir los mensajes son herramientas muy útiles a la hora de poner en práctica cualquier método de aprendizaje. Las ciencias de la comunicación nos permiten comprender cómo se comunican las personas.

### **4.2. Modelos utilizados para modificar el comportamiento.**

La finalidad de la educación para la salud es conseguir cambios de conducta que sean saludables. Estos cambios se deben a la posibilidad de aprender cuáles son los determinantes del comportamiento a nivel cognitivo (conocimientos e información, habilidades cognitivas), afectivo (valores y actitudes) y psicomotores (habilidades psicomotoras).

Las diferentes teorías y modelos sirven de guía para la elaboración de los modelos de educación sanitaria, tanto en el nivel del análisis de la conducta, como en la elección de los métodos educativos.

Los modelos teóricos más utilizados para la elaboración de proyectos de educación sanitaria son:

- La teoría de la adquisición de innovaciones de Rogers.

En términos general se pueden identificar dos tipos de conducta objeto de aprendizaje: las conductas obligatorias y las que no lo son. Las conductas obligatorias son aquellas que se rigen por leyes y reglamentos (no matar, no robar, no dañar, etc.). Las conductas no obligatorias son aquellas que se dejan a la consideración de las personas (fumar, beber, alimentarse, etc.).

Esta teoría de la adquisición de cambios se puede utilizar para todo tipo de conducta (obligatoria o no) susceptible de ser aprendida y desaprendida, estudiando el proceso de decisión en la adopción de cambios. Consta de las siguientes etapas:

- Conocer o estar informado. Corresponde al conocimiento de la existencia de la conducta.
  - Estar interesado. Corresponde a una actitud receptiva en relación a la conducta. La persona desearía conocer más sobre ella.
  - Tomar una decisión. La persona valora las ventajas e inconvenientes de intentar poner en práctica esta conducta.
  - Ensayar la conducta. La persona intenta aplicar la nueva conducta. La finalidad de este intento es verificar si la nueva conducta es agradable o de utilidad en vistas a su adopción futura.
  - Adoptar la conducta. La persona decide adoptar la nueva conducta. Se trata de la utilización continuada de la conducta.
- La teoría de las necesidades de Maslow.

Consiste en la aplicación de una clasificación jerárquica de cinco necesidades fundamentales del ser humano. Estas necesidades son:

- Necesidades fisiológicas: agua, comida, aire, actividad y reposo.
- Necesidad de seguridad, de sentirse protegido de los peligros del entorno.
- Necesidad de identidad y de amor: dar y recibir afecto, tener conciencia de la propia identidad y sentirse reconocido por el grupo.
- Necesidad de autoestima.
- Necesidad de desarrollo y expansión.

Estas necesidades, que se hallan presentes en toda persona, pueden facilitar o dificultar el aprendizaje de cualquier conducta. Si las necesidades percibidas pueden ser satisfechas por la conducta en cuestión, existen ciertas posibilidades de que la persona sienta la necesidad de tomar una decisión en relación a dicha conducta. Si esta conducta se opone o perjudica el poder satisfacer las necesidades, la persona estará probablemente menos receptiva a percibir la necesidad de tomar una decisión al respecto.

- El diagnóstico educacional del modelo de planificación "PRECEDE".



Para promover cambios conductuales en una población necesitamos conocer sus conductas y motivaciones. Una de las herramientas que existen para hacer este análisis es el modelo PRECEDE de LW Green, adaptado en España por JL Bimbela.

Este modelo es un instrumento de diagnóstico conductual que se ha utilizado en el campo de la salud, ofreciendo al profesional un mayor logro de sus objetivos con un menor desgaste personal a la vez que el educando está más motivado para cambiar y mantener su conducta.

Se hace un análisis de tres factores: los *predisponentes*, que son los que motivan a cambiar el comportamiento, los *facilitadores*, que son recursos y habilidades de los que dispone el educando y que facilitan el cambio, y los *reforzadores*, que incluyen las consecuencias tras la erradicación, cambio o adopción de un nuevo estilo de vida.

El modelo consta de 9 fases.

PRECEDER es la parte de diagnóstico del modelo. Comienza con la idea de que el enfoque de cambio debe ser en el resultado deseado, y trabaja hacia atrás a partir de ese resultado, para crear una intervención que llevará a él.

Fase 1: Diagnóstico social.

Determinar lo que quiere y necesita la comunidad para mejorar su calidad de vida. Incluye las necesidades, deseos, recursos y obstáculos que tiene la comunidad destinataria. Los tipos de problema de vida, no sólo de salud, son una buena medida de su calidad de vida.

Fase 2: Diagnóstico epidemiológico.

Identificar los problemas de salud u otros asuntos que afectan a la calidad de vida de la comunidad. También incluye factores de comportamiento y ambientales que deben cambiar a fin de abordar estos problemas o asuntos. Los factores de comportamiento incluyen patrones de comportamiento que constituyen estilos de vida. Al considerar los factores ambientales, se deberían incluir los entornos físicos, sociales, políticos y económicos.

Se identifican aquellos problemas específicos de salud que parecen estar contribuyendo a los problemas sociales identificados en la fase 1, usando datos epidemiológicos y clínicos y la propia percepción de las personas sobre sus problemas de salud. Se elabora una lista de prioridades de salud.

Las fases 1 y 2 identifican los objetivos de la intervención.

Fase 3: Diagnóstico conductual y ambiental.

Se identifican las conductas específicas que parezcan estar ligadas a los problemas de salud priorizados en la fase 2. Se identifican también en esta fase aquellos “factores no de conducta”

como pueden ser los de tipo económico, genético o ambientales, pero que influyen poderosamente en la salud de las personas.

Fase 4: Diagnóstico Educativo y Organizativo.

La principal aportación de este modelo. Se contemplan tres clases de factores que potencialmente afectan a las conductas de salud:

- *factores predisponentes*. Valores, creencias, percepciones, motivos, conocimientos, actitudes...
- *factores facilitadores*. Disponibilidad de recursos de salud, acceso a esos recursos, competencias o capacidades en salud, o bien barreras para la conducta, como pueden ser instalaciones escasas, falta de acceso a la atención de salud, leyes insuficientes, etc.
- *factores de refuerzo*. Retroalimentación motivadora o disuasoria de un cambio de conducta, como las recompensas de cualquier tipo. Se consideran factores de refuerzo las redes afectivas y sociales de las personas, como su familia, sus amigos, profesores, grupos de interés...

Las fases 3 y 4 determinan la estructura y objetivos para la planificación y diseño de la intervención.

Fase 5: Diagnóstico Administrativo y de Políticas.

En esta etapa se debe decidir en qué factores, de entre los que componen las tres clases antes mencionadas, se va a centrar la intervención. La decisión se basa en la importancia relativa de unos respecto a otros y en los recursos que haya disponibles para influir sobre ellos. Se mide cada uno de los factores según su *importancia* y modificabilidad.

PROCEDER es la parte del modelo que comprende la implementación y evaluación de la intervención educativa. Consta de cuatro fases:

Fase 6: Ejecución.

Consiste en el desarrollo e implementación de un programa. Si se mantienen las limitaciones de recursos, de tiempo y de capacidad, las intervenciones educacionales serán casi evidentes a raíz del diagnóstico de los factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo. Todo lo que queda entonces por hacer es seleccionar la combinación adecuada de intervenciones y una valoración de los problemas administrativos y de recursos.

Fase 7: Evaluación de proceso

Comienza tan pronto como se inicia la ejecución del programa, con el fin de detectar los problemas a tiempo para corregirlos.

Fase 8: Evaluación de resultados o efectos

Se realiza según el orden en que se espera que se produzcan los resultados; primero, se evalúan los efectos inmediatos a modo de

retroalimentación para introducir modificaciones, y luego los efectos finales del proceso.

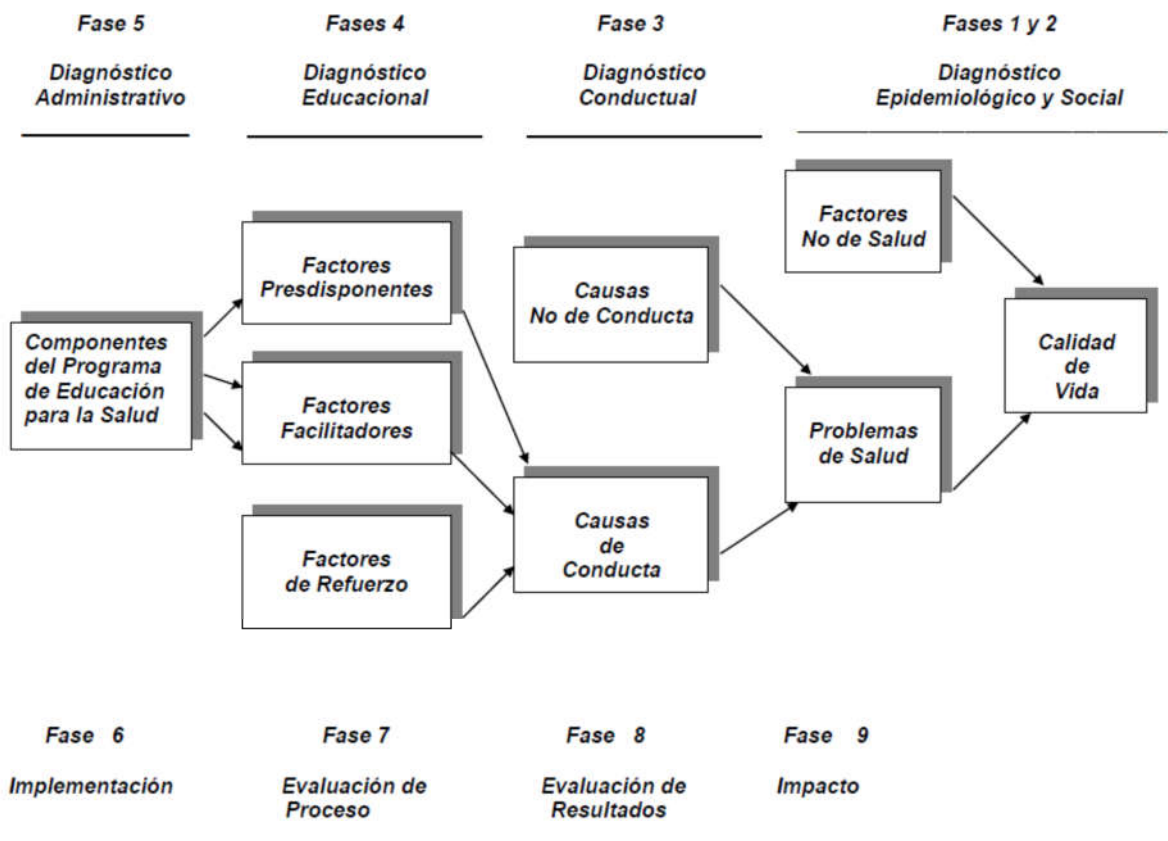
Se determina si la intervención está teniendo los efectos deseados en los comportamientos y/o el ambiente.

Fase 9: Evaluación de impacto

Determinar si la intervención finalmente provoca las mejoras en la calidad de vida identificadas por la comunidad como su resultado deseado.

Sólo pueden medirse a largo plazo a través de indicadores sanitarios, como mortalidad, morbilidad y calidad de vida.

Una parte del modelo no mencionado, pero importante, es que en cualquier momento, el plan o intervención puede y debería ser replanteado y corregido, de acuerdo a un análisis continuo y a los resultados de las diversas evaluaciones.



Los factores de predisposición son "condiciones básicas", intelectuales y físicas, que tienden a hacer que los individuos tengan más o menos posibilidades de adoptar comportamientos saludables o de riesgo o de aprobar o aceptar condiciones ambientales específicas.

Son aquéllos que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla.

Estos factores, los cuales incluyen el conocimiento, las actitudes, creencias, valores y habilidades y necesidades percibidas, están en

relación con la motivación de una persona o grupo para actuar. Todos ellos pertenecen al dominio psicológico. Incluyen las dimensiones cognitivas y afectivas de conocer, sentir, creer, valorar, tener confianza en uno mismo o sentido de autoeficacia.

Los factores facilitadores o de habilitación son aquellas condiciones internas y externas directamente relacionadas con el objetivo general del programa que ayudan a las personas a adoptar y a mantener comportamientos y estilos de vida sanos o perjudiciales, o a aceptar o rechazar determinadas condiciones ambientales.

Los factores reforzadores son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un feedback positivo o negativo y si esa retroalimentación es apoyada socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta.

Los factores de refuerzo están constituidos por las personas y las actitudes comunitarias que apoyan o dificultan que se adopten comportamientos sanos o se fomenten condiciones ambientales sanas. Éstos son, en gran parte, las actitudes de las personas influyentes: familia, pares, profesores, empleados, asistentes de servicios sociales o de salud, medios de comunicación, líderes de la comunidad, políticos y otros responsables de la toma de decisiones.

Incluyen el apoyo social, influencias de los pares, ayuda por parte de los agentes sanitarios. También deben considerarse las consecuencias físicas de la conducta (sentimientos de bienestar y disminución de los síntomas) Así mismo, son factores reforzadores los beneficios sociales como el reconocimiento, los beneficios tangibles (económicos o disminución del gasto) y recompensas imaginadas (una apariencia mejorada, respeto hacia uno mismo o asociación con una persona admirada que realiza la conducta)

- El modelo de aprendizaje de Gagné.

Propone una serie de etapas para llegar a una enseñanza adecuada:

- Informar a la persona sobre cuáles son los objetivos del aprendizaje.
- Presentar a la persona las herramientas y actividades educativas.
- Buscar la atención de la persona, despertar su interés por el tema. Se le recuerda lo que ya sabe, lo que quiere y lo que ya puede hacer.
- Facilitar las condiciones de puesta en marcha realizando experiencias de aprendizaje.
- Determinar la secuencia de aprendizaje.
- Guiar el aprendizaje. Se guía a la persona en cada etapa y se verifica que haya aprendido antes de pasar a la etapa siguiente.

- La teoría del cambio de Kelman.  
Se basa en la sociopsicología. Supone un cambio personal en relación con los factores ambientales. Los tres procesos de cambio identificados por Kelman no son mutuamente excluyentes y raramente los encontramos bajo sus formas puras en las interacciones humanas. Uno de los tres procesos predomina habitualmente. Esto permite analizar el tipo de la interacción con el entorno. Estos tres procesos de cambio son:
  - Cumplimiento. Supone el interés de realizar una conducta bajo un control exterior. La ley determina distintas conductas de las personas. Es el ejemplo perfecto de un control exterior que promueve un cambio de conducta por cumplimiento. El control de los padres, parejas o compañeros, por la fuerza, el chantaje o el castigo, son otras tantas formas de cumplimiento.
  - Identificación. Consiste en realizar una conducta como consecuencia de un aliciente exterior. El modelo o el ídolo son personajes que provocan cambios de conducta por identificación.
  - Interiorización. Consiste en realizar una conducta como consecuencia de una decisión personal en función de los valores de un individuo. La razón del cambio de conducta es el valor más importante para la persona.

### **4.3. Modelos teóricos de modificación de los comportamientos de salud.**

Las principales teorías o modelos de modificación de los comportamientos de salud son la teoría psicosociológica (Health Believe Model), los modelos teóricos procedentes de las investigaciones en "comunicación persuasiva" y los modelos basados en la política económica.

Existe un cuarto modelo, el multifactorial, que recoge lo mejor de los tres modelos anteriores. Es el más importante en la actualidad, y en él se inspira la mayor parte de los programas de educación sanitaria de los últimos años.

#### **4.3.1. El modelo de "creencias de salud".**

Según este modelo, el que un individuo siga o no las recomendaciones preventivas de las autoridades sanitarias está en función de una serie de percepciones:

- Susceptibilidad personal a la enfermedad que se pretende prevenir.
- La gravedad probable (clínica y social) de la enfermedad.
- Los beneficios potenciales de la medida preventiva recomendada.
- Las barreras o dificultades encontradas en la adopción de las medidas recomendadas (coste económico, molestias físicas).
- La motivación general sobre cuestiones de salud.
- La confianza general en el médico y la asistencia sanitaria (también muy importante para el cumplimiento).



- Las características de la relación médico-enfermo.

El modelo contempla la necesidad de algún tipo de "estímulo a la acción" para que la nueva conducta se ponga en marcha. Estos estímulos (campañas a través de los medios de comunicación, consejos de otras personas, etc.) harían consciente al individuo de sus opiniones, sentimientos e intenciones en relación con la medida preventiva recomendada. Se ha comprobado que los estímulos internos son muy importantes en el cumplimiento de los regímenes terapéuticos. También lo son los consejos y recomendaciones del médico, tanto para la adopción de conductas preventivas como para la cooperación en caso de enfermedad.

Este es un modelo subjetivo, que mira fundamentalmente a los elementos internos del individuo y que explica la modificación de las conductas como el resultado de estrategias que inciden fundamentalmente sobre sus percepciones y preferencias. Al medio ambiente físico y social en que vive inmerso el ser humano y que sabemos que influye de forma importante en las conductas sanitarias, no lo tiene apenas en cuenta. De ahí que este modelo haya sido muy criticado en los últimos años, aceptando, en general, que no es útil para explicar las modificaciones de los comportamientos en las personas sanas de la población general, ni para la educación sanitaria de los adultos en aquellas comunidades en que el medio ambiente tiene un papel fundamental. sin embargo, se piensa que puede ser útil en la predicción y mejora del cumplimiento.

#### 4.3.2. Modelo K.A.P. (Knowledge, Attitudes, Practices)

Proviene de la investigación en comunicación persuasiva. Una fuente de comunicación, generalmente un profesional de la salud, se dirige a una población y le transmite la mejor información posible con los mejores medios auxiliares disponibles. Además de la información, y a fin de facilitar el cambio en las actitudes, el mensaje debe llevar incorporada la motivación correspondiente. El trabajo termina una vez que se han proporcionado la información y la motivación. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades una información veraz y comprensible con objeto de cambiar los conocimientos, lo cual iría seguido del cambio de actitudes (reforzado por la motivación), al que a su vez seguiría el cambio de hábito o la adopción de uno nuevo.

Hoy en día este modelo es rechazado por la mayoría de expertos por dos razones principales: a) porque los receptores del mensaje desarrollan una serie de mecanismos de defensa que hacen que la comunicación sólo llegue a la fase del cambio de actitudes en muy pocos casos y b) porque se ha demostrado que los cambios de conducta no siguen inexorablemente a los cambios de actitud. En los últimos años han sido aclaradas las variables situacionales que explican

el paso de la actitud al comportamiento. En el caso de la modificación de los hábitos insanos, parece que estas variables son: a) la inclusión en los mensajes de instrucciones sobre cómo hacer para cambiar de conducta, b) la existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en los casos en que el hábito está profundamente arraigado (drogas, alcohol), y c) la presencia de un medio ambiente favorable que proporcione soporte al cambio de conducta.

El modelo de la comunicación persuasiva, con la inclusión de las variables situacionales que acabamos de mencionar, es el que mejor explica la modificación de los comportamientos insanos en las personas adultas.

#### 4.3.3. Modelo teórico basado en la política económica

De acuerdo con este modelo, los educadores sanitarios, además de estudiar y comprender los mecanismos psicológicos que llevan al individuo a adoptar o cambiar su conducta de salud. También deben investigar y comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio ambiente social e influyen sobre la salud. Las acciones educativas y sanitarias no pueden dirigirse únicamente hacia el individuo y su medio ambiente más inmediato sino también al medio ambiente social más general. Se trata de influir sobre la opinión pública y sobre los políticos que toman decisiones para que corrijan los factores del medio ambiente que son contrarios a la asunción por el individuo de los hábitos positivos de salud.

#### 4.3.4. Modelo multifactorial

Puesto que ninguno de los modelos que acabamos de ver es perfecto, se hace necesario adoptar un enfoque multifactorial de la educación sanitaria y la promoción de la salud que no sólo incida sobre el individuo, sino también sobre el medio ambiente. Este enfoque contiene aportaciones de los modelos anteriores. En los últimos años, los programas de educación adoptados por las administraciones sanitarias. se inspiran en este enfoque ya que dichos programas no sólo inciden sobre los individuos mediante comunicaciones persuasivas informativas y motivadoras, sino que también inciden, mediante leyes aprobadas por los parlamentos democráticamente elegidos por el pueblo, sobre el medio ambiente físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico, con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta preconizado.

## 5. CAMPOS DE ACTUACION DE LA EDUCACION SANITARIA

El campo de acción de la Educación Sanitaria es toda la colectividad. Cualquier persona sea cual sea su raza, edad, sexo, nivel de renta, lugar de residencia y las circunstancias de su vida personal, familiar o social puede y debe beneficiarse de la Educación Sanitaria.

Sin embargo, como es lógico, las necesidades de cada individuo y grupo social no son uniformes y los objetivos a lograr también son, pues,

diferentes. Ello justifica que no haya un programa único de Educación Sanitaria sino varios programas con objetivos distintos y campos de acción diferenciados.

Una primera distinción la podemos basar en el estado de salud de la persona objeto de la acción educativa. Ello nos permite una primera separación de las acciones de Educación en dos grandes campos de acción: sanos y enfermos. La dificultad que nos encontramos en esta selección de campos de actuación empieza cuando tenemos que definir a sanos y enfermos, por cuanto que la distinción entre salud y enfermedad no es fácil, ni siquiera utilizando técnicas objetivas.

Nos referiremos a "sanos" como el individuo al que la sociedad le atribuye el status de estar sano y lleva a cabo sus actividades habituales (estudio, trabajo, recreación, etc) y "enfermo" es aquel sujeto al que la sociedad atribuye tal estado, que recibe asistencia sanitaria, bien en su domicilio, bien en el hospital u otro centro asistencial y que tiene limitadas sus actividades habituales a consecuencia de la enfermedad. Como se puede observar se trata de una definición puramente sociológica, y no clínica, muchos sujetos que hacen vida normal en la comunidad pueden presentar síntomas objetivos o subjetivos y sin embargo los consideramos sanos.

Pero no todos los individuos "sanos" gozan del mismo status. Unos son jóvenes, no han adquirido todavía hábitos insanos y asisten a las escuelas. Otros son adultos, han adquirido ya muchos de ellos hábitos insanos y llevan a cabo diferentes tipos de trabajo, algunos de los cuales conllevan riesgos específicos.

En el primer grupo la educación sanitaria se efectuará en la escuela, su objetivo principal será la promoción de la salud y la adquisición de hábitos sanos, lo que se llama "construcción de conductas positivas de salud" y la técnica utilizada para lograrlo será la educación fundamentalmente.

En el segundo grupo la educación sanitaria se efectuará en la comunidad o en el medio laboral, en el caso de riesgos específicos condicionados por el tipo de trabajo. Su objetivo será la promoción y protección de la salud mediante la erradicación de hábitos insanos (modificación de conductas insanas) y la técnica a utilizar será la comunicación persuasiva principalmente.

Esta nueva delimitación nos permite ya separar tres campos principales de actuación dentro del grupo de "sanos": La Educación Sanitaria en la escuela, la Educación Sanitaria en la comunidad y la Educación Sanitaria en el medio laboral, cada uno de los cuales corresponde a un programa concreto y definido de Educación Sanitaria.

En el caso del grupo de enfermos también podríamos establecer distinciones según el marco en el que se va a realizar la acción educativa, hospital, ambulatorio, domicilio del enfermo, etc., pero en

general se engloban todas las acciones educativas en un solo programa. Ejemplos de acciones educativas para enfermos son:

- Proporcionar información sobre la enfermedad que se padece.
- Informar sobre la prescripción terapéutica y sobre los controles que se precisan.
- Señalar las conductas que puedan corregir o aliviar la situación de esa persona enferma.
- Explicar la influencia del medio familiar que rodea al enfermo y su importancia para la recuperación del paciente.
- Informando sobre los recursos que existen en la comunidad.

Tenemos pues cuatro grandes campos de acción de la educación sanitaria que se plasma en forma de cuatro programas concretos, tres dirigidos a sanos y uno a enfermos.

Debemos decir por último que la acción educativa sobre individuos y grupos si no va acompañada de modificaciones en el medio ambiente y en las políticas nacionales tendrá muy poco éxito, por lo menos en lo que concierne a conductas que están muy arraigadas y en las que el sujeto está muy implicado. Para actuar sobre estos factores (ambientales y políticos) externos al individuo hace falta un quinto programa que podríamos llamar nacional, el cual debe formar parte del Programa General de Salud del país y cuya misión principal debe ser la investigación de los factores externos citados y la actuación en forma de presiones e influencias sobre los organismos que dirigen la política para que procedan a la corrección de dichos factores. También le corresponderá la coordinación de los demás programas, la elaboración de la legislación básica sobre educación sanitaria y la ejecución de acciones educativas a través de aquellos medios de difusión cuyo alcance supere el campo de actuación de los programas antes mencionados.

## **6. AGENTES DE LA EDUCACION SANITARIA**

En general, son las personas que se ocupan de realizar intervenciones educativas.

Todas las personas de la comunidad pueden contribuir a que los individuos y los grupos adopten conductas positivas de salud, pero tienen más posibilidades para realizarlo:

- Las asociaciones de afectados por determinadas patologías.
- Los profesionales de la enseñanza.
- Los profesionales de los medios de comunicación.
- Los profesionales sanitarios y los centros sanitarios tanto en el contexto familiar como comunitario.

A los efectos de la Educación para la Salud se considera a los profesionales que pueden contribuir a la misma porque su área de

trabajo tenga una relación directa con la Salud, la Educación, la Comunicación Social, el Consumo y el Desarrollo Comunitario.

El comité de expertos en formación de personal de sanidad para la Educación Sanitaria de la Comunidad de la OMS establece dos grupos diferenciados como educadores sanitarios al estimar la necesidad de formación en materia de educación sanitaria: personal sanitario y personal no sanitario.

- Personal sanitario. El comité hace especial referencia a:
  - Médicos de atención primaria, enfermeras, odontólogos, etc.
  - Administradores sanitarios, personal médico especializado en ramas de Medicina Preventiva y Salud Pública, enfermeras, matronas, inspectores sanitarios, asistentes sociales, especialistas en nutrición, etc.
  - Personal médico y de enfermería de hospitales.
  - Médicos de las industrias, ingenieros, enfermeras y personal especializado en diversas ramas de seguridad del trabajo y prevención de accidentes.
  - Cualquier otro personal de salud.
- Personal no sanitario. En este grupo conviene mencionar especialmente a maestros de escuela, especialistas en economía doméstica, funcionarios de los servicios de extensión agraria, asistentes sociales no médicos y cualquier personal dedicado a actividades de educación básica. La OMS y la UNESCO han reconocido la importante función que pueden desempeñar los maestros. Han de considerarse como los principales colaboradores del personal sanitario pues son ellos los que inculcarán a los niños las ideas fundamentales de higiene y profilaxis, despertando en ellos, desde los primeros años una conciencia sanitaria. Los asistentes sociales tienen también un importante papel como educadores sanitarios en la comunidad. El trabajo de casos y el de grupos, de los asistentes sociales ofrecen innumerables oportunidades de educar en salud a la comunidad.

El comité de expertos en formación de personal de sanidad para la Educación Sanitaria estima que es necesario incluir cierta formación básica en los estudios profesionales de todo personal sanitario, e incluso algunos grupos posteriormente recibir formación especializada en relación con su actividad.

Además, se estima que ciertos profesionales que ejercen actividades afines a la sanidad y que normalmente no son miembros del personal sanitario deberían tener la posibilidad de recibir una formación adecuada en materia de educación sanitaria, teniendo en cuenta la función particularmente útil que pueden desempeñar.

Un punto importante es que todos estos agentes deben no sólo actuar sobre el individuo sino también sobre el medio ambiente y los factores



de política nacional que favorecen conductas insanas o impiden la adopción de hábitos sanos.

El educador sanitario debe:

- Conocer y gobernar sus propios sentimientos.
- Aceptar al otro como es y tratar de comprenderlo.
- Saber escuchar.
- Desarrollar empatía.
- Asegurar confidencialidad.
- Dar información cuidando el lenguaje no verbal.
- No adoptar actitud moralista.
- Cuidar un ambiente favorecedor de la comunicación.
- Estimular la búsqueda de razones para cambiar.
- Ayudar a asumir su situación. Identificar problemas. Buscar soluciones. Trabajar con familiares y/o amigos estimulando el apoyo social
- Respetar la decisión personal estimulando la asunción de responsabilidades.

Los profesionales de la salud ejercen acciones tanto de educación formal como informal.

- Educación informal. Se caracteriza por no ser intencionada. Las conductas y los hábitos de estos profesionales sirven de modelo para la población.
- Educación informal. Se define por su intencionalidad, porque pretende educar. Puede ser:
  - Indirecta: si no hay contacto entre los profesionales y la población (teléfono, grabaciones de una conferencia, prensa, radio, televisión), para emitir mensajes educativos.
  - Directa: es aquella situación en que existe contacto físico entre la población y los profesionales implicados, por ejemplo, actividades educativas durante los ingresos hospitalarios o en el domicilio de los pacientes.

Para conseguir avances en la salud, los responsables de la educación para la salud deben trabajar para lograr un público informado y un sistema funcional que responda a las necesidades del mismo. Cada vez existe un mayor acuerdo en que, para ser efectivos, los educadores de salud deberían hacerlo en el marco de tres estrategias principales:

- Promoción de Ideas. Despertar las conciencias y el interés públicos y empujar a las fuerzas sociales para que presionen para conseguir políticas públicas y recursos que apoyen la salud.
- Capacitación. Dotar a las personas de los conocimientos y capacidades necesarias para tomar opciones positivas de salud y para actuar individual y colectivamente en favor de una mejora de la salud.

- Apoyo. Alentar la creación de normas sociales sanas. de alianzas y sistemas sensibles a las necesidades de salud y a las preocupaciones de las personas y capaces de darles respuesta.

Cuando los responsables de los programas de educación sanitaria actúan en el contexto de estos tres principios fundamentales optimizan sus posibilidades de conseguir el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida.

Tanto si se trata de un programa integral de salud escolar, un proyecto de suministro de agua potable y red de saneamientos o un programa de prevención de enfermedades crónicas de base comunitaria, un enfoque responsable de la educación para la salud debería incluir planes para a) aumentar la concienciación de las personas fomentando el interés y la demanda, b) mejorar la capacidad de los líderes comunitarios y del personal del programa mediante una formación oportuna y adecuada, y c) alentar la creación de alianzas y asociaciones con otros sectores y grupos organizados que pudieran contribuir a mejorar la salud.

Los educadores de salud, en estrecha colaboración con los trabajadores de salud, descubrirán que las actividades de promoción de ideas, capacitación y apoyo social ofrecen un terreno común para crear las condiciones y promover los estilos de vida que llevan a la salud.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- CABALLERO LÓPEZ, J. E. Educación sanitaria y promoción de la salud. Editorial Síntesis. 2022
- COSTA M; LÓPEZ E. *Educación para la Salud*. Pirámide. Madrid: 1996.
- GREEN WH; SIMONS MORTON BG. *Educación para la Salud*. Interamericana, México: 2000.
- HIGASHIDA, B. *Educación para la salud*. Interamericana-Mcgraw Hill. México: 1995.
- MARTÍNEZ NAVARRO F. *Salud Pública*. McGrawHill and Interamericana. Madrid: 1997
- OMS. *Documento de Referencia sobre la Educación para la Salud*. 2000.
- OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 1986.
- OMS. *Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria*. Ginebra: 1989.
- PEREA QUESADA, R. *Educación para la salud y calidad de vida*. Díaz de Santos. 2011
- ROCHON, A. *Educación para la salud*. Masson, Barcelona, 2000.

- SALLERAS SANMARTI, L. *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones* Editorial Díaz de Santos S.A. Madrid, 1985
- SERRANO GONZÁLEZ. *La Educación para la Salud del Siglo XXI*. Editorial Díaz de Santos S.A. Madrid, 1997.
- SERRANO GONZÁLEZ MI. *Educación para la salud y Participación Comunitaria*. Díaz de Santos. Madrid: 1998;

Email: [info@preparadores.eu](mailto:info@preparadores.eu) • Web: <http://www.preparadores.eu>

ACT: 04/24