

# Educación para la Salud: la importancia del concepto

ISABEL VALADEZ FIGUEROA,<sup>1</sup> MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS,<sup>1</sup>  
NOÉ ALFARO ALFARO<sup>1</sup>



## Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad realizar una breve reflexión sobre el concepto de Educación para la Salud (EpS), que tiene, como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales, una historia que no puede explicarse aislada del contexto histórico y social determinado donde se produce, y en la que se deben considerar sus límites de tiempo y espacio, así como identificar los principales modelos que se utilizan en la práctica educativa, sus características y argumentación paradigmática para entender el sentido y dirección del hecho educativo en salud, sus objetivos y finalidades, además del papel del educador y el rol que se le asigna al educando en el proceso educativo.

*Descriptor:* Educación para la salud, conceptos.

---

## Education for the health: the importance of the concept

## Abstract

The purpose of this article was to realize a brief reflection on the concept of Education for the Health, which takes a history as all the events and social manifestations, and this cannot be explain isolated of the historical and social context where it takes place, considering his limits of time and space.

As well as to identify the main models that are utilized in practice educational, its characteristics and paradigmatic argument, to understand the sense and direction of the educational fact in health, its objectives, and the role of the educator and the role that it is assigned upon educating in the educational process.

*Key words:* Education for the health, concepts.

---

<sup>1</sup> Profesores investigadores del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

## Introducción

Los conceptos son productos de la creación humana que hacen posible al hombre descubrir y comunicar su percepción del mundo que lo rodea. Como construcciones lógicas, tienen la función de guiar la observación o bien organizar la percepción para captar la realidad. En términos más sencillos podemos decir que son un recurso mental para aprehender una realidad que en sí misma es una totalidad compleja e indivisible. Por ello, cuando el concepto adquiere distintos sentidos y significados, dificulta la comunicación induciendo al error, situación en la que consideramos se ha visto inmerso el concepto de EpS.

El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar brevemente sobre el concepto de Educación para la Salud que posee, como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales, una historia que no puede explicarse aislada del contexto histórico y social determinado donde se produce, y en la que se deben considerar sus límites de tiempo y espacio.

Para explicar el porqué a lo largo de la historia la EpS ha sido susceptible de múltiples interpretaciones y se le ha hecho el señalamiento de una carencia de base conceptual por parte de algunos autores, así como la confusión en sus modelos (Valadez, 1995:49-70), tendríamos que abordar su definición situando los dos términos que la forman dentro de un marco conceptual que nos permita vislumbrar la interrelación que se da entre ellos. La EpS integra conceptualmente los términos *educación* y *salud*; pero este hecho no implica la suma aritmética de los dos conceptos, cada uno nos habla por sí solo de instituciones ligadas a la estructura política y social de un país, sin que uno prevalezca sobre el otro. Si analizamos por separado la historia de la educación y la historia de la salud, encontraremos lógicamente un origen paralelo al de la humanidad misma. La educación es un fenómeno característico de la vida del hombre, es una realidad social permanente, una función vital de la sociedad que ha acompañado al ser humano en el transcurso de su historia. De igual manera la salud-enfermedad constituye un proceso vital humano de carácter histórico, determinado social y económicamente y condicionado por los procesos de trabajo y consumo, traducido esto en las diferentes formas de inserción y participación en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del espacio, del tiempo, de los bienes y servicios que la sociedad produce (Valadez, 1995:23-28). Como disciplinas particu-

lares, la educación y la salud tienen en común que ambas son el resultado de una profunda revolución filosófica y social.

## Articulación de la educación y la salud

La educación y la salud se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas paralelas pero aisladas, adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de una sociedad. Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico mágico de las culturas primitivas); de la determinación de componentes de la naturaleza recogidos en el libro de Hipócrates *Aires, aguas y lugares* (paradigma naturalista) y los miasmas (tránsito hacia la búsqueda de la causalidad en componentes o resultados de procesos naturales aún no observables). El descubrimiento de los microorganismos y las primeras leyes de la genética fueron acontecimientos que orientaron el camino de la causalidad. No obstante, el desarrollo de las ciencias de aquella época no permitía la integración de estos conocimientos con los que provenían de la actividad económico-social y psicológica para entender su papel en el condicionamiento de la salud y la enfermedad (paradigma biologicista de la medicina). A finales del siglo XVIII, se aceptaron los factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre, tales como las características del trabajo y modo de vida (Ramacini, 1700), la calidad del agua de consumo (John Snow, 1836), las características de la vivienda en los barrios pobres (John Ferriar, 1792), la fábrica como productora de enfermedad (Thomas Percival, 1784), las condiciones de vida miserables (*Informe Chadwick al Parlamento inglés*, 1842), el hambre y la mala higiene (R. Virchow, 1848) y a las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores denunciadas en Francia e Inglaterra (Engels, 1845) (Pérez, 1995:3-21).

Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las Ciencias Médicas, el modelo médico-social, que a lo largo de su desarrollo fue facilitando el nacimiento de la Epidemiología alrededor del estudio de la historia natural de la enfermedad, lo que en breve tiempo originó a su vez el nacimiento de la Higiene Social, la Medicina Social y la Salud Pública, disciplinas que fueron aportando nuevos conocimientos sobre la

determinación social de la salud. Esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad abrió las puertas a la incorporación de las Ciencias Sociales a la Medicina (Palermo, 1986:3). Con ello, el abordaje sociológico de la enfermedad, junto con la Epidemiología, facilitó el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo (Bradf, 1992). La Epidemiología en términos generales se ha postulado siempre como pilar fundamental de las políticas de prevención en salud y éstas usualmente se montan sobre dispositivos de transmisión y divulgación de ciertos saberes a la comunidad. De esta forma se logra vislumbrar la articulación de la *educación* con la *salud* para el bienestar de la colectividad. La Educación para la Salud como ciencia, como campo de acción y como doctrina, constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias de la Educación y la Salud.

### **La Educación para la Salud y las distintas concepciones en su articulación histórico-social**

La EpS como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, por tanto, esto implica que tiene aspectos formales e informales. Sin embargo, aunque reconocemos la importancia de la transmisión informal del conocimiento empírico en torno a la salud realizado de generación en generación, a través de la familia y sociedad, en este trabajo estamos más interesados en su sentido formal, que implica actividades planificadas y programadas.

Históricamente la EpS ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto en el que se ha desarrollado, desde principios del siglo hasta la actualidad. Se distinguen dos grandes etapas o periodos (Salleras, 1990:31-36) en la evolución del concepto y contenido de la EpS, que transcurren paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo cada una de ellas a planteamientos epistemológicos que las conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, del aprendizaje, del hombre y de la salud (Emmanuele, 1998:35-51).

El primer periodo dio lugar a dos enfoques de la EpS, en el primero, identificado como informativo prescriptivo, se encuentran definiciones conceptua-

les que implican un proceso de transmisión de información con una intención preceptiva. Se trata de la forma más convencional de orientar actividades educativas, en este caso son los profesionales de la salud los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud y los individuos deben estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión sus indicaciones.

El segundo enfoque del primer periodo se considera que surge como producto de la preocupación de la medicina por la conducta y su resultado en la salud. En él encontramos a una EpS basada en el comportamiento. Se concibe a la EpS como una serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida. Su objetivo es conseguir comportamientos saludables y proporcionar información como parte del proceso. Entre los modelos educativos más representativos de este enfoque tenemos:

- 1) Modelo basado en las creencias en la salud, en el cual subyace el supuesto de que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que adoptan en relación con la salud, en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico. Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de "estímulo a la acción" para que la nueva conducta se ponga en marcha. Este estímulo sería la información que proporcionarían las instituciones de salud.
- 2) Modelo basado en la comunicación persuasiva, más conocido por sus siglas en inglés KAP (conocimientos, actitudes y prácticas). Parte del supuesto de que las actitudes condicionarían los comportamientos. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades una información veraz y comprensible con el objeto de cambiar los conocimientos, lo cual iría acompañado del cambio de actitud, al que a su vez seguiría el cambio de algún hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Sin embargo se sobreestima la capacidad real de los medios de comunicación y no se toma en cuenta que la actitud es sólo uno más de los factores que determinan el comportamiento.
- 3) Modelo precede, es considerado como un modelo para planificar las intervenciones de salud, consiste en una guía para la realización de un

diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir factores internos que predisponen al individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), factores que lo hacen posible (medio ambiente) y los factores de refuerzo (recompensa o castigo) que influye en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Señala que deben tenerse en cuenta los recursos de que se dispone para ello. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que en el supuesto de lograrse tienen impacto en los objetivos del comportamiento.

Estos modelos educativos en salud parten de la concepción del proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico e individual, y ubican los problemas de salud en los individuos, situando en la conducta la solución de los mismos, con una nula y/o escasa atención a las condiciones sociales. Asumen que las variables sociodemográficas y estructurales no ejercen influencia directa sobre la conducta. Contienen implícita o explícitamente una concepción de la educación como un proceso vertical y autoritario en el cual los individuos deben aceptar la información que las autoridades de salud juzguen conveniente proporcionar. Los comportamientos son el objetivo último, utilizando como vehículo para el cambio de éstos, la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, remarcando la responsabilidad de su propia salud.

Este primer periodo, llamado Clásico, se inicia a principios del siglo y llega hasta mediados de la década de los años sesenta. Se encuentra fundamentado en el paradigma positivista con base en las teorías psicosociológicas de la modificación de comportamientos, y parte de dos interpretaciones teóricas del aprendizaje. Una es el conductismo a través del condicionamiento clásico y condicionamiento operante, y de las posiciones neoconductistas del aprendizaje vicario representadas por Bandura. Y la otra es el cognitivismo que otorga preponderancia al sujeto en el acto del conocimiento, cuyas acciones dependen en gran medida de las representaciones o procesos internos que él ha elaborado como producto de las relaciones previas con su entorno físico y social. Siendo de igual manera relevantes la aplicación de los estudios de Maslow, sobre la motiva-

ción humana, y los de Fihben y Ajsen de comunicación persuasiva acerca de la actitud (Hernández, 2000:17-57).

Hay que hacer notar que estas técnicas pedagógicas conductistas no toman en cuenta la libre voluntad del individuo y restan importancia a las decisiones conscientes y al pleno uso de su inteligencia. Por otro lado, en consonancia con las ideas del cognitivismo, un mismo acontecimiento puede ser visto por distintas personas y provocar reacciones contrapuestas. Sin embargo, debemos tener presente que estos mecanismos, el procesamiento de la información (cognitivismo), el condicionamiento operante (conductismo), y el de la motivación, son mecanismos que existen en la realidad y se encuentran presentes en la vida cotidiana de las personas.

El segundo periodo parte de reconocer el fracaso de los anteriores modelos, los cuales están dirigidos sólo al individuo y al cambio de sus conductas. Plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales. Conforman un modelo radical político, económico, ecológico o crítico que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad. Se considera a la EpS como un recurso que no sólo afecta cuestiones pedagógicas sino sociales, económicas y políticas, que contempla una perspectiva de búsqueda participativa. Trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber, sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia, de ubicarlo en el marco de su propio descubrimiento respecto a su contexto de vida, colocándolo en el espacio de las prácticas de las personas en relación con las distintas esferas en que se desenvuelve su vida (Preiswerk, 1994:31-55). Del contexto anterior surge el concepto de una EpS participativa, crítica, emancipadora, cuyo modelo más representativo lo constituye la Educación Popular, que se refiere al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde su práctica cotidiana, dentro de una perspectiva de clase. Como instrumento pedagógico, se vincula con dos movimientos, la investigación participativa y la organización popular. No se preocupa tanto de los conocimientos ni de los efectos en términos de comportamiento, como de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como del desarrollo de una conciencia social. Las propuestas de las acciones educativas son en el sentido de ser dirigidas hacia manejos de poder, y a contribuir a la distribución

del mismo. Rechaza las intervenciones “neutrales” y enfatiza la participación (Aldana y Núñez, 2002:10-28). El objeto de intervención no es ya la conducta sino la estructura social, porque en ella es donde se encuentra el “tejido causal” de los patrones de morbilidad y mortalidad.

Este modelo se encuentra abordado epistemológicamente desde una visión crítica y socioconstructivista, fundamentado en una concepción holístico-dialéctica de la realidad y del proceso salud-enfermedad, como fenómenos que conforman un proceso histórico, superando lo meramente biológico (Villaseñor, 1995: 37-47).

### Consideraciones finales

Existen múltiples maneras de entender a la EpS, no olvidemos que es una práctica antigua que ha variado en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con el concepto de salud dominante y la manera de ejercer la práctica educativa y de salud. Esto ha determinado que existan definiciones que aluden a perspectivas teórico ideológicas incluso antagónicas en la forma de llevarlas a la práctica. Perspectivas que van desde una orientación que pone énfasis en las conductas individuales, hasta otra más ambiental y de delegación de poderes que eleva la participación comunitaria por encima de los estilos de vida e incluye el cambio social.

De acuerdo con esto, la EpS puede ser entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud. En lo particular, consideramos que la información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, pero la principal razón de la EpS no es informativa. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva.

La conceptualización de la EpS que se asuma tiene implicaciones directas en dos instancias importantes: la práctica educativa en salud y la formación de recursos humanos. En la práctica educativa en salud, conocer los modelos que se utilizan en ella, analizando las concepciones subyacentes o el discurso teórico epistemológico que les da forma, no sólo es deseable sino imprescindible para entender cómo se lleva a cabo el acto educativo, cuáles son sus objetivos y sus finalidades y en qué sentido se desenvuel-

ve este acto, en la libertad o en la restricción, en la pasividad o en el empoderamiento. En consecuencia, determina hacia dónde se dirigen los esfuerzos del educador, lo que a su vez determina el papel que asume el educando.

En este mismo enfoque, en el proceso de formación académica los ejes y líneas de formación profesional deben partir del “para qué” y consecuentemente del “cómo” formamos futuros profesionales en el campo de la EpS. Situación que remite a un primer cuestionamiento: ¿desde qué postura teórico conceptual estoy considerando a la EpS? Visto en éstos términos, es a partir de la postura asumida como se determinan los componentes curriculares y cuáles son los principios, contenidos, estrategias y metodologías de aprendizaje que se consideran relevantes en la formación del recurso humano.

Ignorar las características y la argumentación paradigmática en la interpretación de la situación educativa en salud puede provocar tropiezos y errores de diversa magnitud. Cuando las distintas concepciones educativas en salud y sus aplicaciones prácticas se adoptan a ciegas y cuando se pretende integrarlas (hay muchas manifestaciones explícitas o implícitas de mezclas de los modelos educativos), con buena intención, pero sin argumentos sólidos, se corre el riesgo de seguir criterios puramente pragmáticos y de caer en eclecticismos simples que muchas veces en vez de constituir propuestas de amplio alcance, sólo tienen un valor limitado.

### Bibliografía

- ALDANA, C. y NÚÑEZ, C. (2002). “Educación Popular y los Formadores Políticos”. *Cuadernos de formación para la práctica democrática*, 3. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios Políticos. 10-28.
- BRADF-HILL, A. (1992). “Ambiente y enfermedad: Asociación o Causación”. *Bol. OPS*. 113, 3.
- HERNÁNDEZ, G. (2000). *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidós. 17-57.
- PALERMO, E. (1986). *Salud-Enfermedad y Estructura Social*. Buenos Aires: Cartago. 28-46.
- PÉREZ, M. (1995). *Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio*. Bolivia: Ateneo. 3-21.
- PREISWERK, M. (1994). *Educación popular y teología de la liberación*. Costa Rica: DEI. 31-55.
- SALLERAS, L. (1990). *Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos. 31-48.
- EMMANUELE, E. (1998). “Educación para la salud, discurso pedagógico”. Argentina: Novedades educativas, colección Psicología y educación. 35-51.
- VALADEZ, I. (1995). “Participación comunitaria” En: Cabral, J.; Lozano, M.E.; Cabrera, C.; PÉREZ, M.; VALA-

- DEZ, I. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. 49-70.
- VALADEZ, I.; VILLASEÑOR, M.; CABRERA, C. (1995). "Evolución histórica de la Educación para la Salud". En: Cabral, J.; Lozano, M.E.; Cabrera, C.; Pérez, M.; Valadez, I. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. 23-28.
- VILLASEÑOR, M. (1995). "Educación popular". En: CABRAL, J.; LOZANO, M.E.; CABRERA, C.; PÉREZ, M.; VALADEZ, I. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. México, D.F. 37-47.