

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud

Informe de un
Comité de Expertos de la OMS

Organización Mundial de la Salud
Serie de Informes Técnicos
690



Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1983

ISBN 92 320690 7

© Organización Mundial de la Salud, 1983

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales en ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SPAIN

83/5783-Gráficas Reunidas-3000

INDICE

	Página
1. Introducción	7
2. Problemas	10
3. Conceptos	13
4. Características de los nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud	16
4.1 Tecnología sanitaria adaptada a la población	16
4.2 Utilización de recursos humanos ajenos al sistema de salud	18
4.3 Nuevos enfoques en relación con la ecología humana	19
4.4 Nuevas funciones para los proveedores de atención de salud	21
5. Consecuencias para la práctica de la educación sanitaria	22
5.1 Planificación y gestión	22
5.2 Cuestiones éticas	27
5.3 Información y comunicación	28
5.4 Formación de personal	32
5.5 Evaluación	38
5.6 Investigaciones	40
6. Conclusiones	42
Resumen	43
Bibliografía	46
Nota de agradecimiento	47

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN NUEVOS METODOS DE
EDUCACION SANITARIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

Ginebra, 12-18 de octubre de 1982

*Miembros**

- Dr. D. Banerji, Profesor y Presidente, Centro de Medicina Social y Salud de la Comunidad, Universidad Jawaharlal Nehru, Nueva Delhi, India
- Dr. T. F. Corcega, Profesor Adjunto, Centro de Ciencias de la Salud, Sistema de la Universidad de Filipinas, Diliman, Filipinas (*Vicepresidente*)
- Dr. W. A. Hassouna, Profesor de Planificación Sanitaria y Director de Planificación Social y Cultural, Instituto de Planificación Nacional, Ciudad de Nasser, El Cairo, Egipto
- Dr. J. A. Laoye, Subdirector (Educación Sanitaria), División Federal de Educación Sanitaria, Ministerio Federal de Salud, Lagos, Nigeria (*Relator*)
- Dr. L. S. Levin, Profesor de Salud Pública, Universidad de Yale, New Haven, CT, Estados Unidos de América
- Profesor D. N. Loransky, Director, Instituto Central de Investigaciones Científicas sobre Educación Sanitaria, Ministerio de Salud de la URSS, Moscú, URSS
- Dr. A. Nondasuta, Director General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública, Bangkok, Tailandia
- Profesor R. Senault, Director General, Centro de Medicina Preventiva, Organización Regional de Exámenes Médicos, Vandoeuvres-les-Nancy, Francia
- Sir Kenneth Standard, Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica (*Presidente*)
- Dra. Zhang Bei-zhu, Directora, Hospital Paz Internacional de Maternidad y Pediatría del Instituto Chino de Asistencia Social, Shanghai, China

Representantes de otras organizaciones

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

- Sr. R. R. Tuluhungwa, Jefe, Servicio de Comunicaciones de Apoyo a Proyectos, UNICEF, Nueva York, Estados Unidos de América

Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población

- Sr. G. Pérez-Arguello, Oficial de Enlace Adjunto, FNUAP, Nueva York, Estados Unidos de América

Organización Internacional del Trabajo

- Dr. M. Stilon de Piro, Departamento de Seguridad e Higiene del Trabajo, OIT, Ginebra, Suiza

* No pudieron asistir: Dra. C. D. de Thays, Asesora en Educación y Comunicación, Ministerio de Salud, Lima, Perú; Profesor A. M. Wright, Facultad de Ingeniería, Universidad de Ciencia y Tecnología, Kumasi, Ghana.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Sr. J. Kim, Especialista de Programas, Alfabetización de Adultos y Desarrollo Rural, UNESCO, París, Francia

Unión Internacional para la Educación Sanitaria

Dr. D. Berthet, Secretario General, UIES, París, Francia

Sra. R. Erben, Directora de la Oficina Europea, UIES, Colonia, República Federal de Alemania

Consejo Internacional de Enfermeras

Srta. C. Holleran, Directora Ejecutiva, CIE, Ginebra, Suiza

Liga de Sociedades de la Cruz Roja

Srta. M. McTamney, Asesora Técnica, LSCR, Ginebra, Suiza

Secretaría

Sr. A. K. Agarwal, Director, Centro para la Ciencia y el Medio Ambiente, Nueva Delhi, India (*Asesor temporero*)

Dr. G. M. Foster, Profesor Emérito, Departamento de Antropología, Universidad de California, CA, Berkeley, Estados Unidos de América (*Asesor temporero*)

Sra. A. Kaplun, División de Información Pública y Educación Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza (*Consultora*)

Sr. J. Ling, Director, División de Información Pública y Educación Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza

Dr. A. Moarefi, Director Asociado, División de Información Pública y Educación Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)

Profesor J. M. Navia, Director, Centro John J. Sparkman de Educación para la Salud Pública Internacional, Universidad de Alabama en Birmingham, Birmingham, AL, Estados Unidos de América (*Asesor temporero*)

Sr. J. Wiio, Programador Jefe, Televisión Finlandesa, Canal II, Tohloppe, Tampere, Finlandia (*Asesor temporero*)



NUEVOS METODOS DE EDUCACION SANITARIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

Del 12 al 18 de octubre de 1982 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. El Sr. J. Ling, Director, División de Información Pública y Educación Sanitaria, abrió la reunión en nombre del Director General y dio lectura del discurso inaugural preparado por el Dr. J. Hamon, Subdirector General, en el cual se destacó la necesidad de reexaminar los enfoques y prácticas relacionados con la educación sanitaria habida cuenta de la meta fijada por la OMS de alcanzar la salud para todos en el año 2000. La educación sanitaria ha progresado considerablemente desde la primera reunión del Comité de Expertos en Educación Higiénica del Público en 1954 (1). Además, la experiencia acumulada en años recientes en materia de educación sanitaria y las numerosas innovaciones que se han producido en las ciencias sociales y en las técnicas de comunicación social han ampliado el ámbito de la educación sanitaria. Era, pues, un momento especialmente oportuno para revisar los métodos y criterios actuales de educación sanitaria con el fin de armonizarlos con los principios de la atención primaria de salud e intensificar las actividades en ese sector. En el Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS para el periodo 1984-1989 (7) se indica que se dará a la información y educación sanitarias un papel más destacado que antes.

1. INTRODUCCION

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad en 1977 una resolución (WHA30.43) en la que resolvió que «la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y

económicamente productiva» (2). A propósito del logro de esta meta, el *Sexto Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial* (3) enuncia que la salud se ha de conseguir y no puede ser impuesta; por consiguiente, el primer requisito para la consecución de la salud es la voluntad resuelta de la población y del gobierno. Para forjar esa voluntad es indispensable una educación adecuada.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada conjuntamente por el UNICEF y la OMS en Alma-Ata, URSS, en 1978, declaró que «el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud» y que «la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes» era la primera de ocho actividades fundamentales en la atención primaria de salud (4). Es esta perspectiva lo que fuerza a aplicar un nuevo enfoque a la educación sanitaria.

Al proclamar la necesidad de nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud, el Comité de Expertos reconoce que ningún aspecto de la atención de salud es estático. En el caso de la educación sanitaria, es esencial para hacerla más eficaz ponerla a tono con la visión que de los problemas de salud tengan los profesionales y la población en general.

Al principio, la educación sanitaria se desarrolló según la orientación de las concepciones biomédicas de la salud y la enfermedad entonces vigentes, en las cuales se daba poca o ninguna importancia a los factores sociales, culturales y psicológicos. Las actividades de educación sanitaria se basaban en el supuesto de que la gente tendría mejor salud si actuaba en la forma recomendada por los trabajadores de salud. En consecuencia, se insistía en la transmisión de información sanitaria correcta al público en general.

El término mismo de «educación sanitaria» sugería a algunos la comunicación hacia afuera y hacia abajo de «conocimientos sobre la salud» a individuos a los que se suponía pobres en ideas sobre el modo de evitar o combatir las enfermedades. En los primeros años de la educación sanitaria se hizo relativamente poco para comprender las creencias y prácticas tradicionales de la gente en materia de salud y para tenerlas en cuenta al establecer estrategias de educación sanitaria. Aunque algo se hizo para conocer mejor lo que las comunidades mismas consideraban como sus necesidades y prioridades sanitarias, tales intentos no eran sistemáticos. Se partía más bien del supuesto de que sólo los profesionales de salud estaban capacitados para evaluar esas necesidades y prioridades. Además, la

educación sanitaria encarnaba valores derivados de la medicina alopática, incluidos sus fines normativos, sus técnicas terapéuticas y de diagnóstico y sus criterios en cuanto al éxito de las intervenciones.

Aunque el Comité de Expertos en Educación Higiénica del Público destacó en 1954 (1) la influencia de la cultura, la religión y la sociedad en el comportamiento de la gente, pocas veces se ha prestado a estos factores la atención que merecían para la buena planificación de las actividades de educación sanitaria. Esta observación es también valedera para el concepto de participación.

Hoy día, a causa de los cambios en las características de la morbilidad, las crecientes expectativas sociales y la nueva relación entre los miembros de la comunidad y los proveedores de la atención de salud,¹ la educación sanitaria se enfrenta con retos sin precedente en su historia. Al reconocer la sabiduría tradicional de que es depositaria cada comunidad y la capacidad que tiene la gente de pensar y actuar constructivamente para identificar y resolver sus problemas, en la educación sanitaria se está pasando de la «intervención» a la participación comunitaria.

Como consecuencia de esto, el educador sanitario² aprende, además de «facilitar» y enseñar, al igual que los miembros de la comunidad enseñan, además de aprender. Los miembros de la comunidad tienen que introducir a los educadores sanitarios en su «cultura sanitaria» explicándoles los fundamentos de sus creencias y prácticas en materia de salud, su comportamiento terapéutico y cómo perciben sus propios problemas de salud.

Los educadores sanitarios, por su parte, deben entablar un diálogo constructivo con los miembros de la comunidad para hallar respuestas culturalmente idóneas para los problemas sanitarios, identificados conjuntamente por los miembros de la comunidad y los trabajadores de salud, en el marco de los grandes principios de la atención primaria de salud.

En la reorientación que está experimentando la educación sanitaria están surgiendo nuevas funciones para los prestadores de aten-

¹ Los proveedores de atención de salud comprenden: médicos, farmacéuticos, enfermeras, trabajadores tradicionales de salud, comadronas, auxiliares de salud, puericultores, fisioterapeutas y personas no profesionales apropiadas.

² En todo este informe el término «educador sanitario» no se limita al «especialista en educación sanitaria», cuyas funciones están delineadas en la sección 5.1.7, sino que se refiere a los proveedores de atención de salud y a los profesionales de diversos sectores que empleen el enfoque educativo y cuya actuación pueda influir en el grado de salud.

ción de salud. Para desempeñar bien esas funciones se requerirán nuevas formas de capacitación en armonía con las nuevas estrategias de trabajo comunitario y con las nuevas ideas educativas. Este nuevo enfoque hará que los prestadores de atención de salud comprendan mejor cómo la investigación y la evaluación pueden contribuir a incrementar la eficacia de la asistencia sanitaria. A continuación se examinan detalladamente estas cuestiones.

2. PROBLEMAS

Hoy día se reconoce que la ciencia y la tecnología *sólo* podrán contribuir al mejoramiento del estado de salud si la población misma se asocia plenamente con los prestadores de atención sanitaria en la salvaguardia y el fomento de la salud. Además, en diversos sectores es más urgente aprovechar bien los conocimientos existentes que descubrir nuevos conocimientos y medios de acción. Esto es sobre todo importante si se considera el gran aumento de los gastos médicos en años recientes (especialmente en los países industrializados) y las limitaciones logísticas a la prestación de una atención sanitaria adecuada a la mayoría de la población mundial.

No es, pues, accidental que en la Declaración de Alma-Ata (4) se diera especial importancia a la educación. Tampoco es casual que en la *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000* de la OMS (5) se haga constantemente referencia a las actividades educativas como el medio mejor de incitar a personas de cualquier condición social a participar en la atención de salud y de convertirlas en los verdaderos artífices de la salud y el desarrollo.

De hecho, el Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS determina que las actividades de información pública y educación sanitaria deben estar encaminadas a aumentar «la capacidad de los individuos y de la comunidad para participar en la acción sanitaria y la autorresponsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento higiénico, en particular en materia de salud de la familia y nutrición, higiene del medio, estilos de vida sanos y prevención y lucha contra las enfermedades» (7).

Estas decisiones abren grandes perspectivas de acción a todos los que trabajan en el amplio campo de la comunicación en pro de la salud. Pero ¿está la educación sanitaria en condiciones de hacer realidad esas perspectivas?

La situación en el mundo actual es paradójica. Por un lado, estamos presenciando adelantos técnicos cada vez más complejos y una tendencia hacia el progreso material constante pero, por otro lado, la mayoría de la población mundial está aún debatiéndose con la malnutrición, la pobreza y el analfabetismo. El contraste es llamativo, pero los dos extremos son igualmente peligrosos. Tanto la pobreza como la abundancia generan trastornos somáticos y problemas psicosociales. El mundo actual está cambiando a un ritmo sin precedente y diversos países en desarrollo han logrado en una o dos generaciones avances tecnológicos que los países industrializados tardaron varias generaciones en alcanzar.

En el campo de la salud, todos concuerdan en que no basta la mera ausencia de enfermedades. La buena salud permitirá a los individuos desarrollar al máximo sus posibilidades físicas y mentales y vivir una vida social y económicamente productiva en armonía con el medio ambiente. A pesar de este vasto objetivo, la educación sanitaria mantiene con frecuencia un enfoque paternalista y autoritario. Muchos administradores siguen creyendo que ver una película, contemplar un cartel o escuchar una conferencia conducirán al individuo por el buen camino. Recordando los éxitos de campañas organizadas para combatir enfermedades, insisten en aplicar los mismos métodos que antes y, cuando éstos no funcionan, achacan el fracaso a fallas de la educación sanitaria. Pero los problemas actuales son mucho más complejos. Los métodos coercitivos empleados con frecuencia para combatir las enfermedades epidémicas o parasitarias no son aplicables a cuestiones como la higiene personal, la lactancia natural, el hábito de fumar, el alcoholismo y el consumo excesivo de alimentos o medicamentos.

Muchos profesionales de salud estimulan a la gente a desear lo que ellos mismos piensan que debe desear, en vez de intentar comprender las necesidades de los individuos y comunidades y ayudarlos a alcanzar metas elegidas por ellos mismos. Esa actitud, donde exista, perpetúa la posición elitista de los prestadores de atención, quienes hacen planes, definen objetivos y elaboran mensajes encaminados a persuadir a la gente, creando así cierta distancia entre ellos y los «destinatarios». Lo que se debería hacer es fomentar una interacción, dinámica entre los profesionales de salud y la población en general, teniendo presente que los individuos y las comunidades no son necesariamente como a los profesionales les gustaría que fueran.

Incluso cuando los profesionales de salud y los científicos sociales intentan comprender las preocupaciones de la comunidad, pocas

veces consideran la adecuación de la tecnología que ofrecen a la población y es raro que presten suficiente atención a las relaciones entre la comunidad y los servicios de salud. Presuponen que la tecnología sanitaria contemporánea es algo bueno y deseable y consideran que se debe hacer que la gente la acepte. Si la gente no responde positivamente, se la estigmatiza como víctima de sus creencias y tradiciones y a menudo se utiliza a los profesionales de salud para educar a esa gente (supuestamente «mal orientada») para que aprenda el comportamiento sanitario correcto.

En los países en desarrollo, los profesionales de salud se han volcado con demasiada frecuencia en «vender» prácticas de salud modernas a la gente sin parar mientes en si esas prácticas corresponden a la situación social y cultural de la comunidad. Es, pues, una cuestión fundamental si se debe imponer a una comunidad un sistema de salud basado en tecnología moderna o si se ha de dejar a cada comunidad elegir el tipo de tecnología sanitaria que prefiera.

Otro problema es que la atención de salud se ha convertido en monopolio de profesionales y que, además, se están sometiendo a la ciencia médica todos los aspectos de la vida. Con frecuencia se considera la atención de salud sinónimo de atención profesional, con una distinción nítida entre los prestadores y los consumidores o usuarios de servicios de salud. En efecto, la atención de salud se ha desarrollado según un modelo industrial, haciéndose cada vez más intensivo el empleo de capital y mano de obra especializada. También la educación sanitaria aplica ese modelo, haciendo suyas estrategias «clínicas», las cuales implican que los que «saben» han de diagnosticar las necesidades individuales o comunitarias y determinar el «tratamiento» educativo requerido.

Además, la educación sanitaria viene actuando casi por completo en el marco del sistema de valores de los servicios profesionales de la medicina alopática. Sus fines se fijan dentro de ese marco y sus logros se miden en función de resultados como la observancia del tratamiento por el paciente, la reducción de hábitos peligrosos para la salud o el acortamiento del periodo entre el comienzo de una enfermedad y el momento en que el paciente busca tratamiento. En el pasado, los prestadores de atención se han centrado principalmente en la modificación del comportamiento individual, dando por sentado que el individuo es el único responsable de su estado. Esto equivale a culpar al enfermo, al pobre y al miserable de su propia enfermedad, pobreza y miseria, ignorando que en bastantes casos lo que se ha de cambiar no es al individuo, sino el medio social donde

vive. En otras palabras, es preciso modificar los factores políticos, económicos y ambientales que tienen un efecto negativo o neutralizante sobre el comportamiento.

Al evaluar el impacto de la sociedad sobre la salud, se ha de tener presente que ninguna sociedad es homogénea. De hecho, hay muchas sociedades en cada región o nación. Esto es especialmente aplicable a las poblaciones de algunos países en desarrollo donde, además de numerosos grupos étnica y lingüísticamente diferentes, puede haber una polarización muy marcada entre los ricos o acomodados y los pobres. En tales casos, aquéllos tienen a menudo considerable influencia sobre éstos por el mero hecho de establecer ciertos patrones y las normas de comportamiento. También tienen acceso más fácil a la atención de salud.

Históricamente, la educación sanitaria se ha consagrado a la prevención y, más recientemente, ha incorporado además el concepto de fomento de la salud. La atención de salud se ha restringido en el pasado a facilitar a la gente el acceso a servicios profesionales y a mantener regímenes médicos adecuados. Actualmente, sin embargo, es necesario hallar nuevos modos de satisfacer las expectativas de la gente en lo que respecta al costo de la atención, el acceso a servicios profesionales y la calidad de estos servicios.

Se advierte, asimismo, que han perdido vigencia algunos de los modelos y estructuras de la educación sanitaria desarrollados a lo largo de los años. Por consiguiente, urge evaluar críticamente los métodos actuales de educación sanitaria con el fin de seleccionar los que ofrezcan fundamentos sólidos para cumplir mejor los objetivos de la atención primaria de salud. Los que trabajan en la educación sanitaria deben decidir qué cambios son necesarios y cómo se podrá introducirlos.

3. CONCEPTOS

La Declaración revolucionaria adoptada en 1978 en Alma-Ata (4) constituirá un hito en la historia de la atención de salud y la educación sanitaria. Da un papel de suma importancia a la educación sanitaria para promover la autorresponsabilidad individual y comunitaria y desarrollar la capacidad de la población para participar plenamente en el fomento y atención de la salud.

Un punto importante proclamado en la Declaración es la afirmación de que el pueblo tiene no sólo el *derecho*, sino también el *deber*,

de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Además, es obligación de todos los encargados de la educación sanitaria ayudar a la población en esta tarea. Ya no debe suceder que los servicios de salud descendan hasta las personas desatendidas después de atravesar una serie de estratos. Ahora se ha iniciado un movimiento a partir del pueblo que refleja la voluntad de individuos y comunidades de participar plenamente en los asuntos de su país y de compartir con el gobierno la responsabilidad de la atención y el fomento de la salud.

Aunque hace ya varios decenios se destacó la participación comunitaria como elemento esencial del progreso de la salud (1), nunca hasta ahora se le había dado tanta importancia. En el pasado, la participación equivalía con demasiada frecuencia al suministro de mano de obra local para construir un pozo, una escuela o un centro de salud, mientras que los fondos públicos se utilizaban para edificar complejos hospitales en las ciudades grandes. La participación es el proceso por el cual los individuos y comunidades se identifican con un movimiento y asumen la responsabilidad, conjuntamente con profesionales de salud y otras personas interesadas, de adoptar decisiones y planificar y llevar a cabo actividades. Es éste claramente un proceso que la educación sanitaria puede fomentar.

Se ha definido la atención primaria de salud como asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar (4). Los objetivos de la atención primaria de salud sólo se pueden alcanzar con ayuda de la educación sanitaria. De hecho, para que la atención primaria sea accesible a todos, los habitantes de cada comunidad deben esforzarse por apoyarse todo lo posible en sus propios recursos. Para lograr la autorresponsabilidad, la población ha de intervenir en la planificación, ejecución y evaluación de sistemas basados en la atención primaria de salud. Lo mejor para lograrlo es una actividad educativa apropiada que se proponga capacitar a la población para hacer frente a problemas acuciantes de salud.

En la *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000* de la OMS (5) se dan nuevas precisiones a este respecto. La importancia de la participación comunitaria en la atención primaria de salud significa que los encargados de elaborar nuevas políticas de educación sanitaria deben comprender y aceptar la necesidad de dejar que las comunidades definan y persigan sus propios fines, movilicen sus propios recursos y controlen y evalúen sus propios esfuerzos.

También significa que se han de establecer (o reforzar) mecanismos idóneos para que los individuos y las comunidades puedan expresar su opinión sobre la política sanitaria de su país y participar activamente en la planificación y ejecución de los programas de salud, incluidos los de educación sanitaria. Se ha de hallar la manera de fortalecer este proceso de participación comunitaria, para que las comunidades puedan formular con regularidad a las autoridades nacionales sus opiniones acerca de los problemas de salud y de sus propias necesidades. En último término, las prioridades nacionales deben constituir una síntesis de las prioridades locales.¹

Es esto una desviación importante del criterio tradicional según el cual las actividades de educación sanitaria integrantes de la política adoptada se definían en función de programas muy específicos de lucha contra las enfermedades o de planificación familiar ejecutados con arreglo a valores y expectativas de índole profesional. Siguen siendo necesarios los programas específicos de lucha contra enfermedades, pero es menester que cada vez más se integren en el marco de un programa comunitario global de salud y desarrollo.

¿Cuál es entonces la función de la educación sanitaria? El Director General de la OMS ha esbozado con claridad (6) los sectores en que se requiere la aplicación de nuevos criterios:

- 1) la educación sanitaria requiere la elaboración de nuevas políticas que sigan los principios de la atención primaria de salud y la estrategia de salud para todos en el año 2000;
- 2) la educación sanitaria tiene que facilitar el desarrollo de recursos humanos dotados de las aptitudes necesarias para traducir las metas sociales en objetivos educativos que permitan alcanzar la salud para todos en el año 2000;
- 3) la educación sanitaria tiene que aprovechar la tecnología educativa más apropiada para promover la participación y la autorresponsabilidad de los individuos y de las comunidades;
- 4) la educación sanitaria debe fortalecer su enfoque multisectorial e intensificar la coordinación de sus actividades por medio de la tecnología apropiada;
- 5) la educación sanitaria debe prestar mayor atención a la vigilancia y a la evaluación.

En las secciones 4 y 5 del presente informe se resumen las opiniones del Comité sobre estas cuestiones.

¹ Documento de la OMS, TD/HED/82.1.

4. CARACTERISTICAS DE LOS NUEVOS METODOS DE EDUCACION SANITARIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud, con su cometido de velar por la salud de todos promoviendo la autorresponsabilidad y una acción social de carácter intersectorial, ha de satisfacer específicamente las necesidades de los más menesterosos o desatendidos con el fin de suscitar la equidad en el campo de la salud. En esta perspectiva se ha de dar prioridad al desarrollo de una tecnología sanitaria¹ orientada a la satisfacción de las necesidades percibidas por la población, dándose al mismo tiempo la debida consideración a las reconocidas epidemiológicamente como merecedoras de atención urgente.

4.1 Tecnología sanitaria adaptada a la población

Para contribuir al fomento de la atención primaria de salud es preciso reorientar algunos aspectos de la educación sanitaria y reafirmar con vigor ciertos principios ya reconocidos.

Ante todo, es necesaria en los proveedores de atención de salud una mejor comprensión de lo que se podría llamar la «cultura sanitaria» de una comunidad y de cómo esta cultura está influida por fuerzas sociales como la dinámica del cambio social y cultural y la organización política y económica de la comunidad. La percepción cultural y el significado de los diversos problemas de salud, la respuesta comunitaria a estos problemas y los diversos hábitos de la comunidad constituyen los tres principales elementos interactivos que caracterizan la cultura sanitaria de una comunidad.

Una tecnología sanitaria adaptada a la población exigirá un cambio fundamental en las relaciones entre la comunidad y los proveedores de atención. Esencialmente comporta que ya no se encaje a la población en un marco prefabricado de atención de salud. En vez de eso, el nuevo enfoque permitirá a los miembros de la comunidad desempeñar un papel activo en la planificación y el establecimiento de un programa de salud. Para esto es menester que los proveedores de

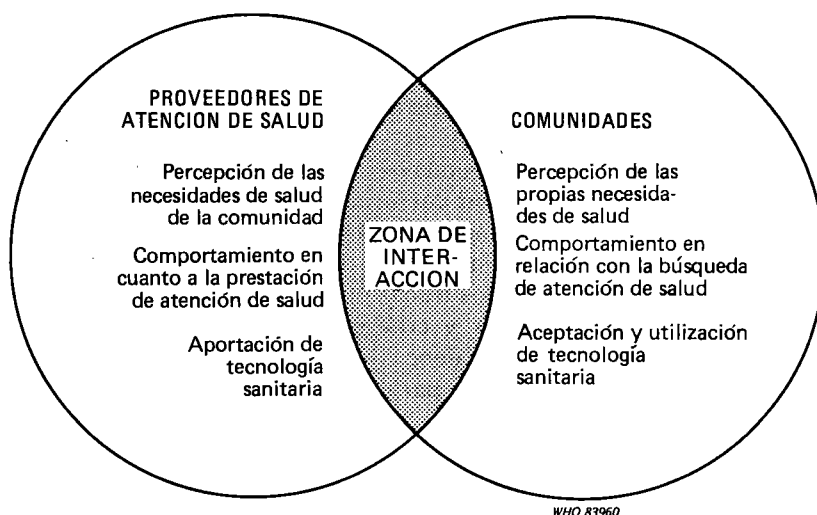
¹ Al igual que en el Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (4), por «tecnología» se entiende aquí «un conjunto de métodos, técnicas y equipo que, puesto en manos de quienes lo utilizan, puede representar una contribución importante para la solución de un problema de salud».

atención comprendan a fondo cómo percibe la población sus necesidades y cómo acepta y utiliza diferentes tecnologías sanitarias, influidas como éstas lo están por factores socioculturales y económicos.

La figura 1 muestra que hay una zona en la que los proveedores de atención y la comunidad comparten las mismas opiniones sobre los problemas y necesidades de salud y las soluciones apropiadas. Esta zona se expande a medida que aumenta el intercambio de ideas, información y tecnología entre los proveedores de atención y la comunidad. La educación sanitaria es fundamental para hacer que se ensanche ese terreno de pensamiento común.

Aunque los trabajadores de salud no deben constreñir a las comunidades a aceptar las tecnologías que ellos propongan, tampoco deben dejarse llevar a situaciones que los fuercen a renunciar a sus ideas en cuestiones técnicas. El terreno común entre los dos grupos debe servir de base para un diálogo fructífero que puede conducir al cambio, a condición de que los trabajadores de salud tengan en cuenta que los factores socioculturales y creencias de la comunidad no son necesariamente obstáculos para el desarrollo; de hecho, pueden ser puntos de partida para éste.

Fig. 1. Interacción entre los proveedores de atención de salud y las comunidades



4.2 Utilización de recursos humanos ajenos al sistema de salud

En el Informe del Director General sobre las actividades de la OMS en 1976¹ se afirma que el concepto de la atención primaria de salud representa un nuevo planteamiento de algunos de los principios fundamentales de la salud pública, pues trata de fomentar la autoresponsabilidad individual y colectiva: la propia población debe hacer lo necesario para mejorar su salud, en lugar de esperar a que otros lo hagan por ella. Por tanto, al elaborar tecnologías sanitarias para la población, hay que dar prioridad a los recursos humanos no profesionales disponibles y a las prácticas sanitarias locales.

Hay desde hace poco una renovada conciencia de la contribución que personas no profesionales pueden hacer a la atención de salud. La autoasistencia en personas no profesionales es un hecho antiguo. Hoy se reconoce que esta autoasistencia es indispensable para mejorar el estado de salud de la población y disminuir los gastos en salud. No es probable que se pueda alcanzar la salud para todos en el año 2000 sólo con los servicios profesionales disponibles. Será precisa la colaboración de la población y con un apoyo que le permita contribuir en forma útil y eficaz al fomento de la salud. La gente podrá sacar el máximo partido de los servicios profesionales cuando ella misma tenga algún conocimiento de los problemas de salud.

La educación sanitaria tiene un nuevo cometido en el fomento de la participación de personas no profesionales en la atención de salud, que requerirá: *a)* reorientación de las técnicas de análisis social; *b)* nuevos métodos educativos que permitan a la gente identificar y evaluar sus problemas de salud y les inspiren confianza en solucionarlos; y *c)* nuevos modos de crear vínculos entre los grupos principales de la comunidad y de negociar soluciones a los problemas de salud. Los profesionales abogarán por la causa de la salud, tanto ante la población como ante las autoridades, teniendo debidamente en cuenta los factores políticos, económicos y ambientales. Asimismo, la educación sanitaria de la comunidad, de los escolares, de los pacientes y de los trabajadores exigirá la revisión de estrategias, objetivos, métodos y criterios de evaluación.

Un problema que no se debe subestimar es la actitud de la población ante el concepto de participación de la comunidad. Por

¹ Informe del Director General sobre las actividades de la OMS en 1976. Documento de la OMS, A30/2, 1977.

experiencia se ha visto que los individuos y las comunidades no siempre aceptan con gusto la responsabilidad de su propia salud. Incluso cuando han intervenido en la identificación de sus problemas sanitarios a veces reaccionan negativamente, al menos al principio, ante la idea de participar en la planificación de soluciones. El sentimiento de que la atención de salud es responsabilidad de otras personas se debe en parte a que en el pasado los profesionales han despojado a la gente de la capacidad de decidir en lo referente a la propia salud. Por consiguiente, ahora se ha de procurar devolverle la confianza y ayudarle a capacitarse para elegir y decidir bien.

Fomentar la autorresponsabilidad en la población no debe ser una excusa para que los trabajadores de salud eludan sus responsabilidades. Por el contrario, necesitarán más paciencia y esfuerzo hasta hacer que la gente actúe con eficacia en pro de la salud; también será preciso un cambio fundamental desde una actitud elitista a otra de respeto por los valores, prácticas y preferencias de la comunidad en materia de salud. La participación de la gente no debe eximir de sus obligaciones a los prestadores de atención y la educación sanitaria no se debe usar como sucedáneo de los servicios de salud.

4.3 Nuevos enfoques en relación con la ecología humana

En los últimos decenios se han elaborado diversos modelos¹ de educación sanitaria, la mayoría de los cuales cabría describir como «cognoscitivos». Estos modelos se basaban en la idea de que el objeto de la educación sanitaria es básicamente «decir a la gente» qué es bueno para ella, qué debe o no debe hacer, cómo puede alcanzar un resultado apetecido y qué consecuencias son de esperar de ciertas acciones. La idea que se escondía detrás de este enfoque era que sólo pocas personas conocían ciertos hechos y que la mayoría de la población sabía poco o tenía opiniones equivocadas.

Después de advertir las deficiencias de esos modelos cognoscitivos sencillos, la educación sanitaria se centró en la «motivación» como respuesta a la resistencia o incapacidad de la gente para poner en práctica la información recibida. Pero pronto se advirtió que la motivación sola no bastaba y que se necesitaba una visión

¹ Un modelo es un conjunto de relaciones entre elementos claves en una estructura o un proceso que se puede generalizar y aplicar a otras muchas situaciones con estructuras y procesos similares.

más global del problema. Así, pues, se introdujo un elemento social en el intento de explicar las fallas del proceso de adopción de decisiones y traducir los conocimientos y actitudes en comportamiento.

Sin embargo, en años recientes se han comprendido mejor los procesos que influyen positiva o negativamente en el funcionamiento armonioso de una persona, sea como individuo o como ser social. Esto ha llevado a estudiar cómo influye la sociedad sobre el comportamiento de los individuos en materia de salud. Ahora se reconoce que los valores y normas de una comunidad tienen una importancia vital para determinar la actitud general de las personas ante la enfermedad y la salud, así como ante el tratamiento y la prevención, y que el proceso de socialización es uno de los mecanismos más importantes para transmitir ciertos valores y normas de una generación a la siguiente. Esto ha dado origen al desarrollo de modelos de educación sanitaria basados en la intervención social, en los cuales la acción se orienta a influir más en los factores sociales relacionados con la salud y la enfermedad que en los individuales.

Una vez que se reconoció que la salud de los individuos y de la comunidad depende del medio ambiente social, se hizo evidente que también influye el estilo de vida personal. Los estilos de vida los desarrollan los individuos y grupos bajo la presión de las exigencias y contradicciones de su medio social. Los estilos de vida comprenden una diversidad de patrones de comportamiento que están influidos por valores compartidos, tradiciones, formas características de comunicación e interacción, lenguaje, etc. Al adoptar ciertos estilos de vida, los individuos y los grupos establecen su propia identidad y dan significación a su situación en la vida.

Si bien es posible aislar determinados patrones de comportamiento para estudios epidemiológicos o etiológicos (ciertas formas de comportamiento asociadas con las diferentes clases sociales), esto no significa que se pueda hacer de estos rasgos aislados el blanco de las actividades de educación sanitaria, desatendiendo el estilo general de vida de la gente. Hoy, la educación sanitaria se centra no tanto en formas de comportamiento aisladas (hábito de fumar, consumo excesivo de alimentos, etc.) cuanto en el estilo general de vida de una persona, que, a su vez, está influido por el estilo de vida de su familia, comunidad y país. Esto quiere decir que se necesitan nuevos modelos de educación sanitaria basados en un conocimiento profundo de la ecología humana y que tengan en cuenta la interacción entre los factores biológicos y ambientales, tanto físicos como sociales, que influyen en un desarrollo armonioso.

En lo que respecta a la educación sanitaria, el interés por los estilos de vida exige además un cambio en la selección de las poblaciones a las que se dirigen las actividades educativas. Con el fin de evitar o estimular la adopción de determinadas formas de comportamiento características de personas con un estilo de vida específico, se han de centrar los esfuerzos en la institución que tiene mayor importancia en este proceso, a saber, la familia. No hay que olvidar que es en el nivel del individuo y de la familia donde se forman los valores. Es en el hogar donde primero el niño aprende a comportarse. Estos procesos se extienden después a la escuela, que ejerce un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria o formal, y al lugar de trabajo.

4.4 Nuevas funciones para los proveedores de atención de salud

Los proveedores de atención de salud deben darse cuenta del poder que manejan mediante la educación sanitaria. Es ésta un instrumento muy poderoso que puede influir en la gente hasta el punto de hacer que se perciban necesidades que habían pasado inadvertidas y que necesidades percibidas se transformen en demandas con tinte político, social y cultural. La educación sanitaria y la atención primaria de salud no son cuestiones meramente técnicas: implican cuestiones socioeconómicas que a menudo tienen consecuencias políticas. En sus nuevas funciones, los proveedores de atención deben velar por que haya un flujo constante de información entre la población y las autoridades. Deben actuar de manera que la gente advierta que, aunque representantes de las autoridades nacionales de salud, participan también con la población en el desarrollo de una tecnología sanitaria basada en las necesidades y preferencias.

Otra función importante de los proveedores de atención es ayudar a la gente a alcanzar sus objetivos sociales y de salud. Hay que hacer todo lo posible para promover la autorresponsabilidad y no inmiscuirse en los procesos naturales de desarrollo y crecimiento de la comunidad para que de ella surja el deseo de cambio.

Los proveedores de atención de salud han de poseer muchas cualidades, además de conocimientos y aptitudes profesionales. Entre ellas están la paciencia, saber escuchar y un deseo profundo de entender los problemas de la gente: estas cualidades presuponen ante todo que los proveedores de atención estén imbuidos de amor y respeto hacia las personas a las que han de servir y ayudar.

5. CONSECUENCIAS PARA LA PRACTICA DE LA EDUCACION SANITARIA

A continuación se examinan las repercusiones de los nuevos conceptos de la práctica de la educación sanitaria en relación con los cinco sectores siguientes:

- planificación y gestión;
- cuestiones éticas;
- información y comunicación;
- formación de personal;
- evaluación e investigaciones.

5.1 Planificación y gestión

La planificación y gestión de las actividades de educación sanitaria comportan varias etapas: formulación de políticas, formulación de estrategias, planificación y programación, ejecución, y vigilancia de los progresos realizados.

5.1.1 *Formulación de políticas*

En primer lugar, los objetivos de la educación sanitaria deben ser parte integrante de los objetivos generales del desarrollo. Deben estar concebidos en el contexto de los objetivos nacionales de salud y deben apuntar al logro de mejoras realistas en la calidad básica de la vida. Han de reflejar las aspiraciones de la población y ser tales que los individuos y comunidades puedan contribuir activamente a su realización. Los objetivos de la educación sanitaria así concebidos constituirán una base sólida para la formulación de políticas y estrategias y para la planificación y programación.

En segundo lugar, los objetivos de la educación sanitaria deben ser parte integrante de la atención primaria de salud; estos objetivos deben ser comunicados a todos los sectores interesados en el desarrollo e integrados en todos los programas de desarrollo. En esta etapa, se formularán directrices que orienten las políticas respecto de los puntos siguientes:

- a) función de la comunidad en la identificación de sus propios problemas de salud y grado en que es posible desarrollar las capacidades de la comunidad a este respecto;

b) modos de hallar un terreno común entre las necesidades percibidas de la población y las necesidades evaluadas epidemiológicamente, y función de la educación sanitaria en este proceso; y

c) medios de promover los nuevos conceptos en la educación sanitaria que son fundamentales para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, por ejemplo:

- haciendo del respeto mutuo la base de las relaciones entre los prestadores de atención de salud y la población;
- haciendo que se reconozca el hecho de que para el desarrollo de una nueva tecnología sanitaria son esenciales tanto profesionales de salud como personas que no lo son, sin que unos puedan sustituir a otros;
- ayudando a la gente a hacerse autorresponsable y logrando que participe en todas las actividades;
- iniciando o reforzando la colaboración intersectorial; y
- estableciendo nuevas funciones para los prestadores de atención de salud en virtud de las cuales apoyen las iniciativas de la población.

5.1.2 *Formulación de estrategias*

En esta etapa se han de evaluar los diversos enfoques aplicables para alcanzar los objetivos de educación sanitaria propuestos y se debe preparar cierto número de enfoques opcionales en relación con los campos de actividad y los recursos disponibles. Al formular estrategias de educación sanitaria, se prestará atención a la importancia fundamental que tiene la participación de la comunidad en el logro de los objetivos de salud. Es posible que numerosas comunidades no cuenten con algunos recursos esenciales, al menos al principio y quizás durante muchos años. Estas carencias deben suplirse por organismos promotores del desarrollo hasta que esos recursos puedan ser suministrados localmente. Mientras tanto, las comunidades deben aprovechar al máximo los recursos disponibles, explorar el posible uso de otros recursos y proponer diversos campos de actividad.

Además, en la formulación de estrategias se debe destacar el enfoque intersectorial integrando los objetivos de la educación sanitaria con las actividades de desarrollo pertinentes de otros sectores como los de educación, agricultura, riego, industria y programas de

alfabetización. También se dará preferencia al desarrollo, adaptación y utilización de tecnologías apropiadas.

5.1.3 *Planificación y programación*

Los objetivos generales de la educación sanitaria se han de traducir ahora en objetivos claramente definidos y subobjetivos que se alcanzarán en un plazo determinado y con los recursos disponibles. Los responsables de la educación sanitaria deben hacer todo lo posible por identificar recursos intersectoriales que se puedan coordinar y dirigir hacia el logro de esos objetivos. La participación de la comunidad, así como la de otros sectores, es esencial para el establecimiento de objetivos realistas y que respondan a intereses sociales. Además, es fundamental fomentar la participación de la gente en todas las etapas de la planificación, ya desde el momento en que se establecen los objetivos. La gente tiene que aprender a formular objetivos válidos. Entonces se elaborarán programas idóneos para alcanzar los objetivos fijados.

5.1.4 *Ejecución*

La descentralización de los servicios de salud y educación sanitaria parece ser la manera lógica de aplicar los nuevos criterios de atención primaria de salud que están centrados en el desarrollo y exigen la máxima participación comunitaria. Para que la gente intervenga y esté capacitada para formular sus propios objetivos de salud, los prestadores de atención tendrán que:

- a) dar oportunidades a la población para que aprenda a identificar y analizar los problemas relacionados con la salud y a proponer metas propias;
- b) poner a disposición de la comunidad información sobre la salud y cuestiones conexas, en particular sobre medios prácticos, eficaces, inocuos y económicos de tener buena salud y de hacer frente a las enfermedades y a la invalidez;
- c) indicar a la población soluciones alternativas para resolver los problemas de salud que ella misma haya identificado;
- d) hacer consciente a la gente de la importancia de la comunicación para fomentar la comprensión y el apoyo mutuos entre la población y los prestadores de atención de salud;

e) expresar las metas fijadas por la población en forma de objetivos sencillos, comprensibles, realistas y aceptables cuya consecución pueda supervisar la comunidad; y

f) ayudar a la población a aprender la manera de establecer un orden de prioridad entre los diferentes problemas de salud identificados y a comprender la necesidad de hacerlo en función de las políticas pertinentes; por ejemplo, comprender que se debe dar prioridad a los sectores más pobres de la comunidad y a ciertas enfermedades por razón de su contagiosidad, susceptibilidad al tratamiento, etc.

Es esencial que las comunidades comprendan claramente cuál es su función en la ejecución de estrategias para resolver los problemas de salud. A este respecto, la educación sanitaria debe facilitar el diálogo con la población mediante formas de comunicación cultural y socialmente aceptables.

Cuando se introducen nuevos métodos y técnicas en una comunidad suele ser preferible identificar primero las prácticas culturales locales susceptibles de modificación y luego introducir ciertos cambios aconsejables para los fines de la estrategia, en vez de pretender implantar prácticas totalmente forasteras. También se debe procurar que el material didáctico (incluida su presentación) sea de interés para la cultura local y lo más práctico posible. La selección de nuevas tecnologías debe hacerse teniendo presentes los objetivos de la política general de desarrollo.

5.1.5 Vigilancia de los progresos realizados y de los recursos

En la etapa de ejecución de programas es importante tener en cuenta la función de la población de vigilar los progresos de los programas de salud, al menos en relación con los criterios de la comunidad en cuanto al éxito de esos programas. La educación sanitaria debe facilitar la intervención de la comunidad en el proceso de vigilancia. Los medios de comunicación social deben también participar suministrando información sobre la situación de los programas de salud y ayudando a mantener el impulso de las actividades. La educación sanitaria podría además ayudar a lograr la colaboración intersectorial en los programas de salud demostrando a los profesionales de diferentes sectores las ventajas de aunar esfuerzos. Los mecanismos de comunicación son vitales para establecer y mantener la colaboración intersectorial.

5.1.6 Adiestramiento, investigaciones y financiación

En la etapa de programación se han de determinar las necesidades de capacitación de las personas de la comunidad que se van a reclutar para las actividades de educación sanitaria. Esto facilitará la preparación de métodos y materiales didácticos y el adiestramiento mismo de los miembros de la comunidad.

En la ejecución del programa es indispensable asignar a esas personas el lugar apropiado en el momento oportuno. Un aspecto del adiestramiento, por consiguiente, debe ser planificar la utilización eficaz de los recursos humanos, en particular el modo de movilizarlos, de mejorar la calidad de su trabajo y de evitar su desperdicio. Es asimismo importante que la población esté informada de la situación del programa en lo referente a recursos.

El establecimiento de nuevas funciones para los prestadores de atención de salud, así como el adiestramiento de los trabajadores para desempeñarlas, requerirán investigaciones aplicadas sobre educación sanitaria.

En algunos países, las políticas nacionales sanitaria y fiscal estatuyen que las comunidades locales contribuyan financieramente a los gastos de salud. En tales casos, es posible que la comunidad tenga que recaudar fondos para apoyar sus propios programas. En este aspecto, la educación sanitaria debe estimular a los miembros de la comunidad a participar en los planes de recaudación de fondos para el mejoramiento de la salud y contribuir a que las organizaciones comunitarias locales comprendan mejor la importancia de la salud para elevar la calidad de la vida.

5.1.7 Función del especialista en educación sanitaria en la planificación y gestión

Los nuevos conceptos de planificación y gestión de la educación sanitaria comportan cambios radicales en la función del especialista en educación sanitaria. Aparte de la difusión de información y de prestar apoyo a otros profesionales, los cuales por su parte también dan respaldo técnico y administrativo a la comunidad, el especialista debe estar capacitado para elaborar, utilizar y adaptar métodos educativos en el contexto de los objetivos de la atención primaria.

En tanto que miembro de un equipo o de un órgano de coordinación que funcione a nivel nacional, estatal o de distrito, el especialista en

educación sanitaria puede hacer importantes aportaciones en las diferentes etapas de la planificación y la gestión de la educación sanitaria:

a) *formulación de políticas*: definir las metas de la educación sanitaria como parte integrante de los fines generales de la atención primaria de salud;

b) *formulación de estrategias*: definir los métodos de educación sanitaria necesarios para hacer realidad los fines de la atención primaria de salud;

c) *planificación y programación*: definir los objetivos de la educación sanitaria y determinar la asignación de recursos humanos en una perspectiva intersectorial;

d) *ejecución*: promover la participación de la comunidad y de los prestadores de atención de salud en la planificación, ejecución y vigilancia de las actividades de educación sanitaria en apoyo de la atención primaria de salud; y preparar tanto a la comunidad como a los prestadores de atención para el desempeño de sus funciones en las actividades de educación sanitaria;

e) *vigilancia y evaluación de los progresos realizados*: establecer criterios realistas para la vigilancia y evaluación de las actividades de educación sanitaria.

5.2 Cuestiones éticas

Al formular políticas y estrategias y planificar las actividades de educación sanitaria, los prestadores de atención de salud han de tener presentes ciertas consideraciones de naturaleza ética. Tienen que:

- sentir la necesidad de fomentar los aspectos positivos del espíritu profesional, por ejemplo, respetar la integridad de individuos y comunidades, ensanchar su autonomía y estimular a la población a mantener su propio sentido de los valores;
- considerar, al fortalecer los recursos humanos no profesionales, el papel capital de las mujeres en la atención primaria de salud;
- asegurar la difusión de información exacta y completa sobre las cuestiones de salud, con el fin de que la gente pueda adoptar decisiones con conocimiento de causa; al obrar así, hay que tener en cuenta los factores que pueden deformar el problema, las

limitaciones de la información existente y el hecho de que esta información está siendo completada constantemente por nuevos hallazgos;

- ser sensibles a las preferencias y prioridades individuales o comunitarias, en lo que respecta al comportamiento y atención de salud, que puedan diferir del punto de vista profesional;
- velar por que las actividades de educación sanitaria estén basadas en las necesidades percibidas por la población, dando prioridad a metas que reflejen a un tiempo esas necesidades y las necesidades definidas por profesionales de salud;
- asegurar que la educación sanitaria esclarezca las causas sociales, ambientales y económicas de las tensiones y enfermedades y no culpe a las personas que en realidad son víctimas de factores que con frecuencia están fuera de su control;
- advertir los riesgos asociados con intervenciones paternalistas en la prevención de las enfermedades que no tienen debidamente en cuenta los derechos de los individuos ni el bienestar de la comunidad;
- identificar y combatir prejuicios como el sexismo, el racismo, el fanatismo por la salud y la discriminación contra ciertos grupos de edad;
- evitar que se preste un interés médico excesivo a aspectos ordinarios de la vida cotidiana (por ejemplo, el alumbramiento, la educación de los niños y la alimentación infantil);
- fomentar en los profesionales y en los miembros de la comunidad el respeto recíproco por la experiencia y los conocimientos del otro;
- evitar acciones que promuevan valores contrarios a los de la comunidad.

5.3 Información y comunicación

Para que la gente pueda desempeñar su papel en la atención primaria de salud, tiene que estar bien informada, lo cual es una función importante de los prestadores de atención de salud y de los medios de comunicación social.¹ Ambos pueden hacer mucho para: a) ilustrar a la población sobre los problemas de salud domi-

¹ El término «medio» incluye aquí todas las formas de comunicación social, desde las tradicionales y populares hasta la prensa, la radio y la televisión.

nantes en su país y comunidad e informarla sobre los métodos más adecuados para evitarlos y combatirlos; y *b*) proporcionar información sobre formas alternativas de comportamiento y sus resultados, para que los individuos puedan optar con conocimiento de causa y acepten las consecuencias.

La actual situación económica mundial y las sombrías perspectivas en cuanto al aumento de los recursos para el desarrollo en el próximo futuro, tanto a nivel nacional como internacional, fuerzan a hallar la manera de «hacer más con menos». Un modo de conseguirlo es usar los diversos medios de información pública, lo cual tiene importantes implicaciones para la educación sanitaria. Como estos medios permiten transmitir mensajes con poco costo a gran número de personas, incluso en los lugares más remotos, su empleo puede ser muy eficaz en comparación con el tiempo y el dinero invertidos.

Sin embargo, el rápido desarrollo de los diversos medios de comunicación social y su amplia utilización han dado lugar a una ingente actividad publicitaria de nuevos bienes de consumo y provocado cambios profundos en el comportamiento humano, algunos de los cuales han tenido, y siguen teniendo, efectos adversos sobre la salud pública. Procede, pues, considerar cómo la educación sanitaria podría aprovechar mejor las oportunidades que ofrece la amplia cobertura de los medios de difusión pública y su impacto potencial.

5.3.1 Función de los medios de comunicación social

Los medios de comunicación social pueden desempeñar varias funciones importantes en el campo de la salud. Tal vez la más importante sea ayudar a crear una voluntad política en pro de la salud por conducto de las autoridades. Aunque el material preparado con este fin esté destinado a personas que ocupan altos cargos, también puede servir para formar la opinión pública.

Su segunda función se refiere a hacer más consciente a la gente y ayudar a establecer normas en cuestiones relacionadas con la salud. Muchas enfermedades se deben a estilos de vida inapropiados o a cambios tecnológicos. Los medios de comunicación social pueden instaurar un debate objetivo sobre esos asuntos y capacitar a los individuos y a la sociedad para adoptar decisiones informadas.

La tercera función importante de estos medios es informar a los responsables acerca de los últimos adelantos y las limitaciones en

las ciencias y la atención de salud. Para ello es también necesario vigilar el impacto de los programas de desarrollo sobre la salud pública y difundir los métodos que hayan tenido éxito para que se puedan aplicar en otros lugares.

Por último, los medios de comunicación social pueden fomentar la participación comunitaria reflejando la opinión pública, estimulando el diálogo entre la comunidad y los prestadores de atención de salud y facilitando la retroinformación a los responsables de adoptar las decisiones.

Se necesitan, no obstante, métodos innovadores para desempeñar bien estas tareas y mejorar los sistemas de comunicación en educación sanitaria. Por ejemplo, para transmitir mensajes se puede recurrir a todo tipo de programas televisivos, sean didácticos o sólo recreativos. Los programas de entretenimiento adaptados a las condiciones locales pueden, de hecho, ser muy útiles para transmitir mensajes de educación sanitaria en un contexto similar a la vida real. Los medios de comunicación social pueden también servir para destacar ciertos mensajes en particular.

Es indudable que programas de divulgación bien orientados desempeñan un papel muy importante, tanto tomando la iniciativa como manteniendo el impulso de las actividades de educación sanitaria. Sin embargo, para que sean realmente eficaces, los programas de educación sanitaria transmitidos a través de los medios de comunicación social deben estar integrados en un plan global de atención de salud que esté dirigido por profesionales.

5.3.2 Diálogo permanente

Un requisito indispensable para lograr los resultados deseados es la estrecha cooperación entre los prestadores de atención de salud y los profesionales de los medios de comunicación social. En los países tanto desarrollados como en desarrollo, pero sobre todo en estos últimos, escasean mucho los buenos escritores sobre cuestiones de salud y el personal de medios de comunicación social bien informado. Ello hace necesarios programas de capacitación para transmitir a este personal información válida sobre problemas de salud y enseñarles el modo de conseguirla. Por otro lado, los profesionales de salud necesitan ser adiestrados en técnicas de comunicación y aprender a servirse de los medios correspondientes. El diálogo permanente entre los profesionales de ambos sectores es importante

para asegurar un flujo constante de información exacta. Para estimular ese diálogo, sería útil la difusión de mensajes sobre cuestiones de salud por organizaciones no gubernamentales y otras instituciones independientes.

Una tarea ardua será educar a los profesionales de los medios de comunicación social y a los propietarios y administradores de agencias de publicidad sobre el impacto negativo para la salud de ciertos mensajes y de la publicidad dada a diversos productos. Por lo tanto, además de difundir mensajes positivos por conducto de esos medios se ha de procurar eliminar, si es necesario mediante la legislación u otras medidas idóneas, los mensajes que influyan negativamente en el comportamiento desde el punto de vista de la salud.

5.3.3 *Algunas consideraciones importantes*

a) La información transmitida por los medios de comunicación social goza de cierto prestigio en tanto que la comunicación interpersonal puede con frecuencia facilitar la aceptación de ciertas ideas; cuando ambos métodos se combinan, se acrecientan mucho las probabilidades de influir en la gente para que obre en la forma debida.

b) Los medios de comunicación social solos son inadecuados para difundir información de manera que se modifique el comportamiento.

c) Los medios de comunicación social son sólo instrumentos. Como tales, no son ni buenos ni malos; lo que importa es el mensaje que transmiten, el modo como se transmite y la política que hay detrás del mensaje.

d) La transmisión de información terapéutica por conducto de estos medios entraña a veces riesgos. Por ejemplo, si se da publicidad inexacta a un nuevo tratamiento con la pretensión de que cura por completo una enfermedad se pueden suscitar esperanzas falsas entre los pacientes que sufren esa enfermedad.

e) Los medios de comunicación social pueden dar eco a las voces de los profesionales de salud en el intento de estimular a la población a emprender iniciativas. Pero ante todo, debe haber conciencia de los importantes problemas de los individuos o comunidades afectados, así como disposición para intervenir en la búsqueda de soluciones eficaces.

f) Asimismo, pueden servir para elevar la voz de la población hasta los responsables de los servicios. Las opiniones emanadas de

la gente misma tendrán considerable impacto. Se debe incitar a las comunidades locales a expresar su parecer sobre los problemas de salud a través de la prensa, la radio y otros medios. Los dirigentes comunitarios pueden participar activamente en esas actividades.

g) Los medios de comunicación social tienen la responsabilidad especial de transmitir a las comunidades pobres y alejadas informaciones sanitarias que estén adaptadas a sus necesidades y preocupaciones.

h) La nueva tecnología de la comunicación puede ser útil en muchos casos, pero se debe tener cautela, especialmente en los países en desarrollo, en lo que respecta a adoptar nuevos artilugios técnicos promovidos por intereses comerciales.

La discusión internacional sobre la aplicación de técnicas de comunicación pública para promover el desarrollo ha suscitado en muchos profesionales de esos medios, y reforzado en otros, un sentimiento de responsabilidad social en su trabajo. En vez de limitarse a ser observadores y reporteros de los acontecimientos, muchos de ellos se han dado cuenta de la eficacia potencial de la comunicación y de la necesidad de participar más activamente en el proceso del desarrollo y están dispuestos a cooperar como educadores sanitarios.

5.4 Formación de personal

5.4.1 Necesidades

En muchos países el personal de salud no está formado adecuadamente para las funciones que ha de desempeñar. El establecimiento y aplicación de la política de atención primaria de salud requiere, como recomendó la Conferencia de Alma-Ata, que «los gobiernos emprendan o apoyen actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías del personal existente; que el personal de salud, especialmente los médicos y las enfermeras, reciba una formación social y técnica y esté motivado para servir a la comunidad...» (4).

El Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS para el periodo 1984-1989 (7) establece pautas sobre las estrategias y metas fijadas por la Organización para el periodo mencionado y pide a los Estados Miembros que las tengan en cuenta al decidir sus actividades de salud. En él se destaca, entre otras cosas, lo siguiente:

«El personal adiestrado es un componente fundamental de la infraestructura de salud. Las personas pueden crear instituciones, pero las instituciones no pueden funcionar sin personas. Si no se dispone del tipo adecuado de personal adiestrado, los demás recursos del sistema de salud se desaprovechan en parte, cuando no del todo. Sin embargo, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados es frecuente que se preste escasa atención a la formación de personal cuando se planifican los servicios de salud. En muchos países no existen políticas sobre los recursos de personal. Cuando existen, muchas veces guardan escasa relación con las variables necesidades a largo plazo del sistema de salud y de las comunidades y los individuos a los que se trata de atender. En consecuencia, en la cooperación con los Estados Miembros habrá que insistir particularmente en el fomento de la voluntad política de modificar el proceso mundial de formación de personal de salud, para ajustarlo mejor a los planes nacionales de desarrollo de la salud encaminados a alcanzar la salud para todos mediante la atención primaria.»

En el Séptimo Programa General de Trabajo (7) se dice más adelante que «cada vez será más necesario que el personal de salud oriente y estimule acertadamente a las comunidades en materia de prevención y promoción de la salud, así como de tratamiento».

En pasajes anteriores del presente informe se han destacado los dos principales campos de la atención primaria de salud que exigen cambios en la capacitación del personal. Son el estímulo de la autorresponsabilidad en individuos y comunidades y la cooperación con otros sectores.

En lo que respecta al estímulo de la autorresponsabilidad, con excesiva frecuencia se han aplicado en el pasado medidas preventivas sin que la población participara en su planificación y sin informar a ésta después sobre el resultado de esas medidas. Actualmente, los individuos y las comunidades cada vez soportan peor esas actitudes. En consecuencia, conviene hacer conscientes a los proveedores de atención de salud, mediante una capacitación adecuada, de que la gente desea poder influir en los asuntos que la afectan y de que tiene el derecho de conocer los resultados de las actividades que se lleven a cabo en su comunidad.

En lo que respecta a la cooperación intersectorial, es importante suscitar un interés real por los aspectos sanitarios del desarrollo socioeconómico en todos los sectores que se ocupan del desarrollo. Esto requiere una amplia gama de actividades de educación sanitaria en todos los aspectos de la vida de la comunidad (dando prioridad a las escuelas y a los lugares de trabajo), en particular sobre nutrición, abastecimiento de agua, vivienda, comunicación, protección del medio ambiente y uso de los medios de divulgación. Esto, por su parte, exige del educador sanitario nuevas aptitudes para intensificar la cooperación con profesionales de otras disciplinas.

5.4.2 *Objetivos*

Un objetivo general de la formación en educación sanitaria es ayudar a los alumnos a percibir claramente sus nuevas funciones (en lo que respecta a lo que la educación puede aportar para la atención primaria de salud) y adquirir los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarios para su trabajo.

Resumiendo lo que se ha dicho en otras partes del presente informe, los programas de adiestramiento deben capacitar a los alumnos para:

- adoptar una nueva visión y ocuparse no sólo de la prevención y lucha contra las enfermedades, sino también del desarrollo en general y de tecnologías adaptadas a la población;
- capacitar a la gente para que participe activamente en los programas de salud;
- promover la transferencia bidireccional de tecnologías entre el sistema de salud y la comunidad;
- abogar por la causa de la salud ante la población y las autoridades; y
- reconocer la contribución que pueden hacer los profesionales de otros sectores al fomento de la salud.

Gracias a la formación, los futuros prestadores de atención de salud se darán cuenta de que una de sus principales tareas es capacitar a las familias para dar educación sanitaria a sus hijos con el fin de que éstos adopten un estilo de vida saludable. Así se evitará la necesidad de corregir después el comportamiento, una vez que hayan arraigado hábitos insanos. Por consiguiente, la principal preocupación ha de ser enseñar a las familias a aplicar conocimientos idóneos en la educación de sus hijos. Ello convertirá la educación sanitaria en parte integrante del proceso de socialización.

5.4.3 *Contenido*

Es necesario elaborar modelos de capacitación basados en la ecología humana. Aunque no se pueden proponer aquí planes precisos de estudio y adiestramiento en cuanto al contenido de la educación sanitaria, la finalidad de los programas de formación es la siguiente:

- estimular entre los alumnos actitudes positivas ante los problemas de salud;

- tener en cuenta las relaciones entre condiciones de vida y salud y la influencia de los factores políticos, sociológicos y culturales en el comportamiento individual y comunitario;
- aportar conocimientos sobre la cultura sanitaria y la estructura social de las comunidades;
- enseñar métodos para analizar la participación de las familias en la atención de salud, considerando que en el fomento de esa participación deben intervenir profesionales de muchos sectores, además de los del sector sanitario;
- hacer a los alumnos conscientes de la necesidad de tener en cuenta los factores orgánicos y administrativos al planificar actividades de educación sanitaria;
- dar a los alumnos la oportunidad de adquirir no sólo conocimientos científicos, sino también destreza para transmitirlos;
- enseñar los principios y técnicas de la comunicación: los prestadores de atención de salud tienen que saber transmitir ideas y conocimientos y estar capacitados para adiestrar a otras personas con el fin de que puedan participar activamente en la acción sanitaria y motivar a su propia comunidad;
- hacer a los alumnos más conscientes de su responsabilidad social.

Los que se ocupan de la educación sanitaria deben ser especialmente sensibles al problema que plantea el incorporar nuevos temas a planes de estudios ya sobrecargados. Conviene que los que preparan los planes de estudios piensen en la conveniencia de *a)* eliminar materias que no sean tan fundamentales como la educación sanitaria en la perspectiva de la atención primaria de salud, y *b)* integrar el enfoque educativo en la enseñanza de otras materias.

5.4.4 Métodos

La formación debe ser un proceso continuo y no debe interrumpirse después de recibida la capacitación básica. La formación continua es indispensable no sólo porque la tecnología sanitaria está cambiando rápidamente, sino también porque la experiencia acumulada por cada individuo en su trabajo debe ser compartida con otros. A este respecto, conviene destacar varios puntos.

Aprender haciendo. En el marco de la atención primaria de salud, el adiestramiento para la educación sanitaria debe estar estrechamente vinculado con la realidad, por lo que es preferible iniciar el adiestramiento sobre el terreno, sea urbano o rural, más que en las

aulas. Así los alumnos adquirirán experiencia práctica y la enseñanza impartida en las aulas será para ellos mucho más interesante; eso es especialmente valioso para las ciencias sociales y la educación. La enseñanza en las aulas será aún más eficaz si se aplican métodos como la representación de papeles y juegos de simulación que permitan a los alumnos entender mejor los problemas.

Participación de los alumnos. Algunos programas recientes se proponen que los alumnos se responsabilicen más de su propia formación. Según este sistema, los expertos, en vez de enseñar a la manera tradicional, responden a las necesidades de los alumnos y aportan conocimientos y orientaciones según éstos se lo pidan. Este tipo de relación entre el profesor y el alumno permite a éste comprender el método que habrá de aplicar más tarde con los individuos y las comunidades.

Capacitación del personal docente. En el Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS (7) se subraya la necesidad de estimular «al personal docente de las profesiones de la salud, incluido el personal instructor de las categorías intermedias y de los agentes de atención primaria de salud, a que defina los objetivos de aprendizaje de sus programas sobre la base de las necesidades de su país en materia de salud y a que aumente su competencia en la preparación, ejecución y evaluación de los planes de estudios».

Tecnología apropiada. Las instituciones relacionadas con todas las categorías de personal de salud que trabajan para el desarrollo sanitario, en particular los trabajadores de atención primaria de salud y sus maestros y supervisores, deben elaborar material de enseñanza y aprendizaje, incluido el audiovisual y el autodidáctico, adaptado a las diferentes culturas e idiomas.

Formación interdisciplinaria. Los nuevos métodos de educación sanitaria requieren que la capacitación a cargo de profesionales de salud sea completada con una formación multidisciplinaria y multi-sectorial. En otras palabras, deben aprender juntos profesionales de salud de diferentes categorías y profesionales de otros sectores. Así cada uno apreciará mejor las responsabilidades de los demás y se evitará la superposición de funciones y las lagunas en los servicios prestados.

La finalidad de la formación interdisciplinaria es alcanzar un tipo de educación horizontal que reduzca el aislamiento en que se capacitan los prestadores de atención de salud. Además, así se originará una interacción entre las facultades de medicina, las escuelas de

enfermeras, etc., e instituciones en que se enseñen disciplinas no relacionadas con la salud.

5.4.5 *Obstáculos y limitaciones*

Los intentos de modificar los planes y programas de formación tropiezan con diversos obstáculos que se deben a tres causas principales: *a)* el profesorado, que a menudo muestra poca inclinación a ensayar programas innovadores; *b)* los alumnos, a quienes suelen inquietar los efectos imprevisibles de cualquier cambio; y *c)* los administradores, cuyas tentativas de reforma chocan a veces con las opiniones de profesionales que miran las innovaciones como contrarias a sus intereses.

Desde luego es difícil superar la resistencia de estos grupos y recabar su apoyo para modificar los programas de formación. En consecuencia, es importante empezar identificando a los profesores y alumnos influyentes que estén más abiertos al cambio propuesto y después formar un grupo que ayude a fomentar los nuevos métodos. Esta estrategia de «cambiar desde dentro» es un proceso largo, pero la experiencia muestra que puede ser eficaz.

Una manera de acelerar el cambio de los programas de formación es hacer ver a los alumnos que hay una demanda pública de información y educación sanitaria. A medida que los alumnos se den cuenta de ello estarán más dispuestos a aceptar que sus estudios incluyan temas de educación sanitaria, no sólo como materias adicionales en un programa ya sobrecargado, sino como parte integrante del plan de estudios. Esa demanda popular se debe estimular ya que constituye una base realista para la formación de personal.

En realidad, los usuarios de los servicios de salud no se equivocan en cuanto a sus necesidades. Cuando en una encuesta reciente se preguntó a diversas personas cómo podrían desempeñar mejor su cometido los médicos generales, respondieron, entre otras cosas: estando más a disposición de la gente, prestando servicios médicos actualizados, trabajando en equipo y, sobre todo, siendo más comunicativos con los pacientes.

En lo que respecta a este último punto, los alumnos deben tener la oportunidad de capacitarse para la educación sanitaria en un medio ambiente lo más parecido posible al de su futura actividad profesional. Así sabrán después hacer que la gente los comprenda mejor.

5.4.6 Otras profesiones

Entre los numerosos profesionales de otros sectores cuyas actividades repercuten en la salud, los maestros ocupan una posición privilegiada. Las escuelas merecen ciertamente considerable atención en cualquier política sanitaria que destaque la cooperación con otros sectores. Se debe procurar sistemáticamente integrar la educación sanitaria en los planes de estudios de escuelas primarias y secundarias, escuelas técnicas y universidades.

En materia de prevención de enfermedades y fomento de la salud, la educación sanitaria dirigida a los niños debe facilitar a éstos el desarrollo máximo de sus capacidades físicas y mentales y advertir la necesidad de proteger y promover la calidad de la vida; también debe ayudar a preparar a las futuras generaciones para construir un mundo mejor y más saludable.

La educación sanitaria se convierte así en un aspecto de la educación para el desarrollo, cuyo objetivo último es incitar a las personas conscientes, motivadas y aptas a participar en las actividades de desarrollo (8). En otras palabras, la educación para el desarrollo se propone capacitar a la gente para que trabaje con eficacia en pro de un mundo vivible y equitativo. Para esa educación es necesario el apoyo de especialistas de diferentes disciplinas como, por ejemplo, urbanistas, planificadores, maestros y trabajadores sociales.

De hecho, personas de todos los sectores, los profesionales en particular, deben encargarse de suscitar en los jóvenes el deseo de salud mediante una labor educativa que sea positiva y flexible y no adolezca de tonos moralizantes.

5.5 Evaluación

En lo que respecta a la educación sanitaria como parte de la atención primaria de salud, se ha de darle suficiente especificidad para que se puedan vigilar las actividades educativas y evaluar su eficacia. Esto permitirá a los responsables apreciar si los fondos asignados para educación sanitaria están dando resultados positivos para la salud.

Otra finalidad de la evaluación es determinar si la estrategia adoptada ha sido eficaz y cuáles han sido sus efectos secundarios positivos o negativos. Hasta ahora es muy poca la evaluación solicitada o llevada a cabo de las actividades de educación sanitaria.

Vincular estas actividades con resultados específicos es algo relativamente nuevo y que no aceptan con facilidad o de buena gana los responsables de ellas. Dificulta la evaluación la manera como se han solido planificar y desarrollar las actividades de educación sanitaria. Se ha supuesto que la educación sanitaria debe responder a las necesidades de un grupo determinado de población, necesidades que caben definirse en términos de prevención o tratamiento de diversas enfermedades. Por consiguiente, la educación sanitaria ha estado hasta ahora orientada a la solución de problemas y ha utilizado el modelo médico, en el que tienen gran importancia las ciencias naturales para el estudio del hombre y de sus enfermedades y se aísla al individuo de su medio ambiente. Aplicando el modelo médico, puede que se observe un grado suficientemente elevado de asociación entre un comportamiento y una enfermedad determinados, lo cual justifica la demanda de educación sanitaria para modificar ese comportamiento. Pero los mecanismos de evaluación inherentes a ese criterio están con frecuencia demasiado enfocados al suministro de datos sobre los factores sociales, económicos y culturales que condicionan el comportamiento.

En realidad, una responsabilidad importante de los evaluadores es vigilar periódicamente las actividades de los programas con el fin de cerciorarse de que las de educación sanitaria se ejecutan en la forma planificada y de que los resultados son satisfactorios.

Para evaluar la contribución de personas no profesionales a la atención de salud, se deben aplicar criterios definidos por ellas mismas. Aunque algunos de esos criterios sean coherentes con los valores profesionales, otros tal vez no lo sean y otros quizá sean ajenos al campo de intereses de los profesionales. Será, pues, necesario idear nuevos métodos de evaluación (distintos de los aplicados hasta ahora en la educación sanitaria) y no imponer pautas profesionales para determinar si los resultados obtenidos son «importantes» o «adecuados».

Las dificultades que entraña la evaluación de las actividades de educación sanitaria muestran la necesidad de elaborar modelos rigurosos desde el punto de vista científico que especifiquen con claridad el lugar que la educación sanitaria ocupa en la atención de salud.

5.6 Investigaciones

Aunque en el último decenio se ha subrayado mucho la utilidad de la investigación en educación sanitaria, principalmente se ha procurado organizar y ensayar intervenciones de educación sanitaria destinadas a reducir la morbilidad o mortalidad asociadas con determinadas enfermedades y reducir las tasas de fecundidad. La orientación biomédica de estas investigaciones hizo que se descuidaran mucho los aspectos sociales y conductuales de la salud que no interesaban al especialista clínico, pero que son básicos para introducir cambios beneficiosos y persistentes. Sin embargo, desde hace algunos años se observa la tendencia a investigar la importancia de los estilos de vida en la prevención de las enfermedades.

Actualmente se reconoce que en la investigación de nuevos métodos se ha de considerar la educación sanitaria: *a)* como una red intrincada de actividades en las que intervienen diversas variables interactivas; y *b)* como parte de un sistema intersectorial amplio de servicios de salud que es el sistema de atención primaria. En este marco se debe considerar que la investigación sobre sistemas de comunicación social es parte de la investigación sobre educación sanitaria. Como la comunidad ocupa un lugar central en todos estos sistemas, los especialistas en ciencias sociales tendrán que contribuir en forma decisiva, como miembros de equipos interdisciplinarios, a la elaboración de nuevos métodos de educación sanitaria. Para ello será preciso reorientar algunos de los conceptos y métodos de las ciencias sociales, sobre todo en relación con los países en desarrollo.

En las investigaciones sobre educación sanitaria se deben tener en cuenta los puntos siguientes:

a) Las investigaciones sobre educación sanitaria tienen como fin establecer o mejorar políticas, estrategias y métodos apropiados de planificación, gestión y evaluación de los programas de educación sanitaria con el fin de incrementar su pertinencia y eficacia.

b) Los investigadores han de tener presente que la educación sanitaria debe adaptarse a cada situación cultural y que no todos los métodos de educación sanitaria son aplicables en cualquier parte. Asimismo, no se deben hacer generalizaciones acerca de la educación sanitaria basándose en la experiencia adquirida en una sola comunidad.

c) La investigación debe orientarse a identificar puntos de acuerdo entre la comunidad y los prestadores de atención de salud sobre problemas de salud prioritarios.

d) Al ensayar diferentes modelos de educación sanitaria, los investigadores deben procurar conocer las opiniones y actitudes de la población interesada.

e) Los investigadores deben obtener datos sobre la manera de lograr que las comunidades participen en la definición de problemas, el establecimiento de criterios de evaluación, la elaboración de hipótesis y la interpretación de resultados. Así la investigación y la evaluación serán de mayor interés para la comunidad y facilitarán un uso más adecuado de los resultados y recomendaciones. La participación comunitaria asegurará también criterios de evaluación más realistas; si la población tiene la oportunidad de definir los problemas, es también probable que sepa encontrarles solución.

Entre otras cuestiones que conviene investigar, procede destacar las siguientes:

a) *En relación con la comunidad:* modos de desarrollar recursos de carácter no profesional; datos sobre prácticas sanitarias, creencias, conocimientos y actitudes de las comunidades; datos sobre sus necesidades y prioridades, su percepción de los servicios de salud y su comportamiento en la búsqueda de tratamiento.

b) *En relación con los prestadores de atención de salud:* datos epidemiológicos; datos sobre disponibilidad, accesibilidad y utilización de los servicios de salud; información sobre cómo los prestadores perciben los problemas de salud de las comunidades atendidas por ellos y sobre su comprensión de las culturas y actitudes locales en relación con la salud.

En última instancia, un objetivo esencial de la investigación es, como paso preliminar a la planificación, identificar sectores prioritarios para la acción. Con tal fin, es necesario ir al pueblo con un sentimiento de respeto por sus valores y la percepción que tiene de sus necesidades. Esto requiere además un estudio científico de la situación. Como se ha reiterado varias veces en el presente informe, se han de considerar dos dimensiones: las necesidades percibidas por la población y las necesidades evaluadas epidemiológicamente. Se debe dar prioridad a los problemas importantes en los que las opiniones de la gente coinciden con las de los profesionales y en los que se pueda obtener el máximo rendimiento.

6. CONCLUSIONES

Los prestadores de atención de salud se han ocupado desde siempre de los problemas sanitarios. En muchos casos, los individuos no participaban en el establecimiento de un orden de prioridades. Con bastante frecuencia eran simplemente beneficiarios pasivos de los servicios, cuando éstos existían. El nuevo concepto de la atención primaria de salud ha cambiado radicalmente esta perspectiva. Muchos gobiernos y personas que toman decisiones políticas han llegado gradualmente a comprender que los hombres y las mujeres —cada hombre y cada mujer— son capaces de intervenir activamente en asuntos que afecten a su salud, a condición de que conozcan los problemas en cuestión, los recursos disponibles y que sus esfuerzos gocen de sanción social y política.

Este concepto requiere un cambio de actitud, no sólo en los individuos mismos, sino también en los que prestan atención de salud. La experiencia demuestra que raras veces son eficaces los métodos paternalistas y las decisiones impuestas. La gente necesita entender los problemas y colaborar de lleno en la búsqueda de soluciones, en unión con los prestadores de atención de salud, con el fin de que ésta influya en la situación sanitaria. El concepto moderno es que, en virtud de la importancia de la educación sanitaria en este proceso, los prestadores de atención y la población se enseñan mutuamente y aprenden unos de otros, cambiando de papel constantemente. Lejos de limitarse a buscar la cooperación de las comunidades para llevar a cabo planes ya preparados, la educación sanitaria debe estimular a la gente a intervenir activamente en la planificación y el mantenimiento de su sistema de salud y a obrar de consuno con los prestadores de atención de salud.

En esta visión del papel de la educación sanitaria en la atención primaria de salud, el propósito es fomentar actividades que inciten a la gente a querer estar sanos, a saber cómo permanecer sanos, a hacer lo que puedan individual y colectivamente para conservar la salud y a buscar ayuda cuando la necesiten.

Este nuevo objetivo no sólo subraya un propósito básico de la educación sanitaria, a saber, aportar conocimientos, sino que se extiende a buscar respaldo político y social para la salud y para las actividades correspondientes.

Este concepto destaca el carácter intersectorial de la salud. Ya no es la salud, ni la educación sanitaria, prerrogativa de un solo grupo;

es interés común de todos los que trabajan por el desarrollo cultural y socioeconómico.

La nueva perspectiva se convierte así en un movimiento ascendente y horizontal que responde a las expectativas de la gente de participar de lleno en los asuntos de la comunidad, de la nación y del mundo. Los hombres y las mujeres se han hecho poco a poco conscientes de sus derechos y privilegios como seres humanos. Piden equidad social, fortalecida por el desarrollo político y un mayor acceso a los medios de comunicación social. Hay que reconocer que el individuo es libre de pensar y proyectar como quiera, pese a limitaciones de carácter físico, social, económico, ecológico y político. Respetando la libertad y dignidad individuales es como la educación sanitaria podrá crear condiciones favorables para la meta de salud para todos en el año 2000.

RESUMEN

1) En la Declaración de Alma-Ata se designó como la primera de ocho actividades esenciales en la atención primaria «la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes».

2) En consecuencia, la *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000* y el Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS dan más importancia que nunca a la información y a la educación sanitaria.

3) Es, por lo tanto, esencial revisar los métodos actuales de educación sanitaria con el fin de identificar los que siguen vigentes, abandonar los que ya no sean válidos y elaborar otros nuevos que ayuden a alcanzar los objetivos de salud para todos mediante la atención primaria de salud.

4) Las ciencias y la tecnología de la salud han llegado a un punto en que ya sólo podrán contribuir al mejoramiento de la situación sanitaria si la población misma participa de lleno en la protección y el fomento de la salud.

5) Un objetivo importante de la atención primaria de salud es ayudar a los individuos y comunidades a hacerse autorresponsables respecto de sus problemas sanitarios y acrecentar la eficacia de la contribución de los no profesionales a la salud.

6) Con este objetivo se reclama una tecnología sanitaria adaptada a la población que satisfaga las necesidades y aspiraciones de ésta.

Con excesiva frecuencia se han promovido en el pasado prácticas «modernas» de salud sin considerar lo bastante su relación con la situación social y cultural de las comunidades interesadas. Hay que esforzarse por capacitar a los individuos y comunidades para que participen activamente en la planificación y prestación de la atención de salud.

7) Para esa participación, la población necesita guía y estímulo por parte de los prestadores de atención de salud para aprender a identificar sus problemas sanitarios y a hallarles solución. También debe aprender a establecer objetivos y expresarlos en forma de metas sencillas y realistas cuyo logro se pueda supervisar. Por último, debe entender la necesidad de fijar un orden de prioridad entre las metas establecidas, en el marco de las políticas que inspiran los programas de salud pública.

8) Los proveedores de atención de salud requieren una capacitación adecuada para: *a)* asimilar los conceptos de una tecnología adaptada a la población y ampliar su campo de interés más allá de la prevención o lucha contra las enfermedades; *b)* promover y facilitar la toma de iniciativas por la población; y *c)* asumir la defensa de la causa de la salud ante la población y las autoridades.

9) Con este fin, los programas de capacitación deben: *a)* ser realistas y empezar de preferencia sobre el terreno y no en las aulas; *b)* aplicar métodos didácticos que entrañen la participación de los alumnos y así los preparen para el trabajo ulterior con los individuos y comunidades; *c)* ofrecer a los alumnos oportunidades de aprender junto con profesionales de otras disciplinas para que se den cuenta de lo que éstos pueden contribuir al fomento de la salud.

10) Además de los maestros, un grupo de profesionales que pueden contribuir mucho a la educación sanitaria es el personal de los medios de comunicación social. Muchos miembros de este grupo se han hecho conscientes de sus responsabilidades sociales en el proceso de desarrollo y, en particular, del poder de esos medios para suscitar una voluntad política en favor de la salud, elevar la conciencia de la población en materia de salud, fijar normas, difundir ideas sobre aspectos técnicos, popularizar los conocimientos sanitarios y fomentar la participación de la comunidad.

11) Sin embargo, una mayor intervención de los individuos y comunidades en los asuntos relacionados con la salud no exime en modo alguno de sus responsabilidades a los prestadores de atención de salud. Al contrario, esa participación exige más paciencia para capacitar a la gente para desarrollar una acción eficaz en pro de la

salud. Los prestadores de atención de salud deben conocer a fondo la «cultura sanitaria» y cómo esta cultura está influida por la dinámica del cambio social y cultural y por la organización política y económica.

12) La influencia del medio social sobre la salud exige que se reoriente el enfoque de la educación sanitaria y se pase de insistir en la modificación del comportamiento individual (como si el individuo fuese el único responsable de su situación) a hacer hincapié en el contexto social en el que vive el individuo, es decir, en los factores políticos, económicos y ambientales que tengan un efecto negativo o neutralizante sobre el comportamiento.

13) Este enfoque global implica asimismo: *a)* que la educación sanitaria no podrá influir en determinadas formas de comportamiento (hábito de fumar, consumo excesivo de alimentos, etc.) sin tener en cuenta el estilo general de vida de los individuos y comunidades, el cual está influido por valores tradicionales, formas de comunicación, etc., y *b)* que es necesario elaborar modelos de educación sanitaria basados en la ecología humana en los que se considere la interacción entre los factores biológicos y ambientales de los que depende un desarrollo armonioso.

14) La integración de la educación sanitaria en la planificación y gestión de los programas de salud ha de ser un procedimiento sistemático en todas las etapas, es decir, en la formulación de políticas y estrategias, planificación y gestión, ejecución y vigilancia de los progresos realizados.

15) Al formular estrategias se debe destacar la importancia de integrar la educación sanitaria en las actividades de desarrollo pertinentes de otros sectores, como la agricultura, la educación, la irrigación, la industria, los programas de alfabetización, etc. La salud no es ya prerrogativa de un solo grupo; es preocupación común de todos los que trabajan en el desarrollo social y económico.

16) «Viabilidad», «mejoras realistas» y «uso eficiente de los recursos disponibles» deben tener categoría de consignas en la planificación y gestión de las actividades de educación sanitaria. Además, es esencial que las comunidades comprendan con claridad su función en la elaboración de políticas y estrategias para resolver los problemas de salud.

17) En cuanto miembro de un equipo u órgano de coordinación, el especialista en educación sanitaria puede hacer importantes contribuciones en las diferentes etapas de planificación y gestión, en particular en la definición de los fines, métodos, objetivos y criterios

de evaluación de la educación sanitaria y en el fomento de la participación comunitaria a través de una tecnología apropiada.

18) Un objetivo esencial de la investigación debe ser identificar actividades prioritarias, sobre todo aquéllas en las que las necesidades percibidas por la población coincidan con las necesidades evaluadas epidemiológicamente. Al planificar programas, se debe dar prioridad a los objetivos que correspondan a esas necesidades, ya que el logro de tales objetivos rendirá los máximos beneficios.

19) Para evaluar los resultados de la educación, se deben incorporar mecanismos de evaluación en los programas, con criterios que reflejen un enfoque ecológico amplio y un interés por medir insumos de origen no profesional sin imponer valores profesionales.

20) En conclusión, la educación sanitaria en la atención primaria de salud pretende fomentar actividades que estimulen a la población a *desear* estar sana, *saber* cómo mantenerse sana, *hacer* lo que esté en su mano individual y colectivamente para conservar la salud, y *buscar* ayuda cuando la necesite. Los nuevos métodos deben responder a los deseos de la gente de participar de lleno en los asuntos de la comunidad y del mundo en general.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 89, 1955.
2. *Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo*, Volumen II, quinta edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983, pág. 1.
3. *Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial, 1973-1977; Parte I: Análisis global*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981.
4. *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para Todos», N° 1).
5. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie «Salud para Todos», N° 3).
6. MAHLER, H. Salud para todos: tarea de interés general. *Salud Mundial*, abril-mayo de 1983, págs. 2-4.
7. *Séptimo programa general de trabajo para el periodo 1984-1989*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1982 (Serie «Salud para Todos», N° 8).
8. *Act globally, think locally*. Nueva York, UNICEF, 1981 (Seminario del UNICEF sobre Educación, Moscú, septiembre de 1982, documento N° 24).

NOTA DE AGRADECIMIENTO

El Comité agradece la contribución especial a sus deliberaciones hecha por los siguientes miembros del personal de la OMS: Dr. I. Kickbusch, Oficial Regional de Educación Sanitaria, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague; Dr. C. H. Piyaratana, Asesor Regional en Educación Sanitaria, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, Nueva Delhi; Dr. B. Tomic, Asesor Regional en Salud de la Comunidad, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Alejandría.

El Comité agradece también la contribución especial hecha por el Dr. L. Baric, Director del Servicio de Estudios sobre Educación Sanitaria y Profesor en el Departamento de Medicina de la Comunidad, Facultad de Medicina, Universidad de Manchester, Manchester, Inglaterra.

