

SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICOS

Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud

Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud
Documento 4



JUNTA DE EXTREMADURA

Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud

**Documento de apoyo
a las actividades de Educación para la Salud 4**

Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud
Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 4.

Mérida, septiembre 2006.

Autores: José M^a VillaAndrada⁽¹⁾, Eulalio Ruiz Muñoz⁽²⁾, José Luis Ferrer Agualeles⁽³⁾.

Coordinadores: Eulalio Ruiz Muñoz⁽²⁾, José María Villa Andrada⁽¹⁾, Ana Belén Cantero Regalado⁽⁴⁾.

⁽¹⁾Titulado Superior en Enfermería.

⁽²⁾Médico. Máster en Salud Pública.

⁽³⁾Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

⁽⁴⁾Diplomada en Trabajo Social.

Edita:

Junta de Extremadura

Consejería de Sanidad y Consumo

D. Gral. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias

C/ Adriano, 4

06800 Mérida

ISBN: 84 - 95872 - 73 - 0

Depósito Legal: BA- 656-06

Imprime: RAYEGO, Zafra

PRÓLOGO

La promoción de la salud constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida, y entornos saludables. Informando, formando e implicando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuiremos a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad.

La educación para la salud se presenta como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. Puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo los fundamentales, los ámbitos sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral.

Teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la salud en general y la de la educación para la salud en particular, se hace preciso impulsar la educación para la salud a su máximo nivel en nuestra Comunidad Autónoma.

Con mi agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la elaboración de este documento, uno más que se incorpora a la Colección de “Documentos de Apoyo a las actividades de Educación para la Salud”, espero y deseo que sea una herramienta de apoyo para promover la salud entre los profesionales de todos los sectores y ciudadanos interesados, que facilite y anime a la ejecución de actividades de educación para la salud.

Guillermo Fernández Vara
Consejero de Sanidad y Consumo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
I. ÁMBITO LEGISLATIVO Y ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	8
II. ENFOQUES Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	15
III. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD Y NUEVOS RETOS SOCIO SANITARIOS.....	19
IV. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD.....	23
V. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	26
VI. HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	28
VII. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	30
VIII. OBJETIVO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	34
IX. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?.....	36
X. MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	37
XI. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	39
XII. ESPACIOS DE ACTUACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	41
XIII. PILARES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	42
XIV. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA EDAD ESCOLAR.....	44
XV. LA UNIDAD DEL <i>CURRÍCULUM</i> EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	46
XVI. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA.....	47
XVII. RECURSOS.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	53

INTRODUCCIÓN

La conceptualización y puesta en práctica de la educación para la salud (EpS) ha sufrido una larga evolución, consecuencia, entre otros factores, de los diferentes conceptos de salud que han ido apareciendo con el devenir de los años. Hoy se entiende como una herramienta para mejorar la salud, ya sea desde la promoción de la salud, en la prevención de los problemas de salud, en el tratamiento de éstos, como en el uso adecuado de los recursos sanitarios.

A lo largo de los años se han producido muchos cambios en relación con la salud, con la forma de comprenderla y con los factores que, incidiendo sobre el individuo y las poblaciones, pueden alterarla. Entre ellos, destacan:

- Un mejor conocimiento de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad.
- El gran desarrollo de la tecnología sanitaria con los grandes avances en el diagnóstico y tratamiento, y la consiguiente elevación del gasto de los sistemas y servicios sanitarios.

De un concepto de salud como no-enfermedad se ha evolucionado hacia otro más global, que considera la salud de forma dinámica, como el estado de bienestar físico, psíquico y social. La EpS persigue la mejora de la salud de las personas y de la colectividad desde tres perspectivas: preventiva, de promoción de la salud y de uso adecuado de los recursos sanitarios. La EpS aborda, además de la transmisión de información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La EpS incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del correcto uso del sistema de asistencia sanitaria.

Se hace promoción de la salud cuando se trabaja sobre aquellos componentes que determinan la salud y bienestar de la población.

Por último, la experiencia nos informa de que uno de los instrumentos más importantes de promoción de la salud es el desarrollo de políticas públicas saludables en todos los niveles: Comunidad Autónoma, Mancomunidad, Municipio, Centro de Salud y familia.

I. ÁMBITO LEGISLATIVO Y ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. Aspectos legislativos y normativos en EpS

Las políticas de salud tratan de reorientar los servicios sanitarios para responder de forma efectiva a las nuevas necesidades de salud de la sociedad. El papel de la promoción y educación para la salud es fundamental en el desarrollo de dichas políticas.

En el contexto legislativo español son claras las referencias a la educación y promoción de la salud. La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria.



La Ley 14/86, de 25 de abril General de Sanidad, en su artículo 6, declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 12, recoge que la prestación de la atención primaria comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, entre otras.

La Ley 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) establece en el artículo 2 que la actividad educativa se dirige a la formación personalizada que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional.

La Ley 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE) incluye objetivos de salud al determinar las capacidades que se desarrollan en Educación Infantil, Educación Primaria y Secundaria (artículos 12, 15 y 22).

En Extremadura, son varias las normas que contemplan de una u otra forma la promoción y educación para la salud:

El Sistema Sanitario Público de Extremadura, tal como se dispone en el artículo 41 de la Ley 10/2001, de 18 de junio, de Salud de Extremadura, desarrolla, entre otras actividades, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, adoptando acciones sistemáticas de EpS.

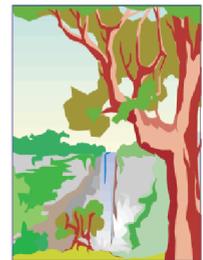
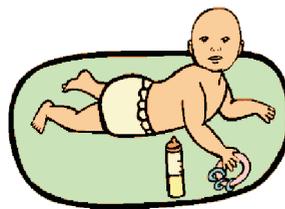
La Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar pretende, como objetivo fundamental, garantizar la realización de un Programa de Salud Escolar, que contemple la promoción, protección y conservación de la salud del preescolar y escolar en todos sus aspectos, mediante el desarrollo de tareas y actividades en áreas como la EpS.

Los Capítulos III, tanto de esta ley como del reglamento que la desarrolla, regulado por el Decreto 23/1991, de 20 marzo, están consagrados por completo, a la prevención y EpS.

2. Historia de la Promoción de la Salud

Aunque el término de promoción de la salud es relativamente reciente, tiene sus raíces en el siglo XIX. En Escocia, en 1820, W.P. Alison ya describió la asociación existente entre la pobreza y la enfermedad y R. Virchow, en Alemania, en 1845, manifestaba que las causas de la enfermedad eran mucho más sociales y económicas que físicas. Pero no fue hasta 1945, cuando H.E. Sigerist utilizó por primera vez el término “Promoción de la Salud”, afirmando que “se promueve la salud cuando se facilita un nivel de vida decente”.

Con el transcurso de los años, se fue comprendiendo mejor que la promoción de la salud, como expresaba Winslow, es el desarrollo de esa maquinaria social que asegura a cada persona de la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud. La promoción de la salud le otorga, no solamente los condicionantes físicos, sino también los condicionantes estructurales, el conocimiento y el desarrollo de aptitudes para que se desenvuelva protegiendo su propia salud.



3. Informe Lalonde

Ya en 1937, el informe PEP (*Political and Economic Planning Report*) sobre los servicios sanitarios británicos afirmaba que los servicios de salud no eran el único factor que influye sobre la salud de la población, y que otros (vivienda, nutrición, nivel de vida, etc.) pueden ser más importantes. Pero fue el Informe sobre “Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses”, presentado en 1974 por el ministro Lalonde, de Canadá, el que ilustró cómo



inflúan tanto los servicios sanitarios como otros factores (biológicos, ambientales y conductuales). El reconocimiento de la importancia de la conducta dio impulso a la EpS, y el de la influencia del ambiente promovió los estudios sobre la acción de los factores ambientales en la génesis de la enfermedad. Pronto se amplió el concepto de ambiente al incluir en este término el entorno psicosocial, reconociéndose su importancia en la determinación de la conducta y de ciertos riesgos para la salud (uso de sustancias psicoactivas, violencia) ligados a aquélla. El Informe Lalonde supuso un nuevo avance, con la introducción del concepto de “Campo de Salud” y sus cuatro grandes grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los cuidados médicos. La importancia relativa de cada uno de estos grupos no es la misma, y son los factores del medio ambiente y los estilos de vida los que demuestran una mayor influencia sobre la salud.

Los nuevos problemas relacionados con la salud, propios de las sociedades desarrolladas (enfermedades crónicas, discapacidad, enfermedades mentales, obesidad, accidentes, toxicomanías y, en general, problemas no infecciosos) muestran claramente que se trata de procesos complejos en los que intervienen factores determinantes de origen biológico, pero también sociales, económicos y culturales.

Entre las principales tareas de la Salud Pública se encuentra la de desarrollar estrategias para aliviar o reducir los problemas de salud de la población. Esto

requiere conocer no sólo los patrones de salud sino también sus mecanismos de producción. Para comprender los determinantes de la salud de la población es necesario tener en cuenta desde la sociedad como un todo hasta el nivel biológico, pasando por los aspectos históricos, sociales, culturales y religiosos de cada región o comunidad, las características del medio ambiente familiar y laboral, las peculiaridades psicológicas de los individuos y las características y el funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo. El individuo representa el punto de contacto y el lugar donde se produce la interacción entre los elementos sociales y biológicos.

4. Conferencia de Alma-Ata

Impulsada por la preocupación de garantizar a toda la población la cobertura de sus necesidades básicas (alimentación, agua, saneamiento, eliminación de vectores, asistencia materno-infantil, vacunaciones y medicamentos esenciales), la Organización Mundial de la Salud (OMS) preparó la estrategia mundial *Salud para todos para el año 2000*, que aprobó su Asamblea en 1977, y celebró en 1978, en Alma-Ata (antigua Unión Soviética) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que hizo públicos sus acuerdos en la Declaración de Alma Ata, cuyos elementos básicos fueron:



1. La salud como derecho humano fundamental y como importante objetivo social.
2. La equidad en salud como elemento básico de ésta.
3. La estrecha relación entre promoción de la salud y desarrollo económico y social.
4. El enfoque comunitario de los problemas de salud.
5. El derecho y el deber de participar de forma individual y colectiva en la gestión de la salud.
6. La obligación de los gobiernos de cuidar de la salud de los pueblos.

España, en pleno proceso de reforma de la atención primaria se hizo eco de la



Conferencia de Alma-Ata con la publicación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

Para Arocha y Santana (1996), la promulgación de este Real Decreto fue una decisión gubernamental no exenta de riesgos, pero necesaria, puesto que el mismo tenía serias dificultades para su aplicación. Cuando se promulgó aún estaba vigente la Ley de Bases de Sanidad de 1944, y se había iniciado el proceso de descentralización sanitaria a las Comunidades Autónomas.

Se definió una estructura física donde se realizaría el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP): el Centro de Salud.

Su importancia fue trascendental, pues, “en espera” de la Ley General de Sanidad, varias cosas cambiaron sustancialmente en el panorama de la Sanidad española:

- Unificación formal de la asistencia sanitaria y la salud pública (educación sanitaria de la población, diagnóstico de salud, evaluación de actividades, y participación de programas de salud mental, medioambiental y laboral)
- Creación de la figura del Coordinador, con funciones de organización y dirección.
- Integración de todos los recursos sanitarios de atención primaria en una estructura bajo una única dependencia.
- Se dejaba entreabierto la puerta para incluir a toda la población en actividades de tipo preventivo y de promoción.



5. Conferencia Internacional de Ottawa

Celebrada en noviembre de 1986 con el subtítulo “Hacia una nueva Salud Pública”, la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá) aportó diversos datos y definiciones: la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Puso de relieve que existen unos requisitos previos (paz, albergue, educación, alimentos, ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y equidad) sin los cuales no puede emprenderse la promoción de la salud.

Esta Carta sigue estando vigente y sirviendo de orientación para la práctica de la promoción de la salud. En ella se expone una estrategia con cinco puntos fundamentales:

1. Establecer una política que tenga en cuenta la salud en todos los sectores y que se valga de diferentes medios (educación, legislación, política de precios, etc.) para proporcionar ambientes, bienes y servicios más sanos y seguros
2. Crear ambientes que apoyen la salud, teniendo en cuenta la organización social del trabajo, la producción de energía, el urbanismo, etc., de modo que ofrezcan condiciones saludables desde el punto de vista físico y psicosocial.
3. Reforzar la acción comunitaria. La participación de la comunidad en la planificación y gestión de las actividades de salud se considera indispensable para mejorar el nivel de salud de los individuos y ayudarles a afrontar sus problemas.
4. Desarrollar aptitudes personales mediante información y educación en materia de salud que permitan tomar decisiones acertadas. Estas aptitudes se adquieren a lo largo de toda la vida y a través de la familia, la escuela, el trabajo, los medios de comunicación y los servicios de salud.
5. Reorientar los servicios sanitarios para que vayan realizando progresivamente la promoción de la salud sin desatender sus obligaciones de prevención y asistencia. Esto implica cambios en la formación de los profesionales y en la organización de los servicios, y requiere investigaciones sobre la salud pero, sobre todo, un cambio importante de actitudes.

Las actividades propuestas por la Carta de Ottawa representaron un cambio de actividades y de orientación de las administraciones que no sólo afecta al sector

sanitario.

Posteriormente a la Carta de Ottawa se han publicado otras cartas que desarrollan estos aspectos, (Adelaida 1988, Sundswall 1991, Yakarta 1997).

La **Declaración de Yakarta** sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, julio 1997, confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países. Además, existe una evidencia clara de que:

Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces. Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía.

Los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales.

La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces.

La alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva, al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades.

II. ENFOQUES Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En las intervenciones de promoción de la salud se distinguen dos formas de EpS, desde los enfoques de desarrollo personal y de desarrollo social.

La promoción y la educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Para abordarlas, tres son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados.

1. Enfoques de desarrollo personal

Este enfoque va dirigido a los comportamientos o situaciones identificadas como riesgos para la salud, “la EpS es una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”¹.

Resulta eficaz en la medida en que se produce una atención personalizada, estableciendo el ritmo de enseñanza de acuerdo al nivel de aprendizaje del sujeto. Es más flexible y abierto a modificaciones, permitiendo resolver una relación más cercana con la persona, lo que posibilita que ésta pueda preguntar y resolver dudas que tal vez, resultara más difícil en un proceso grupal.



¹ Metodología de la promoción de salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra.

2. Enfoques de desarrollo social

Este segundo enfoque consiste en “diferente formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la salud”. La EpS sirve, sobre todo, para intervenir con las personas, para desarrollar sus capacidades, pero contribuye también a generar cambios en el entorno.

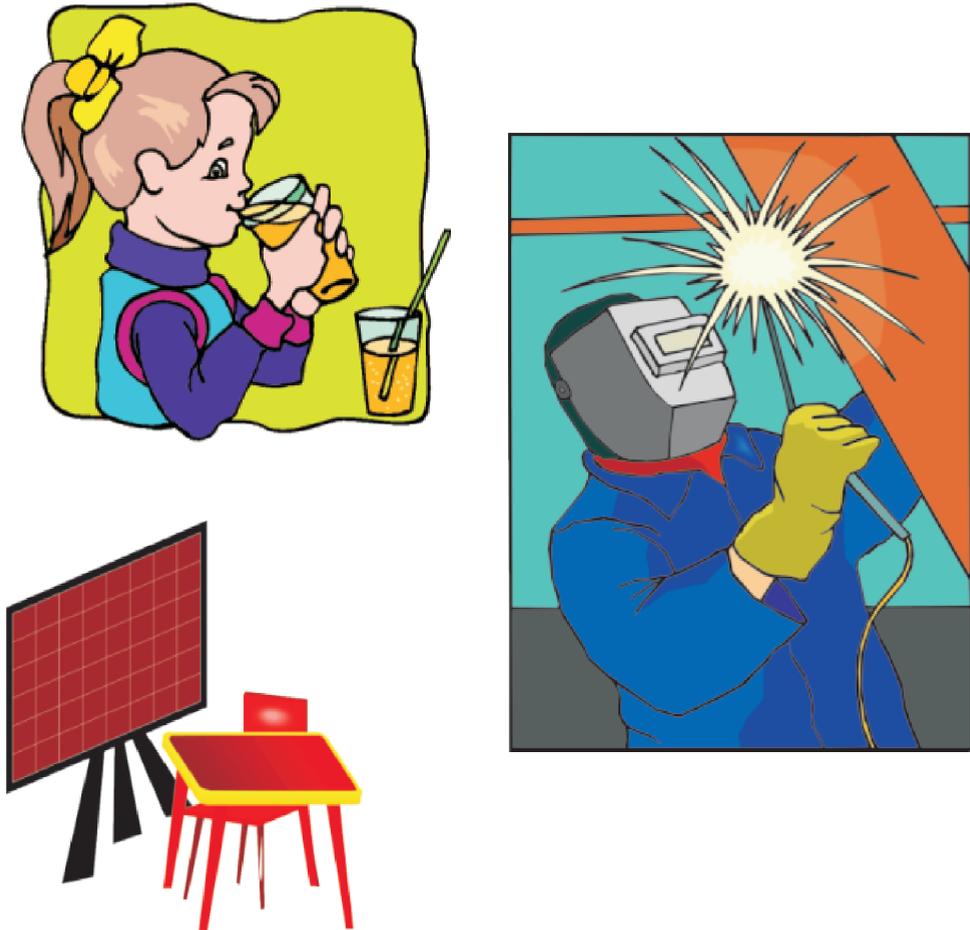
Los conocimientos científicos apoyan la idea de que para la modificación de los grandes perfiles de morbimortalidad es necesaria la colaboración activa de la población.



3. Factores que influyen en la Educación para la Salud

Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con otros determinantes como la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.





La promoción de la salud, y la EpS como su herramienta fundamental, tiene que tener en cuenta las tendencias actuales para hacer frente a los diferentes problemas de salud que pueden plantearse, tanto por su influencia sobre el medio ambiente físico, como sobre las condiciones de vida y la conducta de la población. Trata fundamentalmente de abordar determinantes de salud potencialmente modificables, es decir, se orienta hacia medidas que modifiquen las causas o factores que determinan la salud. Entre ellos, según Lalonde y Dever (USA, años 70), deben distinguirse:

- Factores de comportamientos y estilos de vida saludables a los que sólo se dedica, un 1,5% del presupuesto, para una teórica participación en las cifras de mortalidad del 43%.

- Factores ligados al entorno (educación, trabajo y condiciones laborales), con un porcentaje de participación en la producción de mortalidad del 19% y un presupuesto del 1,6%.

- Factores ligados al sistema sanitario (acceso a entornos físicos y servicios sanitarios adecuados), a los que se asigna un 90% del presupuesto, para contribuir a la distribución de la mortalidad en un 11%.

Las enfermedades actuales están influenciadas por el ambiente, el comportamiento y las condiciones sociales, frente a los cuales los medicamentos y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos tienen poca eficacia desde el punto de vista preventivo.



III. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD Y NUEVOS RETOS SOCIOSANITARIOS

La OMS considera, la violencia, la marginalidad, los trastornos del comportamiento alimentario, el envejecimiento, las enfermedades crónicas, la inmigración, el Sida, las drogas y el cáncer, como los grandes retos sociosanitarios más importantes a resolver en las próximas décadas de este siglo XXI.

Los trastornos del comportamiento alimentario, anorexia y bulimia nerviosas, son hoy algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. La anorexia nerviosa es la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes. Constituyen un problema de salud pública que exige un importante esfuerzo sanitario.



**Nuevos retos
socio-sanitarios**



La violencia en el mundo ha llegado a cotas que eran insospechadas hace unos años. El desarrollo de los medios técnicos es tan grande que cualquier decisión violenta tiene un poder de destrucción mucho mayor que en cualquier época anterior. La violencia contra las mujeres es un fenómeno de gran magnitud, tiene lugar en todo el mundo y en los diferentes ámbitos de la vida personal y social. Su origen, aunque multifactorial, probablemente está muy influenciado por el tradicional papel, muchas veces, subordinado que la mujer ha tenido asignado tanto en la sociedad como en la familia, y en el aprendizaje por parte de los varones de la violencia como forma de resolver los conflictos y marcar su autoridad.

El alcohol o la velocidad excesiva están presentes en la mayoría de los accidentes de circulación. Según datos del Ministerio de Sanidad, en el año 2005, en España los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en jóvenes.

El tabaco es causa directa de cánceres, enfermedades crónicas de pulmón y enfermedades cardiovasculares, entre otras enfermedades.

Por otra parte, la no disponibilidad de medidas de prevención de riesgos en el trabajo, o el uso inadecuado o no uso de las mismas, es causa de múltiples accidentes de trabajo que pueden originar muerte o incapacidad. Pero no sólo se debe prestar atención a las medidas de seguridad, o a su falta, hay otros muchos factores que suponen un riesgo para la salud en el trabajo. Entre otros, se encuentran las condiciones medioambientales, el acoso moral o el maltrato psicológico y el consumo de tabaco en los centros de trabajo. Todas estas circunstancias son evitables y prevenibles en gran medida.

Las drogodependencias y otras conductas adictivas, por su parte, constituyen un importante problema de salud, pero también, y sobre todo, un desgarrador problema humano, familiar, social, y económico.

A principios de los años ochenta se empieza a tener noticias de una nueva y extraña enfermedad, aparecida en Estados Unidos y que llegaría a ser calificada como la última epidemia o la peste del siglo XX, una enfermedad, con unas repercusiones sociales, culturales y sanitarias que han superado todas las previsiones que se aventuraban hace unas décadas.

El cáncer es, actualmente, uno de los principales problemas de salud pública, constituyendo una de las preocupaciones más importantes de la sociedad y una prioridad para el sistema sanitario, debido a su elevada mortalidad y morbilidad. En los últimos años, el envejecimiento de la población, unido al descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, ha dado lugar a que el cáncer aparezca como una de las causas de muerte más frecuente de los países desarrollados. Esto, unido al incremento de la incidencia de muchos tumores malignos y la mejor supervivencia de los enfermos de cáncer debida a los avances diagnósticos y terapéuticos, ha supuesto un aumento significativo del número de pacientes con cáncer, situación que marca la creciente importancia de este problema de salud pública. En nuestra Comunidad Autónoma, al igual que en el conjunto del resto del país, el cáncer supone la segunda causa de muerte para ambos géneros, por detrás de las enfermedades del aparato circulatorio y por delante de enfermedades del aparato respiratorio, con una tendencia claramente ascendente en los últimos 25 años.

De acuerdo con M.I. Serrano (2002), “en la actual situación sanitaria con problemas de salud como el SIDA, las drogas, la marginalidad, etc, educación significa cambio, participación, innovación, creatividad y posicionamiento ante la sociedad”. Realmente, si no somos capaces de implicarnos personal, profesional y socialmente con la resolución de estos problemas, podría afirmarse, que seríamos cómplices de sus devastadoras consecuencias y verdugos de todas y cada unas de sus víctimas.

La inmigración extranjera en España constituye un aspecto prioritario en la realidad social y demográfica. La inmigración, siguiendo las tendencias en la evolución, seguirá produciéndose desde los países pobres hacia los más ricos en los próximos años. En el ámbito de la salud, teniendo en cuenta que se trata de un fenómeno relativamente reciente, todavía no se dispone de datos que caractericen sus necesidades en salud y principales trastornos vinculados a su envejecimiento. Sin embargo algunos datos apuntan a la necesidad de realizar sobre ellos un esfuerzo, además de social, lógicamente, también de EpS frente a la tuberculosis, las enfermedades parasitarias, las infecciones de transmisión sexual (ITS), vacunaciones, etc.

El creciente peso de la población anciana es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas en los últimos años. El elemento fundamental que condiciona el envejecimiento de la población es el descenso de la fecundidad. El proceso de envejecimiento de la población que se está produciendo en las sociedades desarrolladas representa un importante reto para el sistema sanitario, no sólo porque el gasto sanitario aumenta con la edad, sino también porque implica un cambio del carácter mismo de las atenciones y cuidados demandados.

Frente a estos problemas y otros subyacentes en nuestra sociedad, las estrategias de promoción de la salud deben aplicarse a los diversos grupos de población, a los factores de riesgo y a las enfermedades en diversos contextos. Es necesario:

- Aumentar los conocimientos sanitarios,
- Mejorar las estrategias de comunicación, para elevar el acceso a la información y
- Fomentar un Sistema Sanitario accesible y participativo.

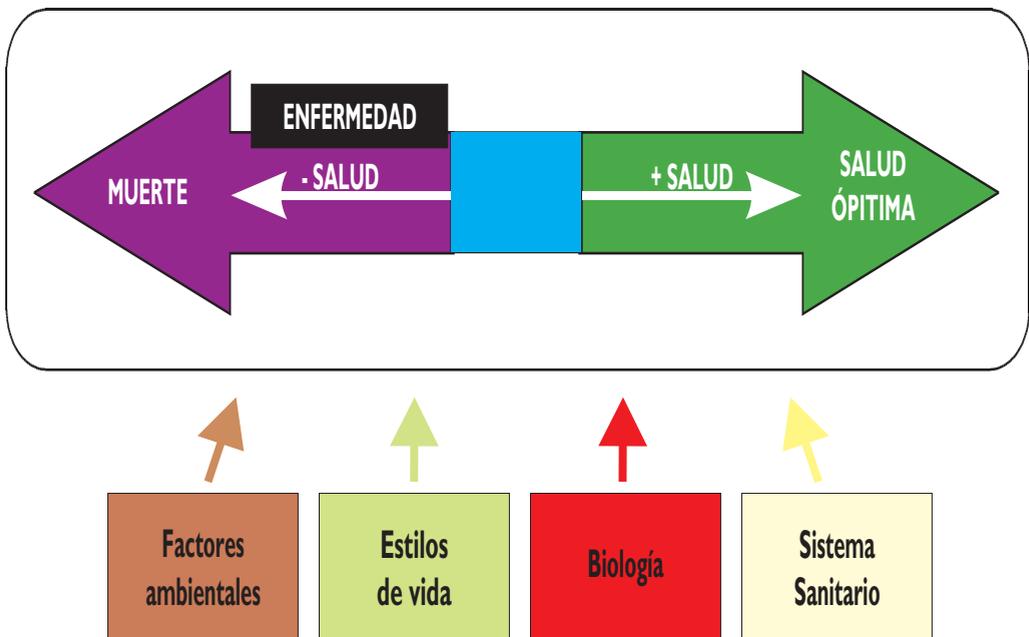
IV. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

La salud es un término que no se define fácilmente por sí mismo; se pone en relación con otro concepto absolutamente inseparable que es el de la enfermedad, de tal manera que es como si ambos estuvieran en una misma línea imaginaria pero situados uno a cada extremo.

Se constituye así un binomio en el que la situación de las personas se mueve de uno a otro lado según su estado. El extremo, en el lado de la enfermedad, es la muerte; en el lado de la salud se hace más difícil establecer un final y éste siempre será una utopía alcanzar.

La posición de cada persona en concreto será determinada por los determinantes descritos por Lalonde en 1984 (Figura 1).

Figura 1.- Proceso salud-enfermedad



La línea divisoria entre la salud y la enfermedad es aún más difícil de establecer, si cabe, que ese final utópico que describimos para la salud en la hipotética línea. Depende, por un lado, de la percepción subjetiva individual, y por otro, de la percepción que tienen los demás, habitualmente medida por los profesionales sanitarios.

Pero la sociedad cambia. Estos cambios, en mayor o menor medida, afectan a la práctica totalidad de las esferas sociales y el mundo sanitario no es una excepción y, por supuesto, la definición de salud y, más particularmente, el lugar donde se establece la línea divisoria entre la salud y la enfermedad, está sometida a las variaciones de la ciencia del momento y a la percepción social del fenómeno de enfermar.

Tradicionalmente, la salud estaba considerada como la mera ausencia de enfermedad. Esta visión, en negativo, ha evolucionado con el tiempo y se ha producido un cambio radical en la forma de entender la salud. En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la carta de Ottawa, plasmaba este cambio con una nueva definición donde la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia (Figura 2).

Figura 2.- Concepto de salud. OMS, 1986



Por otra parte, dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se entiende así la salud como un recurso sustancial para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Como ya se ha citado, y de acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la **Carta de Ottawa** destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios,

vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión integral de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo (Figura 3).

Figura 3.- Orientación del sistema sanitario



V. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

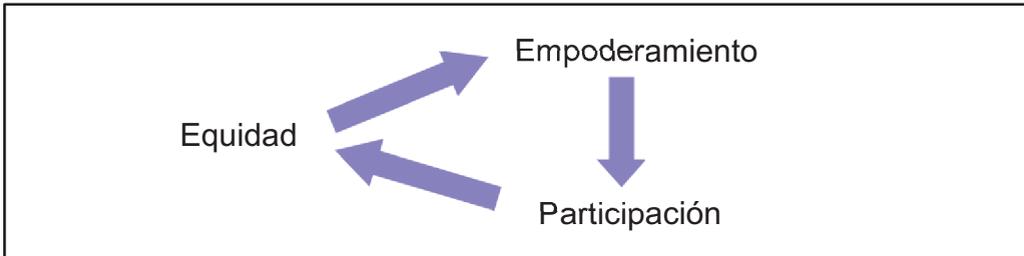
Es un hecho notorio que existen desigualdades en materia de salud entre los países, clases sociales y áreas geográficas de un mismo territorio. Se considera inequidad en salud la desigualdad evitable e injusta, que generalmente es consecuencia de la inequidad social que exista.

La Estrategia Global de la OMS “Salud para Todos en el año 2000” está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud, entre los individuos y las poblaciones, son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

La participación es esencial para sostener los esfuerzos en Promoción de la Salud, en general, y en EpS en particular. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que estos sean efectivas.

Conviene hacer una referencia al concepto de empoderamiento o capacitación. Se establece una distinción entre el **empoderamiento para la salud** del individuo y el de la **comunidad**. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud (Figura 4).

Figura 4.- Interrelación entre los conceptos de equidad, empoderamiento y participación



Una comunidad “empoderada” o “capacitada” para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad, que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.

VI. HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan, puesto que para actuar con efectividad y eficiencia, las intervenciones de promoción de salud (PS) deben desarrollarse e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos.

Los escenarios más importantes son: los servicios sanitarios (atención primaria, especializada, salud mental y otros) y los ámbitos educativo (centros de educación infantil, primaria y secundaria, centros de personas adultas, universidades y otros), laboral y social (entidades sociales, tejido asociativo, etc.).

Las herramientas de promoción de la salud básicamente son:

- **Educación para la salud individual:** serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario.

- **Educación para la salud grupal y/o colectiva:** intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios, con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud. También se contemplan las intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar su conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud.

En ambos casos, se trata de desarrollar estilos de vida saludables sobre, por ejemplo, alimentación, actividad física, tabaquismo, exposición solar, etc, y desarrollar la capacitación de las personas sobre, por ejemplo, prevención de toxiinfecciones alimentarias.

- **Información y comunicación:** incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios...) y la participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, internet), especialmente de carácter local.

- **Acción y dinamización social:** orientada para favorecer el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos.

- **Medidas “políticas” y reorientación de los Servicios:** dirigida a incrementar el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas.

A continuación, en la Figura 5, se muestran las principales herramientas de promoción de la salud con algunos ejemplos.

Figura 5.- Herramientas de promoción de la salud



Fuente: Ruiz E. Elaboración propia. Diapositiva utilizada en la ponencia sobre EpS impartida en el Diplomado de Sanidad realizado en la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Badajoz, febrero-marzo 2006.

VII. CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD



El concepto de EpS ha ido cambiando con el paso del tiempo, ajustándose al de salud. A continuación se hace un repaso a algunos de ellos.

1. Una de las definiciones más completas de EpS, fue la propuesta, en 1975 por el IV Grupo de Trabajo de la “*National Conference on Preventive Medicine*”, de Estados Unidos, liderado por Anne Sommers, que estableció que la EpS debía ser un proceso que informe, motive y ayude a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los

cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.

En el estudio detallado de esta definición, puede observarse la inclusión de una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

2. Otra de las definiciones más reconocida de EpS fue dada por Lawrence W. Green (1980): “cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”. Esta definición incluye un aspecto importante, como es la toma de decisiones por parte del individuo, de manera que se adopte y refuerce la implantación de hábitos sanos. Es importante en esta definición, la complementariedad de los métodos educativos, la necesidad de una planificación de cualquier estrategia de educación para la salud, con sus correspondientes fases, y la voluntariedad del individuo para conseguir todos aquellos comportamientos que permitan mejorar su salud.



3. El Comité de Expertos de la OMS en Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación para la Salud declaró que la EpS representaba una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. Se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición, y que estén capacitados a la hora de tomar decisiones (de modo individual o colectivo con su Comunidad) que impliquen en todo momento la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven.

La EpS comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la información sanitaria, y el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La EpS aborda no solamente la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La EpS incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, y la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la EpS supone transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

4. Además de las actividades enumeradas anteriormente, la EpS incluye una serie de actuaciones conducentes a:

Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de salud de la comunidad.

Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos citados.

En síntesis, en la EpS intervienen, diversos actores:

- La Administración, a través de diferentes medios como la promulgación de normas tendentes a una salud positiva o favorecer herramientas de la participación comunitaria o la aprobación de determinados planes y estrategias para la salud, favorece la conservación de estilos de vida saludables.

- Los Servicios de Salud, con su actuación operativa en el marco de la atención sanitaria, concedores del nivel de salud de la comunidad y, a la vez, interrelacionados con lo anterior.

- Los agentes de salud, ya sean o no personal sanitario y tomando parte en labores como la de la información, intervención y educación.

- Las personas que integran la comunidad, a las que se les ha inculcado, con la actuación de los anteriores, de una autorresponsabilidad tendente a unos hábitos y estilos de vida saludables.

- Los investigadores, que muchas veces son los propios agentes de salud, que estudian la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de EpS.

Consecuentemente, se entiende que la EpS constituye un proceso interdisciplinar, dinámico y multiprofesional, influenciado por factores externos que conforman el entorno del individuo dentro de la sociedad, tendentes a lograr un mayor nivel de salud mediante la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.



VIII. OBJETIVO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

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. Igualmente, supone la adquisición de una actitud preventiva y de toma de decisiones conscientes y coherentes en cuanto a la defensa y promoción de la salud, correcta utilización de los servicios sanitarios, y maduración de individuos capaces de evaluar factores de riesgo y trabajar por la mejora del contexto.

Desde esta realidad podemos decir que la EpS es, objetivamente, un indicador de calidad de servicio.

La EpS pretende:

- Lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad.
- Ofrecer a la población, sana o enferma, conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver sus problemas de salud y/o generar comportamientos saludables.
- Mejorar la atención sanitaria, integrando en su práctica habilidades para: el trabajo con grupos, la “enseñanza” en salud, la comunidad comprensiva entre los profesionales y la población, y el trabajo en y con la comunidad.
- Favorecer la correcta utilización de los Servicios Sanitarios.
- Promover el análisis, la reflexión y la investigación de todos y cada uno de los factores que intervienen en los comportamientos de las personas: físicos, psíquicos, medio ambientales, culturales, políticos...
- Orientar la utilización de los instrumentos y medios de apoyo necesarios para alcanzar... la salud para todos.



En el pasado, la EpS se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la EpS para distinguir entre estos dos términos. La EpS se entiende hoy incluida dentro de la promoción de la salud como una herramienta fundamental de ésta.

IX. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

En principio, la EpS va dirigida a toda persona interesada que desee mejorar la salud a través de actuaciones, de forma colectiva o comunitaria; es decir, se deben planificar y ejecutar actividades de EpS sobre toda la población, ya sea, sana o enferma, adulta o infantil, pobre o rica, culta o inculta.

Hay que considerar que la colectividad está influida por factores, en cierta forma, fuera de su control (condiciones de trabajo, productos y maneras de consumir, nivel de instrucción, poder adquisitivo...) que implican que la contribución a realizar por la EpS **se dirigirá a impulsar cambios en el entorno, para que las conductas saludables sean las más fáciles y atractivas de elegir por los individuos.**

Teniendo en cuenta lo anterior, cuando se emprendan actividades de EpS, habrá que dirigirlas en cuatro direcciones (Mazarrasa, 1992):

- Hacia los individuos, grupos, sujetos de la acción. Incluidos los grupos de soporte familiar.

- Hacia las redes sociales de la comunidad que puedan ser soporte potencial de la acción: grupos informales, asociaciones, colectivos, personas influyentes.

- Hacia el propio equipo de salud que también tiene que pasar por un proceso de aprendizaje.

- Hacia los responsables de las políticas de salud, y a las Administraciones correspondientes, que no sólo es la Sanitaria, de manera que favorezcan y financien los cambios favorables a la salud.



X. MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como se ha dicho anteriormente, el concepto de salud ha ido cambiando con el paso de los años, y también, en consecuencia, los modelos de EpS, de manera que, esquemáticamente podríamos distinguir, fundamentalmente dos modelos, que se recogen en la Tabla 1, el modelo “tradicional” y el modelo “participativo”, con las diferencias que se resaltan.

Puede decirse que el modelo participativo constituye “un paso más”, puesto que su fin no sólo es la adquisición de conocimientos, también es la “capacitación” o “empoderamiento” del individuo, la adquisición de unas habilidades que van a permitir que pueda resolver o prevenir determinados problemas de salud por sí mismo. Para ello, convierte a la comunidad en protagonista, en parte activa del proceso de aprendizaje.

El modelo de EpS más preconizado actualmente es el modelo participativo, al considerarlo como el más efectivo.

Tabla 1.- Modelos de Educación para la Salud

Características	MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
	“Tradicional”	“Participativo”
Fin fundamental	Conocimiento	Emancipación “Empoderamiento”
Teoría de “aprendizaje	Transmisión de conocimientos	Interacción social
Papel del sujeto	Receptor y constructores del conocimiento	Utilización del conocimiento para interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la Comunidad	Cliente y Contexto	Protagonista
Papel de Educación para la Salud	Autoridad	Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad

Fuente: Ruiz E, Ferrer JL. *Aproximación a la Educación para la Salud en Extremadura: situación actual y perspectivas de futuro*. En: Junta de Extremadura. *Consejería de Sanidad y Consumo. La Educación para la Salud en Extremadura. Perspectivas de futuro y Memoria de las II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud*. Mérida: Junta de Extremadura; 2005. Adaptado de Sánchez A, Ramos E, Maset P. *Educación para la Salud*, 497-526. En: Martínez F. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1998.

La comunidad juega un importante papel en la resolución de los problemas de salud que afectan a sus miembros.

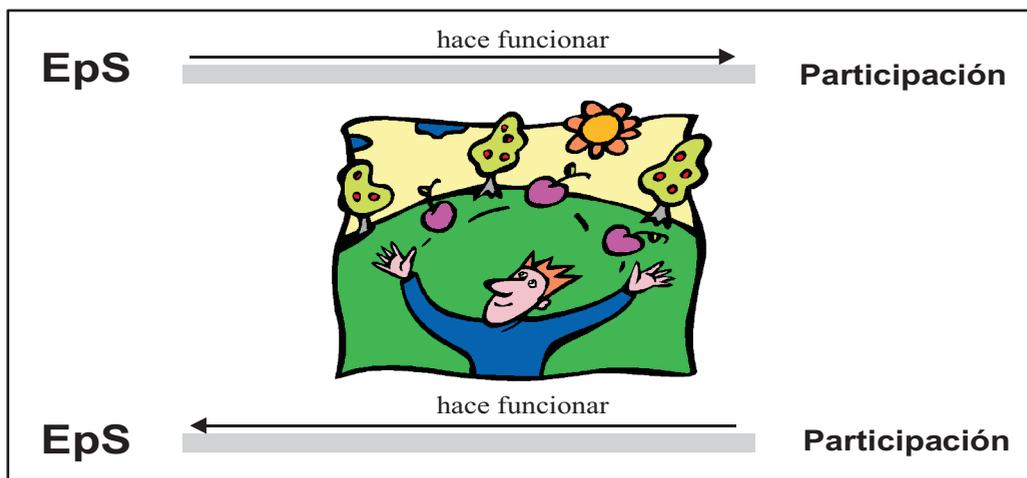
Una herramienta estrechamente relacionada con la participación, como se analiza en el capítulo siguiente, es la EpS centrada en la comunidad y fundamentada en la motivación de la participación activa de las personas, teniendo como principio la comprensión del proceso de enfermar desde una perspectiva integral y como objetivo la “autorresponsabilización” del estado de salud.

El modelo de EpS participativo, por tanto, está basado en la interacción democrática de los profesionales y los miembros de la comunidad, fomentando conocimientos e interviniendo en la propia realidad. Este modelo permite conocer, desde otra perspectiva, los problemas y necesidades de salud de la población, estableciendo programas globales y sectoriales en los que se produzcan alternativas emancipadoras.

XI. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La EpS es un instrumento fundamental que hace funcionar la participación, y también a la inversa, pues un sistema sanitario que promueva la participación desarrolla, inevitablemente, la EpS (Figura 6). Se convierte así en la principal herramienta y, al mismo tiempo, en un producto de los procesos participativos, con los que comparte conceptos, modelos, objetivos, metodología, experiencias y procesos de investigación evaluativa, tanto en los logros como en sus necesidades. Esta idea es compartida por la OMS, que sostiene que las observaciones que se hagan para una sirven también para la otra, en un solapamiento mutuo que se decantaría por la necesaria complementariedad entre ambas.

Figura 6.- Relaciones entre la EpS y la participación



Según la OMS (1983), si se enfoca la EpS desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará únicamente centrado en el “saber”, sino también en el “saber hacer”.

El individuo forma parte de la comunidad y para mejorar la salud de la persona se debe actuar sobre la comunidad en la que se encuentra. De ahí que la participación en los servicios sanitarios, así como las intervenciones de orientación comunitaria, forman parte esencial del trabajo en Salud Pública.

Existen instrumentos concretos que favorecen la participación comunitaria en el trabajo de los centros y servicios sanitarios, pero no deben utilizarse de forma individual, para no marginar a determinados grupos. Deben usarse en forma de

baterías de altos mecanismos de participación. Los principales son:

- Consejos de Salud: forma de participación por excelencia, cuando son operativos. En Extremadura, se dispone de los Consejos de Salud de Área, Consejos de Salud de Zona y el Consejo Extremeño de Salud.

- Relaciones con asociaciones, bien a través los Consejos respectivos, de los que forman parte los profesionales. Es la forma más frecuentemente utilizada en nuestro medio.

- Relaciones con otros sectores, como ayuntamientos, escuelas, servicios sociales, medioambiente, universidad, etc.

- Encuestas de satisfacción de los consumidores.

- Sistemas de reclamaciones y sugerencias que permite conocer cuales son algunos problemas que afectan al Sistema Sanitario y dónde están localizados.

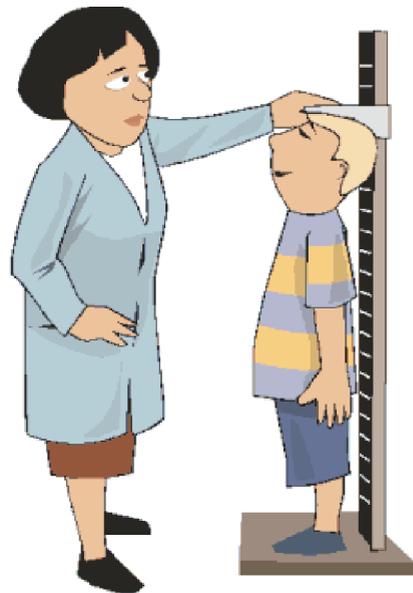
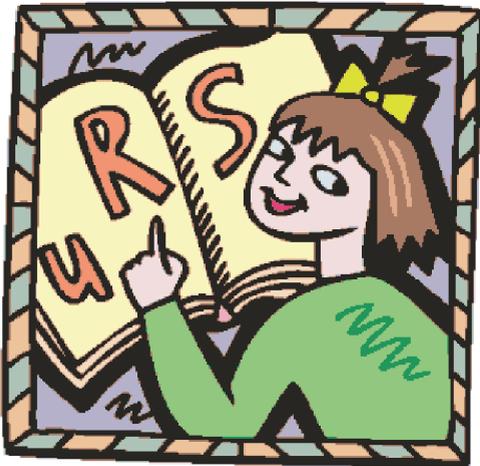
- Las relaciones públicas, entendidas como un conjunto de técnicas de comunicación que nos pueden ayudar a desarrollar líneas de actuación informativas.

XII. ESPACIOS DE ACTUACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se distinguen tres espacios claramente de actuación en EpS: educativo, sanitario y comunitario.

La EpS en el medio **educativo** ha sido y es una de las preocupaciones de los expertos en planificación sanitaria, de los gobernantes, de los educadores, etc. y, en general, de todos aquellos que han tenido y tienen alguna responsabilidad en la formación de los niños.

La OMS, junto con la UNESCO, creó un comité de expertos que, en 1996, editó un libro blanco sobre la “Planificación de la Educación para la Salud en la Escuela”, donde se ofrecía un marco de planificación de la educación sanitaria a nivel local, nacional e internacional. Para la OMS, la educación y la salud son dos objetivos inseparables.



En el ámbito **sanitario**, los profesionales de la salud, especialmente los de nivel primario de atención, tienen y deben asumir la responsabilidad de la EpS como actividad propia de su trabajo diario, sin olvidar la influencia que pueden transmitir de manera informal a la población.

Por su parte, en el ámbito **comunitario**, existen múltiples actividades que pueden y deben jugar un papel fundamental en EpS: asociaciones sin ánimo de lucro, de padres y madres, de la tercera edad, de mujeres, de jóvenes, ONGs, etc.

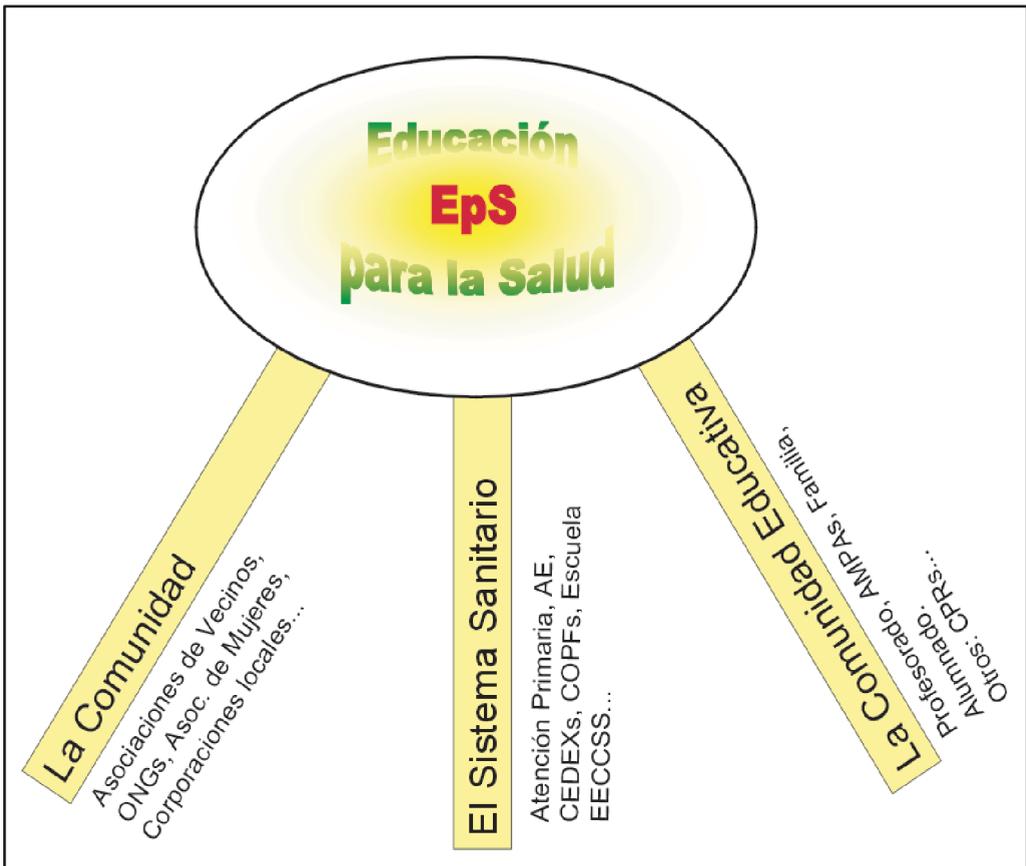
XIII. PILARES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Si nos imagináramos la EpS, metafóricamente, como una banqueta con tres patas, éstas corresponderían a:

- La Comunidad.
- El Sistema Sanitario.
- Comunidad Educativa.

Para obtener unos niveles de efectividad óptimos, es necesario que haya una estrecha colaboración entre todas ellas (Figura 7).

Figura 7.- Pilares de la EpS



ONGs: Organizaciones no gubernamentales. AE: Atención Especializada. CEDEXs: Centros de desintoxicación de drogodependencias. COPFs: Centros de orientación y planificación familiar. EECCSS: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. AMPAs: Asociaciones de madres y padres de alumnos. CPRs: Centros de profesores y recursos.
Fuente: E. Ruiz, 2005.

Trabajar con un enfoque integral la EpS en un contexto social, sanitario y educativo significa trabajar prestando atención al conjunto de relaciones entre los componentes de la comunidad, a través del tejido asociativo, el sistema sanitario, a través de la atención primaria, la atención especializada, etc. y la comunidad educativa, mediante el profesorado, asociaciones de padres y madres, familia, alumnos, etc.

Para que existe una verdadera participación de estos tres pilares son necesarias tres condiciones:

1. Que las relaciones entre los participantes en el proceso se den al mismo nivel. Esto supone que los representantes de la comunidad, por ejemplo, puedan expresarse libremente y estar seguros de ser escuchados. Contribuir a la toma de decisiones sobre los asuntos que afecten a su salud, expresando sus necesidades y expectativas como grupo social.
2. Actuación democrática con predominio del bien general sobre los intereses particulares.
3. Cuidado hasta el extremo de la representatividad de los pilares mencionados, de tal modo que pueda participar el mayor número posible de sectores y grupos sociales.

XIV. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA EDAD ESCOLAR

La EpS en el medio escolar, como se ha dicho anteriormente, ha sido una de las preocupaciones de los expertos en planificación sanitaria, de los gobernantes, de los educadores, de los organismos internacionales y, en general, de todos aquellos que han tenido alguna responsabilidad en la formación de los niños en casi todos los países del mundo. Desde finales del siglo XIX, tal preocupación convierte en prioritario el desarrollo de mecanismos para que, ese componente básico de la formación de los niños, pudiera convertirse en realidad.



Entre las razones por las que la escuela es un medio importante para el desarrollo de la EpS se encuentran las siguientes:

- La escuela es, junta a la familia, la institución que la sociedad dedica a la educación de sus futuros ciudadanos.
- La salud, como condición necesaria para una vida saludable y productiva, debe formar parte de la preparación de los adultos del futuro, misión de la escuela, aunque no es exclusiva.
- El niño pasa en ella la mayor parte de su vida activa.
- Es el mejor lugar para motivar al niño en su aprendizaje.
- El maestro es el profesional específicamente preparado para educar a niños y jóvenes en los distintos ámbitos de la vida de relación y de conocimiento.
- El escolar ve en el maestro una fuente de conocimiento y un modelo de conducta.

Es obvio que los millones de niños que acuden a las escuelas representan el colectivo y los lugares más fácilmente accesibles para la adquisición de conocimientos y actitudes respecto a la salud.

La EpS en el medio escolar tiene como finalidad inculcar actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud al niño, joven o adolescente, dependiendo de las distintas etapas, para favorecer su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables en cada período. Además, debe intentar responsabilizar al escolar del mantenimiento de su propia salud y prepararle para que, en la comunidad adopte unos estilos de vida saludables que favorezcan la consecución de la salud en sentido positivo.

La información es uno de los elementos básicos de la acción educativa. En EpS es muy importante el método bidireccional participado, pues se pueden aprender, mutuamente, muchas cosas de los interlocutores.

Debe inculcarse en el ánimo de padres, educadores y responsables públicos, que la escuela es un centro primordial en la promoción de la salud y que, de lo que de ella se obtenga en este tema, dependerá en gran parte la adecuada protección y promoción de la salud de nuestras futuras generaciones. En esta misma línea y con el fin de lograr este objetivo, según el informe técnico de la OMS sobre Educación y Promoción de la Salud Integral en la Escuela de 1997, una **escuela promotora de salud** implica al personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud. Una escuela promotora de la salud aplica políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de desarrollo y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. Hace todo lo que está en su mano por mejorar la salud del personal del centro, las familias y los miembros de la comunidad, además de la de los estudiantes, y trabaja con los líderes de la comunidad para ayudarles a comprender cómo puede la comunidad contribuir a mejorar la salud y la educación.

La iniciativa de la OMS de Salud Escolar Mundial tiene por objeto ayudar a todas las escuelas a convertirse en “promotoras de salud”, por ejemplo, alentando y apoyando redes internacionales, nacionales y subnacionales de escuelas promotoras de salud y ayudando a crear estructuras nacionales que promuevan la salud a través de las escuelas.

El desarrollo armónico e integral del niño y su formación total, abarcando aspectos físicos, psíquicos y sociales, recomienda que la EpS se integre dentro del currículo educativo del país, especialmente en la educación preescolar y en la enseñanza primaria.

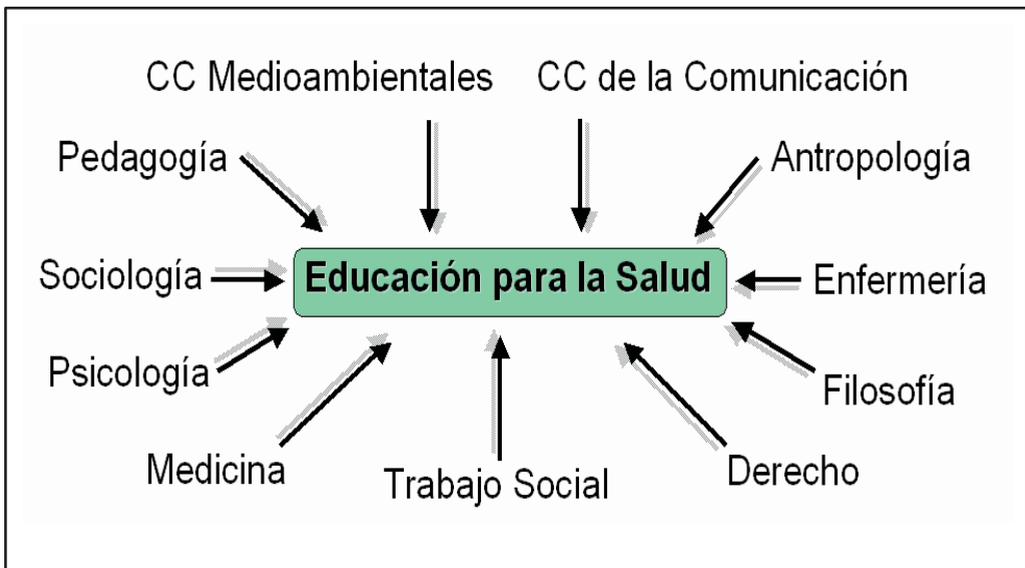
XV. LA UNIDAD DEL CURRÍCULUM EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La responsabilidad de la EpS debe ser compartida por todos aquéllos que puedan contribuir a mejorar los hábitos de vida de los individuos.

Además del personal sanitario, existen otros profesionales que son colaboradores inestimables en la tarea educadora y a los que se les presenta, en su trabajo diario, infinidad de oportunidades para ejercer una misión educadora de problemas relacionados directamente con la salud (Figura 8).

La EpS es un amplio conjunto de pensamientos y de acciones, programados o no, en unos contextos de tiempo y espacio, lo que constituye su currículum y la unidad de análisis.

Figura 8.- Cuerpo teórico de la EpS



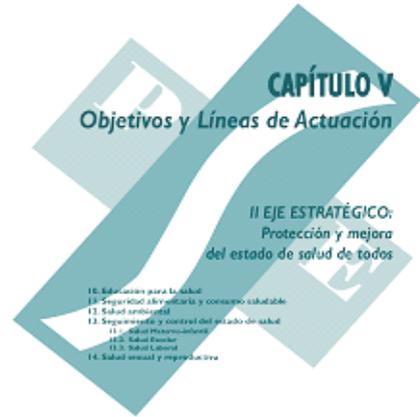
El planteamiento de las estrategias necesarias para conseguir los objetivos en EpS se han de trasladar desde y hacia las distintas áreas de aplicación de la EpS de manera recíproca.

Las necesidades de las distintas personas y grupos sociales no son uniformes, dependen de muchos factores, por lo que los objetivos a lograr de modo específico han de ser diferentes, aunque a veces complementarios, justificando así la existencia de programas con enfoques multidisciplinares.

XVI. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, en su *Capítulo V*, dentro del *II Eje Estratégico: Protección y mejora del estado de salud de todos*, establece una serie de objetivos y líneas de actuación para la EpS.

El Plan de Salud, al contemplar la EpS como un área prioritaria de intervención, establece una serie de objetivos específicos en esta materia, que se concretan en:



1. Elaborar e implantar un Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura como herramienta de planificación que permita impulsar y coordinar las actividades de educación para la salud de la forma más efectiva y eficiente posible.
2. Priorizar la EpS como área de formación.
3. Fomentar los estudios de investigación en el campo de la EpS, tanto en la influencia de hábitos y estilos de vida en la salud de la población extremeña como en la metodología y temática.

En el Sistema Sanitario Público de Extremadura se ha considerado la EpS como un proceso que persigue estilos de vida saludables, evitando los factores de riesgo ambientales y promoviendo la mejora de los servicios sanitarios con una atención integral a la salud, integrándose transversalmente en la planificación y gestión de los diferentes planes y programas sanitarios llevados a cabo durante las dos últimas décadas.

De acuerdo con la evidencia disponible, y como ya se ha citado, el Plan de Salud de Extremadura propugna que la EpS sea un instrumento de promoción de la salud que ayude al individuo y a la comunidad a responsabilizarse de su propia salud;



sea una actividad participativa y multidisciplinar; logre que nuestro entorno se centre en hábitos y estilos de vida sanos; y aumente, en definitiva, los comportamientos favorables a la salud en nuestra sociedad.

En el proceso seguido para la elaboración del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, el estudio y análisis de situación de la EpS en Extremadura se realizó siguiendo un modelo mixto positivista-participativo, de forma que se consideraron las **necesidades objetivas y las sentidas**. Dentro de las primeras, en base a los datos que aporta la epidemiología a través de, elementos más cercanos al ámbito participativo como,

la Encuesta de Salud (2001), la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas, etc, y otros elementos más próximos al modelo positivista como son el Registro de Mortalidad de Extremadura, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), el Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Registro de Cáncer y el Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH.

Por su parte, las necesidades sentidas fueron recogidas mediante el estudio “Aspectos Prioritarios de la Educación para la Salud en Extremadura”, a través de un cuestionario elaborado a tal efecto, previamente validado, en cuanto a su contenido por un grupo de expertos de EpS.

Para conseguir los objetivos a los que se hace referencia en este documento y otros, y hasta que el Plan Marco de EpS de Extremadura esté operativo, se estima que deben seguir ejecutándose o ejecutarse en un futuro próximo, según el caso, las siguientes actividades de este **Decálogo de actividades de Educación para la Salud**:

1. Diseño y puesta en marcha del Plan Marco de EpS de Extremadura, como herramienta fundamental de coordinación y de promoción de las actividades de EpS.
2. Promoción de proyectos de EpS a través de la concesión de subvenciones por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo. Esta estrategia persigue llegar al ámbito comunitario, hacer partícipe a toda la comunidad, como medio de incrementar la efectividad de las intervenciones.



3. Mantenimiento de los Convenios de Colaboración con determinadas entidades como estrategia para aunar esfuerzos.
4. Desarrollo de las estrategias y herramientas de coordinación en EpS, dirigidas a evitar duplicidades, optimizar los recursos y velar por el rigor técnico que favorezca la realización de actividades de EpS pero que a la vez impida la ejecución de aquellas no consideradas adecuadas y que podrían causar un efecto incluso contrario al buscado.
5. Mejorar la comunicación e información, como modo de optimizar la coordinación: creación de una web específica de EpS.
6. Desarrollo de actividades formativas dirigidas a todos los profesionales (educativos, sanitarios y de la comunidad), buscando el incremento de los agentes de salud comunitarios capaces de diseñar, ejecutar y evaluar correctamente programas de EpS.
7. Diseño de materiales de apoyo a la realización de actividades de EpS.
8. Búsqueda de cooperación en el marco de las políticas de salud de la Unión Europea.
9. Creación de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud, con el objeto de actuar preferentemente en edad escolar, debido a sus especiales condicionantes.
10. Investigación de las metodologías más efectivas en EpS y de las áreas temáticas más demandadas y con evidencia de mayor necesidad.

XVII. RECURSOS

A continuación se recogen algunos recursos utilizables en EpS.

1. Recursos fuera de Internet

Servicio de Coordinación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. C/ Adriano, 4. CP06800 - Mérida.

Telf.: 924 004 219 - Fax: 924 004 216

Equipos multidisciplinares de Educación para la Salud de las Áreas de Salud

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Badajoz

Ronda del Pilar, 22. CP 06071 - Badajoz

Telf. 924 01 02 68/ 69 Fax: 924 01 02 67

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Mérida

Hospital de Mérida. Polígono Nueva Ciudad, s/n.

CP 06800 - Mérida

Telf: 924 38 24 35 Fax: 924 37 31 13

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Don Benito-Villanueva

Avda. Alonso Martín s/n. CP 06400 - Don Benito

Telf: 924 38 28 04 Fax: 924 80 29 17

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Llerena-Zafra

Paseo de San Antón, 10. CP06900 - Llerena

Telf: 924 87 74 02 Fax: 924 87 74 05

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Cáceres

Alfereces Provisionales, 1. CP 10001 - Cáceres

Telf: 927 00 42 01 / 03 Fax: 927 00 42 13

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Plasencia

Gabriel y Galán s/n. CP 10600 - Plasencia

Telf: 927 42 84 14 Fax: 927 42 84 19

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Coria



Adva. de Extremadura, 8. CP 10800 - Coria
Telf: 927 50 81 63/ 62 Fax: 927 50 81 65

Equipo Multidisciplinar de EpS del Área de Salud de Navalmoral de la Mata
Canchigordo, s/n. CP 10300 - Navalmoral de la Mata
Telf: 927 53 82 52 Fax: 927 53 82 59

2. Recursos en Internet

Algunos recursos que sobre EpS pueden encontrarse en Internet son:

Ministerio de Sanidad y Consumo.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/home.htm>

Información desde el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el marco teórico y conceptual de la Promoción y Educación para la Salud, y formación en Promoción de la Salud. El Ministerio de Sanidad y Consumo, con la finalidad de facilitar el trabajo en promoción de la salud que se realiza desde todos los sectores y ámbitos, solicitó a la OMS la traducción y edición de un glosario revisado al que se puede acceder desde este espacio. En la traducción se han consensuado los términos comunes con el equipo que elabora la versión española del *Thesaurus* multilingüe en promoción de la salud.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

http://www.iuhpe.org/index_Spanish.shtml

La misión de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (la UIPES) es promover la salud mundial y contribuir a la consecución de la equidad entre los países del mundo y en el seno de los mismos en materia de salud. Además colabora estrechamente con la OMS, la UNESCO, UNICEF y con otras organizaciones intergubernamentales de primer orden, como la Comisión Europea, con el fin de influir y facilitar la elaboración de estrategias y proyectos de promoción de la salud.

Ministerio de Educación y Ciencia. Centro Nacional de información y Comunicación. (CNICE). <http://www.pntic.mec.es/>

Página web del Ministerio de Educación y Ciencia encaminada a ofrecer al cuerpo docente, entre otros colectivos, diversos tipos de recursos didácticos.

Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.

<http://www.saludextremadura.com>

En esta web se ofrecen contenidos específicos de la salud en Extremadura. En referencia a la EpS, podemos resaltar que existen contenidos dirigidos tanto a la población general como a los profesionales, en sendos subapartados.

Entre otros contenidos podemos encontrar: documentos de apoyo a la realización de actividades de EpS, enlaces a páginas interesantes en esta materia, materiales utilizables en EpS, etc; todo ello con la finalidad de facilitar las actividades de EpS en cualquiera de los ámbitos y por cualquier profesional o agente de salud, de Extremadura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambientes que apoyan la salud. Declaración de Sundsvall. III Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Sundsvall, Suecia, 9- 15 junio; 1991.
2. Arocha JL, Santan VM. El marco ideológico y normativo. La salud y la salud pública en la sociedad y en las leyes. En: Macías BE, Arocha JL. Salud Pública y Educación para la Salud. Las Palmas: ICEPSS; 1996.
3. Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
4. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. Metodología de la promoción de salud. [en línea] [fecha de acceso 7 de abril de 2006]. URL disponible en: <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Propuestasintervencion.html>
5. Green LW, Kreuter M, Deeds S, Partridge. Health Education Planning: a Diagnostic Approach. Mayfield: Palo Alto; 1980.
6. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
7. Mazarrasa L. Educación para la Salud en Atención Primaria. Programa de Enfermería en Salud Comunitaria. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 1992.
8. Nájera P. Promoción de la Salud. En Sánchez A, Aparicio V, Germán Bes, Mazarrasa L, Merelles A, Sánchez A. Enfermería Comunitaria. Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. 141-153.
9. Nuevos actores para una nueva era: Conduciendo la Promoción de la Salud al siglo XXI. IV Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Yakarta, Indonesia, 21-25 de julio; 1997.
10. Oakley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Ginebra: OMS; 1990.
11. Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos en educación sanitaria en la atención primaria de salud. Informe técnico 690. Ginebra: OMS; 1983.
12. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud a través de la Escuela. Serie de Informes Técnicos N° 870. Ginebra: OMS; 1997.
13. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de Salud: modelo y guía para la acción. Washington, D.C.: OPS.HSP/SILOS-36; 1996.
14. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mediante las escuelas: iniciativa mundial de salud escolar. Ginebra: OMS; 1996.
15. Palomo L, Ortún V, Benavides FG, Márquez Calderón S. Editores. Informe SESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. Gac Sanit. 2006; 20:1-221.
16. Política de Salud Pública. II Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Estrategia para la acción. Adelaida; 1988.

17. Promoción de salud: Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS; 1999.
18. Rodríguez L, Antolín M, Vaz FJ, García MA. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Documento 2. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2006.
19. Ruiz E, Ferrer JL, Anes Y. Bases del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura. La Epidemiología en el Proceso Inicial de su Elaboración. XXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 3): 11-148.
20. Ruiz E, Ferrer JL. Aproximación a la educación para la salud en Extremadura: situación actual y perspectivas de futuro. En: Consejería de Sanidad y Consumo. La Educación para la Salud en Extremadura. Perspectivas de futuro y memoria de las II Jornadas de Extremeñas de Educación para la Salud. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.
21. Ruiz E, Ferrer JL, Villa JM^a, Cantero AB, Guerrero J, Gago I. La Educación para la salud en Extremadura: una aproximación en la planificación estrategia. Salud 2000, 2006; 108: 13-19.
22. Ruiz E. Ponencias sobre Educación para la Salud en Diplomado de Sanidad. Badajoz: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Febrero-marzo; 2006.
23. Serrano, MI. (Coordinadora). Nuevos adolescentes. Aprender a vivir. Madrid: Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
24. Serrano, MI. La Educación para la Salud en el siglo XXI: Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
25. Serrano, MI. Educación para la salud y participación Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
26. World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.

