

Módulo

“LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Un enfoque integral”

María Dolores Mora y Araujo

Con la colaboración de Marcela Pérez y Cristina Sánchez Viamonte

2008

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN
Departamento de Educación para la Salud
Cristina Sánchez Viamonte (a cargo)
Marcela Pérez
María Dolores Mora y Araujo

INDICE

El concepto de salud	3
Atención primaria de la salud.....	5
La promoción de la salud	6
Prevención de enfermedades	10
La educación para la salud	13
El modelo educativo	18
La comunicación en la educación para la salud	20
El educador para la salud	22
Los materiales educativos de apoyo	25
Participación y educación para la salud.....	27
La evaluación.....	30
La educación para la salud en algunos ámbitos específicos:	
Servicios de salud.....	31
Educación sistemática.....	32
Medios de comunicación social.....	32
Organizaciones no gubernamentales.....	33
Digámoslo con humor.....	35
Lecturas complementarias.....	38
Bibliografía.....	80

EL CONCEPTO DE SALUD

En general se piensa que la salud representa un concepto universal; sin embargo las ideas acerca del acontecer de la salud han ido variando a lo largo del tiempo y de una cultura a otra.

Es así que, como resultado de un largo proceso de avances científicos y de transformación de las ideas y las prácticas, se llega al reconocimiento de que salud no debe definirse como “ausencia de enfermedad”, sino que se trata de un concepto con sentido en sí mismo, de contenido amplio y con una connotación positiva.

Ya en 1949 la Organización Mundial de la Salud, OMS, dejó formalmente de lado aquella conceptualización restringida, entendiendo con un criterio más abarcativo que la salud es “el completo estado de bienestar físico, mental y social”. Definición que, si bien refleja una idea muy estática y bastante utópica de la salud, propone por primera vez una visión positiva y, fundamentalmente, representa un enfoque superador de lo meramente biologicista al incluir lo mental y lo social; al mismo tiempo humaniza el concepto incorporando el criterio de bienestar.

Esta concepción se ha ido enriqueciendo y hoy en día, aún cuando coexisten distintas ideas acerca de la salud, hay un amplio consenso acerca de que constituye un fenómeno integral en el que, si bien analíticamente podemos aislar distintas dimensiones, lo físico, lo psíquico y lo social están presentes como aspectos inseparables.

Asimismo se va dejando de lado la dicotomía salud-enfermedad propia del pensamiento de la modernidad, admitiéndose que no existe una frontera nítida entre salud y enfermedad, sino que la salud es una condición gradual y variable y que la enfermedad es un factor que incide en la salud de las personas y no un estado absoluto, opuesto a salud. Se puede tener más o menos salud, ésta puede mejorar o empeorar.

Decimos entonces que salud y enfermedad forman parte de un mismo sistema, el complejo y dinámico proceso de salud-enfermedad.

¿Por qué “proceso complejo y dinámico”?

El individuo es un ser social que se desarrolla en relación con los otros, en un contexto determinado; de ahí que lo constituyen distintas dimensiones tales como la biológica, la psicológica y la sociocultural. Desde un enfoque que entiende a la salud como un fenómeno integral, los procesos de salud y enfermedad deben ser considerados como resultantes de la interacción dinámica de esas diversas dimensiones.

La salud, entonces, además de una circunstancia individual es un hecho social. Es así que, por ejemplo, los sistemas de creencias, valores y normas y

las representaciones sociales acerca de la salud condicionan las actitudes de las personas. Y la interrelación de las características y prácticas personales con los factores contextuales va a determinar la diversidad de comportamientos ante la salud.

Una mirada abierta e integral permitirá comprender los contextos en que tienen lugar las vidas de las personas, y la complejidad del proceso de apropiación de prescripciones sanitarias y comportamientos saludables. Reinterpretando las formas en que los individuos y los grupos hacen suyas esas normas será posible entender los distintos comportamientos, en particular aquellas conductas de riesgo muchas veces consideradas “irracionales”.

Asimismo, para abordar los problemas de salud de una comunidad deberá considerarse la interrelación de las condiciones socioeconómicas y ambientales, así como las circunstancias culturales asociadas a determinadas conductas.

Debe tenerse presente esta complejidad y diversidad de factores cuando se planifican acciones en el campo de la salud. Es fundamental no simplificar el análisis de las situaciones concretas buscando explicaciones en términos de causa-efecto, sino considerar la multicausalidad que caracteriza, como a todo fenómeno social, a los hechos relativos a la salud.

Del mismo modo, pensar la salud como *bienestar* lleva a orientar las intervenciones hacia la mejora de la calidad de vida de las personas como un todo, además de la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Es así que, desde el punto de vista del desarrollo integral y la calidad de vida, debe entenderse la naturaleza interdependiente del campo de la salud con respecto a los otros componentes del sistema social. La vivienda, la educación, la alimentación, el trabajo, el apoyo social, el nivel de ingresos, la situación de la mujer, el ecosistema, los derechos humanos, la paz, la equidad, son factores que inciden en forma directa en las condiciones de salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, ya en el año 1970 puso de relieve el *valor social de la salud* al considerar que ésta representa uno de los objetivos sociales fundamentales de los gobiernos; es decir que se trata de un recurso de gran valor no sólo para los individuos sino también para la sociedad en su conjunto.

También expresa la OMS en su acta de constitución: “El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Y, sin desconocer las determinaciones del entorno sobre los comportamientos, se puede afirmar que, a la vez que un derecho básico de todas las personas, la salud también constituye una responsabilidad individual y social.

Consecuentemente, se propone la siguiente definición de salud:

“es la armonía bio-psico-social de la que puede gozar una persona en la interrelación dinámica con el medio en el que vive”

Avances conceptuales:

Al hacer referencia a los cambios de paradigma de la salud no se puede dejar de mencionar dos eventos significativos, verdaderos hitos que marcaron nuevos caminos de gran importancia para el posterior desarrollo de las intervenciones en el campo de la salud, y que desde luego tuvieron también un correlato en las teorías y métodos de la educación para la salud. Se trata de las reuniones internacionales de la Organización Mundial de la Salud de los **años 1978 y 1986** en las que se elaboraron dos importantes documentos que sintetizan esas ideas:

- 1) Declaración de Alma Ata**, donde se establece la estrategia de **Atención Primaria de la Salud**.
- 2) Conferencia de Ottawa**, que sienta las bases de la **Promoción de la Salud**.

1) ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En el año 1978, en la reunión de la Organización Mundial de la Salud que tuvo lugar en la ciudad de Alma Ata, Kazajstán, se elaboró un famoso documento, la **Declaración de Alma Ata**, en el que se desarrolla y reafirma la opción por la estrategia de **Atención Primaria de la Salud, APS**.¹

La APS representa el primer nivel de aproximación del sistema nacional de salud a la comunidad. En algunos párrafos de la declaración se definen sus ejes más importantes:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

¹ Ver Lectura Complementaria N° 1: “Declaración de Alma Ata”.

“La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

“Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Comprende como principales actividades: educación para la salud; suministro de alimentos y promoción de una nutrición apropiada; abastecimiento de agua potable; saneamiento básico; asistencia materno-infantil y planificación familiar; inmunizaciones; prevención de enfermedades endémicas locales; tratamiento de enfermedades y traumatismos más comunes, y suministro de medicamentos esenciales.

Se destaca muy particularmente el papel de la educación para la salud como recurso esencial para el logro de los objetivos de la atención primaria y su interrelación con el mejoramiento de la calidad de vida, así como la imprescindible participación de la comunidad en todas las etapas de las acciones en salud.

Estos trascendentales principios –que mantienen su vigencia- han ampliando los alcances del concepto de salud para abarcar el desarrollo humano integral, incluyendo aspectos como la equidad, la solidaridad y los derechos humanos.

2) LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el mes de noviembre de 1986 se desarrolló en Ottawa, Canadá, la **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud** en la cual, como respuesta a la demanda de una nueva concepción de salud pública, se aprobó un importante documento, la **Carta de Ottawa**.²

En dicho documento se plantea que el sector salud no puede por sí solo proporcionar las condiciones para alcanzar el objetivo propuesto de “salud para todos”, sino que es necesario emprender una acción intersectorial que atienda aspectos profundamente relacionados como son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, el ecosistema, la justicia social y la equidad.

La Conferencia se centró en cinco áreas básicas que debe desarrollar una estrategia de promoción de la salud:

- formulación y coordinación de políticas públicas favorables a la salud
- fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación

² Ver Lectura Complementaria N° 2: “Carta de Ottawa”.

- creación de entornos saludables
- desarrollo de aptitudes personales para la vida
- reorientación de los servicios de salud

El concepto de promoción ha ido acrecentando su protagonismo en el campo de la salud -como en el ámbito de las políticas sociales en general-. Consiste, según la OMS, en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y para que puedan ejercer un mayor control sobre la misma”, y tiene como un eje principal la participación de la comunidad.

Se trata no sólo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de los individuos para incidir sobre los factores que determinan su salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar aquellos aspectos que favorecen opciones de vida saludables y modificar otros que dificultan ponerlas en práctica.

Aunque el sector salud está especialmente involucrado, el enfoque de promoción de la salud compete igualmente a otros sectores del sistema social, ya que expresa un reconocimiento explícito de las relaciones entre la salud, el desarrollo socioeconómico, la cultura, el medio ambiente y las políticas públicas. En este sentido consiste en una propuesta de integración intersectorial de las acciones tendientes a lograr mejores condiciones de salud, que se sustenta en la participación de los individuos y las comunidades

La promoción de la salud constituye un enfoque filosóficamente innovador en lo que hace a las intervenciones en salud pública, ya que el eje se traslada desde un modelo biomédico centrado en la atención de la enfermedad y la prevención específica hacia un marco de fortalecimiento de la salud integral, que se basa principalmente en los recursos personales y sociales y en la interrelación con los otros sectores, para alcanzar las relaciones armónicas del individuo con su entorno.

Emerge así como una herramienta indispensable para el cambio social orientado hacia el desarrollo y la mejora de las condiciones de vida y salud de los individuos y los grupos sociales.

Las acciones de promoción de la salud requieren esfuerzos y responsabilidades compartidas entre individuos, familias, comunidades, organizaciones, instituciones educativas, sistemas de salud y gobiernos. Los programas de promoción de mayor impacto son aquellos que promueven cambios simultáneos a diferentes niveles: individual, grupal, organizacional y comunitario.

Ya en 1984 la Organización Mundial de la Salud había acordado un documento donde se establecían cinco principios o lineamientos fundamentales de la promoción de la salud:

- 1) La promoción de la salud involucra a la población como un todo y a su contexto cotidiano, y no se focaliza en personas en riesgo por enfermedades específicas.
- 2) La promoción de la salud está orientada a actuar sobre los aspectos determinantes de la salud, y no de la enfermedad.
- 3) La promoción de la salud combina enfoques o métodos diversos, pero complementarios.
- 4) La promoción de la salud persigue, especialmente, la efectiva y concreta participación de la población.
- 5) La promoción de la salud asigna un papel principal a los profesionales de la salud, particularmente los de atención primaria.

Para reflexionar...

Resumen de la entrevista realizada al Dr. Juan Manuel Sotelo, representante de OPS/OMS en Argentina, a 25 años de la puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, APS:³

Los resultados de la aplicación de la Atención Primaria de la Salud a 25 años de su puesta en marcha, aunque heterogéneos, son positivos, y marcan la ruta a seguir para alcanzar mejores niveles de salud.

La meta Salud para Todos en el año 2000 no se cumplió por varias razones: una fue la dificultad conceptual para incorporar la APS ya que si bien en algunos casos se comprendió que se trataba de una estrategia transformadora, en otros se entendió erróneamente como un primer nivel de atención; luego, la crisis de los años 80 desfavoreció la inversión en el sector; y además los procesos de descentralización imperfectos dejaron a los servicios sin apoyo.

Actualmente se puede identificar en los diferentes países dos grandes obstáculos para la implementación de la APS: uno, la dificultad para trabajar de manera intersectorial, y el otro, una participación muy débil de la comunidad.

Con respecto a la intersectorialidad, Alma-Ata la promueve porque ubica a la salud en un proceso de desarrollo que incluye a todos los sectores. Esto no es fácil de llevar a la práctica porque los países tienen diferentes niveles de segmentación e institucionalidad, y porque depende mucho de las personalidades de los actores involucrados en cada caso. A la intersectorialidad todavía le falta mucho camino por recorrer.

En cuanto a la participación comunitaria, hubo un problema de conceptualización, ya que inicialmente se la pensó para actividades de salud y no como participación activa en el control y en la toma de decisiones.

Sin embargo en la región hay buenos ejemplos de APS y habría que mejorar su difusión; por ejemplo, la estrategia de Municipios Saludables ha avanzado en la definición de ámbitos saludables y en la promoción de la participación para alcanzar los objetivos de salud.

La salud abarca comportamientos individuales, deberes y derechos y comportamientos sociales muy vinculados a la vida cotidiana y va más allá de lo que el tradicional sector salud puede hacer. Considerar la salud con una visión holística y no con la visión clásica de la atención médica, permitirá impulsar la APS; para ello se requiere el desarrollo de la acción intersectorial, más y mejor descentralización, una clara definición del trabajo en salud y una prestación de servicios más justa.

Para alcanzar esos logros es necesario promover un Pacto Social por la Salud, esto es, el apoyo para la APS no sólo de los gobiernos sino de todas las fuerzas activas de la sociedad, con un debate de ideas que recoja el sentir del conjunto de la población, lo que incluye los distintos estratos de la comunidad – ONGs organizaciones comunitarias, asociaciones de profesionales, usuarios, consumidores, sector privado y sector público- como insumos efectivos para alcanzar una mejor salud.

³ "A su salud", publicación de la Representación de OPS/OMS en Argentina, N° 8, agosto - septiembre de 2004.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

El concepto de prevención, que en general alude al conjunto de medidas destinadas a evitar la enfermedad, abarca un contenido amplio ya que comprende también acciones de recuperación de la salud.

Es prevención proteger la salud, tratar oportunamente a un enfermo o rehabilitarlo evitando secuelas de padecimiento. En este sentido puede decirse que la prevención está presente en toda acción de salud.

Paulatinamente la orientación hacia la salud integral ha ido atenuando la visión medicalizada de la prevención para inscribirla en el marco de la promoción de la salud.

NIVELES DE PREVENCIÓN:

Se suele distinguir tres niveles de prevención, según los objetivos inmediatos que se persiga:

Prevención Primaria: es una intervención previa a la aparición de un problema de salud -accidente, incapacidad, infecciones, etc.- para evitarlo y disminuir su incidencia.

Existen muchos instrumentos de prevención primaria, siendo la Educación para la Salud uno de los fundamentales. Otros son, por ejemplo, la potabilización del agua, medidas de seguridad e higiene en el trabajo, la correcta manipulación de alimentos, la promoción del deporte, las inmunizaciones, etc.

Prevención Secundaria: se realiza al inicio de la aparición de un problema de salud, a través del diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, con el fin de reducir la gravedad, duración y evolución de las enfermedades, accidentes o incapacidades. En algunos casos puede ser necesario tomar medidas generales como la prohibición de un producto causante del problema o modificación de factores de riesgo.

Prevención Terciaria: implica la reeducación, rehabilitación y reinserción de las personas que han padecido un problema de salud, como también evitar las recaídas.

Actualmente se estudian nuevos factores de prevención, sobre todo en la denominada biología prospectiva. Los avances científicos y los progresos de la técnica apuntan a una nueva disciplina relacionada con la prevención: la medicina predictiva. En la misma se enmarcan los diagnósticos prenatales, por

ejemplo, que forman parte de un nuevo tipo de prevención, la denominada **primordial**, que permite descubrir los factores predisponentes y abre una nueva vía a las investigaciones sobre la salud de los individuos. Pero este nuevo camino está planteando no pocas cuestiones éticas: cada vez son más los expertos que se preguntan hasta dónde se puede utilizar el derecho a saber o no saber, en relación con estos temas.

Por otro lado se está perfilando una nueva forma de prevención de marcado carácter humanista, la **prevención cuaternaria**, que consiste en que, cuando todas las esperanzas están perdidas, se acompaña a la persona enferma para que llegue a una muerte digna en las mejores condiciones posibles.

También conviene reconocer la dimensión política de la prevención: la responsabilidad y el papel de las instituciones que tienen el poder para formular los objetivos de salud pública, definir las prioridades, tomar las decisiones en materia de prevención y adjudicar los medios necesarios, a partir de indicadores fiables que permitan medir y proyectar el estado epidemiológico de la población.

Desde el punto de vista de las personas, la adopción de actitudes y comportamientos preventivos implica una capacidad de integración temporal. Es necesario que el individuo se interiorice del concepto de riesgo, que pueda anticipar la enfermedad y manejar las actitudes y conductas asociadas al riesgo.

En cuanto al contexto sociocultural dominante, la cultura de consumo presenta algunas características que dificultan el desarrollo de actitudes de autocuidado, tales como el predominio de la inmediatez, de lo actual, del momento presente como un valor básico. Ni la urgencia ni el temor extremo favorecen la opción por conductas saludables; lo que se necesita es desarrollar la capacidad de efectuar elecciones como persona autónoma.

Para reflexionar...

... La pregunta clave entonces es ¿qué es lo que hace que las personas, conociendo los modos de protegerse, adopten comportamientos de riesgo?.

...Se categoriza a esta conducta como "irracional" respecto de la salud, presuponiendo que la protección de la salud es lo más importante para un individuo, dejando de lado otras "racionalidades" que pueden explicar tal conducta, y que provienen de procesos interactivos (ej.: afectivas, presiones sociales, etc.).

...Solamente reinterpretando estas "apropiaciones" que los grupos sociales realizan de las prescripciones sanitarias es posible comprender las llamadas "conductas de riesgo".

...Entonces, los individuos desarrollan lógicas preventivas que provienen de sus contextos relacionales, y existe toda una gama de estrategias "preventivas" o de adaptación al riesgo que debe tenerse en cuenta.

...El enfoque cultural permite comprender que en determinados contextos la salud no sea la opción número uno, lo que no significa falta de percepción de riesgo o de información, sino la presencia de otros códigos. Quienes formulan las políticas preventivas tendrán que tratar de entender la lógica que subyace a estas "otras" maneras de gestión de riesgo.

...Las investigaciones sobre sida desde la psicología social han realizado importantes aportes a la educación para la salud: entre otros, que el conocimiento de los peligros no basta para adoptar cambios hacia conductas preventivas, o que éstas no se rigen por el ajuste entre fines y medios; que varios fines pueden estar presentes juntos; que hay prioridades que pueden no ser la salud; que hay diferentes modos de percibir el riesgo; que las normas "ideales" pueden colisionar con las "prácticas"; y la importancia que tienen las normas grupales en la adopción de conductas de prevención.

...Una importante conclusión es la necesidad de realizar un trabajo comunitario a partir del cual la comunidad haga suyas normas que son percibidas como ajenas. Las variables que definen el apoyo social, la red de relaciones y las normas, son las que más influyen sobre la adopción de la conducta preventiva, lo que confirma el rol determinante del grupo sobre los cambios de conducta individuales.

...Sólo valorando la influencia de los factores culturales se podrá avanzar hacia una mayor eficacia de las intervenciones preventivas.

Resumido de "Y el sida está entre nosotros...". Ana Lía Kornblit y otros. 1997

(Ver Bibliografía)

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En el campo de la salud pública la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y en particular la educación para la salud resultan modalidades de intervención de singular importancia por su capacidad de aporte al desarrollo de mejores condiciones de salud y calidad de vida, especialmente de la población más vulnerable a los riesgos evitables de enfermar y morir.

La educación para la salud nació como disciplina más o menos formal, aunque con distintas denominaciones, a principios del siglo XX y fue evolucionando a la luz de los progresos que tuvieron lugar en el campo de las ciencias de la salud y de la educación.

Desde la segunda mitad del siglo se fueron superando las etapas en que se confundía educación con información y con motivación actitudinal y se suponía que al incorporar nuevos conocimientos las personas adoptarían actitudes positivas y comportamientos saludables; al mismo tiempo se iba perfilando el actual esquema conceptual.

Los avances en los estudios sobre la conducta y al aprendizaje permitieron revelar la complejidad y diversidad de los comportamientos referidos a la salud y la interrelación dinámica de determinantes personales y contextuales que los caracterizan; y asimismo, que no son de fácil abordaje.

Aparecen entonces una serie de teorías psicosociales que desde distintos enfoques intentan dar cuenta de esos comportamientos:

- En una primera etapa, admitiendo que además de las variables demográficas otros factores inciden sobre el cuidado de la propia salud, se desarrolló una serie de modelos a partir de los estudios en comunicación persuasiva que hoy se conocen como *investigaciones KABP* (en inglés, siglas de conocimientos-actitudes-creencias-prácticas); dichos modelos ya a fines de la década de 1980 demostraron la brecha existente entre el conocimiento y la conducta de autocuidado, es decir que el conocimiento es una condición necesaria, pero no suficiente, para motivar esa conducta.
- Otros estudios derivaron en la *teoría de creencias en salud o HBM (Health Believe Model)* elaborada por Becker, quien postuló que las creencias de una persona acerca de su salud, en particular de su vulnerabilidad y del nivel de amenaza de una enfermedad –lo que se conoce como percepción de riesgo- incrementarán su disposición a cuidarse.
- Posteriormente comienza a tomarse en cuenta la influencia que ejercen sobre la conducta preventiva las normas de “los otros significativos”; es decir que lo que una persona cree que su entorno cercano espera de ella la motiva para actuar en ese sentido. A esto

se llama la *teoría de la acción razonada* (debida a Ajzen y Fishbein) e incluye la idea de que las personas evalúan en términos de costo-beneficio las consecuencias de adoptar o no una determinada conducta.

- La teoría de *la acción planeada*, desarrollada en 1986, agrega a lo anterior la idea de que las personas van a adoptar una conducta preventiva si consideran que tienen control de la situación, tanto de los obstáculos internos (falta de habilidades) como externos (acceso, falta de colaboración, etc.) que pueden impedirse. En general, las personas tienen lo que se llama “ilusión de control”, o sea una visión optimista de sus posibilidades de controlar la realidad.
- Vinculada a la anterior, también en 1986 Bandura postula la *teoría de la autoeficacia*, enfatizando en el hecho de que los individuos pueden tener diferentes grados de control sobre sus conductas dependiendo tanto de las habilidades de que disponen como de la creencia que tienen acerca de ellas, o sea del grado de autoestima.

Cada uno de estos modelos aporta nuevos elementos que vienen a enriquecer la explicación de las conductas de riesgo y de autocuidado, los que, si bien no agotan el tema en sí mismos, deben ser tenidos en cuenta en su conjunto a la hora de diseñar estrategias educativas.⁴

Es así que la idea de una educación para la salud centrada en la prevención de enfermedades desde un enfoque biomédico, y en la creencia de que los comportamientos referidos a la salud se modifican a través de la información, fue perdiendo vigencia.

En su lugar se ha desarrollado una educación para la salud que se enmarca en el concepto de salud integral y en el enfoque de promoción de la salud, con la participación como eje metodológico y conceptual; se privilegia los recursos y potencialidades del individuo y la comunidad para desarrollar habilidades y prácticas tendientes a lograr, en un contexto determinado, una mejor calidad de vida.

Con este marco de referencia, la práctica educativo-sanitaria hace posible que las personas asuman el cuidado de la propia salud como un derecho y, al mismo tiempo, una responsabilidad en su vida cotidiana.

A la vez, al ampliarse el horizonte de la educación para la salud se abrieron también nuevos interrogantes acerca de sus alcances y posibilidades, los que dieron lugar a respuestas creativas tales como el trabajo interdisciplinario y el desarrollo de metodologías de enseñanza-aprendizaje participativas.

⁴ Dos de estas variables son particularmente importantes cuando se trabaja con población de jóvenes: la influencia de los “otros significativos” –sobre todo los grupos de pares- y la autoestima.

Las instituciones públicas a su vez han ido sufriendo transformaciones; es así que las del sector de la salud, en su papel indeclinable respecto de la protección de la salud de la población, también fueron incorporando en la planificación aquellos enfoques teóricos y metodológicos -con eje en las personas- acordes con los desafíos que generaron los cambios socioculturales.

Asimismo, este modelo de educación para la salud toma en cuenta la interacción de factores contextuales -culturales, socioeconómicos y ambientales- que afectan a los grupos poblacionales a quienes se dirigen los planes, factores que podrán, según las circunstancias, tanto facilitar como obstaculizar las acciones en favor de la salud.

Se trata de un modelo pragmático que conjuga elementos de distintas teorías del comportamiento en salud, que concibe de manera integral al individuo y su entorno, y que pone un fuerte énfasis en la participación.

El concepto de integralidad también se verifica en la práctica de la educación para la salud. Experiencias de programas regionales destinados a adolescentes confirman que si las actividades se enfocan en el joven en particular y no se incluye su entorno inmediato y el contexto general en el que vive, las intervenciones no resultan eficaces. Lo mismo sucede cuando se trabaja cada problemática específica como un riesgo aislado (adicciones, HIV-Sida, embarazo no deseado u otras). Además, al superponerse distintos programas sobre una misma población el resultado es una duplicación de esfuerzos y costos, y se obtiene un conocimiento parcializado de los problemas.

Diversos estudios han demostrado que los factores de riesgo asociados a esas problemáticas son comunes a todas ellas y que además están relacionados entre sí. Como ejemplo, una investigación de Catalano y Hawkins realizada en 1995 entre adolescentes en condiciones de vulnerabilidad concluye que el consumo de drogas, la delincuencia, el embarazo adolescente, el abandono de la escuela y la violencia tenían en común factores tales como pobreza extrema, conflictos familiares y características negativas del entorno. Es decir que esos jóvenes tenían fácil acceso a situaciones-problema y acceso restringido a aquellas situaciones que podían favorecer su desarrollo general; en consecuencia, las acciones debían dirigirse a fortalecer estas últimas.

Llevar adelante una planificación de educación para la salud supone:

- Decisión política favorable y adecuada asignación de recursos
- Interdisciplina e intersectorialidad
- Fuerte estímulo a la participación
- Promoción de la responsabilidad individual y comunitaria
- Revalorización de los niveles locales

- Cobertura amplia a la población en general
- Formación de multiplicadores o retransmisores
- Técnicas de abordaje múltiples
- Continuidad y regularidad a través del tiempo

La siguiente definición fue elaborada por consenso en una reunión de responsables de las áreas de Educación para la Salud de todo el país:

Educación para la salud es el proceso de enseñanza aprendizaje esencialmente interdisciplinario, intersectorial, dinámico y participativo, basado en la ciencia, la técnica y el respeto al ser humano, que actúa sobre factores condicionantes tanto personales como sociales con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida de los individuos, familias y comunidades mediante el logro de actitudes y comportamientos de salud positivos, concientes, responsables y solidarios.

Para reflexionar...

La educación en valores como objetivos de la educación para la salud⁵

Objetivos que deben ser traducidos en intervenciones de carácter didáctico:

- *Descubrir y sentir la vida como una realidad y como un proyecto del que somos protagonistas y responsables.*
- *Capacitar a alumnos y alumnas para participar, activa y responsablemente, en la creación y gestión de su salud.*
- *Conocer y apreciar el propio cuerpo y utilizar el conocimiento sobre su funcionamiento y sobre sus posibilidades y limitaciones para desarrollar hábitos autónomos de cuidado y de salud personales.*
- *Descubrir, interiorizar y vivir la propia realidad sexual y el ejercicio de la sexualidad como una actividad de plena realización y comunicación entre personas.*
- *Reforzar la autonomía y la autoestima como realidades personales básicas en la construcción de un proyecto de vida saludable.*
- *Reconocer críticamente situaciones y conductas que puedan implicar peligros y riesgos para la salud y ser capaces de enfrentarse a ellas y evitarlas con responsabilidad y criterio propios.*
- *Conocer e interiorizar las normas básicas para la salud: higiene, alimentación, cuidado corporal, etc.*
- *Despertar y estimular el interés y el gusto por el deporte y por la actividad física como medio para alcanzar una vida saludable y para el fomento del compañerismo, la solidaridad y la amistad.*
- *Descubrir y sentir el gozo y la riqueza que pueden aportar a nuestro equilibrio y a nuestra salud emocional las relaciones interpersonales cuando se producen en un clima de afectividad, confianza, respeto y colaboración.*
- *Relacionar la ecología con la salud y desarrollar hábitos y capacidades para mantener un medio ambiente saludable.*
- *Desarrollar la sensibilidad y la ternura ante los ancianos y ancianas y ante todas aquellas personas que padecen algún tipo de enfermedad o minusvalía física o psíquica.*
- *Descubrir las situaciones personales y sociales en las que se carece de los medios mínimos para la salud o en las que no se poseen los recursos sanitarios imprescindibles.*
- *Conocer y colaborar activamente con aquellas organizaciones o instituciones, gubernamentales o no gubernamentales, que trabajan y se comprometen en la lucha contra la marginación de tipo físico, psíquico o sexual, o en la promoción de la salud y el desarrollo de los pueblos.*

⁵ F.González Lucini, en SERRANO G., María Isabel, "Educación para la Salud en el siglo XXI" (ver BIBLIOGRAFÍA).

EL MODELO EDUCATIVO en que se sustenta este enfoque:

Desde una concepción de la educación normativa y lineal que adjudica a la transmisión de conocimientos la capacidad de producir en las personas determinados comportamientos, la educación para la salud fue transitando hacia un enfoque pedagógico que entiende a la educación como un proceso interactivo y que considera a las personas en toda su complejidad.

Esto es que educar no es igual a transmitir información, confusión aún presente en buena parte de la opinión pública. La información sobre los distintos temas que hacen a la salud, siendo siempre necesaria, no es suficiente a los efectos de lograr conductas de autocuidado. Constituye uno de los factores -entre otros- que condiciona el comportamiento de las personas, y tendrá un peso diferencial según las circunstancias de que se trate (características personales, culturales, contexto, tema implicado, etc.)

Este modelo consiste en un modo de educar democrático, “horizontal”, en el cual es fundamental la participación activa del educando en la construcción del saber para que pueda producirse una acción educativa transformadora.

Se trata de un proceso dinámico de enseñanza-aprendizaje que apunta al desarrollo integral de los participantes, fortaleciendo sus capacidades para lograr un mayor control sobre su salud y calidad de vida y las de su comunidad. Las metodologías participativas, constitutivas de este enfoque, favorecen la adquisición de mayores grados de autonomía personal. En la práctica de la acción-reflexión con otras personas van ganando confianza en sí mismas y en su capacidad de tomar decisiones.

En este sentido el desarrollo de la autoestima y el empoderamiento⁶ de las personas como resultante del trabajo en grupo constituyen valiosos recursos en los que se apoya la educación para la salud, y se relacionan en forma directa con la disposición al autocuidado: una baja autoestima redundará en una mayor exposición a riesgos, mientras que la persona que se valora más también aprende a preservarse en mayor grado. Es importante tener en cuenta que autoestima y empoderamiento son factores de difícil abordaje individual, siendo aplicables en referencia a situaciones y normas del grupo y al apoyo social, por lo que deben ser trabajados en procesos grupales.

Podemos entonces decir que la educación para la salud consiste en procesos de aprendizaje interactivos que favorecen el desarrollo de actitudes y comportamientos saludables y responsables, los que van a incidir y retroalimentarse en los contextos en los que tienen lugar.

⁶ El concepto de “empowerment”, en general traducido como “empoderamiento”, tiene su origen en las ciencias sociales y se refiere a ganar poder para sí mismo.

Para reflexionar...

LA SALUD DEPENDE DE LA AUTOESTIMA **British Medical Journal. Enero de 2006**

En los últimos años se ha aceptado que el equilibrio psicológico y emocional influye en el estado de salud física. Sin embargo, algunos especialistas matizan aún más esta realidad afirmando que la autoestima está directamente relacionada con ciertos males del cuerpo. El mundo está lleno de desigualdades, eso lo sabemos. Pero ¿en qué medida afectan éstas a nuestra autoestima? ¿puede hacerse algo por reducir las diferencias?

Estas son las reflexiones que se plantea el Dr. Michael Marmot, director del International Center for Health and Society de la Universidad de Londres. Y según su opinión, la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa.

El autor cita a algunos investigadores que han establecido una jerarquía de las necesidades humanas, señalando que lo más básico que busca el hombre es salud y autonomía. De las dos, la autonomía es la más perseguida y está relacionada con la autoestima y el respeto. Marmot tiene claro que a la mayoría de las personas les interesa más ser autónomos que tener buena salud, sin darse cuenta de que, en el fondo, son cosas que están “relacionadas”. El nexo que las une está en que los bajos niveles de autonomía provocan una disminución de autoestima, lo que a su vez provoca a que tengamos una salud peor.

Para argumentar lo anterior, el autor cita una experiencia en la India con dos grupos de personas con niveles de obesidad y diabetes elevado. A los dos grupos se les prescribió una dieta, con la diferencia de a que al primero se le invitó a tener conversaciones acerca de su cultura e historia. Tras 12 meses de seguimiento los investigadores se percataron de que el 1er grupo mejoró y el otro empeoró. La conclusión a la que se llegó es que incrementar el sentimiento de orgullo de raza aumenta también los niveles de autoestima y exigencia, lo que contribuye a que tengamos hábitos más saludables.

En otro orden de cosas, la violencia y el homicidio también son para el autor un reflejo de la pérdida de autoestima. Marmot subraya que no pocos alborotos se cometen al año en nombre del orgullo y de los sentimientos heridos. Si todo ello lo relacionamos con la desigualdad se puede entonces, según el autor, aventurar la hipótesis de que la desigual distribución de recursos lleva a incrementar el sentimiento competitivo entre gente joven que no tiene nada más que perder que su autoestima y el respeto por los demás. El resultado es la violenta confrontación y el homicidio.

El autor también recuerda que varios investigadores han constatado que la depresión está fuertemente vinculada con la autoestima. Los periodos depresivos se caracterizan por una bajada del sistema inmunológico, algo que lleva a la gente a vivir menos tiempo.

Asimismo señala la relación de la autoestima con la situación laboral. Existen varios estudios que han mostrado el vínculo entre sufrir una patología coronaria, la mala situación en el lugar de trabajo y la descompensación entre esfuerzos y recompensas. Según el autor, el mecanismo por el que se recibe una recompensa acorde con el esfuerzo realizado es crucial para el fortalecimiento de la autoestima, y con ello de la salud.

En caso de que este sistema no funcione, nuestro organismo activará el estrés y se dispararán las posibilidades de sufrir una enfermedad cardíaca.

Y si las desigualdades son partes de la condición humana ¿qué se puede hacer?. Mientras la distribución de recursos difiera profundamente de unos a otros, Marmot insta a que las instituciones actúen creando conciencia acerca del claro avance que es para una sociedad civilizada contribuir a que estas diferencias disminuyan mediante cambios en la organización social que permitan a la gente obtener un empleo.

Por último, “no hay que olvidar que la calidad del trabajo importa, y que no hay que pensar que cualquier trabajo es mejor que nada”, concluye.

LA COMUNICACIÓN en la Educación para la Salud

La comunicación es la esencia y la herramienta básica de la educación para la salud. En términos generales, adopta dos modalidades principales:

I) La comunicación por medios masivos de diversos tipos, en la que el objetivo es dirigir mensajes al conjunto de la población. Por sus alcances puede decirse que se trata de una comunicación “extensiva”.

II) El trabajo directo o “cara a cara” con la comunidad: en este tipo de comunicación se trabaja con grupos determinados focalizando los procesos educativos, lo que permite alcanzar una mayor especificidad y profundidad; se trata de una comunicación “intensiva”.

Ambas líneas son complementarias; ninguna es más importante que la otra, aunque alguna pueda tener un lugar prioritario en una planificación determinada. Cada una tiene sus alcances, sus objetivos, sus posibilidades y sus limitaciones. Y ambas deben contar con el espacio pertinente en un programa de educación para la salud.

I) La comunicación por medios masivos cubre la necesidad de transmitir información sobre cuestiones de salud a la población en general o a amplios segmentos de ésta.

La información por sí sola como se ha observado no es suficiente para que se produzcan cambios de conducta; no debe esperarse que por la vía de recibir mensajes las personas se comporten de una determinada manera. Sin embargo sí es necesario que la población en todo momento esté informada en forma veraz acerca de cómo proteger su salud. Esto ampliará las opciones a la hora de tomar decisiones y al mismo tiempo el conocimiento sobre los temas estimulará al auto cuidado.

Así, la difusión periódica de mensajes por los distintos medios de comunicación social, además de transmitir una información específica, cumple la función de sensibilizar y habitar a la población en la temática del cuidado de la salud.

El campo de la comunicación por medios masivos ha ido cobrando un enorme desarrollo, siendo creciente la diversidad de técnicas y tecnologías de que se dispone. En cuanto a la elaboración de los mensajes, mencionando sólo algunos aspectos básicos puede decirse que la información objetiva, abierta y que apela a la comprensión del problema promoverá la receptividad del público, logrando una mayor adhesión. Es importante evitar que los mensajes sean prescriptivos, que juzguen o que discriminen a las personas. Y desde luego, son válidas todas las reglas de una buena comunicación; en especial el cuidado de que la información sea precisa, clara y comprensible para la diversidad de los potenciales destinatarios.

Asimismo, debe dimensionarse el grado de alarma que se genera en el público. Si bien se debe alertar sobre los problemas de salud, el efecto del

temor excesivo no suele ser eficaz sino más bien contraproducente; puede paralizar en lugar de inducir a actuar responsablemente.

Con respecto a la frecuencia de las emisiones, hay que regular su permanencia y continuidad en los distintos medios con el criterio de mantener los temas en la “agenda” cotidiana pero evitando la saturación y el desinterés de la audiencia. (Diseño de medios)

II) La educación para la salud directa o “cara a cara”: la tarea educativo sanitaria tiene como propósito estimular el desarrollo de actitudes, habilidades y conductas orientadas al cuidado de la salud individual y comunitaria.

El quehacer de la educación para la salud es entonces tan vasto y complejo como lo es el comportamiento humano; y lo es más aún si consideramos que el cuidado de la salud le corresponde sólo en parte al individuo, mientras que gran parte escapa a la responsabilidad individual y compete a otros niveles.

Es decir que no se trata de “culpar” a las personas por sus conductas ni de censurar comportamientos inapropiados, intentando que cambien; la conducta de una persona puede ser la causa principal de un problema de salud, pero en ocasiones puede ser la principal solución. En muchas situaciones no es sólo el individuo quien ha de cambiar, ya que su comportamiento puede estar condicionado, por ejemplo, por no disponer de ciertos recursos como infraestructura, dinero, conocimientos, servicios, o por factores medio ambientales. De modo que se trata de comprender esos comportamientos en su contexto, trabajarlos en conjunto y estimular la toma de decisiones hacia conductas saludables. Este proceso incluirá también las posibles acciones de la comunidad para lograr cambios en las condiciones del medio en el que está inmersa.

En cuanto a las modalidades de trabajo directo con las personas, la más habitual es el taller participativo, situación en la que se promueve la conducta activa y el compromiso de los asistentes con la actividad educativa. El taller es un espacio de intercambio, reflexión y construcción conjunta de conocimientos, en donde se trabaja en la comprensión de las actitudes y comportamientos y de los contextos en los que tienen lugar, y se proponen respuestas.

Y en este aprendizaje y construcción de un saber común, producto de la práctica social del sujeto en relación con otros, se incrementa la autoestima, el compromiso y la creatividad. Se produce así un proceso de crecimiento de las personas que en definitiva resultará transformador para todos los actores involucrados.

EL EDUCADOR PARA LA SALUD

El educador es un recurso humano fundamental en el proceso educativo, siendo el encargado de proponer, organizar, conducir y moderar las actividades; es decir que actúa como facilitador. Y al mismo tiempo, se convierte en referente de los cambios y estilos de vida que promueve. Este lugar naturalmente le exige una autenticidad y compromiso con la tarea que involucrará en buena parte su forma de vida.

Debe tenerse en cuenta que un modelo educativo participativo y democrático, en donde cada integrante tiene un espacio, no implica que se desdibuje el papel del educador ni sus responsabilidades; por el contrario, su saber específico hace posible el proceso de aprendizaje. La flexibilidad necesaria en la construcción colectiva del conocimiento no puede dar lugar a la improvisación.

En cada actividad educativa se planificará detalladamente las actividades a realizar, las técnicas específicas a utilizar, las formas de evaluación pertinentes y los recursos necesarios, de acuerdo con los objetivos acordados. Para ello el educador contará con una formación teórica y metodológica que le permita utilizar creativamente los numerosos recursos y técnicas existentes y seleccionar los apropiados para cada situación.

El educador también debe ser consciente del lugar que ocupa en el grupo que coordina, del tipo de vínculos que se establecen y de las dinámicas que se generan entre los participantes. Asimismo, es de la mayor importancia el ambiente o clima que se logre crear en una actividad, factor del cual va a depender en gran parte el resultado de la misma. Y será fundamental en la instalación de este clima el entusiasmo y afecto que el educador vuelque en la tarea, lo que va a permitir entre otras cosas que el grupo pueda trabajar creativamente los aspectos emocionales, así como asimilar en forma positiva los imprevistos que puedan suceder para aprovecharlos como oportunidades.

En cuanto al perfil del educador para la salud, aún cuando no existen “recetas” universales sino que cada uno desempeña la tarea según sus características personales, ésta requiere una actitud básica de apertura en dos sentidos:

- * una mirada “hacia fuera”, hacia el otro y su entorno, para escuchar, aprender y comprender, y
- * un proceso “hacia adentro”, de profunda reflexión en torno a las propias posturas, ideas, prejuicios, representaciones, inhibiciones y el reconocimiento de los propios límites.

El educador sanitario que desarrolle estos aspectos estará preparado para llevar a cabo una tarea educativa creadora.

Señalamos sus principales características:

- Mantiene una actitud empática, o sea que es capaz de ponerse en el lugar del otro.
- Se comunica con sencillez y claridad.
- Establece relaciones de confianza y de respeto.
- Acepta y valora el saber del otro; no descalifica, sino que pregunta y se pregunta.
- Fomenta la participación, estimulando el “empoderamiento” o autonomía de las personas.
- Pone sus conocimientos específicos al servicio de la construcción de un saber conjunto. (No posee “verdades absolutas” ni soluciones prefabricadas).
- Apela a los recursos y la creatividad de los otros.
- Acepta los comportamientos diferentes, evitando referirlos a “modelos ideales”.
- Es consciente de sus prejuicios y preferencias, y procura que no interfieran en su trabajo.
- Es flexible para captar la realidad y buscar caminos posibles, prescindiendo de actitudes normativas (lo que “se debe” hacer).
- Crea espacios de reflexión conjunta, posibilitando que las acciones den lugar al aprendizaje.

Para reflexionar...

*El educador brasileño **Paulo Freire** (1921-1997), reconocido por sus valiosos aportes en el campo de la educación popular, distingue dos visiones de la educación: una educación humanista, que respeta a la persona y que conduce a develar la realidad para transformarla, y una educación deshumanizadora, que “cosifica” a la persona y mantiene los mitos para adaptarla a la realidad.*

A esta segunda visión la llama concepción “bancaria”, porque hace del proceso educativo un acto de “depositar” contenidos, “domesticando” al educando.

La describe así:

- a) El educador es quien educa; el educando, el que es educado.*
- b) El educador es quien disciplina; el educando, el disciplinado.*
- c) El educador es quien habla; el educando, el que escucha.*
- d) El educador prescribe; el educando sigue la prescripción.*
- e) El educador elige el contenido de los programas; el educando lo recibe en forma de “depósito”.*
- f) El educador es siempre quien sabe; el educando, el que no sabe.*
- g) El educador es el sujeto del proceso; el educando, su objeto.*

Desde esta postura el educando es como una olla que va siendo llenada de conocimientos, como si el conocer fuera el resultado de un acto pasivo de recibir donaciones o imposiciones de otros.

Y los educandos inquietos, creadores y refractarios a la cosificación son vistos por esta concepción deshumanizante como inadaptados, desajustados o rebeldes.

En verdad, la concepción “bancaria” termina por archivar tanto al que hace el depósito como al que lo recibe, porque pone a ambos fuera del riesgo de la aventura de crear.

LOS MATERIALES EDUCATIVOS de apoyo:

Los materiales de difusión son instrumentos de apoyo educativo, es decir que su producción forma parte de una planificación de educación para la salud con el fin de facilitar y complementar el cumplimiento de los objetivos del programa. Cuando se trata de una propuesta aislada el material podrá tener alguna utilidad, pero generalmente representa una pérdida de esfuerzos y recursos.

Es conveniente que los educadores se familiaricen con las características de los distintos materiales a su alcance –visuales, auditivos, audiovisuales, especiales- y sus posibles aplicaciones, para poder valerse de estos recursos pedagógicos.

Antes de la elaboración final de un material es necesario probarlo o validarlo, es decir realizar un pretest con personas representativas de los grupos destinatarios, para evaluar si el producto cumple con el objetivo propuesto o si será necesario modificarlo. En el pretest se plantearán los siguientes interrogantes para verificar las condiciones que reúne el material:

- 1.- El material, ¿es atractivo o interesante? (atracción)
- 2.- ¿Es fácil, se entiende correctamente? (comprensión)
- 3.- ¿Respeto en todos sus aspectos la cultura de la comunidad a la que está destinado? (aceptación)
- 4.- ¿Los destinatarios, consideran que el mensaje está dirigido a ellos? (identificación)
- 5.- Su contenido, ¿es convincente? (persuasión).

CRITERIOS GENERALES DE ORIENTACIÓN PARA EL DISEÑO Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES EDUCATIVOS DE APOYO EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN COMUNIDADES”⁷

- * *Que la comunidad participe en el diseño y elaboración de materiales de acuerdo a sus habilidades y recursos.*
- * *Que estos sean relevantes, es decir que se refieran a situaciones habituales y se relacionen con objetos, situaciones, necesidades y problemas de la comunidad.*
- * *Que los materiales formen parte de un programa educativo.*
- * *Que estén relacionados con un sistema disponible de prestación de servicios.*
- * *Que sean mutuamente reforzables, y complementarios.*
- * *Que sean sometidos a prueba –pretest- antes de su elaboración final y difusión.*
- * *Que se acompañen de instructivos para su uso.*
- * *Que se renueven o actualicen cuando así se requiera.*
- * *Que sean, en lo posible, de bajo costo, de uso múltiple y de larga vigencia.*
- * *Que propicien el respeto a las tradiciones culturales.*

PARTICIPACIÓN y Educación para la Salud

⁷“Guía para el Diseño, Utilización y Evaluación de Materiales de Educación para la Salud”,
Cap. I, OPS, serie PALTEX N° 10, 1985.

Esta dimensión ocupa un lugar central en la presente concepción de educación para la salud. La participación de la comunidad en los programas sociales de los que es destinataria constituye un componente conceptual y metodológico clave.

Las metodologías participativas han cobrado una importancia creciente a partir de las experiencias de trabajo con la comunidad implementadas desde los años 70 por las organizaciones no gubernamentales en numerosos países.

Más tarde, a la luz de las transformaciones culturales y sociopolíticas que han tenido lugar, los programas sociales gubernamentales comenzaron a prestar atención a estas formas de planificación, especialmente tomando en cuenta los magros resultados de la planificación tradicional centralizada (en la cual, entre otros problemas, “se piensa por los otros”). Esta apertura, aunque lenta, representa un importante cambio de enfoque en las políticas sociales, en las que el eje pasa a centrarse en las personas y sus circunstancias reales.

La participación social es una condición necesaria para la viabilidad y eficacia de un proyecto. La práctica demuestra que el aporte de los destinatarios de las acciones, sus saberes y opiniones acerca de la realidad a la que pertenecen, su potencial creativo y la incorporación de los recursos de la comunidad son elementos indispensables, junto con los conocimientos y recursos del equipo técnico, para el logro de los objetivos fijados.

Un proyecto de educación para la salud *para* una comunidad determinada no puede pensarse sino es *con* la participación de la misma, esto es las personas tomando parte en las distintas etapas del proyecto, desde la reflexión acerca de los propios problemas y el diagnóstico de situación hasta las evaluaciones.

Pero, además de medio o instrumento para alcanzar los objetivos de un proyecto, la participación representa en sí misma un fin específico o efecto deseado de la educación para la salud, porque en la acción misma de planificar con otros las personas van desarrollando habilidades y capacidades para tomar decisiones que afectan a la propia vida.

Es decir que el compromiso en la búsqueda de la solución a los propios problemas, en un “aprender a hacer” conjunto, constituye un proceso en el cual el sujeto se va apropiando de la realidad para transformarla, en un camino de desarrollo como persona y como sujeto social.

La participación de las personas no se da casi nunca como acción aislada o espontánea, sino que requiere de la organización de la comunidad. También es competencia del educador estimularla cuando se pone en marcha un proyecto comunitario; una estrategia de participación supone una metodología de trabajo que promueva y facilite la intervención de la comunidad en todas las etapas de la programación.

En la práctica pueden encontrarse diferentes niveles de participación. Un primer requisito para tener la posibilidad de participar es recibir la información pertinente, de forma adecuada y oportuna. El nivel más pleno es participar en la toma de decisiones.

No hay un modelo único de participación. Una gestión compartida entre las instituciones y las organizaciones comunitarias puede comenzar con actividades promovidas externamente, pero progresivamente llevar a la comunidad a tomar parte en todos los aspectos que involucra el proyecto, desde el diagnóstico, la planificación, las decisiones que requieran las acciones a seguir hasta la consiguiente evaluación.

Se trata de un proceso que precisa su tiempo, un trabajo de ajuste del grupo y de los distintos puntos de vista, la generación de mecanismos de resolución de conflictos y dificultades, y aprendizajes acerca de los distintos elementos que intervienen en un proyecto. Proceso que tendrá altibajos y requerirá no bajar los brazos aún cuando no se vayan dando los resultados esperados. La convicción de que éste es el camino hacia el cambio nutrirá el ánimo del educador.

PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PROCESOS PARTICIPATIVOS *

Facilitadores

- *Políticas explícitas de promoción y aliento a la participación.*
- *Respaldo técnico financiero.*
- *Respeto a las culturas locales.*
- *Existencia de liderazgos democráticos.*
- *Organización comunitaria flexible a los cambios.*
- *Intercambio de experiencias con comunidades en etapas más avanzadas de participación.*
- *Experiencias anteriores que dieron soluciones apropiadas a problemas concretos.*
- *Niveles adecuados de organización y coordinación interinstitucional.*

Obstaculizadores

- *Persistencia de enfoques tradicionales con priorización asistencialista.*
- *Actividades casi exclusivamente intramurales.*
- *Estructuras institucionales autoritarias o paternalistas.*
- *Carencia de recursos adecuados.*
- *Escepticismo por experiencias frustradas.*

* Disc. Técnicas, Bol. OSP Vel. XC N° 4, Abril/198. Modificado

LA EVALUACIÓN en la Educación para la Salud

A grandes rasgos, la evaluación es la instancia de una planificación en la que se compara lo realizado con lo que se planeó realizar, estableciendo qué sucedió y porqué.

Consiste en un conjunto de acciones destinadas a saber cuánto se avanzó y cuánto falta para cumplir con el objetivo fijado, detectar problemas y corregir errores en el momento oportuno, y finalmente decidir qué cambios son necesarios a futuro.

Incorporada a la planificación y ejecución, la evaluación es un proceso continuo que va desde las primeras etapas del proyecto hasta después de finalizadas las acciones.

Como en todas las instancias de una planificación, también en el diseño de la evaluación intervendrán los destinatarios de la misma; se trata de un elemento muy importante del proceso participativo, ya que el espacio de reflexión sobre las acciones que se van ejecutando sirve al objetivo de aprendizaje de los involucrados en la gestión del proyecto.

Existen distintos **tipos de evaluación**, según los diferentes objetivos que se planteen:

- **Evaluación ex ante:** tiene como objetivo medir la factibilidad y viabilidad del proyecto analizando la realidad y seleccionando las mejores alternativas de intervención.
- **Evaluación de proceso o monitoreo:** el objetivo es revisar cómo funcionan las actividades durante la ejecución del proyecto. Es la evaluación que controla y mide el progreso de cada actividad.
- **Evaluación de resultados:** el objetivo es medir el grado de cumplimiento de los objetivos una vez finalizado el proyecto.
- **Evaluación de impacto:** el objetivo es conocer como afectó el proyecto a la comunidad. Tiene lugar después de finalizado el proyecto, en el mediano y largo plazo.
- **Evaluación cualitativa:** el objetivo es examinar el contexto en que se desarrolló el proyecto, identificando los elementos facilitadores y los obstáculos que se presentaron.

Para realizar una evaluación previamente deben establecerse los indicadores con que se va a analizar los resultados. Un **indicador** es una meta verificable que especifica el criterio de éxito. El indicador responde a la pregunta ¿cómo vamos a medir el cumplimiento del objetivo?

Es importante que los objetivos estén bien formulados; los objetivos imprecisos dificultarán posteriormente las evaluaciones.

En la evaluación final se analizan los resultados comparando los indicadores metas con los logros. Los logros pueden ser los deseados, pero también puede haber logros imprevistos, tanto favorables como desfavorables.

Las conclusiones acerca del cumplimiento de los objetivos fijados permitirán elaborar recomendaciones y propuestas de acciones para el futuro.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ALGUNOS ÁMBITOS ESPECÍFICOS

LOS ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD

Constituyen los ámbitos por excelencia para implementar acciones educativo sanitarias, tanto en lo que hace a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como en la ayuda a los pacientes de enfermedades crónicas y sus familias a convivir más saludablemente con la enfermedad.

Todo el equipo de salud tiene, por sus propias funciones y responsabilidades, una importante capacidad educativa potencial a desarrollar con la población con la que trabaja, ya sea para reflexionar con la gente acerca de sus problemas, comportamientos y actitudes como para alentarlos a buscar las alternativas más adecuadas. Es indispensable que el personal de salud comprenda la trascendencia de este papel y se capacite para cumplirlo en forma conciente y permanente.

Por otro lado, han venido cobrando especial relevancia las acciones extramuros. Es importante que éstas se lleven a cabo a través de programas orgánicos, sistemáticos e integrales de promoción y desarrollo comunitario en áreas programáticas definidas, con una adecuada coordinación de recursos institucionales intra y extrasectoriales, incluyendo los de la comunidad.

De este modo y dado que los equipos de salud poseen un conocimiento directo de la realidad sanitaria y socioeconómica de la población en la que están insertos, los establecimientos y servicios de salud podrán hacer uso de sus recursos en forma más coherente con las necesidades de esa población.

LA EDUCACIÓN SISTEMÁTICA

Uno de los campos fundamentales en que opera la educación para la salud es el de la educación formal en todos sus niveles, dada la función social de la escuela y su significación como formadora de valores, hábitos, actitudes y comportamientos para la vida del individuo y la sociedad.

Para el logro de los objetivos de la educación para la salud es clave una adecuada capacitación de los docentes que participan de los programas

quienes, debido al vínculo cotidiano y permanente con los alumnos, tienen un papel principal en el proceso educativo sanitario.

La interacción planificada entre los sectores Salud y Educación posibilita que la escuela cumpla cabalmente el papel de promotora de salud con una visión totalizadora e integradora, trabajando en tres líneas:

- 1.- los contenidos curriculares, como proceso permanente de enseñanza de estilos de vida saludables y construcción de valores y habilidades para la vida en comunidad
- 2.- la construcción de entornos saludables, tanto en las condiciones físicas de la escuela como en las relaciones humanas constructivas y armónicas, abarcando a toda la comunidad educativa
- 3.- el acceso a servicios de salud y nutrición, para favorecer el crecimiento y desarrollo del escolar

La intersectorialidad facilita la articulación de la escuela con la comunidad y con los servicios de salud en los sistemas locales de los que forma parte.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Los medios de comunicación ejercen una indudable influencia en el comportamiento de las personas. En este sentido representan un recurso potencial del que pueden valerse los programas educativo-sanitarios para difundir sus contenidos.

La transmisión de mensajes por medios locales audio visuales o gráficos, debido a la relación más cercana y directa con los grupos destinatarios, ofrece las ventajas de una producción ajustada a las características concretas de esa población y a la disponibilidad de servicios locales. La utilización de medios de alcance nacional o regional, por el contrario, requiere un desarrollo de las temáticas y los contenidos adecuado a las diversas características de una audiencia heterogénea.

La planificación en materia de comunicación por medios masivos debe contemplar la difusión de mensajes en tandas o avisos en la prensa escrita y audio visual, así como la participación activa en programas periodísticos y de interés general. La inclusión de temas de salud, por ejemplo, en telenovelas y otros programas de gran difusión ha resultado un recurso muy eficaz para llegar a sectores de población determinados.

Desde el punto de vista del público receptor de los mensajes, éste está sometido a una permanente e indiscriminada sobreinformación, la que en general resulta difícil de seleccionar y valorar debidamente. Desde la competencia que establecen las empresas y la publicidad se configura en la práctica una "lógica de los medios" que no siempre se corresponde con la

“lógica de la salud”, sino que hasta puede contradecirla generándose procesos de desinformación no fáciles de revertir.

Se hace necesario entonces mantener una interacción sostenida con empresarios de medios y comunicadores –jornadas, seminarios, comisiones– con el objetivo de compatibilizar las lógicas de ambos sectores, y contribuir a elevar la conciencia acerca de la responsabilidad que cabe al campo de la comunicación social en el cuidado de la salud de la población.

LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Las transformaciones económicas y políticas de las últimas décadas han abierto espacios crecientes a la sociedad civil, la que se ha convertido en un actor de peso para el desarrollo especialmente en los niveles locales.

Las organizaciones no gubernamentales, del tercer sector o del sector social según las distintas denominaciones en uso, son asociaciones sin fines de lucro orientadas hacia los más diversos objetivos sociales. Se trata de un sector enormemente heterogéneo en cuanto a las temáticas que abarca, los modos de organización y las funciones y actividades que tiene a su cargo.

En lo relativo a la educación para la salud, el principal aporte de estas organizaciones radica en el desarrollo de metodologías de trabajo con la comunidad: la incorporación de tecnologías innovadoras, la intersectorialidad, la concepción de desarrollo integral, la participación y el empoderamiento de la población, la horizontalidad en las relaciones y la proximidad a las realidades locales, además de la gran vocación de servicio y la solidaridad de sus miembros.

De ahí la necesidad de estimular e implementar mecanismos de interacción entre estas instituciones y el sector de la salud para encarar en forma conjunta los problemas que afectan a la comunidad y la búsqueda de alternativas de solución de los mismos.

"Llegamos al siglo XXI con un desarrollo en el campo de la medicina, la investigación y la educación sin precedentes y con una esperanza de vida impensable hace unas décadas, pero con una contrapartida: vivimos más tiempo, pero no más saludablemente".⁸

Cada etapa requiere nuevas formas de pensar la educación para la salud.

La velocidad a que se suceden los cambios exige a los educadores estar muy alertas para captar la realidad que se va presentando. Sólo la investigación permanente permitirá dar cuenta de las transiciones, cambios culturales, tecnológicos y recambios generacionales y, consecuentemente, ir adecuando las herramientas conceptuales y metodológicas para abordarlos.

DIGÁMOSLO CON HUMOR...



("Moraleja": las medidas de prevención no resultarán válidas si no se toman en cuenta las circunstancias personales, el contexto y la oportunidad).

⁸ "La educación para la salud en el siglo XXI. Comunicación y Salud". SERRANO G., María Isabel. (Ver BIBLIOGRAFIA)

*De Revista Desidamos,
FEIM, N° 1/1996*

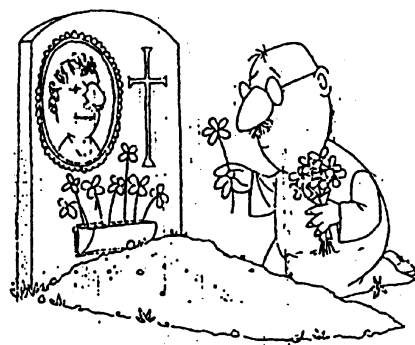
*(“Moraleja”: no todas las
personas comprenden los objetivos
de la educación para la salud.)*



*De Revista Desidamos,
FEIM, N° 2 / 1997.*



*(“Moraleja”: los mensajes
emitidos por medios masivos de
comunicación llegan a un público muy heterogéneo,
por lo que pueden ser interpretados según diferentes
códigos)*



*Un hombre está poniendo flores
en la tumba de un pariente, cuando
ve a un chino poniendo arroz en la
tumba vecina.*

Asombrado, le pregunta:

*- "Disculpe señor, ¿usted de verdad
cree que su difunto va a venir
a comer el arroz?"*

*- "SI", contesta el chino,
"cuando el suyo venga a oler sus flores..."*

("Moraleja": si no tomamos en cuenta las diferencias culturales, no comprenderemos los comportamientos de los otros).

*George Foster, en su trabajo "Culturas
tradicionales y cambio técnico", relata esta
fábula oriental:*

*"Había una vez un mono que se salvó de una
gran inundación trepando a un alto árbol.
Viendo a un pez en el agua y creyendo que
estaba por ahogarse, sintió compasión por él y
lo puso a salvo subiéndolo también al árbol.
Grande y desagradable fue su sorpresa
cuando el ingrato pez, en lugar de agradecerle
el gesto, simplemente se murió".*

De Revista Educación para la Salud Nº 56, 1998.



("Moraleja": cuando se hace algo por el otro sin su opinión, aún con las mejores intenciones, no suceden cosas buenas...)

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

1.- Declaración de Alma – Ata	36
2.- Carta de Ottawa	39
3.- Las causas que subyacen a las causas. Determinantes sociales de la salud	45
4.- La educabilidad de la salud.....	47
5.- Aprendiendo a conocer mejor a la comunidad.....	52
6.- Publicidad para todos en el año 2000: implicaciones de salud pública para los países menos desarrollados.....	54
7.- Materiales educativos. Criterios generales y específicos.....	61
8.- Reflexiones sobre metodologías de trabajo con el otro.....	68

Lectura N° 1

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I.- La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II.- La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III.- El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial.

IV.- El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V.- Los Gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI.- La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la

comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII.- La atención primaria de salud:

1.- Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sus servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

2.- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

3.- Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

4.- Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

5.- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

6.- Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

7.- Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten,

con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII.- Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX.- Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X.- Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y, en particular, para acelerar el desarrollo socioeconómico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Acción Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y paralelamente en los países en desarrollo, con espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS, al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo económico y financiero, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

La Conferencia exhorta a través de las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Lectura N° 2

CARTA DE OTTAWA

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIONAR LA SALUD

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

PREREQUISITOS PARA LA SALUD

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

PROMOCIONAR EL CONCEPTO

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

PROPORCIONAR LOS MEDIOS

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a

hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

ACTUAR COMO MEDIADOR

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados : los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores ente los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA PROMOCION DE LA SALUD IMPLICA: LA ELABORACIÓN DE UNA POLITICA PÚBLICA SANA

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributado y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

LA CREACION DE AMBIENTES FAVORABLES

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegemos los

unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

EL REFORZAMIENTO DE LA ACCION COMUNITARIA

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

EL DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporciona información, educación sanitaria y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

LA REORIENTACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos

deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud, de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo, deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

IRRUMPIR EN EL FUTURO

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de la planificación.

EL COMPROMISO A FAVOR DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- A intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar a favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores.
- A oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo, se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.
- A eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades.
- A reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarles y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general.

- A reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo.
- A reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza a favor de la salud.

LLAMADA A LA ACCION INTERNACIONAL

La Conferencia llama a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar a favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

La presente CARTA fue elaborada y adoptada por una conferencia internacional organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de la Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Doscientos delegados de 38 países se reunieron en Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986 para intercambiar experiencias y conocimientos dirigidos a la promoción de la salud.

La Conferencia favoreció un diálogo abierto entre profanos y profesionales de la salud y de otros sectores, entre representantes de los organismos gubernamentales, comunitarios y asociaciones benéficas, así como entre políticos, administradores y técnicos sanitarios. Los participantes coordinaron sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y icolectivo hacia el objetivo común de "Salud para Todos en el año 2000".

Esta CARTA para la acción refleja el espíritu de las cartas que la precedieron, en las cuales se reconocieron y trataron las necesidades de los pueblos. La carta presenta los enfoques y estrategias para la promoción de la salud que los participantes consideraron indispensables para que se produzca un progreso auténtico. El informe de la Conferencia examina en detalle las cuestiones que se discutieron, ofrece ejemplos concretos y sugerencias prácticas para avanzar en el progreso real y apunta a la acción que se exige de las naciones y los grupos interesados.

El avance hacia un nuevo concepto de la salud pública es ya evidente en todo el mundo. Este avance se ha visto confirmado no sólo por las experiencias sino también por los compromisos concretos de los individuos invitados a participar en calidad de expertos. Los países que estuvieron representados en la conferencia fueron los siguientes: Antigua, Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Escocia, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Ghana, Holanda, Hungría, Inglaterra, Irlanda del Norte, Islandia, Israel, Italia, Japón, Malta, Nueva Zelanda, Noruega, País de Gales, Polonia, Portugal, República Democrática de Alemania, República Federal de Alemania, República de Irlanda, Rumania, St. Kitts-Nevis, Suecia, Sudán Suiza, Unión Soviética y Yugoslavia.

Lectura N° 3

LAS CAUSAS QUE SUBYACEN A LAS CAUSAS... **Determinantes Sociales de la Salud**⁹

El Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Lee Jong-wook, ha presentado el 18 de marzo de 2005 la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**, un nuevo órgano que promoverá la adopción de medidas relativas a las causas sociales que subyacen a la mala salud.

Se entiende por determinantes sociales las condiciones en que viven y trabajan las personas. Son las “causas que subyacen a las causas” de la mala salud, entre otras, la pobreza, la exclusión social, la falta de vivienda adecuada, las carencias del desarrollo en la primera infancia, las condiciones laborales insalubres, y la falta de sistemas de salud de calidad.

La Comisión está integrada por destacados expertos mundiales en salud, educación, vivienda y economía. Los Comisionados formularán recomendaciones sobre el mejor modo de afrontar los determinantes sociales de la salud y proteger la salud de las poblaciones pobres y marginadas, y romper el círculo vicioso que vincula recíprocamente la pobreza y la mala salud.

“La situación social determina en gran medida si una persona podrá vivir 40 años u 80 años, si recibirá o no tratamiento contra una enfermedad curable, y si sus hijos llegarán o no a cumplir cinco años. Nadie tendría que morir por la única razón de que es pobre. Esta Comisión prestará ayuda a los países, no importa lo ricos o pobres que sean, en la aplicación de estrategias que contribuyan a alargar y hacer más saludables las vidas de los pobres y marginados”, ha declarado el Dr. Lee en la presentación oficial de la Comisión, en Santiago de Chile. “De este modo, las necesidades de los desfavorecidos se sitúan efectivamente en el primer lugar del programa para el siglo XXI”.

La labor de la Comisión se centrará en la determinación, la evaluación, la adaptación y la difusión de estrategias eficaces para afrontar los determinantes sociales, con el propósito de prestar apoyo a los gobiernos en la expansión de las intervenciones. La Comisión operará durante tres años, a partir de este mes.

“Gran parte de los problemas de salud son consecuencia de las condiciones sociales, y esa es la razón de que los pobres soporten la mayor carga de mala salud. A escala mundial, hemos de intentar que las políticas de salud dejen de limitarse a las soluciones centradas en las enfermedades y tengan en cuenta el entorno social”, ha afirmado el Presidente de la Comisión, Michael Marmot. “Me honra trabajar con Comisionados de tanto calibre. Proporcionaremos a los responsables de las políticas los mejores datos disponibles, para que la pobreza no condene a nadie a una vida más breve e insalubre.”

⁹ Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud, Marzo de 2005.

Los determinantes sociales están intrínsecamente vinculados a las inequidades en salud. Permiten comprender por qué las personas pobres y marginadas enferman más y mueren antes que las personas que gozan de mejor posición social, y son una razón de peso subyacente a las grandes diferencias que presenta en el mundo la esperanza de vida promedio: desde 34 años en Sierra Leona (la más baja del mundo) hasta 81,9 años en el Japón (la más alta). Los determinantes sociales explican también la mayor parte de las inequidades en salud que se dan en el interior de los países. En Indonesia la mortalidad de menores de 5 años es casi cuatro veces mayor en el quinto de población más pobre que en el quinto más rico. En Inglaterra y Gales, los datos más recientes muestran una diferencia de 7,4 años entre las esperanzas de vida de los varones que desempeñan profesiones calificadas y los que tienen profesiones manuales no calificadas (cifras de 1997-1999).

Algunos países –como Chile, el Reino Unido y Suecia- ya están ensayando programas sanitarios innovadores que afrontan los determinantes sociales mediante un planteamiento intersectorial integral. Por ejemplo, los programas de bienestar social que condicionan las prestaciones a la asistencia de los niños a la escuela, a la realización de chequeos médicos y a otras medidas de promoción de la Salud, contribuyen a aminorar la tendencia a que pobreza equivalga a mala salud. También salvaguardan la salud de los grupos vulnerables las evaluaciones de las inequidades en salud que llevan a la declaración de “zonas de acción sanitaria”, y las campañas de promoción de la salud orientadas a las poblaciones desfavorecidas.

La Comisión localizará estrategias que los países estén aplicando con éxito y colaborará con las autoridades en la determinación del mejor modo de reproducir esos buenos resultados en otros países y en otras circunstancias. Si bien hasta la fecha los progresos más notables en la mejora de los determinantes sociales se han registrado en los países de altos ingresos, la Comisión se centrará especialmente en determinar y promover las políticas aplicables en los países en desarrollo, donde es máxima la magnitud de los efectos adversos de esos determinantes en la salud. Superar esos obstáculos sociales representa una magnífica ocasión para reducir la carga mundial de inequidades en salud y asegurar que los beneficios para la salud sean sostenibles a largo plazo.

La Comisión centrará la atención de los más notables expertos y científicos mundiales en determinantes sociales específicos tales como el entorno urbano, la exclusión social y las condiciones de empleo. Esas “redes expertas” ampliarán los conocimientos actuales para definir con más precisión los vínculos existentes entre los determinantes sociales y la salud, en particular en los países en desarrollo.

La Comisión colaborará con las autoridades nacionales a fin de que se incorporen los planteamientos que tienen en cuenta los determinantes sociales en las actividades encaminadas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM reconocen la interdependencia de la salud y de otras condiciones sociales, y suponen una ocasión para promover políticas de salud que abordan las raíces sociales de un sufrimiento humano injusto y evitable.

Lectura N° 4

LA EDUCABILIDAD DE LA SALUD

¿Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad?

10

Introducción

En esta época en la que tantos recursos tenemos y se han alcanzado tantos conocimientos; en este siglo en el que hay más científicos vivos que en todos los siglos precedentes y a pesar de ello nos podemos preguntar, ¿es posible que tengamos que educarnos para vivir con salud?.

En los últimos años observamos en la realidad que vivimos, hechos, acontecimientos, procesos de vida, que influyen en el nivel de salud de las personas y globalmente en la salud de los grupos y comunidades; aparecen problemas en tomo a formas de expresar la vida de algunos grupos juveniles y/o adolescentes y surgen consecuencias especialmente graves personales y sociales. Y se habla de que la Educación para la Salud puede influir favorablemente en estas situaciones potencialmente patógenas.

Algunos datos que hacen pensar

Añadimos que no sólo están como problema de salud determinados modos de vida de niños, jóvenes, adolescentes, sino que tenemos datos muy importantes del campo de los adultos, y es que el 75 por 100 de los cánceres están relacionados con los modos de vida.

"El 30 por 100 del tabaquismo y más del 10 por 100 del alcoholismo causan muerte por cáncer. La principal causa de muerte en menores de 35 años son los accidentes de tráfico por exceso de alcohol". (Wetton, 1990).

Refiero al lector al Capítulo 1 para que vea el mosaico epidemiológico del siglo XXI.

En la 1ª Conferencia Europea de EpS (Educación para la salud) el eminente cancerólogo Henri Puyol expresaba: "Tenemos dos caminos para mejorar la problemática del cáncer: continuar la investigación y acrecentar la eficacia de la EpS".

El perfil del nuevo enfermo del SIDA es más inquietante (Conde 1997). Se han hecho estudios, prospectivos y el perfil del enfermo del SIDA va ir cambiando hacia personas más jóvenes en los próximos años.

Luc Montagnier, descubridor del virus del SIDA, dice: "La investigación en el SIDA es muy activa, pero urge que haya campañas educativas en profundidad, que los jóvenes y adolescentes conozcan los riesgos de sus prácticas sociales".

Jonatan Man director del Programa Mundial para el SIDA: "La epidemia internacional es por su propia naturaleza un mosaico formado por un desmedido número de teselas, cuantas son las situaciones nacionales, locales, culturales, en fin, individuales y personales, como el comportamiento humano individual y colectivo, personal e institucional". Vuelven enfermedades infecciosas que habían desaparecido.

¿Es necesaria la Educación para la Salud?

Abordar los problemas desde la perspectiva de la educación está de moda,

¹⁰ La Educación para la Salud en el Siglo XXI. Comunicación y Salud. Autores Varios. Coord.: María Isabel SERRANO. Editorial Díaz de Santos. Segovia. 1998.

¿pero tiene posibilidades?.

Fracasan métodos tradicionales de intervención educativa. Hemos visto que la sola información, que es necesaria en la educación, tiene poca influencia en cambios de actitudes preventivas. Las campañas preventivas desde los MCS (Medios de comunicación social), algunas veces han sido contraproducentes; nos enfrentamos al problema de la publicidad que asocia al alcohol y al tabaco imágenes atractivas, deporte, riesgo, evasión, seducción, tiene efectos poderosos en las personas más vulnerables y hay otra publicidad sutil en variados spots que funciona como una lavadora del cerebro.

El efecto de la publicidad es estímulo, y manipula las conductas y las deriva a conductas de riesgo que provocan estilos de vida no saludables en sectores de la población con más posibilidades de riesgo. Personas con bajo nivel de instrucción, adolescencia, niño/a, mujeres amas de casa; población anciana que es la más consumidora de televisión.

"El publicitario opera en el inconsciente. Ya no distingue entre información, opinión y publicidad" (Vega, A.: 1997). Los MCS juegan un papel clave a la hora de orientar la interpretación de determinados problemas juveniles.

Complejidad de la Educación para la Salud

Si nos preguntamos cuál es el objeto del conocimiento de la EpS no podemos dar una respuesta simple y parcial, porque en el ser tridimensional del que hemos hablado no acontece nada en el nivel orgánico sin implicar al nivel psíquico y sociocultural y, como hemos visto político. La EpS debería ser una disciplina -el punto de vista- que ponga orden a las diferentes caras que tiene el hecho de que las acciones del hombre aumentan o disminuyen la salud individual y colectiva, y cómo la educación conecta y genera cambios: "Los estudios biológicos sobre el desarrollo en cuanto progresiva construcción de un fenotipo a partir del genoma y del medio constituye la base que conecta la educación con la especie y la evolución, saludable o no". (PUIG).

La pregunta pertinente para tratar de ordenar los numerosos factores con los que se juega en EpS es: ¿Cómo se produce el cambio en el ser humano cuando intervenimos con la EpS? ¿Cómo explicar y comprender estos cambios de comportamiento que se han dado en los distintos proyectos? Para dar una respuesta hay que adoptar posiciones transdisciplinarias porque la realidad es poliédrica y son posibles los acercamientos desde distintas disciplinas.

Otra cuestión es que mantener el nivel de salud requiere un protagonismo, una acción, por lo que lo que la información que se adquiere a través de esta experiencia no es sólo organizar conocimientos sino cambio en el modo de expresar y vivir la vida; este impulso de salud requiere la conquista de la autonomía que es una finalidad de la EpS que se expresa según Diego Gracia, "en hacer elecciones razonadas y razonables. La capacidad de elegir y tomar decisiones es tan importante que influye en la salud de quienes lo realizan,".

Para que conozcamos los cambios que pretendemos impulsar en el desarrollo humano no tenemos que hablar de concepto de salud, actitudes, valores, sistemas de referencias. Tenemos que conocer métodos educativos, técnicas, desarrollar la investigación, el aprendizaje de conductas saludables. Pero no como conceptos parciales y aislados, aunque se separen en la explicación por razones didácticas, sino como un fenómeno global que es la actividad humana, saludable o no. Informarse y formar son dos tareas complementarias. La EpS es ciencia descriptiva y ciencia de acción.

Los intangibles de la EPS

La educación para la salud es una actividad intencional que requiere un programa con el análisis de la realidad o definición del problema, objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo. En esta intencionalidad de la EpS nos basamos para que el individuo pueda adquirir conocimiento de todo lo que le rodea y de sí mismo, y pueda modificar todo esto, incluida su conducta. Desde este punto de vista la EpS obtiene buenos resultados en promoción de la salud y prevención, como también con enfermos crónicos para ayudarles a vivir saludablemente con la enfermedad; y con los familiares de enfermos terminales contribuye a crear grupos de autoayuda. Desde esta reflexión con estas posibilidades de la EpS nos preguntamos: ¿Es suficiente conocer sólo técnicas, o entran también en juego cuestiones tan intangibles como la cultura, la estructura social y las actitudes y las creencias?.

En 1965 Erickson observó que el paciente sufre sobre todo por el problema de no saber en qué debería creer y en quién, o en realidad qué querría ser o llegar a ser. El moderno desarrollo de la pedagogía psicológica, y sobre todo la medicina psicosomática, hace introducir en los procesos educativos actividades de la psicología como la autoestima que es la actitud hacia uno mismo. Es el sistema fundamental por el cual se ordena las experiencias. Está en la raíz de nuestra conducta, saludable o no, englobado todo el dinamismo humano, el centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar. Desde su unidad nos abrimos a un repertorio múltiple de conductas capacitándonos para enfrentamos a la vida compleja y cambiante, clave de nuestro aprendizaje y de las posibilidades de una vida saludable.

El autoconcepto es la opinión que tenemos de nosotros mismos y es la génesis de la autoestima. Es modulado por nuestras creencias, convicciones en todos los campos, y de manera muy importante está estudiada la relación de baja autoestima y enfermedades de la adolescencia. Un autoconcepto negativo se relaciona con el desarrollo de conductas de riesgo.

El proceso metodológico VJA (Ver, juzgar actuar), que vamos a exponer en otro capítulo, ayuda a elegir metas, a decidir actividades saludables, a asumir responsabilidades de conducirse a sí mismo, a fortalecer el yo y la identificación positiva, favorece su proceso de personalización, acrecienta la confianza básica posibilita relaciones de pertenencia, por lo que estas actividades desarrollan notablemente la autoestima (Serrano G., MI, 1991).

Y la autoestima correlaciona positivamente con la salud y acrecienta el respeto y aprecio de uno mismo para la relación con los demás y para hacer un aprendizaje saludable. Facilita los cambios de actitud y conductas de riesgo para la salud. Personas que se desarrollan así están mejorando la calidad de vida de su contexto porque facilitan una comunicación positiva en su entorno.

La acción en cuanto modo de relacionarse con el entorno es resultado y causa principalísima del proceso educativo. Las acciones son procedimientos educativos de interés que se irá explicando a lo largo de este libro.

La EPS, respuesta a problemas del sistema sanitario

La EpS no es una hipótesis abstracta, es una realidad que responde a las necesidades de salud, y la posibilidad objetiva de adquirir comportamientos positivos en lo relativo a la salud. Significativamente también adquisición de una actitud preventiva y de toma de

decisiones conscientes y coherentes en cuanto a la defensa y promoción de la salud; solicitud y correcta utilización de los servicios sanitarios, y maduración de individuos capaces de evaluar factores de riesgo y trabajar por la mejora del contexto (Mod, 1991). Desde esta realidad podemos decir que la EpS también es objetivamente un indicador de calidad de servicio. Quienes trabajan en EpS mejoran sus relaciones y adquieren mayor madurez. Pensemos que un servicio eficiente y eficaz es en sí educativo, favoreciendo comportamientos positivos. La EpS es ante todo un proceso de comunicación.

Los responsables de la aplicación de la EpS y los criterios generales

En el Consejo de Ministros de Sanidad de la Comunidad Europea del 23-11-88 al referirse a la EpS, se dice que se trata de un amplio proceso pedagógico que debe ser asumido tanto por la familia como por el sistema sanitario, y que se trata de asumir la responsabilidad sobre sí mismo y hacia los otros. "La capacidad de adaptarnos a la novedad de los cambios en los que debemos situarnos. Hacer frente a sus desafíos, es el reto más importante de la EpS. Un aprendizaje comunicativo que facilite las relaciones grupales, las redes de ayuda y las bases de apoyo solidario; este mensaje debe estar presente en nuestra actividad" (Lamarre, XIV Conferencia de EpS de Heisinky, 1991). D. Tolsura, presidente de la Unión Internacional de EpS dice que el mundo necesita de la EpS hoy más que nunca, pues se aproximan cambios importantes para el siglo XXI. Hemos de saber fortalecer la EpS ante estos cambios globales. Subrayamos la importancia de la EpS porque el proceso humaniza, porque aumenta la capacidad reflexiva, y el reto de la acción educativa es crear un medio que sea educativo. Respeto, diálogo y confianza son tres claves para crear el medio educativo. La EpS está comprometida con la calidad de vida y la promoción del bienestar físico, social o mental.

Lectura Nº 5

APRENDIENDO A CONOCER MEJOR A LA COMUNIDAD

11

Los integrantes del equipo de salud deben conocer bien a la comunidad en la que trabajan. Para ello es importante tanto saber preguntar como observar, escuchar y aprender.

Se plantean a continuación algunos de los interrogantes básicos cuyas respuestas podrán servir para un mejor conocimiento de toda comunidad:

- ✓ ¿ Cuántos habitantes tiene la comunidad, y cuál es la proporción de jóvenes, personas de mediana edad y ancianos ?
- ✓ ¿ Cómo se consiguen los alimentos ?
- ✓ ¿ Cómo se ganan en la vida ? ¿ Son trabajadores agrícolas, pescadores, obreros industriales, empleados, etc. ?
- ✓ ¿ Cómo emplean el tiempo libre ?
- ✓ ¿ Trabajan de noche ?
- ✓ ¿ Trabajan los niños ? ¿ Cuántos van a la escuela ?
- ✓ ¿ El nivel de vida es superior o inferior a la media de la ciudad ?
- ✓ ¿ Los caminos y mercados son buenos ?
- ✓ ¿ Disponen de agua potable, electricidad, telefonía y servicio de transporte ?
- ✓ ¿ Cómo viven las familias ? ¿ Cómo son las casas ? ¿ Tienen saneamiento ? ¿ Hay insectos o roedores ? ¿ Hay animales ?
- ✓ ¿ Quién toma las decisiones en la familia ? ¿ Cuántos hijos tiene en promedio cada familia ? ¿ Qué comen los niños y cómo se educan ?
- ✓ ¿ Cuáles son las creencias valores y tradiciones más extendidos ?
- ✓ ¿ Cuáles son los principales problemas sanitarios y qué causas tienen ?

Averigüe las condiciones de las viviendas familiares:

- Cantidad de personas que cohabitan
- Existencia de baños o letrinas
- Provisión de agua potable
- Provisión de calefacción / ventilación
- Accesibilidad a Centros de Salud, Unidades Sanitarias u Hospitales

Hable con diferentes individuos, grupos o familias e indague :

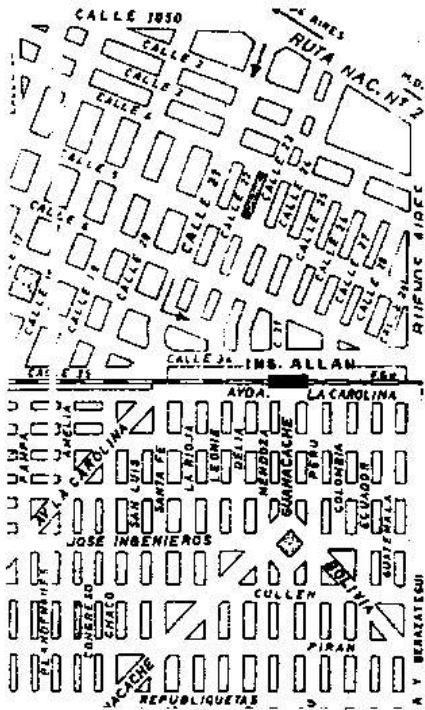
- Qué proporción de sus ingresos gasta en alimentos;
- Qué proporción de sus ingresos gasta en salud;
- Conocimientos e interés sobre los cuidados de la salud;
- Qué problemas comunitarios le preocupan más;
- Qué han hecho para solucionarlos;
- Qué creen que se puede hacer;

Averigüe cómo está organizada la comunidad y quién dirige sus asuntos.

¹¹ Revista Educación para la Salud Nº 56. Departamento de Educación para la Salud. Ministerio de Salud. Buenos Aires. 1998.

Por ejemplo:

- ¿Qué grupo toma decisiones de interés común: un comité de desarrollo, un órgano político, otro grupo?
- ¿Lleva ese grupo todos los asuntos de la comunidad? ¿O tiene subcomités que atienden diferentes necesidades como la salud, el abastecimiento de agua y la enseñanza?
- ¿Existe un comité de salud? ¿Quiénes son sus miembros y cómo se eligen? ¿Cuáles son sus funciones? ¿Con qué frecuencia se reúnen? ¿Están representados todos los grupos de la comunidad?
- ¿Hay otras agrupaciones, por ejemplo asociación de mujeres o una cooperativa, etc.?



Dibuje un Mapa de la Zona

Un mapa es un instrumento útil para estudiar la situación sanitaria de una comunidad. Si no lo hay organice un equipo para trazar uno, indicando los ríos, escuelas, centros de salud, templos, caminos y otros lugares de importancia.

Marque en forma diferente otras informaciones, por ejemplo los pozos o las casas que no se hallen en buen estado. Mantenga el mapa actualizado, lo que ayudará a detectar algunos de los problemas sanitarios de la comunidad y mostrará en qué medida la salud comunitaria mejora.

Colóquelo donde la gente lo pueda ver.

Si usted trabaja con jóvenes, grupo de mujeres, etc. en actividades comunitarias puede utilizar preguntas como éstas. Luego puede organizar una reunión de amplia convocatoria en la que se informe sobre los resultados obtenidos. A partir de los datos se puede iniciar un trabajo conjunto tendiente a mejorar las condiciones de salud de la comunidad a través de la participación en actividades de atención y promoción de la salud comunitaria.

**BUSCAR A LA GENTE - EMPEZAR CON LO QUE SABE
- APROVECHAR LO QUE TIENE -**

(Proverbio chino)

Lectura N° 6

PUBLICIDAD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: IMPLICACIONES DE SALUD

PÚBLICA PARA LOS PAÍSES MENOS DESARROLLADOS ¹²

Lawrence Wallack y Kathryn Montgomery

En 1978, la Declaración de Alma-Ata pedía un grado de “salud para todos” tal que, para el año 2000, permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

En este sentido, la situación de muchos de los países menos desarrollados (PMD) resulta problemática.

Las tasas de morbilidad y mortalidad siguen siendo muy altas, los recursos terapéuticos son limitados y apenas existen fondos destinados a la *Educación para la Salud*.

Además, muchas naciones están esforzándose hasta el límite para pagar los intereses de su deuda externa, con evidentes consecuencias para su política de salud pública y la asignación de sus recursos a aspectos sanitarios.

Todo intento de conseguir la “*salud para todos*” exigiría la creación, en dichos países de un entorno social, político y económico que facilitara la promoción de la salud y apoyara el desarrollo de políticas de salud pública eficaces. La creación de tal entorno depende de ciertos factores relacionados, entre los cuales se destaca el desarrollo económico. Sin embargo, junto con la tendencia hacia dicho desarrollo ha hecho su aparición, con vigor creciente, la *publicidad*. El propósito de este artículo es proporcionar una base para la discusión del impacto potencial de la publicidad en la salud pública de los países en vías de desarrollo y contribuir así a iluminar aspectos de la misma.

La aparición de la publicidad mundial

La expansión de los sistemas de difusión, la proliferación de cadenas y la privatización creciente son otras tantas oportunidades para los publicistas transnacionales, que descubren nuevos mercados para los productos más anunciados: alimentos procesados, cigarrillos, cervezas y vinos, fármacos, etc.

Las nuevas tecnologías de la comunicación permiten a los publicistas sobrepasar las fronteras nacionales y prestar menos atención a las normas o valores de cada país. El resultado es una tendencia creciente hacia la comercialización y publicidad globales. Al contrario que la mercadotecnia internacional, que intenta reflejar las distintas costumbres y normas de los países, la mercadotecnia global crea mensajes uniformes para todos.

Los PMD son uno de los objetivos más prometedores de estos publicistas globales.

La revista Fortune observa: "El tercer mundo es un enorme mercado potencial,

¹² Promoción de la Salud: una Antología. OPS, Publicación Científica N° 557, 1996. (Extracto).

aunque difícil de abrir. Para convertir en consumidores a países que se hallan prácticamente en bancarrota hay que ser muy creativo ... y muy paciente”.

Las promesas implícitas de la publicidad resultan atractivas para muchos sectores de la sociedad. Para las élites, ofrece una promoción social a la vez que personal a través de la modernización y el progreso material. Para la clase media, ofrece bienes modernos y lujosos que pueden dar una sensación de vida occidental. Para los pobres, ofrece un breve olvido de la desesperación y la miseria al precio de un cigarrillo.

Categorías de los efectos de la publicidad

Los efectos de la publicidad son múltiples y afectan a todos los sectores de la sociedad. Puesto que la publicidad es sólo una parte del proceso de comercialización que forma parte de un entorno social, político y económico complicado, es prácticamente imposible aislar sus efectos específicos. La influencia de la publicidad en las compras del consumidor podría ser solo la punta del iceberg. Podrían existir efectos no intencionados, algunos de los cuales podrían influir en las políticas, las que, a su vez, influyen significativamente en la salud pública.

Promoción de productos nocivos: el caso del alcohol y del tabaco

La forma más directa en que la publicidad puede influir en la salud pública es a través de la promoción de productos mortales o dañinos para la salud, como los fármacos, los pesticidas, el tabaco y el alcohol.

Se cree que uno de los efectos desfavorables más notables de la publicidad es que impide el desarrollo de los sistemas adecuados de atención sanitaria, puesto que obliga a desviar los recursos que serían necesarios para la promoción de la salud hacia el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas prevenibles que se asocian con los productos anunciados.

La publicidad incrementa el consumo de productos nocivos para la salud, como el alcohol y el tabaco. El uso creciente de estos productos contribuye a elevar la morbilidad, la mortalidad y toda una gama de problemas sociales.

Cada día es más evidente que las limitaciones y prohibiciones a la publicidad, como parte de las políticas generales dirigidas a resolver el problema del alcohol y del tabaco, resultan eficaces.

Las empresas tabacaleras son los mayores anunciantes de muchos países en vías de desarrollo y emplean distintas estrategias para promocionar el consumo de sus productos e incrementar el número de fumadores hasta que la costumbre esté lo bastante difundida para transformarse en una norma social automantenida.

Esta promoción penetrante y agresiva asocia el consumo de productos potencialmente dañinos con estilos de vida atractivos, explota la alienación y la desesperación de las mujeres y de los indigentes y manipula a los jóvenes impresionables.

Las empresas de bebidas alcohólicas, al igual que sus congéneres tabacaleras utilizan distintas actividades de promoción, tales como el patrocinio

de acontecimientos deportivos y culturales o el regalo de camisetas y cintas de video, para incrementar la aceptación y consumo de sus productos.

Hay muchas pruebas que respaldan la existencia de un nexo entre el consumo de tabaco y de alcohol y los problemas de salud. Mientras que este consumo está

descendiendo en los países industrializados, en las naciones en vías de desarrollo está sucediendo lo contrario.

Las muertes relacionadas con el tabaco contribuyen a una proporción importante de la mortalidad general de los países en vías de desarrollo.

La morbilidad potencial relacionada con el alcohol es igualmente alarmante.

A diferencia del hábito de fumar, el alcohol se asocia a numerosos problemas sociales y sanitarios agudos que afectan de una manera desproporcionado a las poblaciones más jóvenes, urbanas y mejor educadas. La violencia doméstica, las lesiones, la criminalidad y el descenso de la productividad son sólo algunos de los problemas relacionados con el consumo de alcohol que afectan etapas más tempranas de la vida que los relacionados con el tabaco. Si se utiliza como medida la pérdida de años de vida potencial, se puede ver que el alcohol, aunque provoca menos muertes que el tabaco, produce pérdidas mayores.

El aumento del consumo de productos adictivos o que crean dependencia, como el alcohol y el tabaco, causa efectos secundarios en las familias, las comunidades y la sociedad. Por ejemplo, el dinero utilizado en estos hábitos se distrae del destinado a la nutrición.

Otro aspecto relacionado es la asignación de tierra para el cultivo de estos productos. Los países en vías de desarrollo producen más de la mitad del tabaco mundial en tierras que podrían dedicarse al cultivo de alimentos. En consecuencia, los campos que se usan para sembrar alimentos son más pobres, las cosechas son insuficientes y se hace necesario importar productos alimentarios.

En resumen, la publicidad se asocia a daños directos causados por el consumo de productos nocivos. A un nivel más amplio, sus efectos indirectos trascienden al individuo y forman parte de los problemas de salud pública de la población mundial.

Las "promesas" de la publicidad y el desarrollo de tipo occidental que simboliza son capaces de inducir la adopción de políticas que favorecen a las empresas multinacionales, pero que ignoran los aspectos relacionados con la salud y el bienestar.

El tratamiento eficaz de la epidemia de problemas relacionados con el alcohol y el tabaco exigirá una valoración cuidadosa de los efectos potenciales de la publicidad en el comportamiento individual y en las políticas sociales y económicas.

Promoción de una ética del consumo

Muchos críticos creen que la presentación de estilos de vida lujosos mediante una publicidad penetrante promociona una ética de "consumo" que puede tener consecuencias sociales y sanitarias importantes para los países en vías de desarrollo.

Esta ética presenta la adquisición de bienes como un proceso indispensable para la identidad personal y la posición social y sugiere que el valor de las personas depende más de lo que poseen que de lo que son y contribuye a cambiar los valores culturales y las relaciones sociales. Por ejemplo, el respeto a la naturaleza puede convertirse en un deseo de controlarla con fines productivos. Estos cambios pueden dar lugar a que se cree una desconfianza creciente y a que se reduzca la cohesión social con un costo inevitable para la salud pública.

Criticar la naturaleza de la publicidad parece implicar la crítica de los valores básicos de la propia sociedad. La experiencia de los países industrializados permite suponer cuál será el impacto potencial de la publicidad en los valores y comportamientos de los PMD.

Como potentes sistema de símbolos, la publicidad no sólo sirve para vender un determinado producto sino que, sobre todo, tiende a crear la idea general de que la

felicidad y el bienestar se asocian a la posesión de dichos productos. La propaganda sitúa los bienes en la mente de los consumidores de una forma que tiene poco que ver con el valor práctico real de los mismos. Estimula el “quiero” reinterpretando el “necesito” de los consumidores.

Al mismo tiempo, la publicidad explota las debilidades de la gente y sugiere que los problemas personales, la ansiedad o la tristeza se solucionan con la compra del producto. Toma los problemas sociales más graves y los redefine como fracasos personales, para proponer el consumo como curación.

Los defensores de la publicidad argumentan que actúa como “misionera de la era tecnológica” y contribuye de muchas maneras al bienestar social y económico de la comunidad. Por ejemplo, la publicidad estimula el crecimiento económico al favorecer la competencia en el desarrollo de productos.

La publicidad también educa a la población acerca de la disponibilidad de productos valiosos y de la forma de utilizarlos. Otro aspecto significativo de la publicidad es que genera ingresos que contribuyen a financiar los medios de comunicación y permite el uso de esos medios para otros fines positivos.

Sin embargo, los supuestos beneficios de la publicidad están minados por sus efectos negativos, más graves.

“Los consumidores del Tercer Mundo pueden sentirse atraídos y ceder a determinados aspectos de un consumo llamativo antes de haberse asegurado el alimento, la vestimenta y el alojamiento adecuados ... ”

A menudo la introducción a gran escala de los bienes occidentales por medio de la publicidad hace que los productos locales resulten menos atractivos, aunque sean más baratos y nutritivos.

La publicidad occidental también puede alterar de forma importante las prácticas culturales lo que, a su vez, tiene una gran influencia en la salud pública. El rápido declive de la lactancia materna en el Tercer Mundo puede atribuirse a las agresivas campañas de promoción de las empresas transnacionales de publicidad que, a raíz del descenso de la natalidad en las naciones occidentales, comercializan las fórmulas para lactantes con fervor creciente en los países en desarrollo.

Lo que la publicidad no refiere, es que el uso de fórmulas para lactantes en los países en vías de desarrollo, en los que una parte importante del agua está contaminada, puede ser mortal.

Las leyes de protección de los consumidores promulgadas por algunos organismos internacionales y unos pocos países en vías de desarrollo sólo pueden proteger a la población de las formas más agresivas y dañinas de la publicidad.

Limitación del flujo de información sobre la salud

La publicidad influye en grado sumo en las formas en que la información sobre la salud llega a la población de los países en vías de desarrollo.

Por una parte, proporciona los ingresos necesarios para financiar las empresas de comunicación de masas, y aumenta así la facilidad con que éstas se pueden comunicar con su audiencia. Por otra parte, puede presentar datos insuficientes o inexactos, particularmente sobre productos potencialmente nocivos.

También puede limitar la calidad y cantidad total de la información que se transmite sobre salud, gracias a la influencia que adquiere al financiar los medios de comunicación.

Los medios de comunicación son una herramienta indispensable de la educación para la salud. La transmisión por radio y televisión es particularmente potente, ya que llega a las personas más pobres y menos educadas, mientras que los grupos más pudientes confían más en la prensa escrita.

El objetivo fundamental de la publicidad es la venta de productos y la promoción del consumo entra a veces en conflicto con la función esencial de los medios de comunicación, que consiste en proporcionar la información importante.

Los propios anuncios aportan mucha información relacionada con la salud en el proceso de promoción de los productos. Por desgracia, gran parte de la misma está muy distorsionada. Los productos aparecen bajo la luz más favorable y con sus ventajas claramente expresadas. Los riesgos asociados siempre se reducen al mínimo o se ignoran por completo. Los modelos, sanos y triunfantes, de los anuncios transmiten el mensaje básico de que el uso del producto contribuirá al bienestar y al éxito del consumidor.

En los países en vías de desarrollo, los recursos destinados a la educación para la salud son pocos y muchos los problemas que precisarían tal educación. Ello significa a menudo que la única educación que reciben los consumidores sobre un producto dado no procede del personal de salud calificado, sino de los que hacen, venden y se benefician de ese producto. El casi monopolio que las empresas de publicidad ejercen sobre los canales de comunicación presenta un contraste agudo con la enorme escasez de recursos destinados a la educación.

Aunque la publicidad puede restringir la comunicación de información relacionada con la salud, también puede ser una fuente de financiación de mensajes positivos en los medios.

Puesto que la publicidad se está convirtiendo en una fuente de financiación cada vez más necesaria para los medios de comunicación de los PMD, en el futuro podría llegar a tener suficiente poder como para seleccionar y moldear la información relacionada con la salud. Cuando los ingresos de los medios de comunicación procedan fundamentalmente de la propaganda, es probable que la programación se diseñe en función de los beneficios económicos y no del interés de la población. Ello podría causar grandes problemas a las campañas de educación para la salud que intenten suministrar información importante sobre productos dañinos, e incluso educación básica a la ciudadanía.

Discusión

Los aspectos relacionados con la publicidad y sus efectos adversos en la salud pública que han sido tratados en este artículo no se limitan a los países menos desarrollados, sino que, en su mayor parte, reflejan los problemas de las naciones industrializadas. Sin embargo, las potenciales consecuencias negativas de la publicidad en los PMD tienden a ser mayores dadas las condiciones subyacentes. En ellos, la información sobre los productos nocivos es limitada y las tasas de alfabetización son considerablemente inferiores. Los elevados índices de pobreza pueden hacer a la población más sensible a las promesas de alivio e inducir el desplazamiento de los escasos recursos familiares desde las necesidades básicas hacia los bienes de consumo. Además, el escaso presupuesto destinado a la educación y a la promoción de la salud no hace previsible que se pueda contrarrestar con algunos materiales racionales y lógicos los mensajes penetrantes y sofisticados de los anunciantes, que frecuentemente aluden a las emociones más profundas.

Las dificultades económicas de muchos países en vías de desarrollo hacen también que sean más vulnerables, en el sentido de que su preocupación por la generación de ingresos puede ser superior a su preocupación por la salud pública, cuando se discute el papel desempeñado por la publicidad. El argumento de que el modelo occidental de desarrollo es el más conveniente se ve reforzado por los anunciadores ... el grupo que más puede beneficiarse de ello. Como Collins señala:

En todo el Tercer Mundo, se le está diciendo a la gente, a través de la publicidad transnacional, que para alcanzar el éxito y lograr la "felicidad" material que el Primer Mundo ha conseguido hay que parecerse más a los occidentales ... y en todo el Tercer Mundo, la gente se lo está creyendo.

Quizás las naciones agobiadas por sus altos índices de pobreza, analfabetismo y necesidades agudas de salud como el sida, la tuberculosis, la malnutrición y la carencia de recursos sanitarios no consideren que la publicidad sea un motivo digno de preocupación.

La publicidad también debe ser considerada como parte de una orientación comercial mucho más amplia e intensiva. Tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, los intereses de los que comercializan productos tales como alcohol, tabaco, fármacos y pesticidas pueden, con demasiada frecuencia, anular la preocupación por la salud pública. Los debates sobre el papel de la publicidad pueden ser el primer paso para tratar problemas mucho más profundos de las sociedades que sólo valoran a las personas por lo barato que pueden producir una cosa y por la fruición con que pueden consumir otra.

Los expertos en mercadotecnia quieren crear condiciones favorables para el consumo y, desde luego, su preocupación por los costes sociales y sanitarios de los productos que ofrecen es mucho menor. Los profesionales de la salud pública, por otra parte, desean crear condiciones favorables para la salud.

Como hemos podido ver, la publicidad puede suponer una grave amenaza para el entorno, tanto directamente, a través de la promoción de los productos nocivos, como indirectamente, al incitar un nivel de consumo cuyos efectos sólo podrán conocerse en el futuro.

Uno de los principios esenciales de la salud pública es que las decisiones ajenas al sector sanitario pueden tener enormes consecuencias sobre la salud. Ello podría ser especialmente cierto en los PMD, en los que los ministerios de salud suelen ser mucho más débiles que los de economía. Esta situación hace imperiosa la necesidad de que los intereses de la salud pública estén mejor representados en las decisiones de política económica. Por ejemplo, los beneficios económicos del aumento del consumo de alcohol y tabaco son menores que los costes de los problemas de salud y las alteraciones sociales a que dan lugar.

La influencia de la publicidad debería ser objeto de interés vital para todos los involucrados en la salud pública de los PMD. La exploración de este tema tan importante acaba de empezar. Haría falta trabajar mucho más para mantenerse al día de los avances, evaluar su impacto y garantizar una presencia continuada de la salud pública en las decisiones políticas cruciales que afectan al futuro de la población de esos países.

La representación de los intereses de la salud pública en toda discusión sobre temas de mercado, como la publicidad, es importante para la promoción de la salud y el bienestar social. La salud pública estimula la planificación multisectorial y la justicia social como base para la acción. En consecuencia, proporciona un cimiento práctico y

una garantía ética para dar mayor atención a la salud pública en los temas relacionados con la publicidad.

Lectura N° 7

MATERIALES EDUCATIVOS

Criterios generales y específicos ¹³

El propósito de esta sección es dar una orientación al personal para evaluar la calidad y la efectividad potencial de un material educativo.

La evaluación se basa en una lista de criterios generales y específicos.

Los criterios específicos se refieren a cualidades que los materiales deberán tener de acuerdo con la categoría a la cual pertenecen : visual, sonoro, audiovisual o impreso.

Esta sección presenta una pauta para la evaluación de materiales que llegan ya diseñados al personal de salud y éste debe pronunciarse sobre su utilidad. Esta pauta también permite autoevaluar el material diseñado a nivel comunitario. A fin de poder realizar la evaluación, será necesario que los productores del material provean la información adicional requerida según algunos de los criterios.

Cada uno de los materiales debe ser evaluado utilizando tanto la pauta para criterios generales, como la pauta para criterios específicos.

En la pauta de criterios generales se consigna el cumplimiento de objetivos generales.

Para que un material sea aceptable debe cumplir por lo menos ocho criterios.

En la pauta de criterios específicos, el grado de cumplimiento de cada uno de los criterios es calificado en una escala de 1 a 5.

Se ha elaborado una pauta para cada categoría de material. La decisión de aceptar, reformar o rechazar se basa en el total de puntos alcanzado por cada material

¹³ Transcripción autorizada de: "GUÍA PARA EL DISEÑO, UTILIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE MATERIALES' DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD", OPS/Serie PALTEX N° 10/1984.

DISEÑO DE MATERIAL EDUCATIVO

PAUTAS DE EVALUACIÓN DE CRITERIOS GENERALES PARA TODO TIPO DE MATERIAL

Título identificación del material:.....

Procedencia:.....

Breve descripción:.....

Indique con una x si este material cumple o no con los criterios generales:

	Criterios Generales	Cumple	No cumple
1	¿ Participó la audiencia a quien va dirigido en la selección, elaboración y evaluación del material?		
2	¿Representa situaciones de la vida diaria?		
3	¿Forman parte de un programa educativo?		
4	¿Están disponibles los servicios o recursos que promueven?		
5	¿Se dispone de otros materiales o técnicas que refuercen los mensajes?		
6	¿Han sido sometidos a prueba antes de su elaboración final?		
7	¿Constan de instructivos para su utilización?		
8	¿Se ha determinado la audiencia para quien va dirigida en términos de nivel educativo, características culturales geográficas y socioeconómicas.		
9	¿Se ha cuidado que el material no contenga elementos ofensivos a las tradiciones de la comunidad?		
10	¿Es evidente que el personal de salud tuvo participación importante en su diseño?		
11	¿Respeto la libertad de decisión, en lugar de manipular la audiencia?		
12	¿Responde a un objetivo específico?		

Comentario.....

Nº de criterios Cumplidos.....

PAUTA PARA EVALUACIÓN DE MATERIAL SONORO

*En una escala de 1 a 5, califique de acuerdo al grado de cumplimiento:
(5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento)*

	<i>Criterios específicos</i>	1	2	3	4	5
1	Se escucha apropiadamente					
2	El lenguaje es comprensible					
3	Los mensajes se refuerzan mutuamente					
4	Contiene elementos que lo hacen atractivos, por ejemplo, música, tono de voz, etc.					
5	Se refiere a un solo tema.					
6	Los aspectos secundarios, por ejemplo, música, efectos sonoros, no distraen la atención del mensaje principal.					
7	Los mensajes son presentados en forma objetiva					
8	Proporciona elementos para la participación de la audiencia.					
9	Son factibles de ser manejados por miembros de la comunidad					

Totales parciales

TOTAL

Decisión: Usar como está (40-45 puntos)
 Necesita reformas (21-39 puntos)
 Rechazado (menos de 20 puntos)

Comentarios:

.....

PAUTA PARA EVALUACIÓN DE MATERIAL VISUAL

En una escala de 1 a 5, califique de acuerdo al grado de cumplimiento:
(5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento)

	<i>Criterios específicos</i>	1	2	3	4	5
1	Presenta un tema específico.					
2	El tema se comprende fácilmente.					
3	Los colores e imágenes contribuyen a resaltar el tema					
4	El mensaje es objetivo.					
5	El mensaje no se presta a interpretaciones ambiguas					
6	El material no contiene elementos innecesarios.					
7	El tamaño de sus elementos favorece una buena visualización.					
8	Se puede transportar fácilmente					
9	Motiva la discusión.					

Totales parcial

TOTAL

Decisión: Usar como está (40-45 puntos)
Necesita reformas (21-39 puntos)
Rechazado (menos de 20 puntos)

Comentarios:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PAUTA PARA EVALUACIÓN DE MATERIAL IMPRESO

En una escala de 1 a 5, califique de acuerdo al grado de cumplimiento:
(5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento)

	<i>Criterios específicos</i>	1	2	3	4	5
1	Presenta un tema específico en forma completa					
2	El contenido o mensaje es fácilmente comprensible					
3	Las ilustraciones aclaran o complementan lo escrito					
4	El tamaño de la letra facilita la lectura					
5	Consta de elemento de síntesis del mensaje o contenido					
6	Existen elementos para resaltar ideas importantes, por ejemplo, tipo, tamaño, marcación de letras, colores, etc.					
7	Las calidad de la ortografía, gramática, puntuación y redacción, es apropiada					
8	No está recargado de información escrita					
9	Usa lenguaje que la comunidad entiende					

Totales parciales

TOTAL

Decisión: Usar como está: (40-45 puntos)

 Necesita reformas: (21-39 puntos)

 Rechazado: (menos de 20 puntos)

Comentarios:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PAUTA PARA EVALUACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL

En una escala de 1 a 5, califique de acuerdo al grado de cumplimiento:
(5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento)

	Criterios específicos	1	2	3	4	5
1	Sincronización entre imagen y sonido					
2	Usa los elementos que lo hacen atractivo, por ejemplo, color, música, movimiento.					
3	Contiene elementos de síntesis del contenido o mensaje.					
4	Presenta un tema específico en forma completa					
5	Los mensajes son fácilmente comprensibles.					
6	Las imágenes son claramente visibles.					
7	Los elementos sonoros se escuchan apropiadamente					
8	Los mensajes se presentan en forma objetiva					
9	Contiene elementos que estimula la participación.					
10	No está recargado de información.					
11	Su duración no es excesiva					

Totales parciales

TOTAL

Decisión: Usar como está: (48-55 puntos)
 Necesita reformas: (28-47 puntos)
 Rechazado: (menos de 27 puntos)

Comentarios:

.....

CONCLUSIÓN

Los materiales educativos deben formar parte de un programa educativo en salud. Este programa deberá basarse en objetivos de aprendizaje derivados de las necesidades de salud en las comunidades y de las prioridades establecidas por el sistema de salud de un país. Al diseñar los materiales educativos deben considerarse las características de la comunidad a la cual se dirigen para lograr su aceptación. Por lo tanto las creencias, valores diferentes, formas de expresión y recursos, deberán determinar la elección y elaboración del material educativo. Por otra parte, la capacitación y disponibilidad del personal de salud es importante. Este es el directamente responsable de la utilización del material y de mantener el intercambio constante con la audiencia a quien se dirigen los diferentes mensajes. Lo anterior plantea que los materiales educativos deben incorporar hechos de la vida diaria. También deben estar al alcance de todos. Asimismo deben tener en cuenta las diferencias de aprendizaje y el significado de experiencias anteriores. La efectividad potencial del material educativo debe someterse a prueba (pre-test) evaluando su capacidad de comprensión, aceptabilidad, identificación y motivación. Los diferentes materiales deben ser utilizados por el personal de salud tanto de servicio como docentes. Éste deberá continuar evaluando el impacto del material en términos de su aplicación por parte de la comunidad; igualmente debe tener criterios que le permitan evaluar material educativo utilizado en otras regiones. El resultado de la evaluación permitirá realizar los ajustes necesarios del programa educativo. El material educativo debe complementarse con el uso de otras técnicas para lograr los objetivos planteados por el programa educacional. Por lo tanto es indispensable que el personal de salud reciba una capacitación adecuada para el manejo y preparación del material educativo. La disponibilidad de los servicios de salud deberá marcar los límites de los programas educativos. De no ser así se estará creando una demanda que no puede ser satisfecha y por ende, corriendo el riesgo de defraudar a la población. Es importante anotar que la participación de la comunidad en todas o algunas partes de este proceso es decisiva.

Lectura N° 8

REFLEXIONES SOBRE METODOLOGÍAS DE TRABAJO CON EL OTRO

María Elena Rubio ¹⁴

En apretada síntesis recuperaremos el Enfoque del Desarrollo Humano y de la Perspectiva Ecológica en Programas de Prevención pues ambos enfoques se complementan al incorporar estrategias que permiten estimular, en forma gradual y complementaria, la satisfacción simultánea de varias necesidades, no imponiendo restricción ni destruyendo la posibilidad de la satisfacción de otras.

La opción por el enfoque del Desarrollo Humano lleva a hacer frente al desafío de revisar concepciones subyacentes en las prácticas sociales. Revisar estas prácticas sociales significa reconocer cuándo éstas pueden obstaculizar el desarrollo humano tanto en el diseño de los programas como en su implementación y ejecución.

Manfred Max Neff y otros (1), señalan que las necesidades humanas no son infinitas, ni cambian en cada momento histórico o en cada cultura, lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o medios utilizados para la satisfacción de las necesidades, los satisfactores como res-puestas individuales o colectivas.

Los satisfactores son, entonces, las distintas formas que las distintas culturas han ido desarrollando para satisfacer necesidades humanas. Es necesario distinguir entre satisfactores y bienes económicos, ya que estos últimos son sólo una parte constitutiva o no, de los satisfactores para determinadas necesidades.

El concepto de satisfactor es mucho más amplio e incluye por ejemplo, formas de organización, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores, normas, actitudes, etc.

En este enfoque los atributos de los satisfactores y las relaciones que se establecen entre los sujetos, entre los sujetos y el ambiente y, entre los sujetos y los objetos son los determinantes. o los factores que promueven las potencialidades para que en la satisfacción de una necesidad puntual, se promueva la satisfacción de otras y se generen mayores grados de autonomía. (2)

Esta manera de encarar la búsqueda de fortalecer a las personas para enfrentar adversidades orienta que, en cada momento la indagación, la organización y la ejecución de los satisfactores se realice en función de esta finalidad trascendente. Esto implicaría tener presente el medio ambiente (los otros próximos previsibles, los otros lejanos inciertos, los otros próximos inciertos) y las caracterizaciones que nosotros hacemos de ellos (3).

El "otro" o "el nosotros" en un proyecto remite a las cualidades de las relaciones y vínculos que se establezcan entre persona - objeto y medio para que en estas

¹⁴ Trabajo presentado en el Seminario de LUSIDA "Encuentro de Estrategias de Intervención Comunitaria". 7 y 8 de abril de 1999.

interacciones se posibilite el desarrollo y despliegue de las potencialidades de todos los involucrados e involucrables en el proyecto de prevención: sujetos.

Carlos A. Mallmann señala acerca del "Desarrollo Humano, las Etapas de la Vida y los Sistemas de Necesidades" (4) que, para comprender teóricamente el Desarrollo Humano, hay que tomar en cuenta simultáneamente "las estructuras y procesos humanos particulares y universales, las dimensiones culturales e históricas del contexto social, las características del hábitat natural y del hábitat construido por el ser humano. Es decir que los aspectos personales - las teorías de la etapa de la vida humana- y sociales -las teorías de las necesidades humanas- (a veces investigados separadamente) deben conectarse. Esta perspectiva además propone un plan de desarrollo donde las necesidades humanas se manifiesten como deseos, aspiraciones y motivaciones positivas. (5)

Señala además que si las necesidades humanas se manifiestan como deseos, aspiraciones y motivaciones negativas estaremos frente a un mal desarrollo humano. (6)

Cuando, la solución duradera de cada conflicto resulta de una "relación favorable" entre sus elementos positivos y negativos, E. H. Erikson, afirma que el resultado humano son las fuerzas o virtudes básicas que se dan en los sujetos, que se incorporan como haber en el continuo del desarrollo. Así se promueven las condiciones que favorecerían en cada etapa generar mayor base o plafón para la siguiente: base de desarrollos que favorecen otros.

Estos son algunos de los argumentos que dan razón a la importancia de transformar todo momento de vínculo con los sujetos de nuestra intervención como momento propicio para estimular el desarrollo.

Si tomamos como ejemplo los programas orientados a la lucha contra los retrovirus humanos, SIDA y ETS, componer los espacios y las oportunidades en torno al desarrollo de capacidades entre quienes se vinculan y entre quienes potencialmente se podrían vincular, serían factores estratégicos para evitar situaciones de mayor riesgo

A continuación se detallan los fundamentos que sostienen que las privaciones no impedirían desarrollar las potencialidades de los sujetos.

1 - El enfoque de desarrollo humano privilegia ANTES TODO la organización de oportunidades efectivas en cada espacio para generar posibilidades positivas al desarrollo del hombre.

2 - Entre los rasgos diferenciadores entre los animales y los humanos hay varios que interesan particularmente para este trabajo: capacidad de **cooperación** y **competición** con otros hombres, disponer de **capacidad de comunicación** construir **representaciones** precisas y complejas, haber realizado una **acumulación cultural** y tener **una infancia prolongada**. (Fiske, 1871)

3 - La existencia de una infancia prolongada va asociada a un período de inmadurez y plasticidad. En algunos de los estudios sobre desarrollo infantil realizados en el siglo XIX ya se señala la importancia que podría tener este período de inmadurez para la evolución posterior del hombre. Entender cómo se produce el desarrollo humano es analizar el uso que se hace de la inmadurez y de la plasticidad del hombre durante su larga infancia. (7)

4 - El desarrollo le significa al sujeto un esfuerzo. Niños, jóvenes y adultos no se desarrollan en una forma natural y espontánea, tienen una participación activa en su propio desarrollo. Están expuestos a influencias contradictorias, una interacción muy compleja entre sus disposiciones iniciales y las influencias del medio ambiente. Esta interacción va a llevarles por un determinado camino, y la intervención de los adultos sobre todo los más próximos, van a tener una influencia determinante.

5 - El desarrollo es el proceso que experimenta un organismo que cambia en el tiempo hasta alcanzar un estado de equilibrio. El ser humano nace con una serie de conductas y disposiciones, pero si bien algunos aspectos de la conducta están determinados genéticamente, otros se deben fundamentalmente a factores ambientales y es probable que cualquier conducta sea producto de ambas cosas. Asociado al largo tiempo de inmadurez los factores ambientales adquieren fundamental relevancia.

6 - El concepto de zona de desarrollo potencial (8) permite comprender la importancia de que el individuo interactúe con otros que tengan diferentes grados de desarrollo y capacidades para desarrollar el potencial de su aprendizaje. “El desarrollo del individuo se produce indisolublemente ligado a la sociedad en que vive. El desarrollo individual y los procesos sociales están íntimamente ligados y la estructura del funcionamiento individual, se deriva de, y refleja la estructura del funcionamiento social. En el desarrollo cultural del niño toda función, aparece dos veces primero, en un nivel social, y más tarde en un nivel individual”. (Vigotsky, 1930) De ahí la importancia de transformar las interacciones en oportunidades para desarrollar la capacidad de aprender, fundamentalmente a través de formas activas que posibiliten la exploración, el descubrimiento, la experimentación y la construcción de relaciones saludables entre el medio y la persona.

Estas tres últimas consideraciones permiten ver la importancia del adulto en este proceso de interacción, por lo cual el rol de cada agente que interviene en programas de desarrollo -familia, organizaciones comunitarias, educadores, profesionales, políticos, planificadores- se acercará más o menos a los propósitos del desarrollo si comprende los éxitos y fracasos de las acciones que realiza y conoce los medios para mejorar.

La distancia entre lo que se sabe y lo que se practica es el eje sustantivo de reflexión. Se trata de utilizar caminos sencillos para que, quienes intervienen en programas y proyectos puedan analizar su práctica, -visualizar proximidades, desvíos o carencias- en función de propuestas de desarrollo.

“La modalidad de trabajo asumida por los coordinadores e intervinientes en un proyecto (docentes, técnicos, organizaciones promotores y/o de apoyo), es el aspecto más crítico del proceso. Es durante el desarrollo de las prácticas de intervención (capacitar, asistencia técnica, capacitación en servicio, consultoría, intercambios, etc.) cuando se pone de manifiesto la brecha ENTRE EL DECIR Y EL HACER, EL ASISTIR Y PROMOVER, EL INFORMAR Y FORMAR.....

Es hacia nosotros que debemos volver la mirada para: observarnos, capacitarnos, buscar modificar actitudes, aprender a trabajar con otros en forma complementaria, reconocer

nuestra modalidad de comunicación y lo que ello implica, debatir nuestra experiencia y lograr generar juicio crítico de ella, analizar cuánto reproducimos de pautas aprendidas y cómo esto genera incoherencia entre el decir y el hacer, reflexionar acerca de si podemos incorporar en forma activa en nuestras intervenciones la experiencia de la gente y la nuestra con el fin de instrumentarlas para la adquisición de nuevas competencias o profundizar las existentes..... “ (9)

Llegado a este punto la propuesta estratégica es promover el involucramiento activo de todos los participantes de un proyecto de prevención de tal manera que todos contribuyan y se constituyan en recursos para alcanzar la finalidad de la prevención.

James G. Kelly (10) propone incluir a los participantes como participantes contributivos para que "todos sumen". Esta colaboración implica un compromiso donde hay autoconciencia y preocupación por el intercambio recíproco de recursos que tienen beneficios complementarios. El requisito es que cada participante reciba a cambio aquellos recursos que el participante necesita o quiere recibir. Lo que plantea es que si se puede desarrollar un estilo particular de investigación - acción que esté basado en la comunidad, se pueden generar temas que son "de" la comunidad.

Los beneficios prácticos de la investigación - acción se harán más evidentes, porque la vinculación entre investigación y práctica se consolidará en tanto los datos corresponden auténticamente a ese lugar. Este es el significado explícito de una perspectiva ecológica y el sentido de la validez ecológica: las construcciones son generadas desde la comunidad.

Continúa señalando (11) “Al hacer investigación preventiva deben implantarse programas de prevención válidos y duraderos en la comunidad local que:

- 1) Beneficien a los ciudadanos.
- 2)Creen oportunidades para que ellos diseñen sus propios programas.
- 3)Capaciten a la comunidad local para crear sus propios recursos para desarrollar programas de prevención, y
- 4)Generen políticas sociales que puedan incentivar el mantenimiento de dichos programas.

Para lograr estos objetivos, se puede crear un proceso de investigación de modo que planificar (llevar a cabo e implementar las acciones) se convierta en una relación colaborativa entre el equipo de intervención y los ciudadanos.

Los siguientes comentarios ofrecen lineamientos para iniciar una relación colaborativa cuando se realiza investigación preventiva.

Criterios para definir la Relación Colaborativa

Antes de discutir las etapas de iniciación de una relación colaborativa, Kelly, presenta algunas afirmaciones que sirven de base a su manera de pensar acerca de la colaboración:

Afirmación 1

Ayudar a los ciudadanos a crear recursos por sí mismos.

El objetivo del trabajo preventivo no es solamente comprobar la efectividad de las técnicas y métodos sino también capacitar a los ciudadanos para que adapten aquellas técnicas y métodos para uso propio. Más importante aún, el objetivo de la relación colaborativa es ayudar a que los ciudadanos accedan a los recursos financieros, científicos, profesionales y políticos necesarios para activar y mantener un programa de prevención duradero. Llevar a cabo un programa de prevención implica a menudo promover un cambio en los valores y en el estilo de vida; estos cambios, a su vez, presuponen y descansan sobre la disponibilidad de múltiples recursos y apoyo social. El equipo de intervención explicita este asunto al convertirse en un recurso y en una fuente de recursos para los ciudadanos. Se puede llamar a este proceso "proceso de habilitación" (Rappaport 1981 ; Rappaport y Hess 1984)

Afirmación 2

Estimular el desarrollo de una diversidad de competencias entre los ciudadanos que trabajan en el programa de prevención.

La viabilidad de un programa de prevención depende de que los miembros de la comunidad adquieran un repertorio de habilidades tales como presidir reuniones públicas, testificar delante de los representantes elegidos, negociar contratos con los grupos participantes, solicitar fondos de fundaciones locales, comprender las necesidades de las personas de otros grupos culturales, interpretar las declaraciones de política general y lograr consenso, sobre los objetivos de sus programas. Un individuo particular puede desarrollar sólo uno o dos de estas competencias, pero el grupo como un todo puede beneficiarse del acceso a ellas cuando surgen las demandas, oportunidades y crisis que afectan el diseño e implementación de un programa de prevención.

El científico social proporciona apoyo emocional y ayuda tangible a aquellos ciudadanos involucrados en el trabajo de prevención mientras ellos desarrollan esas competencias. Se puede llamar a esto "proceso adaptativo".

Afirmación 3

Invertir en la comprensión y comunicación con las organizaciones comunitarias.

Mientras mayor es el número de ciudadanos que pueda y se comunique con personas de otras organizaciones de servicio sanitario, grupos étnicos, entidades sociales y

empresariales, mayor es también la posibilidad de implementar y sostener un programa de prevención.

Esta afirmación subraya que hay un beneficio pragmático cuando los ciudadanos pueden extender los límites organizacionales y comunitarios y entender los valores, necesidades, aspiraciones y modos de vida de la gente que es miembro de otras organizaciones y diferentes culturas en la comunidad. Invertir en el establecimiento de relaciones con gente de otras organizaciones y grupos amplía las oportunidades para armar redes que, a su vez, puedan aumentar el potencial para crear un grupo de votantes que apoye el trabajo preventivo.

El apoyo y la colaboración de otras organizaciones y grupos es necesario para implementar un programa de prevención. Hacer conexiones con otros grupos y organizaciones es el primer paso que pueden dar los ciudadanos y los científicos para crear un programa común con otras organizaciones que comparten los mismos objetivos con los ciudadanos y científicos sociales que trabajan en el programa preventivo. Esto puede ser llamado "proceso de extensión de límites".

Afirmación 4

Visión equilibrada y limitaciones en el desarrollo de servicios de prevención.

El diseño de los servicios de prevención genera a menudo resistencia y ansiedad tanto de los opositores como de los aliados. Los pasos que hay que dar entre desarrollar la idea e implementar los programas de investigación son a veces, inciertos, siempre ambiguos, a menudo impredecibles y ciertamente frustrantes. Todo el que está involucrado en el diseño de programas de prevención depende de la activación y mantenimiento de los sistemas de soporte social para ellos mismos. Tales sistemas de apoyo social son particularmente útiles para equilibrar los ideales, esperanzas y expectativas para el programa de prevención con las demandas y frustraciones siempre presentes inherentes a llevar a cabo una tarea de prevención. El apoyo social puede equilibrar las tensiones entre las aspiraciones y las restricciones. Puede reducir el cinismo y el desgaste y puede tener un efecto energizante sobre aquellos que desarrollan y mantienen los procesos de prevención. Esto puede denominarse "proceso de renovación".

Cada una de estas cuatro afirmaciones apoya el proceso de diseño como empresa plausible y auténtica. Explicitan que el objetivo último de un programa de

prevención es que sea apropiado por la comunidad, integrado dentro de su estilo de vida y defendido por ella.

Tres conceptos pueden ayudar a guiar la formación y sostenimiento de una relación colaborativa :

- (1) recursos
- (2) medios sociales y
- (3) proceso

Recursos

Los recursos comprenden la variedad de apoyos personales y ambientales necesarios para impulsar la planificación. Estos incluyen no sólo normas organizacionales y comunitarias y asistencia financiera sino, fundamentalmente, la energía y compromiso de los participantes.

Medios sociales

Los medios sociales incluyen la variedad de lugares y ocasiones donde los ciudadanos e investigadores puedan reunirse, interactuar y dar significado simbólico y real al trabajo de relación colaborativa.

Proceso

La relación colaborativa atraviesa diversas fases secuenciales desde la idea inicial hasta la concreción de los logros del programa.

Recursos, medios sociales y procesos se convierten en parte de una relación dinámica, cinética y multidireccional entre los recursos en activación creando nuevos medios y llevando a la próxima fase de trabajo.

Proceso: la relación colaborativa

Por lo menos cuatro son las fases importantes que impactan al ciudadano y al investigador a medida que van creando juntos un proceso activo de prevención con sus propios recursos y medios sociales. Ellas pueden ser denominadas ingreso, involucramiento, compromiso y renovación.

Ingreso

Cuando la relación colaborativa está recién comenzando el recurso más importante para el diseño del trabajo de prevención es la energía que tanto los ciudadanos como los científicos ponen en la relación. Es en este punto donde cada participante intenta contestarse a sí mismo: “¿Por qué estoy involucrado?, ¿Qué costo tendrá esto para mí?, ¿Qué puedo aprender de esta actividad”. Ayudar a que esta fase transcurra lo más tranquilamente es el esfuerzo que los participantes ponen para disipar los estereotipos acerca de los científicos y los ciudadanos. Cuando los científicos pueden dejar de lado sus estereotipos acerca de los ciudadanos, éstos pueden ser percibidos como “inteligentes”, “comprometidos” y “audaces”. A su vez, cuando lo mismo ocurra con los ciudadanos, los científicos sociales serán vistos como “prácticos”, “comprometidos” y “capaces de aprender”.

Las ansiedades que tienen tanto ciudadanos como científicos acerca de formar una relación y revelar sus inadecuaciones mutuas pueden ser una fuente real de profundización de la relación de trabajo. Crear medios de trabajo informales estimula a los participantes a expresar estas ansiedades con humor. El humor es un recurso muy rico que puede reducir los estereotipos. Cuando los ciudadanos y los científicos sociales comienzan un proceso colaborativo explícito pueden desarrollar acuerdos compartidos y expectativas con respecto a qué es una actividad de investigación

preventiva "exitosa". También pueden elaborar un significado compartido acerca de los beneficios de la colaboración.

Involucramiento

Los medios sociales para esta fase del proceso crean oportunidades en las que los participantes pueden ser francos y explícitos y poner sobre la mesa sus "programas ocultos". En esta fase los participantes aprenden a escuchar atentamente, a criticar y a compartir observaciones con franqueza. Se desarrollan como grupo y plantean las tareas a enfrentar como grupo.

En las primeras etapas de formación del grupo colaborativo puede haber una tendencia a que los participantes se adapten demasiado rápidamente al proceso grupal en un esfuerzo por aliviar la ansiedad de ser un socio en una empresa ambigua, de fin indeterminado y demasiado dificultosa. Es esencial durante el proceso lograr se enfrenten conflictos, para que los participantes creen oportunidades para generar expectativas fundadas, para lograr objetivos realistas.

Un indicador de esta fase de la relación, es la cantidad de oportunidades que ambas partes crean para elaborar y redefinir los tópicos de interés nacional. Cuando se ha logrado esta fase, ambos participantes se han "escuchado" y hay un sentimiento de confianza de que los participantes harán lo que dicen que harán y que en realidad, creen en lo que dicen.

Compromiso y Apropiación

Durante esta fase, se crean los medios sociales para facilitar y acelerar el trabajo a realizar. Se plantean las diversas tareas relacionadas con el diseño de un programa de prevención de base comunitaria: selección de temas, generación de variables, reclutamiento de los participantes que recibirán el programa, mediciones a utilizar, diversos modos en que los datos serán recolectados y analizados, etc. Es en esta fase donde se realiza claramente el proceso colaborativo. A medida que los científicos sociales brindan información con respecto a las diversas opciones disponibles para evaluar un tópico determinado y los miembros de la comunidad asimilan dicha información y se vuelven más seguros con relación a la tarea de investigación emprendida, se produce un mayor intercambio y se forma una alianza de trabajo mutuamente apoyada.

La evolución de esta fase depende del éxito de los participantes en el trabajo de las etapas anteriores de ingreso e involucramiento. Si las etapas previstas no han sido logradas, será difícil tener intercambios de información francos y genuinos y no se logrará la solución de los problemas. En este caso, la relación de trabajo consistirá en trabajos paralelos y no conjunto de científicos y ciudadanos.

Un resultado o beneficio de trabajar en esta fase de relación colaborativa es que los participantes pueden comenzar a crear una red con otras organizaciones claves que estén desarrollando proyectos similares tanto dentro como fuera de la comunidad local. Trabajar de esta manera no sólo tiene el potencial de aumentar las oportunidades comunicacionales con otros recursos fundamentales sino que incrementa también la vitalidad y otorga validez al trabajo de los participantes. Comienzan a ver que están "en

el camino correcto”. Este proceso intensifica la confianza en ellos mismos y en su propósito. El compromiso y la apropiación se profundizan.

Renovación

En todo este proceso y a medida que los participantes atraviesan cada una de estas fases se toman tiempo para reconocerse unos a otros y también sus logros y para entender lo que han avanzado desde la concepción de la idea. El proceso de renovación puede expresarse espontáneamente.

El indicador importante es que la relación de trabajo y la difícil tarea que ha sido su desarrollo son reconocidos. En esta fase particular, los participantes crean un proceso social que añade sentido a su bienestar, esto es, la oportunidad de generar un sentido de solidaridad y de vinculación acerca de todo lo que han experimentado y logrado. El proceso de renovación sirve como una vertiente para generar tanto un nuevo ciclo de trabajo como un significado más amplio de la relación colaborativa. Es en tales ocasiones de renovación que los participantes pueden experimentar una sensación de reciprocidad de su trabajo colaborativo. Juntos han creado una estructura social que proporciona un sentido de identidad e integración a sus propias vidas. La relación colaborativa es un ejemplo de los procesos por los que atravesamos a medida que adquirimos un papel más significativo en nuestras comunidades. Los participantes aprenden de primera mano lo que implica el desarrollo de procesos sociales, donde el trabajo es un fruto del proceso, y donde el trabajo lleva a la autodefinición de los roles preferidos de uno, vía pertenencia grupal. Un efecto del proceso de renovación es que los participantes se ven estimulados y motivados para crear grupos de apoyo con otros recursos en su comunidad. La creación de un grupo de apoyo valida y hace carne la actividad de prevención en la comunidad.

Tomarse tiempo para reconocerse unos a otros ofrece las posibilidades adicionales de aprender más profunda e íntimamente con respecto a la cantidad de recursos (v.gr. competencias, puntos de vista, conocimiento de otras organizaciones, aspiraciones y energías) con que cada uno de los participantes ha contribuido a la empresa colaborativa. Conciencia y apreciación de las contribuciones personales sigue reforzando el ciclo de solidaridad e innovación en la evolución de las actividades de prevención.

Conclusión

La investigación preventiva como actividad con base comunitaria puede ser llevada a cabo como una actividad colaborativa de ciudadanos y científicos sociales. El beneficio de la relación de colaboración es que la comunidad obtiene la capacidad para iniciar y controlar los recursos para promover la salud.

A través del uso de conceptos tales como recursos, medios sociales y procesos, ciudadanos y científicos sociales trabajan juntos a través de las cuatro etapas de colaboración: ingreso, involucramiento, compromiso y apropiación y renovación. Trabajar a través de estas etapas como empresa colaborativa es una forma de abordaje que puede generar investigación preventiva en la comunidad. El propio proceso de colaboración puede ampliar el impacto de la investigación. En este sentido, el proceso científico mismo puede convertirse en un recurso comunitario.

REFERENCIAS

- (1) María Elena Rubio. Extractado del documento de trabajo: “Las oportunidades de desarrollo infantil en las políticas sociales compensatorias”.
- (2) Max Neff, Manfred y otros: “Desarrollo a escala humana una opción para el futuro”, CEPAUR. Max Neff propone el análisis de cinco categorías de satisfactores: violadores o destructores, inhibidores, singulares y sinérgicos o polivalentes.
- (3) Edmund Leach en las conceptualizaciones que realiza sobre alteridad, es decir, las caracterizaciones que realizamos sobre los otros, establece estas tres categorías para el análisis y refiere que los otros "próximos inciertos" son quienes provocan mayores incertidumbres e inseguridades para el ejercicio de cualquier práctica (profesional o no). Son también, sobre quienes se depositan los mayores niveles de desconocimiento y discriminación, de ahí la importancia de construir escenarios y estrategias para cada uno.
- (4) Carlos A. Mallman: “El desarrollo humano en la sociedad contemporánea”, Fundación Bariloche, 1984-.
- (5) Enfoque de resiliencia que pone el foco en la construcción de fortalezas para enfrentar la adversidad.
- (6) Enfoque de riesgo pone el foco en la carencia, da menor valor a la indagación de potencialidades como estrategia para incidir en cambiar favorablemente las debilidades.
- (7) Juan Deval: “El desarrollo humano”, Editorial Siglo XXI
- (8) Juan Deval: “El desarrollo humano”, Editorial Siglo XXI (ver Vigotski, pág. 67)
- (9) Raquel Leal. María Elena Rubio: “Transformar para sí y para otros”. Servicio Universitario Mundial. IAF. Universidad Nacional de Quilmes, pág. 46, 47
- (10) James G. Kelly. Universidad de Illinois. Chicago: “Contexto y proceso: una visión ecológica de la interdependencia entre práctica e investigación”. Mimeo. Facultad de Psicología. UBA
- (11) James G. Kelly, Ph.D. Universidad de Illinois. Chicago: “Diseñando la investigación preventiva como una relación colaborativa entre los ciudadanos y los científicos sociales”. Mimeo. Facultad de Psicología. UBA.

BIBLIOGRAFIA

- * Departamento de Educación para la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Conceptualización y Orientación Programática. Informe Técnico, Buenos Aires, Argentina, 1999.
- * FREIRE, Paulo; QUIROGA, Ana P. de y otros. El Proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviére. Seminario en San Pablo, 1985, Ediciones CINCO, Buenos Aires, Argentina, 1992.
- * KORNBLIT, Ana Lía y otros. Y el Sida Está entre Nosotros. Editorial Corregidor, Buenos Aires, Argentina, 1997.
- * KORNBLIT, Ana Lía; MENDEZ DIZ, Ana María. La Salud y la Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales. Contenidos Curriculares. Ed. Aique, Bs. As., Argentina, 2000.
- * KORNBLIT, Ana Lía; MENDEZ DIZ, Ana Maria; PECHENY, Mario. Discriminación. Una asignatura Pendiente. El Sida en la Educación. Lumen - Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 2000.
- * LEAL, Raquel; RUBIO, Maria Elena. Transformar para Sí y para Otros. SUM, Inter American Foundation, Universidad Nacional de Quilmes, Bs. As., Argentina, 1997.
- * OMS. Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de la Salud, Ginebra 1989.
- * OPS. Guía para el Diseño, Utilización y Evaluación de Materiales en Educación para la Salud. Serie Paltext, Nº 10, 1985.
- * OPS. Promoción de la Salud: una Antología. Publicación Científica Nº 557, 1996
- * OPS/OMS. Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe, 1999.
- * PERALTA, Juan. Los Escenarios de la Salud. Hacia la Construcción de una Actitud. Ediciones La Llave, Buenos Aires, Argentina, 1998.
- * RESTREPO - MALAGA. Promoción de la Salud: Cómo Construir una Vida Saludable. Editorial Médica Panamericana, Colombia, 2001
- * ROBIROSA, Mario; CARDARELLI, Graciela; LAPALMA, Antonio y colab. Turbulencia y Planificación Social: Lineamientos Metodológicos de Gestión de Proyectos Sociales desde el Estado. UNICEF, Argentina, 1990.
- * SERRANO GONZÁLEZ, María Isabel, coordinación; autores varios. La Educación para la Salud del Siglo XXI. Comunicación y Salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A., Segovia, España, 1998.