



EDUCACIÓN EN SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Claudia Besoain Cortéz
Sandra Vallejos Baquedano

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que Chile se ha incorporado al selecto grupo de países en vía de desarrollo; nos han llamado los jaguares de Latinoamérica, pero con ello hemos incorporado nuevas costumbres y hábitos de vida poco favorables para nuestra salud, hecho por el cual las autoridades han planteado que las acciones de Promoción de la Salud responden a las nuevas necesidades de la población y a las demandas del actual perfil epidemiológico social del país. Para ello, a partir de 1998 en forma participativa se ha puesto en marcha un Plan Nacional de Promoción de la Salud, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y Locales.

Para alcanzar las metas que se ha propuesto el Ministerio, el Plan Nacional de Promoción en Salud ha orientado sus acciones a fortalecer los factores protectores de la salud, como lo son: la alimentación saludable, la actividad física, los ambientes libres del humo de tabaco, la asociatividad y las redes sociales, así como los factores ambientales. Dentro de las estrategias de aprobada eficacia en promoción se encuentra la **educación**, comunicación, participación, abogacía e intersectorialidad.

La educación para la salud (EPS) es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud. De un concepto de salud como No enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social. Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

Entonces, ¿Qué es la educación para la salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Educación para la Salud como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”.

Dado que los patrones de morbilidad actuales en las sociedades industrializadas se relacionan estrechamente con los comportamientos y estilos de vida de las personas, la EPS es una poderosa herramienta para el hacer profesional en Atención Primaria de Salud, que dentro de los servicios de salud es quien ocupa el lugar más cercano a la ciudadanía, así como en otros servicios sociosanitarios y educativos. Se trata de un instrumento que sirve tanto a la cura y la rehabilitación, como a la prevención y promoción de la salud.

La EPS requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de las pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por su puesto, de la salud pública.

Es entonces, la educación para la salud un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar a las personas y de prepararlas para que, poco a poco, adopten un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

En Chile, la educación a pesar de ser un instrumento altamente valorado e incorporado a los planes, políticas y programas de salud, y aún existiendo variada literatura y metodologías que abordan el tema y demuestran que esta técnica cuenta con objetivos claramente planteados y programas bien estructurados, no logra a nivel local, tener el éxito y la aceptación que el equipo de salud espera dentro de la comunidad, evidenciándose públicamente a través de la baja adherencia de los usuarios a las actividades educativas ofertadas. Es esta respuesta de la comunidad la que genera dentro del equipo de salud sentimientos de frustración y de cansancio, al planificar, programar, coordinar y ejecutar actividades educativas, que después en la práctica, no tienen el éxito esperado.

¿Ha disminuido la obesidad, el tabaquismo o el sedentarismo?, estas son las interrogantes que nos llevan a plantearnos la existencia de discordancias entre las técnicas educativas utilizadas en educación en salud y las expectativas de nuestra sociedad, y es por tal razón que resulta de nuestro interés dilucidar algunos de los posibles motivos o circunstancias causantes de la brecha existente entre lo que teóricamente es efectivo, lo que debe ser, y lo que en la praxis realmente es.

DISCUSIÓN

Ya sabemos que hoy en día la atención primaria está fuertemente entrelazada con la educación al usuario, recayendo la responsabilidad de educar sobre cada uno de los integrantes de los diferentes equipos de salud, quienes sin duda, cuentan con la expertiz necesaria en temáticas relacionadas con problemas de salud del ser humano, pero que lamentablemente carecen de conocimientos de teorías y modelos pedagógicos, indispensables para operacionalizar las acciones de educación hacia técnicas educativas efectivas que logren iniciar en los usuarios nuevas nociones de hábitos de vida saludable.

Según un modelo de educación en salud utilizado por un país vecino, como Perú, un cambio de conducta de esta magnitud necesariamente requiere del logro de un aprendizaje **significativo** para el individuo, aprendizaje que se puede conseguir, siempre y cuando sean considerados dentro de la educación, la influencia que ejercen los factores personales (conocimientos y capacidades cognitivas, creencias, actitudes, valores, sentimientos y habilidades personales, sociales y psicomotoras), ambientales (grupos sociales primarios, apoyo social, condiciones de vida, recursos y servicios, valores y modelos culturales) y socioculturales involucrados en la realidad del educando.

Así también lo confirma un estudio norteamericano sobre el cigarrillo, en que se entregó charlas en promoción en salud tradicional sobre tabaquismo a obreros mineros. Los resultados no fueron los esperados, ya que los trabajadores lo interpretaron de la siguiente manera: “¿por qué debería yo, dejar de fumar, si en mi trabajo estoy expuesto a las mismas sustancias cancerígenas?”. En la segunda fase de este estudio, se realizó al año siguiente, charlas en promoción de salud sobre tabaquismo, pero en esta ocasión, claramente, se dio una visión sobre la salud de los mineros, cuidados y la seguridad laboral. Los resultados fueron los siguientes: un importante número de obreros disminuyó considerablemente su hábito tabáquico. Sorensen et al. *Cancer Causes Control* 2002;13:493-502.

Con este estudio podemos reafirmar que la adquisición o aprendizaje de un hábito saludable, depende mucho de la importancia o el **significado** que le da el individuo en relación directa a su vida.

Es por tal razón que en estos momentos, nos cuestionamos el por qué en la práctica estos factores no son valorados e incorporados a las actividades educativas diarias, y es ahí donde debemos retroceder algunos años y revisar nuestros conocimientos sobre lo que implica la educación y el educar.

Tanto funcionarios como usuarios, asocian dentro del sector salud, educación a charlas o talleres expositivos; los que generalmente corresponden a una entrega de información teórica dentro de una dinámica formal que privilegia la metodología **frontal/tradicional** para el logro de sus objetivos, como se ha hecho a lo largo de los años en educación en salud. Si tratamos de encontrar alguna causa conducente a reiterar estas conductas, tal vez podríamos considerar que influye negativamente en nuestra capacidad de innovación, las experiencias previas que tenemos en relación al tema “educación”, ya que desde el ingreso al sistema formal de educación, rara vez cuestionamos lo que se enseña o la trascendencia de ello, nos convertimos en simples espectadores, y quizás por eso asumimos que los usuarios del sistema de salud piensen y actúen de la misma manera. Pero ¿tiene la educación formal los mismos objetivos que la educación en salud?, claramente no, si bien las dos cuentan con puntos comunes, la primera se enfoca a incorporar o incrementar conocimientos, habilidades o destrezas, mientras

que la segunda, además se propone conducir a un cambio real en la forma de vivir de los individuos, familias o comunidades educadas.

Otro factor que contribuye al abismo existente entre educación en salud teórica y la educación real, se relaciona con la formación profesional en sí. Si observamos con atención en las carreras de la salud predomina la tendencia al desarrollo de habilidades técnicas como auscultar, inyectar, etc., las cuales contribuyen al proceso de curación propio del modelo biomédico. Casi la totalidad de las mallas curriculares contienen evaluaciones teórico prácticas, donde la práctica se entiende a la realización de actividades dentro de un recinto hospitalario. Es entonces comprensible que los profesionales de la salud creen que mientras más procedimientos incorporen en su experiencia formativa, mejores profesionales serán. Resulta cierto que el dominio de variadas técnicas clínicas contribuye el quehacer profesional, sin embargo solamente constituye una de las tantas aristas que debemos ejercer durante nuestra vida laboral. Como lo hemos mencionado antes, el trabajo con individuos y comunidades sanas, o sea, la promoción de una vida saludable a través de la educación, adopta cada vez mayor importancia, y es precisamente es ésta área, donde nosotros como entes de salud, nos encontramos especialmente desprovistos de herramientas fundamentales para poder educar y no solo caer en un mero proceso de entrega de información.

Sabemos que debemos lograr un aprendizaje significativo, y resulta fundamental para conseguir dicho objetivo, además de educar al individuo, educar a la sociedad en que él se desenvuelve, ya que claro está, que el aprendizaje es directamente influido por los refuerzos que continuamente nos otorga nuestro ambiente, la familia, organizaciones, medios de comunicación, etc. Tanto así, que estas influencias han sido estudiadas desde hace algunos años; donde aseveraciones como: *“Los medios de comunicación no sólo son susceptibles de ser observados, sino que actúan sobre los procesos psicológicos de la persona en la medida que crean imágenes, representaciones, modelaciones de la realidad, por lo que, consecuentemente, producen o modifican las conductas y el mecanismo cognitivo que precede a las conductas. A través de los medios, esto es, mediante el cambio del medio ambiente social, se pueden variar los comportamientos, especialmente en la infancia y la juventud”*, ya son parte de teorías de aprendizaje, como lo refleja la teoría del modelado o aprendizaje social de Albert Bandura, psicólogo Canadiense entendido en el tema.

Dentro de la teoría de A. Bandura, existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado o aprendizaje social que no podemos dejar de considerar, como lo son las variables que a continuación se describen:

1. Atención. Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación. Si por ejemplo, estás adormilado, drogado, enfermo, nervioso o incluso “hiper”, aprenderás menos bien. Igualmente ocurre si estás distraído por un estímulo competitivo.

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención.

2. Retención: debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego: guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez

“archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

3. Reproducción: En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento. Puedo pasarme todo un día viendo a un patinador olímpico haciendo su trabajo y no poder ser capaz de reproducir sus saltos, ya que ¡no sé nada patinar!. Por otra parte, si pudiera patinar, mi demostración de hecho mejoraría si observo a patinadores mejores que yo. Otra cuestión importante con respecto a la reproducción es que nuestra habilidad para imitar mejora con la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea. Y otra cosa más: nuestras habilidades mejoran ¡aún con el solo hecho de imaginarnos haciendo el comportamiento!. Muchos atletas, por ejemplo, se imaginan el acto que van a hacer antes de llevarlo a cabo.

4. Motivación: Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo.

Según lo expuesto hasta el momento concordamos con las actuales políticas de promoción en salud, que buscan fortalecer la intersectorialidad, sin embargo, son estas directrices las que resultan inconsistentes al momento de evaluar objetivamente los tan esperados resultados finales. ¿Se entrega una atención de calidad? ¿Somos eficientes? ¿Ha mejorado la calidad de vida de la población?

Todo profesional que se desenvuelve en el sistema de salud público de nuestro país bien sabe, que su trabajo, al igual que el de sus compañeros o superiores será calificado al finalizar el año según el grado de cumplimientos de compromisos de gestión y metas sanitarias, todos ellos parámetros consensuados en instancias de decisiones superiores, y que se evalúan mediante indicadores como: porcentaje de sedentarios mayores de 15 años, número de plazas Vida Chile habilitadas, y no consideran valiosas mediciones cualitativas que evidencien reales cambios de conductas en la población o la funcionalidad y continuidad verdadera de todas las acciones implementadas a lo largo del año. A pesar de que han transcurrido casi diez años desde la creación del Plan Vida Chile, aún las estrategias promocionales y preventivas, como la educación participativa e intersectorial, no se ubican como un pilar esencial de nuestra cultura en salud. Todavía no existe conciencia de “*promover*” y es así como la distribución de recursos, especialmente horas profesionales del primer nivel de atención, continua relegando las actividades educativas frente a las de orden asistencial/clínico.

El concepto de salud aún se liga inmediatamente al de enfermedad, recordemos que al que hoy hemos comenzado a llamar cliente, ha sido por cientos de años conocido como paciente, al cual se le han atribuido características de dependencia y obediencia. La vulnerabilidad que acompaña a una persona con un estado de salud debilitado, ha obstaculizado este proceso de cambio, tanto en los profesionales que trabajan en salud, como en los usuarios del sistema. Y es por tal motivo que en nuestra sociedad las acciones preventivas o promocionales aún tienen un largo camino que recorrer para igualarse a las acciones curativas dentro de las percepciones de las personas y comunidades. Es entonces donde cobra cada vez más valor el trabajo fuera del recinto hospitalario, en el que la labor conjunta, participativa y continua con distintas organizaciones o agrupaciones se arraigue en las costumbres sociales, y la educación no solo se asocie a una charla o a un taller con intercambio de información desde los profesionales hacia los usuarios, sino más bien a todas las instancias de comunicación entre ellos o entre los mismo usuarios y sus experiencias.

CONCLUSIÓN

A partir de la revisión de nuestras experiencias laborales y literatura relacionada con modelos de enseñanza y la educación en Salud en Chile, hemos llegado a la conclusión que el problema que hemos planteado como la baja adherencia de los usuarios a las actividades educativas que ofrece la atención primaria, responde a la brecha existente entre la educación en salud que se plantea a nivel teórico y la educación efectuada en los establecimientos.

Creemos que el abismo se conforma por una variedad de factores interrelacionados, partiendo desde el concepto de educación que tiene cada individuo, ya sea como educador o como educando, las carencias operativas de los profesionales en el tema, hasta la subvalorización de ésta estrategia de promoción por nuestras autoridades en salud. Frente a esta problemática consideramos que resulta de suma urgencia, como primera instancia, incrementar el recurso humano capacitado en técnicas de enseñanza, y los recursos intra e intersectorial con los que cuenta el sistema. Para que de esta manera logremos instaurar efectivamente dentro de la cultura en salud, metodologías de enseñanza más horizontales, atingentes y con visión comunitaria.

RECOMENDACIONES

Luego de compartir con ustedes nuestra visión a cerca de la educación en salud, los invitamos a cuestionarse críticamente el significado que le otorgamos al dicho popular “prevenir es mejor que curar”, y si comparte esta afirmación, a evaluar con qué aportes individuales podemos colaborar al desarrollo de esta causa, ya sea como usuario del sistema de salud, como profesional del área o no menos importante como uno de los miembros de la red social que sostiene a nuestra comunidad.

Recuerde que la educación salud todavía es una estrategia subvalorada, que al igual que todas las acciones públicas cuentan con recursos limitados, pero que aún así se fija objetivos mayores y a largo plazo, busca como finalidad promocionar cambios, pero para que esos cambios se concreten y formen parte de nuestra cultura es imprescindible el refuerzo de ellos por todos y cada uno de los individuos y organizaciones sociales en las que nos desenvolvemos a lo largo de nuestra vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.cfnavarra.es. "Metodología de la educación para la salud individual y grupal", Instituto de Salud Pública Navarro.
2. www.minsal.cl "Plan Nacional de promoción en Salud, Vida Chile". Ministerio de Salud de Chile. 2005.
3. www.minsal.cl "Orientaciones técnicas del plan de promoción de la Salud". Ministerio de Salud de Chile. 2005.
4. www.xtec.cat "Educación para la Salud, Recursos para Educadores". Universidad de Barcelona. 1998.
5. www.psicologiaonline.com "Teorías de la Personalidad/Albert Bandura". 1998.