

# Algunas pruebas de la eficacia de la Educación para la Salud

Antonia M<sup>a</sup> Sánchez Lázaro

Universidad de Murcia

---

## Resumen

La gestión que se ha realizado a favor de la Promoción de la salud y la Educación para la salud a nivel internacional ha producido cambios sociales en beneficio de la calidad de vida de los individuos y de las comunidades. Numerosos son los proyectos y programas que se han fundado en la Educación para la salud, estableciendo como herramientas fundamentales la capacitación, la organización y la participación comunitaria. Se ha evidenciado que son las estrategias más globales, apostando por el control de los determinantes no sólo físicos, sino ambientales y socioeconómicos, propiciando el desarrollo de las comunidades los que mejores resultados han obtenido con respecto a la mejora de la calidad de vida de los individuos y las comunidades. Uno de los aspectos clave para conseguir los objetivos planteados es la concreción de las propuestas promocionales, y en este sentido ha sido Canadá el país pionero a la hora de establecer los mecanismos necesarios para una promoción de la salud eficaz. Seguir sus pasos, a modo de ejemplo, nos permitiría un avance con respecto a la promoción de la salud que enriquecería nuestra calidad de vida.

**Palabras clave:** Salud, Educación para la salud, Promoción de la salud, Desarrollo comunitario, Eficacia, Capacitación y Participación.

## Abstract

The management that has been realized in favour of the Health Promotion and the Health Education worldwide has produced social changes in benefit of the quality of life of the individuals and of the communities. Numerous they are the projects and programs that n founded on the Health Education, establishing as fundamental tools the training, the organization and the community participation. There have been demonstrated that are the most global strategies, betting for the control of the determinants not only physical, but environmental and socioeconomic propitiating the development of those communities that better results have obtained with regard to the improvement of the quality of life of the individuals and the communities. One of the key aspects to obtain the raised aims is the concretion of the offers promote them, and in this respect it has been Canada the pioneering country at

the moment of establishing the mechanisms necessary for a promotion of the effective health. To follow the example of this way it would allow us an advance with regard to the Health promotion that would enrich our quality of life.

**Key Words:** Health, Health Education, Health Promotion, Community Development, Efficiency, Training and Participation.

## 1. Introducción

El valor concedido a la salud ha ido aumentando cada vez más en la sociedad española: sobre todo se han ido incorporando a este concepto dimensiones tales como la vida sexual, laboral, de comunicación y relación, etc. Las personas reclamamos, cada vez más, mejores estilos de vida que nos permitan conquistar nuevas metas de bienestar. Y para alcanzarlas no podemos reducir este amplio concepto a una de sus dimensiones, la biológica, porque, si bien supone una importante parcela, no es el eje en torno al que giran todas las demás; más bien es necesario avanzar en la búsqueda de un equilibrio entre todos sus componentes. Por lo tanto, hablar de salud también tiene que ver con hablar de índice de pobreza y de desarrollo de una comunidad, de las formas de utilización del espacio y el tiempo, de relación, de satisfacción de los individuos, de recursos, y una amplia gama de indicadores que nos informa sobre la salud de los individuos y las comunidades.

Comenzamos introduciendo cómo se ha ido produciendo este cambio conceptual de la salud a lo largo de la historia y más concretamente hacemos referencia aquí al paso de un concepto predomi-

nante de salud, entendida como ausencia de enfermedad, a otro más global, donde ésta es entendida como una dinámica de bienestar físico, psíquico y social. El paso de una concepción negativa de la salud, llamada patogénica, a otra positiva, llamada ecológica, ha planteado también cambios a nivel terminológico, pasando de la tradicional denominación 'Educación sanitaria' a la actual 'Educación para la salud', sin que ello signifique que ambos títulos respondan a los mismos contenidos.

Así, la cuestión *¿Educación para la salud o Educación sanitaria?* plantea los límites y orientaciones conceptuales sobre la salud y las implicaciones que ésta conlleva a nivel profesional, que en ocasiones pone de manifiesto la pequeña lucha entre profesionales de ámbitos tan diferentes como son el campo de la medicina y el de la educación. Pero no queremos centrar aquí el debate sobre una u otra orientación, ambas son necesarias y como ha afirmado Rochon (1992: 5):

... poco importa. Cada cual utiliza el término que mejor le conviene. Lo importante es la rosa, dice Bécaud. La rosa significa ponerse de acuerdo sobre lo que es la educación para la salud o la educación sanitaria.

Sí queda claro que ambas concepciones educativas no se pueden utilizar indistintamente, como si se tratase de un sinónimo, pero no queremos centrar nuestro discurso en las diferencias entre una y otra. Nuestro interés se centra en la Educación para la salud, sus aportaciones y propuestas prácticas en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, aunque no negaremos que la Educación para la salud se ha visto reforzada en detrimento de un enfoque patogénico que centra

la salud en la ausencia de enfermedad y que no ha servido como respuesta a los planteamientos de la mejora de la calidad de vida en su sentido más amplio. Ya en 1978, la OMS, en el informe presentado en la Conferencia de ALMA-ATA, afirmaba:

Fundado sobre la primacía de los médicos, de los hospitales y la tecnología médica, el sistema sanitario occidental ha fracasado incontestablemente en el tercer mundo. Y aun en los países desarrollados la práctica médica clásica y sus prioridades son más y más sentidas como inadecuadas.

Desde esta apreciación conceptual, se pone de relieve que la educación para la salud no puede reducirse a la puesta en práctica de informaciones sanitarias dirigidas a un sector de la población o a toda ella. Así, Levy (1982), plantea que debería ser considerada:

en una perspectiva a largo plazo de desarrollo de las capacidades individuales y colectivas para asegurar la mejora tanto de la longevidad como de la calidad de vida [...]. No debe contentarse, desde luego, con proporcionar una información sobre los riesgos –aun cuando esta etapa de sensibilización sea necesaria– sino que, al menos, debe asignarse como objetivo provocar en los individuos modificaciones significativas de opinión y de actividades y, aún mejor, ver cómo se expresan los deseos de cambio de los comportamientos a partir de una elevación del nivel de aptitud para producirlos. A más largo plazo, debemos esperar cambios reales y observables.

Para alcanzar los objetivos planteados, la Educación para la salud se configura como un cuerpo de conocimiento híbrido basado en cuatro bloques sólidos: las ciencias de la salud, las ciencias de la conducta, las ciencias de la educación y las ciencias de la comunicación (Rochon, 1992: 6-7). Cada uno de estos sectores de la actividad humana aporta las respuestas

a las cuestiones fundamentales de la disciplina, que van más allá de los aspectos puramente médicos, tales como:

- ¿Cómo son los comportamientos que mejoran la salud?
- ¿Cómo se producen los cambios de comportamientos?
- ¿Cómo se puede facilitar el aprendizaje?
- ¿Cómo se comunican las personas?

En nuestro país, el verdadero impulso a la educación para la salud, en un principio, vino de la mano de la utilización de la publicidad en las campañas destinadas a prevenir ciertas enfermedades o a crear una determinada sensibilidad comunitaria frente a ciertos riesgos de la salud. Se abrió así la puerta a la evolución desde la concepción patogénica a la promoción de la salud, y entre los acontecimientos que propiciaron esa evolución destacamos los siguientes (González y García, 1998: 10):

- a) La aparición del SIDA que ha puesto en el primer plano del debate el tema de la prevención.
- b) El aumento de los agentes sociales que intervienen en el terreno educativo para la salud: muchas instituciones, públicas y privadas, han puesto en marcha, en un corto espacio de tiempo, importantes recursos para animar los programas de educación y promoción de la salud (Estado, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, ONGs, Asociaciones de Padres, maestros...)
- c) La adopción de la Carta de Ottawa (OMS; 1986), que reconoce y legitima la promoción de la salud como modelo fundamental de las acciones en el terreno de la salud.

d) Las conclusiones de apoyo a la perspectiva promocional adoptadas en la Declaración de Yakarta (OMS, 1997).

En el actual momento, en que las condiciones sociales en las que viven los individuos son de vital importancia para mejorar la calidad de vida, para las que la única vacuna posible son los estilos de vida de los individuos y la capacidad de respuesta de las comunidades para prevenir ciertos comportamientos que han sido llamados de 'riesgo', y en el mejor de los casos promocionar la salud, se pone de relieve la importancia de los comportamientos y de los estilos de vida en el establecimiento de condiciones favorables para la salud, con el objetivo de hacer frente a la creciente desigualdad social en la gestión de la mejora de la calidad de vida de los individuos y las comunidades, visión que ya se vio reforzada con la aparición de la carta de Ottawa. La salud es considerada, desde entonces, como la medida en que un grupo o un individuo puede realizar sus ambiciones y evolucionar con su medio. De este modo, es posible apreciar la salud como un recurso para la vida cotidiana, como algo necesario para acceder al bienestar (García y Escarbajal, 1997), pero no es ya un fin en sí misma. De esta conceptualización deriva una orientación definida de la promoción de la salud, entendida como aquel proceso que proporciona a las poblaciones los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y los factores que en ella inciden, es decir, un proceso educativo de dotación de recursos personales y comunitarios destinados a favorecer o potenciar la autonomía y la capacidad de acción social de los sujetos destinatarios

de la formación. Con ello se sitúa a los individuos en el marco de referencia de su entorno general, frente a la salida individualista a los problemas de salud.

La declaración de Yakarta (OMS, 1997) reafirma que la promoción y la educación para la salud suponen un enfoque práctico para alcanzar mayores cotas de igualdad en materia de salud. También ha constatado que, para el desarrollo del bienestar, son los enfoques globales los más eficaces, a condición de que sean aplicados en los lugares de vida concretos, esto es, en las comunidades. De ahí la necesidad de avanzar en la aplicación de las cinco prioridades que se plantean para que los Estados y los pueblos puedan avanzar en la promoción de la salud en el siglo XXI, incorporando a los distintos agentes sociales, políticos y económicos en su aplicación:

- a) Promover la responsabilidad social en favor de la salud.
- b) Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- c) Fortalecer y ampliar los agentes corresponsables.
- d) Aumentar las aptitudes y los medios de la comunidad y responsabilizar a los individuos.
- e) Asegurar una infraestructura suficiente para la promoción de la salud.

Poder alcanzar estos objetivos implica, desde luego, la reestructuración de los servicios de salud, haciéndolos accesibles a todas las poblaciones y respetando las necesidades específicas de los grupos y personas más desfavorecidos y/o vulnerables. Pero también significa que se han de reducir las repercusiones que la pobreza y la exclusión tienen en la sa-

lud, por medio de la implementación de un enfoque comunitario de la economía y los servicios que posibiliten la capacitación de los sujetos y los grupos. La acción educativa para la salud deberá, entonces, implicarse con las necesidades más próximas a los ciudadanos, contribuyendo a fortalecer los modos de relación y organización que mejor se adecuen al fomento de su bienestar (redes de solidaridad, relaciones vecinales, grupos de autoayuda, formación de las familias, etc.) y en la captación de los recursos que se precisen. De este modo, las comunidades se convertirán en responsables directos de la gestión de sus propios proyectos y en motores de las iniciativas que habrán de adoptar los responsables políticos locales para la resolución de sus problemas.

En estos momentos, la prevención de drogodependencias, desde el Plan Nacional de drogas (1999), es uno de los promotores de la Educación para la salud en España, cuando afirma que

un pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la Educación para la salud. Así, la Educación para la salud se convierte en una estrategia básica a través de la cual se deberán diseñar programas y actuaciones.

y al establecer en los Objetivos Generales para el PND (2000) definidos en la Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008, estrategias tales como:

1. *Potenciar la formación del personal docente de educación Primaria y Secundaria sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas:*

- En el año 2008, todas las Escuelas de Formación del Profesorado habrán incluido la Educación para la salud (EPS) en su currículo formativo.

- En el año 2003, se habrá ofertado formación al 60% del profesorado en prevención

de las drogodependencias, incorporándose en los programas de Educación para la salud. Esta formación habrá llegado al 100% de los profesores en el 2008.

- En el año 2003, al menos el 80% del profesorado de Educación Secundaria formado en Educación para la salud habrá abordado el tema del consumo de drogas en sus clases. A su vez, el 50% lo abordará de forma sistemática.

Estos objetivos plantean la clara apuesta por la educación como una de las herramientas clave para favorecer la promoción de la salud, a través de prácticas educativas en el Sistema Educativo formal, presentándose éste como uno de los escenarios clave para llegar a la mayor parte de niños y adolescentes de la población, con el objetivo de generar comportamientos saludables desde los primeros años de vida que repercutirán en la mejora de la calidad de vida de los individuos y de las comunidades. Pero no olvidamos que éste no es el único escenario sobre el que se debe actuar, ya que la salud en su dimensión global afecta a todos los ámbitos de la vida —el trabajo, el barrio, la familia, las empresas, las administraciones, etc.— sin olvidar el alcance de los medios de comunicación con respecto a la generación del discurso sobre la promoción de la salud. Y van a ser necesarias actuaciones en todos estos sectores para favorecer la promoción de la salud con todo su potencial.

## 2. El instrumento para mejorar nuestra salud: la educación para la salud

El papel que juega la Educación para la salud en nuestro país, y más ampliamente en el entorno europeo, está sujeto a múltiples debates. Como ya hemos indicado, ésta representa un cuerpo de conocimientos híbrido y en fase de consolidación y un modo de enfocar y contribuir a la salud que, de acuerdo con sus presupuestos preventivos y promocionales, se enfrenta a una concepción consolidada de la salud basada en la atención a la enfermedad y en la confianza en la reparación de sus efectos. En este sentido, González y García (1998: 5) han manifestado que:

Esta concepción consolidada de la salud comprende una amplia trama de intereses profesionales (médicos y ATS, paramédicos...), industriales (industrias farmacéuticas), formativos (facultades universitarias, administraciones, etc.) y de investigación que no parece estar muy interesada en que el 'negocio' de la salud se pierda o deteriore bajo los efectos de una toma a su cargo del establecimiento de mejores condiciones de salud y vida, por parte de las personas individuales y de los grupos sociales.

En esta línea, Illich (1975) ya acusaba a los médicos y a la industria farmacéutica de causar más mal que bien, al provocar enfermedades iatrógenas, arrebatando a cada individuo todo poder de decisión sobre su propia salud y sometiendo a la población a su más completa dependencia. A modo de ejemplo, hacemos referencia al consumo abusivo de medicamentos en las personas mayores fruto de esta medicalización de la enfermedad. Mario Strojilovich (citado en Rodríguez

et al., 2000), en una entrevista, afirmaba que:

se ha hecho un *boom* desde hace 15 años de la geriatría. Se ha desarrollado no por el valor humanístico intrínseco del cuidado de los 'viejos' en general, sino porque los 'viejos' en el mundo comenzaron a tener un pequeño ingreso por la vía del Estado o por la vía familiar y son consumidores. A veces ese consumo mínimo en los sectores más pobres, genera un mercado y ese mercado recicla sus necesidades a través de los mismos 'viejos', especialmente el mercado farmacéutico....

La vejez ha sido descubierta como "mercado de consumo", se han disparado ofertas, tanto de productos como de servicios. El siglo XIX se caracterizó por el avance tecnológico, el comienzo de la civilización industrial, período de cambio, de tensión, de feroz competitividad y especulación. Cada vez más personas se adueñan de los descubrimientos químicos prescritos en ocasiones por el estamento médico para oponerse a su malestar y también provocarse nuevos sufrimientos.

Por tanto, una de las tareas pendientes en las que todos estamos implicados es 'desmedicalizar' la salud. Nuestros estilos de vida son una manera de vivir que cada uno debe negociar con su medio ambiente. Debemos aprender a reconocer los riesgos, nuestras posibilidades y nuestras limitaciones. Y pedir la ayuda de los técnicos sólo cuando ella haga realmente falta. Como ha afirmado Castillo (1998: 53), nuestra salud la deberíamos administrar nosotros mismos, y esta tarea es eminentemente educativa.

La educación para la salud se convierte en una de las mejores respuestas para prevenir situaciones de desventaja y conflicto, posibilitando la intervención de

mejora de los procesos de prevención y el restablecimiento de la salud, así como la promoción de estilos de vida saludables, ofreciendo alternativas y modos de vida que permitan una vida más equilibrada y que favorezcan la inclusión y combatan las diversas formas de marginación social (Soto, 2001). Lógicamente, esta actividad requiere una condición ineludible: la participación de los interesados en la construcción de su realidad social de salud, para adquirir conocimientos y modos de ejercerlos en relación a su salud y calidad de sus vidas (García, Sáez y Escarbajal, 2000). Pero para facilitar este aprendizaje, la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuesta a sus necesidades.

La conducta personal a través de la cual se pueden lograr cambios positivos en la mejora de los logros sociales de la salud, la creación de entornos que apoyen la salud, así como favorecer el acceso a todos los recursos de salud existentes, se perfilan también como determinantes importantes de los resultados de la salud (Nutbeam, 1997); y esto supone tomar una decidida opción por un modelo educativo para la salud abierto y democrático que incorpore las percepciones de los propios implicados en el establecimiento de los objetivos y en la evaluación de los efectos de la acción. Pero cuidado,

la tarea no es fácil, entre otras razones porque las personas aprenden, pero no siempre lo que uno quiere que aprendan. Por otra parte, hay que preguntarse con qué derecho pode-

mos pretender que los demás sean como uno quiere que sean. Existen límites poco claros entre el terreno en el que puedan haber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el bien común y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, porque la moral cambia, porque cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad (Castillo, 1998: 39).

La Unión Europea, consciente de las repercusiones de la promoción de la salud para el bienestar de las personas, propuso en el Parlamento y Consejo de Ministros de la Unión, en 1996, el *Programa Comunitario de Promoción de salud* (1996-2000), que diferencia cinco áreas de intervención preferentes: información, educación, formación, medidas especiales de promoción de salud y prevención de enfermedades, y desarrollo de estructuras y estrategias de promoción de salud, donde la educación para la salud se plantea como una herramienta imprescindible.

En España se ha avanzado muy rápidamente en la incorporación de la Educación para la salud a los planes y programas del sistema de enseñanza a partir del momento en que los Ministerios de Educación y Sanidad se han coordinado, aunque ya se estaban realizando numerosas experiencias de Educación para la salud en escuelas españolas, a veces bajo formas de proyectos puntuales desarrollados gracias a iniciativas personales de algún maestro, ayudado o no por profesionales de la salud, otras, formando parte de programas más amplios, iniciativa de autoridades regionales o automáticas (Castillo, 1998).

A modo de ejemplo, podemos ver esta evolución en la Región de Murcia donde, en coordinación con los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Interior, se vienen desarrollando, principalmente a través de las estrategias de los *Planes Nacionales de Drogas* (2000-2008) y *SIDA* (2001-2005) y concretamente con la reciente aprobación del *Plan de Salud 2003-2007* de la Región de Murcia que determina la elaboración conjunta, entre las Consejerías de Sanidad y de Educación y Cultura, del *Plan Regional de Educación para la salud en la Escuela*, para facilitar el desarrollo integral de los alumnos y la adquisición de estilos de vida saludables. Por otra parte, se están impulsando, por parte del Consejo Interterritorial de Salud, recomendaciones sobre salud sexual, salud mental y consumo de alcohol en jóvenes, el *Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo*, y recomendaciones sobre formación en promoción de salud. De igual modo, siguiendo la estrategia multisectorial, se han puesto en marcha diferentes Planes Regionales, en los que la promoción de la salud ocupa un lugar destacado: *Plan Regional de Inclusión Social*, *Plan para la Integración Social de Inmigrantes 2002-2004*, *Plan Integral de Promoción del Pueblo Gitano*, *Plan Regional para la Igualdad entre Hombres y Mujeres*, *Plan Regional Integral para Personas con Discapacidad*. Todos ellos, en sí mismos, constituyen una estrategia de promoción de salud que exige voluntad, un esfuerzo económico y sobre todo coordinación entre todas las instituciones y profesionales implicados.

No obstante, a pesar del gran esfuerzo realizado, se detectan carencias formativas en el profesorado, no se dispone de gran parte de los materiales educativos necesarios

para el desarrollo curricular y la situación organizativa, junto con el contexto social, no facilitan el establecimiento de procesos de enseñanza-aprendizaje estructurados, globalizados y significativos hacia los que debe tender el sistema educativo (Gutierrez *et al.*, 2003). Estas carencias también se reflejan en el apoyo y coordinación de las estrategias de acción destinadas a la educación para la salud por parte de los responsables políticos. Por tanto, debemos recordar a aquéllos que tienen responsabilidades políticas, tanto en los sistemas educativos como en los de salud, los fines educativos de los programas de salud en los centros de enseñanza. También es necesario que se realice una planificación más estratégica de las acciones promocionales y durante un calendario más prolongado, de tal manera que las intervenciones de promoción de salud estén integradas en los programas escolares, y cuenten con el apoyo de recursos e iniciativas de desarrollo profesional adecuados, y no como actividades puntuales. Esto se logrará con mayor eficacia si los sectores sanitario y educativo colaboran estrechamente, y si consideran la salud como un recurso para la vida, en lugar de un problema a solucionar. En algunos países europeos, esta colaboración está en alza, especialmente, en torno al Programa de Escuelas Promotoras de Salud de la OMS, el cual sirven de ejemplo de Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.

### 3. Eficacia de la promoción y educación para la salud

A la hora de hablar de los efectos que socialmente han tenido las prácticas educativas para la salud, hemos de ser



conscientes de la complejidad que conlleva identificar los comportamientos individuales y sociales que favorecen estilos de vida saludables. Llegados a este punto, la evaluación de los resultados de los programas realizados ha de contribuir a obtener y mejorar los conocimientos sobre el cambio social y sus determinantes, así como a identificar los factores que realmente contribuyen a la mejora de nuestra calidad de vida (IUHPE: 2003). Por tanto, la evaluación de los programas debe confirmar si la acción educativa para la salud está produciendo beneficios y si éstos son demostrables. ¿Cómo sabemos si los objetivos que persigue la acción educativa para la salud han sido alcanzados o no?

Ante este planteamiento y con el fin de contribuir al debate sobre el desarrollo de la política de salud pública europea, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la salud decidió embarcarse en un ambicioso e innovador proyecto destinado a recopilar y a valorar la evidencia de 20 años de eficacia de la promoción de la salud. De este proyecto hemos recogido algunas claves importantes que nos ayudan a comprender los logros alcanzados hasta el momento, y arrojan luz sobre el camino a seguir en la compleja tarea de mejorar las condiciones de vida.

En estos últimos años, estamos asistiendo a una serie de cambios que repercuten en la mejora de la salud de la población, reflejados en la mejora de las condiciones físicas, de la calidad de los servicios sociales, y en el aumento del número y proporción de personas mayores. Esta situación ha pasado por reconocer que la mejora de la salud de

los individuos y sus comunidades no está condicionada solamente por los aspectos biológicos, sino que, como han demostrado estos avances, existe una relación entre los estilos de vida de las personas, su posición social y económica, sus condiciones de vida y su estado de salud (Nutbeam, 2003). En 1999, la OMS, tras realizar una evaluación sobre los programas puestos en marcha para mejorar la salud, llegaba a la conclusión de que la salud es mejor donde se adoptan medidas activas que abordan los determinantes sociales de la salud tales como la pobreza, la falta de un hogar, el desempleo, etc.

Es esencial, por tanto, proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la puesta en marcha de los programas de promoción de la salud. En este sentido, los resultados sociales y de salud representan el punto final de las intervenciones. Éstos se suelen expresar como resultados personales o sociales, tales como calidad de vida, independencia funcional y equidad, y también como mortalidad, morbilidad, discapacidad o disfuncionalidad.

Una parte del programa *Poverty and Health: tools for change de UK Public Health Alliance* (1998) identificó y describió ejemplos de prácticas promocionales que habían dado buenos resultados y que pueden servir de guía a la hora de diseñar intervenciones eficaces promocionales de la salud; entre ellos encontramos:

- Mayores ingresos económicos para las personas y las comunidades, como resultado de un aumento del empleo entre la población local.

- Una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, como resultado de la toma de contacto con personas aisladas y de la mejora de su autoestima, motivación y habilidades.
- Un mejor apoyo comunitario, como resultado de la prestación de servicios.
- Una mayor implicación de la comunidad.
- Mejores relaciones entre no profesionales y profesionales, como resultado de la creación de alianzas entre colaboradores y el desarrollo de grupos de trabajo destinados a abordar la pobreza y la salud.
- Una mayor comprensión de la salud como una cuestión comunitaria, como resultado de una mayor conciencia entre los profesionales de salud de que los ingresos y la vivienda son temas de salud.

Así, la promoción de la salud está directamente relacionada con el desarrollo de la comunidad y de la mejora de las condiciones de vida, y ésta pasa por la mejora de las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos económicos, la educación y el empleo, entre otras.

#### 4. Apostando por un futuro mejor

Entre los países pioneros que más han avanzado en promoción de la salud se encuentra Canadá, que se ha establecido como uno de los líderes de la práctica de la promoción de la salud en el mundo. En 1997, durante la celebración de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Prevención de la Salud de la OMS, se

presentó el caso que describía el desarrollo de la Promoción de la Salud en Canadá. Los enfoques, y las estrategias de acción puestas en marcha en este país, son importantes orientaciones para los responsables de confeccionar las políticas europeas y un buen ejemplo a seguir.

El inicio de esta implicación canadiense se sitúa en 1974 con la publicación de "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses". Era la primera vez que un gobierno importante reconocía públicamente en este documento que la medicina y el sistema de atención sanitaria representan un papel limitado en determinación de la salud. Era así mismo el primer documento que sugería la utilización de la "promoción de la salud" como estrategia clave de mejora de la salud.

A mediados de los ochenta, el gobierno planteó que el sistema de atención sanitaria había llegado a una encrucijada. El sistema estaba realizando un esfuerzo financiero excesivo y necesitaba una reforma. En líneas generales, los gobiernos provinciales/territoriales llegaron a la conclusión de que era necesario (IUHPE, 2003):

- Centrarse en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el estado de salud de la población.
- Dar mayor énfasis a la atención basada en la comunidad en vez de la atención institucional.
- Descentralizar y regionalizar el sistema de atención sanitaria.
- Destacar la importancia de la atención primaria y dejar de lado las estructuras de pago por servicio.
- Poner un mayor énfasis en el autocuidado y en la responsabilidad personal

con respecto al mantenimiento de la salud.

En 1986, en la *Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud* celebrada en Ottawa, el gobierno federal dio a conocer el documento "Consiguiendo salud para todos: Un marco de promoción de la salud", en el que se describía una matriz de los desafíos, los mecanismos y estrategias de promoción de salud, otorgando mayor importancia a determinantes más amplios de salud. Este documento contribuyó eficazmente al desarrollo del conocimiento en materia de promoción de la salud, y al establecimiento de una agenda de investigación.

En 1987, el presupuesto de la Dirección de la Salud llegó casi a triplicarse con la puesta en funcionamiento de estrategias nacionales en las áreas de las drogas, el tabaco, la conducción de alto riesgo y el SIDA. Se desplegaron esfuerzos para desarrollar una actuación intersectorial, investigación cualitativa y métodos de evaluación. Las propuestas de referencia sanitaria dentro de las provincias/territorios incluían por lo general un enfoque sobre la salud y sus determinantes, el desarrollo de metas de salud, un compromiso con los principios de promoción de la salud, la creación de nuevas estructuras para planificar una política pública saludable y una redefinición del papel de los departamentos de salud provinciales/territoriales (IUHPE, 2003: 144).

A principios de los noventa, las estrategias favorecedoras de la promoción de la salud impregnaron en cierta medida todos los niveles de gobierno; entre otras actuaciones, se incluyeron un compromiso con la reducción del déficit, una

configuración y consolidación de la "red de seguridad" social y la creación de nuevas estructuras, así como la asunción de nuevos roles y compromisos por parte de los responsables políticos y otros sectores de la población implicados en favorecer estilos de vida saludables. Estas nuevas estrategias se encuadraron bajo el paradigma de "salud de la población", que fundamenta sus intervenciones desde la mirada de las necesidades y demandas de la población y los individuos con respecto a su salud, lejos del modelo de salud dominante, que había centrado sus actuaciones en la opinión de los técnicos y donde los usuarios eran sujetos pasivos objeto de diagnóstico. Tras el fracaso de este modelo, el nuevo paradigma refuerza la importancia de la promoción de la salud y se consolida gracias a la implicación política en todos sus niveles; a su vez, las actuaciones realizadas no se quedaron en meras intervenciones puntuales, existía un compromiso a nivel nacional desde la Dirección de Promoción de la salud en el desarrollo y la implementación de programas, especialmente en el desarrollo del conocimiento, el marketing social, la educación pública y la información, al tiempo que apoyaba la acción comunitaria.

En 1996, se consolidan dos enfoques claves para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos: hablamos de la defendida promoción de la salud y de la ya clásica, por entonces, salud de la población, lo que hace surgir una nueva denominación "Promoción de la salud de la población", consolidando así, el esfuerzo que se venía realizando desde el principio de los años 80. Aunque aparentemente esta nueva denominación en la que se

basan las estrategias de acción pueda parecer redundante, ciertamente no lo es, ya que hacer hincapié en el protagonismo y en la capacidad de acción y capacitación de los afectados para mejorar sus condiciones de vida es un planteamiento verdaderamente reciente y pionero en su concreción práctica, alcanzando miras más allá del discurso teórico.

El impacto de la promoción de la salud en Canadá se evidencia al apreciar que el estado de salud de los canadienses ha mejorado en general en las dos últimas décadas. Así lo pone de manifiesto el informe sobre la salud de los canadienses (Report on the Health of Canadians, 1996). En 1990, casi diez millones de canadienses notificaron mejoras de sus prácticas personales orientadas a la salud, tales como una reducción del consumo de alcohol, mejores hábitos de alimentación y un incremento de la actividad física. El 67% de los canadienses atribuían estas mejoras al aumento de sus conocimientos sobre los riesgos para la salud.

Es de destacar en esta evolución la importancia concedida al desarrollo comunitario, ya que se han destinado muchos esfuerzos a una amplia gama de iniciativas relacionadas con la creación de entornos de apoyo. El establecimiento de la relación entre los entornos saludables y las personas ha constituido una estrategia eficaz de promoción de la salud. Parte de dicha experiencia incluye:

- Iniciativas relacionadas con la calidad física de la vivienda y los edificios.
- Estímulo de la adopción de prácticas saludables y a la vez respetuosas con el entorno.

- El programa “Active Living/Go for Green” a diversos niveles de gobierno, que destacó la importancia de los vínculos entre los entornos saludables y una vida activa, al tiempo que apoyaba un transporte sostenible.
- Una salud escolar integral y orientada a la creación de políticas saludables y ambientes saludables en los centros de enseñanza y sus comunidades.

En 1994, el Gobierno Federal estableció un Foro Nacional de la Salud. Al abordar los factores no médicos que incidían en la salud, el Foro puso de relieve que el trabajo sobre los determinantes de la salud y la promoción de la salud había modificado la orientación de las políticas del gobierno, que no se concentraban ya en los estilos de vida elegibles, sino en el “nivel social, yendo más allá de los factores que se encuentran bajo el control de la persona, los profesionales y las comunidades”. El Foro puso el énfasis particular en los determinantes sociales y económicos de la salud, es decir, en el impacto de la pobreza, el desempleo y los recortes de las ayudas sociales en la salud de las personas, los grupos y las comunidades. (IUHPE, 2003: 146-147), caminando, en este sentido, hacia el desarrollo del país, paralelo a la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones.

La experiencia canadienses ha señalado varios factores importantes que debemos tener en cuenta si queremos que la promoción de la salud haga realidad todo su potencial. Es imprescindible, por tanto, que se produzca un cambio de mentalidad. Debemos dejar de considerar que la atención sanitaria es el determinante promocional de la salud, para re-

conocer los determinantes ambientales, socioeconómicos, políticos y culturales más amplios de la salud como factores prioritarios que debemos abordar.

Si recogemos aquellos aspectos que han contribuido al desarrollo de la promoción de la salud, destacamos que no ha sido un aumento de la inversión económica en el sistema sanitario, ni tampoco la restricción a la población de aquellos comportamientos considerados de riesgos los que se han mostrado más eficaces en este proceso. Contrariamente a lo que algunos puedan pensar, los principios de la promoción de la salud funcionan; eso sí, están a merced de la voluntad política, la coordinación de las instituciones, la creación de nuevas infraestructuras y la apuesta por planteamientos centrados en el acercamiento a las poblaciones para conocer sus necesidades y hacer a los individuos y comunidades responsables directos de la gestión de sus estilos de vida dotándolos de los recursos necesarios.

Los efectos de las actuaciones promocionales se han traducido en un aumento de la esperanza de vida, una disminución de la mortalidad infantil, reducción de la prevalencia de las enfermedades y una mayor independencia de los individuos para tomar sus decisiones. Lógicamente, estos logros pasan por gestionar los niveles de pobreza, reducir el nivel de paro, una mejora de los servicios para atender a la población, lo que además repercute en el avance hacia sociedades más justas y desarrolladas.

Traducir en acciones reales los postulados de la promoción y la educación para la salud es una propuesta posible, como hemos reflejado en este trabajo. Sin

embargo, queremos dejar constancia de que estos presupuestos no son compatibles con sociedades que basan sus estrategias de intervención en el miedo, en la delegación de la responsabilidad en los técnicos de salud, y en las fórmulas mágicas como remedio para aliviar el dolor. Avanzar hacia sociedades más saludables requiere necesariamente un cambio social que apueste por individuos y comunidades cada vez más libres.

## Bibliografía

- CASTILLO, F. (1998): "Escuela y Educación para la salud", en GARCÍA, A. (coord.): *Claves de la educación para la salud*. Murcia: DM, 33-56.
- GARCÍA, A.; SÁEZ, J. Y ESCARBAJAL, A. (2000): *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- GARCÍA, A. Y BENITO, J. (coords.) (2003): *Educación para la salud y personas mayores*. San Pedro del Pinatar (Murcia): Ayuntamiento de San Pedro del Pinatar.
- GARCÍA, A. Y ESCARBAJAL, A. (1997): "Calidad de vida y vejez: un cambio de perspectiva". *Anales de Pedagogía*, 15, 141-158.
- GONZÁLEZ A. Y GARCÍA, A. (1998): "Contexto y tareas de la educación para la salud", en GARCÍA, A. (coord.): *Claves de la educación para la salud*. Murcia: DM, 5-32.
- GUTIERREZ, J. J. ET AL. (2003): *Necesidades y problemas para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela*. Murcia: Conserjería de Sanidad.
- ILLICH, I. (1975): *Némesis médica*. Barcelona: Barral.
- IUHPE. (2003): *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- LEVY, E. (1982). *L'éducation pour la santé*. París: Avis du Conseil économique et social.
- NUTBEAM, D. (1997): "Indicators of Adolescent Health: Expanding the framework for assessing health status among young people". *Promotion and Education*, IV(4), 10-14.
- (2003): "Midiendo la eficacia de la promoción de la salud", en IUHPE: *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1-11.
- OMS (1978): *Educación para la salud. Discursos promocionados en la IX Conferencia Internacional sobre educación para la salud*. Ginebra: OMS.
- (1986): *Charte d' Ottawa pour la Promotion de la Santé*. Ottawa: Association canadienne de Santé Publique.
- (1997): *Declaración de Yakarta*. Ginebra: OMS.
- (1999): *Home-Based and Long-Term Care. Issues and Evidence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000): *Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaría General Técnica.
- REZSOHAZY, R. (1988): *El desarrollo comunitario*. Madrid: Narcea.
- ROCHON, A. (1992). *Educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- RODRÍGUEZ, C. ET AL. (2000): "Reflexiones sobre la vejez en el mundo Contemporáneo miradas desde el principio de autonomía" en *Actas de las Jornadas Argentinas e Iberoamericanas de Bioética*, 4-6, Noviembre.
- SOTO, J. (coord.) (2001): *Prevención en drogas*. Vigo: ASETIL.

#### Dirección de la autora:

Antonia M<sup>a</sup> Sánchez Lázaro

Universidad de Murcia

Dirección de contacto: Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 30.100 Espinardo (Murcia) Teléfono: 968364039, FAX: 968364146

Correo electrónico: justina251995@hotmail.com

Fecha de entrada: 24-03-05

Fecha de recepción definitiva de este artículo: 20-07-05