

Como Afrontar los Desafíos de la Salud mundial

Documento de Referencia sobre la Educación para la Salud



Documento preparado conjuntamente por
la Unión internacional de Educación para la Salud
y la División de Educación para la Salud
de la Organización mundial de la Salud, Ginebra
con el apoyo de los Centros de Control de Enfermedades, EE. UU.

En la XIV Conferencia mundial de Educación para la Salud celebrada en Helsinki Finlandia, del 16 al 21 de Junio de 1991, se distribuyó un borrador de trabajo del presente documento para su discusión. Posteriormente, el borrador fue revisado y aprobado por la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Diciembre de 1991. La OMS y la UIES agradecen la contribución de las siguientes personas sin la cual no hubiera sido posible el desarrollo del presente documento.

Dr. Joshua D. Adeniyi, NIGERIA
Dra. Nellie M.F Candeias, BRASIL
Dr. Harry Crawley, IRLANDA
Dr. William H. Foege, EE.UU.
Dr. Lawrence W. Green, EE.UU.
Dra. Luisa Lee, SINGAPUR

Dra. Judit Meszaros, HUNGRIA
Prof. Raphael Oganov, URSS
Dr. Hyung Jong Park, REP. DE COREA
Sra. Lavada Pinder, CANADA
M. Hakim Mohammed Said, PAKISTAN

División de Educación para la Salud de la QMS

Sr. H.S.Dhillon, Director
Sr. H. Benaziza
Sr. Jack T. Jones
Dr. Desmond J. O'byrne
Dr. Lois Philip

Comité Ejecutivo de la UIES

Sr. Dennis D. Tolsma, EE.UU., Presidente (1988-1991)
Profesor Lamberto Briziarelli, ITALIA, Vicepresidente para Recaudación de Fondos y Finanzas (1990-1991)
Sr. John K. Davies, ESCOCIA, Vicepresidente para Desarrollo Científico y Técnico (1988-1991)
Dr. Jean-Claude Labadie, FRANCIA, Vicepresidente para Coordinación, Administración y Relación con los Miembros
Dr. Matti Rajala, FINLANDIA, Vicepresidente para la Organización de la Conferencia mundial (1988-1991)
Dr. Werner Schmidt, ALEMANIA, Vicepresidente para Relaciones Internacionales y Externas (1988-1991)
Dra. Judit Shamian, CANADA, Vicepresidenta para Promoción y Comunicación (1988-1991)
Vicepresidentes regionales: Sr. Hans Hagendoorn, Prof. Marian Hamburg y Prof. Myung Ho Kim

Coordinadores regionales designados por la UIES

Región Africana, Dr. Joshua D. Adeniyi
Región de América Latina, Dra. Noemia Kligerman
Región Europea, Sr. Hans Hagendoorn
Región de Norteamérica, Dra. Florence Fiori
Región del Sudeste Asiático, Dr. V. Ramakrishna
Norte de la Región del Pacífico Occidental, Profesor Myung Ho Kim
Sur de la Región del Pacífico Occidental, Dr. Colin Yarham

Personal de la UIES

Sr. Daniel Sigaudès
Sra. Marie-Claude Lamarre

Responsables del Proyecto designados por la UIES

Dr. Lloyd J. Kolbe, EE.UU., Vicepresidente para Desarrollo Científico y Técnico
Sra. Nancy B. Watkins, EE. UU.

Traducción del documento original al español

Sra. Ma. Asunción Osés

Investigación y desarrollo a cargo de
Marshall W. Kreuter, Ph. D.
Health 2000
Atlanta, Georgia, EE.UU.

La sociedad debe hacer posible que las personas puedan llevar una vida sana. Hay que establecer una gran alianza entre la población, los responsables de las políticas y los profesionales de salud.

Los educadores de salud deben utilizar todos los medios de comunicación y sociales a su alcance. Sólo así podrán contribuir a crear un clima social sano, a garantizar políticas que lo apoyen y a influir en las actitudes y valores de las personas. Sólo así podrán dotar a la gente de los conocimientos y capacidades necesarios para mejorar su propia salud...

Ha llegado el momento de galvanizar nuestros esfuerzos. Ya tenemos los conocimientos y la tecnología. Lo que nos falta ahora es decisión, valor y visión de futuro.

*Hiroshi Nakajima M.D., Ph.D. Director General de la
Organización mundial de la Salud*

*XIII Conferencia mundial de Educación para la Salud
Houston, EE.UU.
Agosto 1988*

En estos últimos años del siglo XX, el camino hacia la consecución de la salud para todas las personas del mundo está tan lleno de promesas como de retos. Frente a estos retos, pocas cosas de las que podemos hacer para promover y proteger la salud ofrecen más hoy en día que la educación para la salud; ello vale para cualquier parte del mundo.

Para llevar a la práctica este potencial, todos y cada uno de los países deben garantizar el acceso de su población a una educación para la salud efectiva: bien concebida, con programas sólidos, elaborados con la participación de la gente a la que van destinados, llevados a cabo por personas formadas profesionalmente en el sector de salud y en otros sectores y reforzada por una política pública de apoyo.

Hacemos una llamada a todos los creadores de políticas, directores de programas nacionales, y líderes de educación sanitaria que lean el presente documento para que contribuyan a que los principios enunciados en él constituyan un elemento visible de las estrategias de salud nacionales e internacionales.

Dennis D. Tolsma, Presidente
Unión Internacional de Educación para la Salud

15-21 rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris CEDEX 06, Francia

H.S. Dhillon, Director
División de Educación para la Salud

Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza

**Las opiniones expresadas personalmente por los autores
son responsabilidad exclusiva de los mismos y no de la OMS.**

Préface

Cuando entramos en la última década del milenio, es oportuno y conveniente que la Unión Internacional de Educación para la Salud y la Organización Mundial de la Salud revisen conjuntamente la naturaleza de la educación para la salud tras su evolución en las diversas regiones y países del mundo. En efecto, si pretendemos conseguir la salud para todos, la educación para la salud debe convertirse en un elemento cada vez más fundamental de las estrategias nacionales e internacionales de promoción de la salud. La concepción moderna de la educación para la salud ha evolucionado de modo que no sólo refleja modelos cambiantes de salud, sino que además muestra una mayor comprensión de los factores sociales y medioambientales que influyen sobre ella. En este contexto, a la educación para la salud le atañe no sólo el comportamiento de los grupos de población respecto a la salud, sino también las condiciones de vida y de trabajo que puedan influir en ella. Así pues, la educación para la salud es un medio indispensable de toda sociedad para garantizar que sus miembros desarrollen las capacidades personales y colectivas necesarias para lograr estilos de vida sanos, políticas públicas sanas y comunidades sanas.

Las personas deben informarse e involucrarse a la hora de determinar su propia salud y la salud y calidad de vida de la comunidad, región y país en los que viven.

Introducción

La educación para la salud, ya se lleve a cabo en una comunidad, una escuela, un entorno clínico o en el lugar de trabajo, es un proceso interactivo en el que las poblaciones diana son participantes activos, más que receptores pasivos. Las personas deben informarse e involucrarse a la hora de determinar su propia salud y la salud y calidad de vida de la comunidad, región y país en los que viven. Una participación activa de este tipo surgirá sólo en las sociedades que valoran la salud, apoyan la educación para la salud y promueven las condiciones necesarias para conseguirla.

El presente documento se ha elaborado para estimular el debate y ayudar a desarrollar una comprensión común del papel y función de la educación para la salud a la hora de afrontar los desafíos presentes y futuros que plantea la consecución de una salud mundial.

El presente documento consta de cuatro partes. Comienza con una descripción de la educación para la salud y de sus elementos esenciales. Ello viene seguido de una discusión sobre el concepto de evolución de la salud para ilustrar cómo los cambios complejos que se producen en la salud de las poblaciones reclaman una respuesta por parte de la educación para la salud. En la tercera parte se revisan las competencias que resultan de vital importancia para la aplicación efectiva de la educación para la salud. La última parte describe los factores clave para que un programa de educación para la salud sea efectivo.

El propósito de la educación para la salud es conseguir una mejora en la salud y el bienestar de todos mediante la promoción de estilos de vida sanos, acciones comunitarias en favor de la salud y condiciones que posibiliten una vida sana.

1. Educación para la Salud: Elementos esenciales

A medida que la educación para la salud se ha enfrentado, a lo largo de su evolución, a los retos que ha ido planteándole la salud en todo el mundo, su cuerpo teórico y práctico tradicional ha influido y se ha dejado influir por las ideas y estrategias modernas para mejorar la salud¹⁻⁸. La educación para la salud es la combinación de acciones sociales planificadas y experiencias docentes concebidas para enseñar a la gente a controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de salud y las condiciones que afectan a su estado de salud y al de los demás.

El propósito de la educación para la salud es conseguir una mejora en la salud y el bienestar de todos mediante la promoción de estilos de vida sanos, acciones comunitarias en favor de la salud y condiciones que posibiliten una vida sana. Éste es el objetivo común de todos los que trabajan en la promoción de la salud, la movilización de las comunidades y la comunicación para la salud⁵⁸.

El proceso de planificación requerido para desarrollar intervenciones y programas efectivos, combinado con el principio de participación^{5,9-11}, faculta a la educación para la salud a adaptarse a los múltiples cambios sociales y de salud que se describen en detalle en la próxima sección. Consideremos los requisitos necesarios para hacer que la acción social y las experiencias educativas *planificadas* se hagan realidad en el contexto de la educación para la salud.

- La planificación debe basarse en el estudio de información sobre el tema en cuestión. Como mínimo, dicha información debería describir los diversos factores que tengan mayores posibilidades de influir en los resultados de comportamiento y de salud que se persiguen y debe explicar las necesidades e intereses de la población diana.

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

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

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

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

La expresión "*experiencias docentes*" llama la atención sobre la importancia de aplicar principios y métodos sólidos y apropiados en la puesta en práctica de una educación para la salud efectiva. Tanto si los participantes de un programa de educación para la salud son habitantes de un pueblo de Pakistán con riesgo de infección por dracunculiasis (filaria), o alumnos de 12 años en una escuela de Canadá, o un paciente hipertenso de una clínica de Glasgow (Escocia), el resultado deseado no surgirá de la mera existencia de un folleto a todo color o de las palabras carismáticas del trabajador de salud o del maestro de escuela. Un sinfín de factores afecta al proceso de aprendizaje, entre ellos, la alfabetización, el acceso a servicios y recursos de los medios de comunicación, una actitud abierta al cambio, las creencias relativas a la salud, las barreras medioambientales y sociales y el refuerzo social. En

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

consecuencia, la planificación de la educación para la salud debe tener en cuenta no sólo las barreras educativas técnicas como el analfabetismo, sino también las barreras sociales y económicas.

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

- Determinar qué método o combinación de métodos puede ser más efectivo dependerá en gran parte de la naturaleza y alcance de los factores a los que se enfrenta, de las características concretas de la población diana, del conocimiento por parte del planificador de educación para la salud de los métodos más eficaces dadas las características concretas, de la participación activa de las organizaciones colaboradoras y de los representantes de la comunidad o de la población diana, todos ellos en calidad de "miembros activos", de la disponibilidad de recursos para aplicar dichos métodos y de la competencia de la(s) persona(s) responsable(s) de llevar a término el programa de educación para la salud.

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

Los que planifican los programas de educación para la salud deben ser capaces de adaptar las estrategias educativas a los diversos subgrupos de la comunidad de que se trate, en base a las características que se detecten en la práctica, como la edad, el sexo, la vecindad, y la identidad étnica y cultural¹².

La relación existente entre los comportamientos individuales y el estado de salud está bien documentada¹³. Dentro del contexto de la educación para la salud, en el concepto de comportamientos relacionados con la salud se incluye no sólo las acciones que pueden definirse como estilos de vida sanos y comportamientos preventivos, sino también las acciones llevadas a cabo por la sociedad en apoyo del establecimiento y aplicación de políticas equitativas de salud, medio ambiente y sociales. Aunque los comportamientos individuales y de grupo están influidos por las estrategias organizadas para el cambio¹⁴, hay que reconocer la complejidad y la sensibilidad política que se requiere para instituir tales cambios. Los problemas como el acceso a los servicios y las condiciones ambientales desfavorables son factores importantes de salud y exigen la colaboración intersectorial y una política de salud firme y visible. Es en

En el concepto de comportamientos relacionados con la salud se incluyen no sólo las acciones que pueden definirse como estilos de vida sanos y comportamientos preventivos, sino también las acciones llevadas a cabo por la sociedad en apoyo del establecimiento y aplicación de políticas equitativas de salud, medio ambiente y, sociales.

Una buena planificación de la educación para la salud

se ha de basar en la premisa de que cada estrategia de intervención deberá diseñarse a medida de modo que se adapte a las circunstancias concretas de la población, persona o situación determinada.

este terreno intersectorial donde la expresión "controlar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos de salud y las condiciones que afectan a su estado de salud y al de los demás" cobra todo su significado. Los profesionales responsables reconocen que el proceso de educación para la salud es uno de tantos medios de influir en aquellas decisiones y acciones que afectan directamente a las condiciones de vida de los demás¹⁵⁻¹⁶.

Cuando los profesionales prestan atención a las prioridades y matices de sus situaciones inmediatas, adaptan constantemente métodos y procedimientos para enfrentarse a los problemas sociales, medioambientales y de salud específicos del pueblo, comunidad o región en la que trabajan. A menudo, deben realizar sus tareas de educación para la salud haciendo frente a la escasez de recursos y de apoyo político. La educación para la salud no varía únicamente según el problema de salud en cuestión o según las circunstancias regionales concretas, sino también según el lugar de aplicación (escuela, comunidad, centro de atención de salud y centro de trabajo) y según el personal que lleve a cabo el programa (responsable de salud ambiental, educador de salud, enfermera, trabajador de salud local, o médico). para la salud haciendo frente a la escasez de recursos y de apoyo político. La educación para la salud no varía únicamente según el problema de salud en cuestión o según las circunstancias regionales concretas, sino también según el lugar de aplicación (escuela, comunidad, centro de atención de salud y centro de trabajo) y según el personal que lleve a cabo el programa (responsable de salud ambiental, educador de salud, enfermera, trabajador de salud local, o médico).

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

Para planificar y aplicar efectivamente la educación para la salud, tenemos que comprender las necesidades actuales de salud de las diversas poblaciones y las que tendrán dichas poblaciones en un futuro.

2. Evolución de la Salud: Medida de cambio

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

A pesar de los avances conseguidos en la prevención y control de las

enfermedades transmisibles de los países en vías de desarrollo, estos problemas continúan siendo prioridades justificables. Además, han surgido nuevas enfermedades transmisibles como el SIDA, constituyendo problemas de primer orden tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Al mismo tiempo, los países en vías de desarrollo están empezando a constatar aumentos en los problemas de salud no transmisibles, que han afectado a muchos países desarrollados en los últimos cincuenta años. Así pues, las enfermedades cardíacas, la diabetes, las lesiones, el alcoholismo y la drogadicción y diversas formas de trastornos emocionales y mentales y de angustia están afectando también a los países en vías de desarrollo. No obstante, en muchos países en vías de desarrollo los problemas de salud no transmisibles no *sustituyen* a las enfermedades transmisibles sino que se añaden a ellas, agravando -todavía más el desafío¹⁷. Y en los últimos años, los factores medioambientales que afectan a la salud - residuos químicos y nucleares, deforestación, calentamiento del globo y deterioro de la capa de ozono - se han convertido rápidamente en problemas internacionales de primer orden. Por ello, la educación para la salud debe enfrentarse a una gama de problemas cada vez más amplia en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Estos cambios en los factores biológicos, sociales y medioambientales que afectan a la salud y sus repercusiones a lo largo del tiempo han sido denominados por algunas personas "health transition" evolución de la salud. Esta evolución de la salud es el producto de cambios complejos y continuos. A medida que los países y regiones consiguen reducir las tasas de mortalidad y de enfermedades infecciosas, experimentan a menudo un cambio en la estructura de edad de la población¹⁹⁻²⁰, que en la mayoría de los casos tiene relación con una tasa de fertilidad y de mortalidad en declive. Con el aumento del número de personas que sobreviven hasta alcanzar la edad adulta, una porción cada vez más grande de la población corre el riesgo de tener problemas de salud crónicos, no transmisibles. Si bien las tasas reales de los problemas de salud crónicos pueden estancarse o incluso disminuir, es probable que aumente su importancia relativa frente a la tendencia a la baja de las enfermedades infecciosas, transmisibles. Esta transición hace evidente la influencia que tienen los estilos de vida y los entornos ya sea en los países desarrollados como en vías de desarrollo.

El concepto evolución de la salud no sólo ayuda a clarificar la diversidad y profundidad de los desafíos a los que se enfrenta actualmente la comunidad internacional de educación para la salud, sino que además ofrece una base para prever los efectos potenciales de los problemas antes de que se produzcan todos sus efectos nocivos y actuar en

El concepto de evolución de la salud no sólo ayuda a clarificar la diversidad y profundidad de los desafíos a los que se enfrenta actualmente la comunidad internacional de educación para la salud, sino que además ofrece una base para prever los efectos potenciales de los problemas antes de que se produzcan todos sus efectos nocivos y actuar en consecuencia. Por ejemplo, muchos países en vías de desarrollo están constatando fuertes aumentos en el consumo de cigarrillos²⁰⁻²³. En estas áreas, debería ser una prioridad importante el apoyo para la introducción temprana de la educación para la salud en la escuela y en otros lugares en los que se reúnen niños y jóvenes. También debería hacerse uso de la educación para la salud para informar al público de los efectos engañosos de la publicidad del tabaco y sobre los beneficios que obtienen las industrias de cigarrillos. Es igualmente importante que la educación para la salud defienda y fomente las políticas públicas que desaconsejen el consumo del tabaco y proteja de los efectos nocivos del tabaco a aquellos que no lo consumen. Así, desde una perspectiva mundial, la comunidad internacional de educación para la salud debería reforzar dichas acciones aunando esfuerzos con otros grupos de defensa internacionales para promover estilos de vida sanos y crear entornos

consecuencia.

(físicos, políticos, económicas y sociales) que apoyen la salud.

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

3. La Práctica de la Educación para la Salud: Responsabilidades/Competencias

Para lograr la máxima efectividad posible, la educación para la salud debe ser planificada e impartida por personas de todos los sectores y niveles de la sociedad, a saber, educadores de salud, trabajadores de salud, maestros, padres y amigos. Aunque las tareas de planificación, prestación y evaluación de la educación para la salud están relacionadas, a menudo exigen competencias especiales. Un trabajador o trabajadora de salud de la comunidad puede no necesitar grandes conocimientos sobre planificación y desarrollo de programas, pero debería participar en el proceso de planificación. Puede ser también que estas personas adolezcan de una comprensión teórica y conceptual del proceso de modificación de comportamientos, pero se les puede formar para que lleven a cabo con eficacia las tareas claves de la educación para la salud ²⁴⁻²⁶.

Durante el último cuarto de siglo, varias organizaciones de profesionales de la educación para la salud han formulado recomendaciones generales sobre las competencias deseables en los responsables de llevar a cabo la educación para la salud ²⁷. Si bien hay que reconocer que constituyen un modelo ideal, las responsabilidades y competencias que se enumeran a continuación constituyen un nivel al que deberían aspirar dichos profesionales :

- Conocimiento de los fundamentos científicos, teóricos y metodológicos de la educación para la salud y de la promoción de la salud; epidemiología (especialmente, social y del comportamiento); desarrollo y organización comunitarios; teoría social, del comportamiento, educativa y de las comunicaciones; y procesos y métodos educativos y del cambio social.
- Conocimiento de la población y costumbres del área donde trabajan, problemas de salud prioritarios que amenacen la calidad de vida de la misma; condiciones de vida y comportamientos relacionados con dichos problemas.
- Capacidad de obtener datos sobre las necesidades e intereses individuales y de la población, lo que incluye información sobre las condiciones sociales y económicas y el entorno cultural.
- Competencia para aplicar, en caso necesario, estrategias educativas adecuadas, que incluyen organización comunitaria, comunicaciones, medios de comunicación, técnicas de abogacía y técnicas de marketing social.
- Conocimiento de las fuerzas no sanitarias que influyen en el apoyo de los programas de salud pública, a saber, factores organizativos y administrativos, transiciones demográficas, cambios tecnológicos, fuerzas políticas y económicas, y puntos de vista ideológicos y culturales (religiosos, conservadores, socialistas).

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

- Capacidad de gestionar recursos humanos y económicos para planificar, llevar a cabo y evaluar los programas.

- Capacidad de planificar programas de educación para la salud que impliquen a diversos sectores de la sociedad, lo que incluye la colaboración intersectorial, la gestión y coordinación efectivas de múltiples organizaciones y grupos en el proceso de planificación.

- Capacidad de comunicarse de manera eficaz y creíble con otros miembros de un equipo de salud pública cuya experiencia se refiera a los aspectos cuantitativos de fijar las prioridades de salud, controlar los cambios producidos en la misma y evaluar la marcha del programa.

- Conocimiento de cómo funcionan las organizaciones y burocracias y cómo se trabaja en ellas, lo que incluye cuestiones de jerarquía, supervisión y lealtad a la organización.

- Capacidad de liderazgo y competencia para comunicar a los responsables de las decisiones el papel, la función y los beneficios de la educación para la salud cuando se planifica y lleva a cabo con efectividad.

4. Elementos comunes de una educación para la salud efectiva

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

En estudios en los que la educación para la salud constituye el modo de intervención principal o complementario, se ha demostrado la obtención de resultados positivos en la reducción de determinados comportamientos de riesgo²⁸⁻³⁰ y en varios indicadores del estado de salud como la morbilidad³¹⁻³² y la mortalidad evitables³³⁻³⁶. Tales resultados positivos se han logrado en condiciones geográficas³⁷⁻³⁹ étnicas y socioeconómicas variadas y en múltiples lugares, a saber, comunidades⁴⁰⁻⁴⁵ escuelas⁴⁶⁻⁴⁸ centros de trabajo⁴⁹⁻⁵¹ y centros de atención médica⁵²⁻⁵³.

La educación para la salud efectiva no puede resolver cada problema de salud ni debe situarse como una estrategia aislada e independiente. No obstante, cuando se planifica con esmero y se lleva a cabo adecuadamente, es un elemento esencial de una promoción de la salud responsable y de la prevención, tratamiento y atención de la enfermedad⁵⁴. Los programas de educación para la salud que funcionan comparten varias características técnicas y de gestión:

Ya sea en países en vías de desarrollo o desarrollados, la educación para la salud ha tenido éxito solamente cuando han contado con voluntad política, una estructura organizativa sólida y servicios accesibles.

Apoyo financiero - Independientemente de que la fuente sea una subvención para la investigación o para un programa, una partida presupuestaria de un organismo, o las aportaciones colectivas de múltiples organizaciones, el éxito depende del acceso a los recursos económicos necesarios para planificar, dotar de personal, realizar y gestionar el programa. Las probabilidades de obtener apoyo fiscal aumentarán cuando el personal del programa conozca los intereses políticos de la organización madre y haga un esfuerzo consciente por gestionar sus programas en consonancia.

Apoyo político y administrativo - Ya sea en países en vías de desarrollo o desarrollados, la educación para la salud ha tenido éxito solamente cuando han contado con voluntad política, una estructura

organizativa sólida y servicios accesibles. Los factores clave son la consecución de apoyo de alto nivel a la gestión y administración del programa y una infraestructura de soporte que incluya personal y recursos para todos los aspectos del programa y a todos los niveles. En la mayoría de los casos, estos factores van asociados a la capacidad de los líderes del programa de educación para la salud *de comunicar a los superiores los méritos del programa o actividad relativos a la misión de la organización u organismo madre*⁵⁶⁻⁵⁷.

Objetivos específicos - Los programas de educación para la salud efectivos se dirigen a la consecución de objetivos específicos y modificables. Tales objetivos pueden ser una mayor mentalización de la población en cuanto a los efectos nocivos de un medio ambiente contaminado y su consiguiente voluntad de exigir acciones correctoras, o la disminución de la proporción de población que fuma cigarrillos, o el aumento de personas que conocen y utilizan los servicios de salud. Al mismo tiempo, los objetivos específicos deberían formar parte de un

enfoque integral, holístico basado en las necesidades de la comunidad.

Planificación esmerada / Seguimiento / Evaluación - Para que la educación para la salud sea efectiva, ha de planificarse con esmero. Ello permite a los profesionales seleccionar o diseñar estrategias de intervención adecuadas a las necesidades y características concretas de la población diana; establecer indicadores de la marcha del programa susceptibles de medición; introducir ajustes al programa en caso necesario; y evaluar los efectos del programa.

Aplicación de múltiples teorías / modelos - No existe ninguna teoría que por sí sola oriente el desarrollo, funcionamiento y gestión de un programa de educación para la salud si éste tiene que ser efectivo. Las decisiones sobre la metodología, la aplicación estratégica, la gestión y la evaluación apropiadas se basan casi siempre en la aplicación complementaria de varios modelos de cambio social, del comportamiento, educativos, biomédicos y organizativos.

Colaboración intersectorial - El desarrollo y aplicación de programas de educación para la salud efectivos requiere a menudo la colaboración de múltiples organismos pertenecientes a diversos sectores, a saber, agrícola, laboral, agua, desarrollo urbano y energía.

Múltiples métodos - La educación para la salud efectiva combina una serie de métodos de intervención complementarios, a saber, organización y desarrollo comunitarios, educación, desarrollo legislativo y político, marketing social, campañas a gran escala y una amplia gama de estrategias de comunicación de salud.

Protagonismo de los participantes - El principio de participación crea una sensación de pertenencia al programa. Las personas que participan a fondo en el programa tienen menos probabilidades de abandonarlo a la mitad, aumentando así las probabilidades de que el programa consiga el resultado educativo deseado.

Personal cualificado - Los programas efectivos son el resultado de una esmerada planificación, de una aplicación creativa, una gestión acertada y una evaluación precisa. Para influir sobre los responsables de las decisiones de alto nivel y para ejecutar dichas tareas, el personal necesitará capacitarse en terrenos como la negociación y la resolución de conflictos. Las personas que reciban este tipo de formación deberían ser las encargadas de planificar y apoyar a otro tipo de personal, es decir, profesionales de salud, voluntarios y trabajadores locales de salud, para asegurar la continuidad y la capacitación de todas las personas implicadas en la realización de los programas y servicios de educación para la salud.

Conclusión

En último término, la educación para la salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción -de muertes, enfermedades y minusvalías evitables, y mejora la interacción humana y fomenta la autonomía del paciente en el sistema de salud ⁵⁵.

La consecución de apoyo de alto nivel para la gestión y administración del programa va asociada, en la mayoría de los casos a....la capacidad de los líderes del programa de educación para la salud de comunicar a los superiores los méritos del programa o actividad...

un enfoque responsable de la educación para la salud debería incluir planes para (1) aumentar la concienciación de las personas fomentando el interés y la demanda, (2) mejorar la capacidad de los líderes comunitarios y del personal del programa mediante una formación oportuna y adecuada, y (3) alentar la creación de alianzas y asociaciones con otros sectores y grupos organizados que pudieran contribuir a mejorar la salud.

Para alcanzar estos objetivos, es decir, para conseguir avances en la salud, los responsables de la educación para la salud deben trabajar para lograr un público informado y un sistema funcional que responda a las necesidades del mismo. Como queda reflejado en ***A Call For Action: Promoting Health in Developing Countries***⁵⁶ (Llamada a la Acción: Promover la Salud en los Países en Vías de Desarrollo), cada vez existe mayor acuerdo en que, para ser efectivos, los educadores de salud y otras personas que aspiran a alcanzar dichos objetivos deberían hacerlo en el marco de tres estrategias principales:

Promoción de Ideas - despertar las conciencias y el interés públicos y empujar a las fuerzas sociales para que presionen para conseguir políticas públicas y recursos que apoyen la salud.

Capacitación - dotar a las personas de los conocimientos y capacidades necesarias para tomar opciones positivas de salud y para actuar individual y colectivamente en favor de una mejora de la salud.

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

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

Tanto si se trata de un programa integral de salud escolar, un proyecto de suministro de agua potable y red de saneamientos o un programa de prevención de enfermedades crónicas de base comunitaria, un enfoque responsable de la educación para la salud debería incluir planes para (1) aumentar la concienciación de las personas fomentando el interés y la demanda, (2) mejorar la capacidad de los líderes comunitarios y del personal del programa mediante una formación oportuna y adecuada, y (3) alentar la creación de alianzas y asociaciones con otros sectores y grupos organizados que pudieran contribuir a mejorar la salud.

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

Referencias y notas

1. Griffiths W, Health Education Definitions, Problems and Philosophies. Health Education Monographs 1972; 31 : 12-14.
2. World Health Organization, Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva : World Health Organization, 1986.
3. Seppilli A, La Rivoluzione della Salute, Un Impegno Trentennale, Roma : Il Pensiero Scientifico Editore : 1985.
4. World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion : Discussion Document on the Concept and Principles. Health Promotion, 1984
5. Minkler M, Citizen Participation in Health in the Republic of Cuba. International Quarterly of Community Health Education 1980-81; 1 : 56-78.
6. World Health Organization, Regional Office for Europe, Education for Health in Europe A Report on a WHO Consultation on Coordinated Infrastructure Within a Health Promotion Strategy. Copenhagen : World Health Organization, 1987.
7. World Health Organization, Education for Health : A Manual on Health Education in Primary Health Care. Geneva : World Health Organization, 1988.
8. Green LW, Kreuter MW, Health Promotion Planning : An Educational and Environmental Approach. Mountain View, CA : Mayfield, 1991.
9. Green LW, The Theory of Participation : A Quantitative Analysis of Its Expression in National and International Health Policies. Advances in Health Education and Health Promotion. Vol. 1, Part A. Ward, W, (ed.), 1986.
10. Bracht N, Tsouros A, Principles and Strategies of Effective Community Participation. Health Promotion International 1990 ; 5 (3)199-208.
11. International Union for Health Education (Wieberdink EAM, Ed.), Health Education in Europe. Utrecht, The Netherlands : Dutch Health Education Centre, 1988.
12. Green LW, Community Health (6th ed.) St. Louis : Mosby Times/Mirror, 1990 : 84-85.
13. Tanto en las prácticas de salud en el caso de las enfermedades transmisibles, como en los factores relativos a estilos de vida asociados a las enfermedades crónicas y las lesiones, como en la acción preventiva mediante la participación en "screenings" de atención primaria, como en la lactancia materna y en las catástrofes genéticas figura el comportamiento como variable a tener en cuenta. Los estudios realizados sobre la relación del comportamiento con el estado de salud se hacen generalmente según enfermedades o comportamientos. Constituye una referencia útil : Amler RW, Dull MB (eds.), Closing the Gap : The Burden of Unnecessary Illness. New York : Oxford University Press, 1987
14. Un panorama general de la causalidad múltiple de los problemas de salud en los países en vías de desarrollo aparece en el Capítulo 5 de : Current and Future Determinants of Adult Ill-Health. En : Feachem RG Phillips MS, Jamison DT, et al (eds.), Health of Adults in the Developing World. Population and Human Resources Department of the World Bank (en imprenta).
15. El ámbito de la educación para la salud debe ampliarse considerando no sólo a los individuos expuestos a riesgo sino centrándose decididamente en aquellos cuyas acciones puedan afectar a las condiciones relacionadas con la salud. Trata de este tema : Kar SB, Communication for Health Promotion : A Model for Research and Action. In Ward W. (ed), Advances in Health Education and Health Promotion, 1986; 1 (A) : 270-271.
16. Una interpretación ampliamente aceptada de "promoción de la salud" es la descrita en la Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ottawa Charter for Health Promotion 1 (iii-v), 1986), de la Organización Mundial de la Salud (Oficina Regional Europea). Véase también : Kickbusch I, A Strategy for Health Promotion. Copenhagen : WHO Regional Office, 1990. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion 1986 ; 1 : 113-127.
17. Siegel JS, Hoover SL, Demographic Aspects of the Health of the Elderly to the Year 2000 and Beyond. World Health Statistics Quarterly 1982 ; 35 (3/4) : 133-202.
18. El término "health transition" viene descrito en detalle en: Bumgarner RJ, Public Policies for the Health Transition in China : Preventing Exposure to Behavioral and Environmental Risk. Environmental Impact Assessment Review 1990 ; 10 : 405-416. La

noción de salud de transición es una extensión de la de "transición epidemiológica", citada por primera vez por Omran quien argumentaba que la tarea de establecer prioridades de salud pública siempre sería entorpecida por los cambios sociales y económicos que, a su vez, influirían en los índices demográficos y de salud. Véase : Omran AR, The Epidemiological Transition : A Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Memorial Fund Quarterly 1971 ; 49 : 509-538.

19. Kinsella K, Aging in the Third World. International Population Reports, Series P095, no.79. Washington, D.C. : Department of Commerce, Bureau of the Census, September 1988.

20. Frenk J, Bobadilla JL, Sepulveda J, Cervantes ML, Health Transition in Middle Income Countries : New Challenges for Health Care. Health Policy Planning 1989 ; 4 : 29-39.

21. Véase un panorama general de la naturaleza y consecuencias de la transición demográfica en : Aging in the Third World, International Population Reports Series, P-95, No.79. Washington D.C. Department of Commerce, Bureau of the Census, September 1988. La primera referencia del concepto de "epidemiological transition" se halla en: Omran AR., The Epidemiological Transition : A Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Fund Quarterly 1971 ; 49 : 509-538.

Véase también: Maddox GL, Challenges for Health Policy and Planning. En : Binsock R, Chow W-S, Schuitz J (eds.) International Perspectives on Aging: Population and Policy Challenges. New York: United Nations Fund for Population Activities, Policy Development Studies, 1982.

22. Yu JJ, Mattson ME, Boyd GM, Mueller MD, Shopland DR, Pechaceck TF, Cullen JW, A Comparison of Smoking Patterns in the People's Republic of China with the United States. Journal of the American Medical Association 1990 ; 264 : 1575-1579

23. World Bank, China : Long-term Issues and Options in the Health Transition, Vol.II, Report no.7956-CHA. Washington D.C., June 25, 1990.

24. Brieger WR, Akpovi SU, A Health Education Approach to Training Village Health Workers in Nigeria. International Quarterly of Community Health Education 1982-83 ; 3 (2) ; 145-152.

25. Awad MA, Edstrom K, Katz F, Sudan, Teacher Training Gets Out of the Rut. World Health Forum 1980; 1 (12) : 45-51

26. Un tratamiento práctico y claro de las características y capacidades necesarios para la práctica de la educación para la salud por personas que no han sido especialmente formadas como profesionales del tema puede hallarse en: World Health Organization, Education for Health : A Manual on Health Education in Primary Care. Geneva : WHO, 1988.

27. El intento formal más reciente de establecer normas para la práctica de la educación para la salud se emprendió en los Estados Unidos. Se inició en 1978 al establecer las competencias nacionales de los especialistas de educación para la salud en un nivel inicial. En 1990, bajo los auspicios de la National Commission for Health Education Credentialing, Inc., se celebró la primera ronda de exámenes nacionales de titulación de especialistas de educación para la salud. Este proceso generó también unas directrices para la preparación de especialistas de educación para la salud a nivel universitario. Para una visión integral de la historia y proceso de las iniciativas, véase: Clary HP, Issues in the Credentialing of Health Education Specialists: A Review of the State of the Art. En: Ward W (ed.), Advances in Health Education and Health Promotion, Vol.1 (Part A). Jai Press, 1986 : 129-154.

28. Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon et al, A Multicommunity Trial for Primary Prevention of Adolescent Drug Abuse: Effects on Drug Use Prevalence. Journal of the American Medical Association 1989 ; 261 : 3259-3266.

29. Gordon AJ, Mixed Strategies in Health Education and Community Participation: An Evaluation of Dengue Control in the Dominican Republic. Health Education Research, Theory and Practice 1988 ; 3 (4): 399-419.

30. Hjermann I, Velve Byre K, Holme I, et al, Effect of Diet and Smoking Intervention on the Incidence of Coronary Heart Disease. Lancet 1981 ; ii : 1303-1310.

31. Nutbeam D, Clarkson J, Puillips K, et al, The Health Promoting School: Organisation and Policy Development in Welsh Secondary Schools. Health Education Journal 1987 ; 46 : 109-115.

32. Gbary AR, Guiguemde TR, Ouedraogo JB, La Dracunculose, Un Fléau éradiqué dans trois Villages du Burkina Faso par L'Education sanitaire. Bulletin De La Société De Pathologie Exotique 1987; 80 : 390-395.

33. Heath GW, Leonard BE, Wilson RH, Kendrick JE, Poweil KE, Community-based Exercise Intervention : Zuni Diabetes Project. Diabetes Care 1987 -10 (5) : 579-583.

34. Zmirou D, Charrel M, Veyre C, A Controlled Evaluation of a Health Education Programme for Pregnant

Women in Rural Areas. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1988 ; 42 : 177-182.

35. Vincent ML, Clearife AR, Schlucter MI, Reducing Adolescent Pregnancy Through School Health and Community-based Education. *Journal of the American Medical Association* 1987 ; 257 : 3382-3386.

36. Morisky DE, Levine DL, Green LW, Shapiro S, Russell RP, Smith CR, Five-year Blood Pressure Control and Mortality Following Health Education for Hypertensive Patients. *American Journal of Public Health* 1983 ; 73 : 153-162.

37. Fortmann SP, Williams PT, Hulley SB, et al, Does Dietary Health Education Reach Orily the Privileged? The Standford Three Community Study- *Circulation* 1982 ; 66 (1) : 77-82.

38. Moynihan M, Mukherjee U, Visual Communication with Non-Literates: A Review of Current Knowledge Including Research in Northern India. *International Journal of Health Education* 1981 , 24 : 251-262.

39. Akpovi SU, Johnson DC, Brieger WR, Guinea Worm Control: Testing the Efficacy of Health Education in Primary Care. *International Journal of Health Education* 1981 ; 24 (4) : 229 -237.

40. Kotchen JM, McKean HE, Jackson-Thayer S, et al, The Impact of a High Blood Pressure Control Program on Hypertension Control and CVD Mortality. *Journal of the American Medical Association* 1987 ; 257: 3382-3386.

41. Puska P, et al, The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions from the Ten Years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health* 1985 ; 6 : 147-193.

42. Vartianinen E, et al, Prevention of Non-communicable Diseases : Risk Factors in Youth - the North Karelia Youth Project (1984-1988). *Health Promotion* 1986 ; 1 (3): 269-283.

43. Pierce JP, Macaskill P, Hill A, Long-term Effectiveness of Mass Media Led Antismoking Campaigns in Australia. *American Journal of Public Health* 1990 ; 80 : 565-569.

44. Brieger WR, Ramakrishna J, Adeniyi JD, Community Involvement in Social Marketing : Guineaworm, Control. *International Quarterly of Community Health Education* 1986-87 -, 7 (1) : 19-31.

45. Nangawe E, Shomet F, et al, Community Participation: The Maasai Health Services Project, Tanzania. *International Quarterly of Health Education* 1986-87 ; 7 : 343-351.

46. Results of the School Health Education Evaluation (entire issue). *Jourrial of School Health* 1985 ; 35 (8).

47. Van den Avoort PG, Meyer-Breimer K, et al, Four Years of Experience with a Periodontal Health Education Program for 12- to 15-Year-Old Dutch School Children. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 1990 (April) ; 94 (4) : 180-182.

48. Murray DM, Richards PS, et al, The Prevention of Cigarette Smoking in Children: Two and Three-Year Follow-up Comparisons of Four Prevention Strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 1987 ; 10 : 595-611.

49. Bertera RL, Planning and Implementing Health Promotion in the Workplace: A Case Study of the Dupont Experience. *Health Education Quarterly* 1990 (Fall) ; 17 (3) :307-327.

50. Bly JL, Jones RC, Richardson JE, Impact of Worksite Health Promotion on Health Care Costs and Utilization : Evaluation of Johnson and Johnson's Live for Life Program. *Journal of the American Medical Association* 1986 ; 256 (23) ; 3235-3240.

51. Blair SN, et al, A Public Health Intervention Model for Worksite Health Promotion. *Journal of the American Medical Association* 1986 ; 255/7: 921-926.

52. Shakespeare R, Woolaway M, Smoking in Hospitals: A Measure of Improvement. *British Medical Journal* 1989 ; 298: 293-294.

53. Kottke TE, Battista RN, Defriese GH, Brekke ML, Attributes of Successful Smoking Cessation Intervention in Medical Practice: A Meta-analysis of 39 Controlled Trials. *Journal of the American Medical Association* 1988 ; 259 (19): 2883-2889.

54. Liedekerken PC, Jonkers R, de Haes WFM, Kok GJ, Saan JAM, Effectiveness of Health Education. Utrecht, The Netherlands: Dutch Health Education Centre, 1990.

55. En casi todas las definiciones de educación para la salud, el comportamiento de salud (su modificación o su mantenimiento) es el resultado que se persigue. La expresión "comportamientos de salud" abarca todas las actividades llevadas a cabo por individuos o grupos para influir en las circunstancias sociales y/o medioambientales, incluidos los mecanismos de control, que afectan la salud de la población. También está universalmente admitida la necesidad de aplicar estrategias adecuadas para influir en los múltiples y complejos factores precursores.

56. World Health Organization, A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries, (Summary Report of Working Group on Health Promotion in Developing Countries) Geneva, 1989.

57. World Health Organization, A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries, (Summary Report of Working Group on Health Promotion in Developing Countries) Geneva, 1989.

58. Dhillon HS, Mobilizing the Society for Health Action. Report of the Regional Workshop on Health Education, SEARO, WHO, New Delhi, 1991.

impreso por :
G.I.E. - S.C.E.N.E. - St Etienne – France