

COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

Raúl Choque Larrauri

rchoquel@yahoo.com

Licenciado en Educación, Diplomado en Capacitación en Salud

Máster en Comunicación y Educación

Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales

LIMA-PERU
Diciembre 2005

INDICE

1. PRESENTACION	2
2. ESTILOS DE VIDA	2
3. TEORIAS DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN SALUD	3
3.1 TEORIAS PARA EL CAMBIO INDIVIDUAL.....	3
3.2 TEORIAS PARA EL CAMBIO GRUPAL	5
4. COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	7
4.1 CONCEPTO DE COMUNICACION	7
4.2 MODELOS DE COMUNICACIÓN	7
4.3 COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	8
4.4 METODOLOGIA DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	8
5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	10
5.1 CONCEPTO DE EDUCACION	10
5.2 MODELOS DE EDUCACION	10
5.3 CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD	11
5.4 METODOLOGIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD	12
6. COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD	13
7. BIBLIOGRAFÍA	16

COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

1. PRESENTACION

En la I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 se emitió la CARTA DE OTTAWA donde se establece que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

En ese sentido, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Según el Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú, las actividades de promoción de la salud se desarrollan en diferentes escenarios y están dirigidos a grupos diversos de población por ciclo de vida. Los escenarios para intervenir son la familia, la escuela, los lugares de trabajo y la comunidad. El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables en que los diferentes actores involucrados participen corresponsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

La promoción de la salud es una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales, y en el cambio social y del medio.

La promoción de la salud estimula la formación de coaliciones e incita a los distintos organismos públicos, privados, voluntarios a participar en una causa común. Utiliza una variedad de estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social y las políticas públicas y la abogacía.

En el presente artículo se desarrolla la estrategia de comunicación y educación para la salud, partiendo de los estilos de vida, las teorías del cambio de comportamiento y analizando los conceptos y metodologías de implementación.

2. ESTILOS DE VIDA

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

En este contexto definimos los estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Los estilos de vida saludables son formas de vida que comprenden aspectos materiales, la forma de organización y los comportamientos. Podemos mencionar como estilos de vida saludables el estar en un ambiente saludable, tener relaciones armoniosas, adecuada autoestima, buena comunicación, conductas saludables, etc.

Existen en la sociedad estilos de vida que no son saludables como el alcoholismo, conductas inadecuadas en la salud como la mala nutrición, el tabaquismo, etc. los cuales tenemos que irlos cambiando a través de diferentes estrategias y entre las más importantes las comunicativas y educativas en salud, siendo necesario para ello conocer las diferentes teorías de cambio de comportamiento en salud.

3. TEORIAS DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN SALUD

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud. Ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados¹. Para una adecuada ejecución y dirección de las acciones de comunicación y educación en salud, se sistematiza a continuación las teorías con mayor acercamiento al campo de la salud tanto a nivel individual y grupal.

3.1 TEORIAS PARA EL CAMBIO INDIVIDUAL

Las teorías del cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población.

En este caso se señala que el nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica ya que en el otro nivel, los grupos, organizaciones y comunidades se componen de individuos.

1.- Teoría de etapas o estados del cambio.- Esta teoría (Di Clemente, Prochaska) tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1996): *“Modelos y Teorías de Comunicación en Salud”*. Washington D.C., OPS.

comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlos.



2.- Teoría de creencias en salud.- Este modelo de creencias en salud (Hochbaum, Rosenstock) aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscita una motivación de salud, ya que precisamente es su punto central o de partida de todo proceso.



3.2 TEORIAS PARA EL CAMBIO GRUPAL

Según estas teorías, el diseño de iniciativas de promoción de la salud para prestar servicios en grupos o comunidades es importante (y no solamente las que se dirigen a los individuos). Por eso, estas teorías están ubicadas en el campo de la salud pública. Desde este punto de partida se afirma que el bienestar colectivo de los grupos se puede estimular mediante la creación de estructuras y políticas que apoyen estilos de vida saludables (como soporte) y mediante la reducción o eliminación de los peligros en los entornos sociales y físicos.

Las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones. Estos modelos son esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud, complementando los otros modelos individuales. Los modelos para promover cambios de comportamiento a nivel grupal sugieren estrategias e iniciativas que son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud: escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

1.- Teoría de aprendizaje social o cognoscitiva.- Supone que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Es decir, las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencias en éstos. Esta teoría supone además, que las personas y sus entornos interactúan continuamente, aborda y explica claramente los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud y sirve para diseñar las estrategias para promover el cambio de comportamiento. En esta teoría el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías, en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente.

La experiencia demuestra también que el aprendizaje se da en un contexto dado, puesto que los padres influyen en el comportamiento de la persona y no solo ellos sino los pares, los amigos, los compañeros de clase, los medios de comunicación, etc.



2.- Teoría de difusión de innovaciones.- Aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. Esta teoría sirve para comprender las inquietudes de los usuarios en relación a la aplicación de nuevos productos o tecnologías, y también para la difusión de nuevas estrategias y herramientas de promoción. El desafío de la difusión requiere métodos que difieran de los que se concentran únicamente en individuos o grupos pequeños. Comprende prestar atención en la innovación, sea ésta una idea, producto, práctica o tecnología nueva, así como los canales de comunicación y los sistemas sociales (redes con miembros, normas y estructuras sociales). En esta teoría hay conceptos claves: ventaja relativa de la innovación, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ponerla a prueba y posibilidad de observar.



3.- Teoría del mercadeo social.- Es un proceso para desarrollar, realizar, evaluar y controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación y el mantenimiento de intercambios. También se le define como la adopción de tecnologías de mercadotecnia comercial para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas destinados a influir en el comportamiento de audiencias destinatarias con el fin de mejorar su bienestar físico y mental o el de la sociedad de la cual forman parte. Con el fin de cambiar el comportamiento del consumidor es preciso entender lo que impulsa y mantiene el comportamiento actual, así como las “palancas” que podrían impulsar y mantener el nuevo comportamiento. Pero, también se debe comprender lo que impulsa, facilita y mantiene el comportamiento de los potenciales intermediarios, los canales de distribución y comunicación, los competidores reales.



4. COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

4.1 CONCEPTO DE COMUNICACION

El concepto de comunicación puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición, no sin discrepancias por parte de algunos investigadores, como por ejemplo, mutualidad, reciprocidad, comunión, comunidad, posesión de algo en común, participación, transmisión, información, expresión, codificación, accesibilidad, descodificación, similitud, trato, expansión, sociabilidad, afectividad, regulación y simpatía. Desde el punto de vista etimológico, proviene de la palabra latina "communicatio", que a su vez tiene su origen en el término "communis", común.

Estos términos no expresan una relación de sinonimia pero permiten describir mejor la compleja fenomenología comunicativa, pues solo existe cuando entre los sujetos ocurre un continuo, ininterrumpido y mutuo intercambio, no solo de mensajes, sino de cierta afectividad y afinidad. En términos absolutos es completamente falso hablar de incomunicación total porque resulta absurdo que entre dos personas con alguna relación temporal no exista cierto entendimiento, aunque sea mínimo.

Con frecuencia se utiliza el término comunicación en acepciones extremas. En su sentido lato se aplica a cualquier información o mensaje que se trasmite a múltiples destinatarios relativamente lejanos, como es el caso de los llamados medios de comunicación masiva, como comúnmente aparece en diferentes países y por parte de varios autores. Más riguroso sería llamarles medios de información masiva porque en realidad el fenómeno comunicativo no ocurre en su esencia.

En su sentido estrecho se restringe a la existencia en las personas de muchos requisitos para que se produzca, como por ejemplo, un mismo idioma, iguales puntos de vista, etc. En realidad, el misterio de la comunicación se puede producir sin esas condiciones, solo bastaría que ellos tuvieran algo en común, por pequeño que fuera.

4.2 MODELOS DE COMUNICACIÓN

En relación al fenómeno comunicativo, se establecen dos actitudes diferentes que son la actitud instrumental y actitud democrática. La actitud instrumental de Emisor – Receptor, con la retroalimentación, reduce el fenómeno comunicativo a los medios de comunicación. En consecuencia se trata de una concepción transmisora dirigista que actúa con patrones comunicativos unidireccionales y verticales. En este tipo de comunicación no se está garantizando la bidireccionalidad, ni la verdadera participación del receptor. La retroalimentación representa los mecanismos de control en manos del Emisor, utilizados para verificar los efectos sobre el receptor a partir de los estímulos emitidos.

La actitud democrática corresponde más bien a una concepción dialogal en la cual el emisor tiene la función de comunicador y promueve la recepción grupal del mensaje. El rol de comunicador implica primero la valorización de sus destinatarios, que no son concebidos como receptores sino como perceptores. El comunicador toma como punto de partida la realidad, experiencia y necesidades de sus perceptores para lograr la recepción grupal de su mensaje. La comunicación concebida desde esta óptica promueve la participación de los perceptores, dado que la función del mensaje es la de ser generador de discusión, se busca que los perceptores recreen y re elaboren por si mismos su propia interpretación, entonces el mensaje se constituye en el motor que impulsa a la creación de nuevos mensajes que se construyen desde la vivencia del perceptor, que ahora también se comunica.

Por tanto en el proceso de comunicación, el emisor y el receptor cumplen ambos roles, pues tienen la capacidad para hacerlo. Como dice Mario Kaplún “todo hombre es ‘emirec’, esto es un Emisor - Receptor (E-R) dotado de facultades para ambas funciones”. Asimismo señala que “todos los seres humanos, grupos, comunidades y sectores de la sociedad tienen derecho a participar en el proceso de la comunicación actuando alternadamente como Emisor y Receptor”.

4.3 COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores”², y es además “complementario al de participación”³. En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y consciente de la comunidad lograremos fomentar el autocuidado de la salud.

La comunicación para la salud es “el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar”⁴. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

4.4 METODOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Para que una organización pueda “diseñar y poner en práctica programas efectivos de comunicación para la salud, que den lugar a un cambio de conductas positivo, es necesario disponer de una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. Ello facilita el trabajo en equipo cuando todos los miembros utilizan el mismo marco de referencia y la misma metodología para aplicarla a nuevas personas y nuevas situaciones”⁵

En tal sentido, para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos “Diagnóstico, Estrategia, Intervención,

² MENDEZ, JUAN M, (2001): “*Aprendamos a consumir mensajes*”. España, Grupo Comunicar Ediciones.

³ GALDON, G, (2001): “*Introducción a la Comunicación y a la Información*”. Barcelona, Editorial Ariel.

⁴ MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, (2002): “*Lineamientos de Política de Salud 2002-2012*”. Lima, Editorial MINSA.

⁵ DEL VALLE ROJAS, Carlos, (2003): “*Comunicar la Salud*”. Temuco Chile, Ediciones Universidad de la Frontera.

Monitoreo y Evaluación”⁶, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación en salud de uno o más temas de salud identificados.

Para implementar eficientemente las acciones de comunicación en salud, tenemos pleno conocimiento de que los “programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar”⁷, y para ello requieren una metodología adecuada. “La metodología que se utilice para la comunicación en salud debe ser sistemática, estableciendo claramente los pasos a seguir para crear un enfoque comunicativo que funcione; multidisciplinaria, basándose en los medios de comunicación y los campos de mercadeo social, educación informal, análisis de conductas y antropología médica, entre otras áreas; destinada a lograr cambios de comportamiento, logrando no sólo una toma de conciencia o compartir información y flexible, permitiendo su aplicación a una variedad de problemas de salud”⁸.

Con esa premisa un plan de comunicación en salud deberá contener los siguientes puntos:

1.- Diagnóstico ¿Dónde estamos?

Esta primera etapa es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información sobre el público al cual se quiere llegar y el contexto o ambientes que intervienen.

El diagnóstico nos permitirá identificar claramente el problema de salud, realizar el análisis situacional a partir del conocimiento del contexto en el cual ejecutaremos nuestra intervención comunicacional y caracterizar el público al que dirigiremos la intervención de comunicación. Los diagnósticos no son fotos de la realidad, no recogen todo de ella, sólo aquello que nos interesa. Tenemos que conocer los factores económicos, socio culturales, políticos y evaluar nuestra capacidad de intervención institucional. Asimismo nos permite analizar los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación de nuestro público objetivo.

2.- Estrategia: ¿Hacia dónde vamos y cómo lo lograremos?

En función a los resultados del diagnóstico nos permite: Segmentar la audiencia objetivo, priorizar los comportamientos, formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo: organigrama, cronograma y presupuesto.

3.- Intervención: ¿Qué hacemos?

Es la puesta en marcha de la estrategia. En esta etapa se hacen los ajustes necesarios en cuanto a los mensajes y materiales que se piensa elaborar mediante la producción y validación de los mismos. En esta etapa se revisan los criterios básicos que debemos tomar en cuenta para la producción de los diferentes materiales, en función a los componentes de eficacia que intervienen en la misma: atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción.

⁶ MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, (2002): “*Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa*”. Lima Perú. Editorial Decisión Gráfica.

⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1992): “*Manual de Comunicación Social para Programas de Salud*”. Washington, D.C., Editorial OPS.

⁸ DEL VALLE ROJAS, Carlos, (2003): “*Comunicar la Salud*”. Temuco Chile, Ediciones Universidad de la Frontera.

Es importante señalar que la validación de los materiales comunicacionales se realice en los dos tipos que existen: técnica y con población. La primera se refiere a la validación técnica de los contenidos que se difundirán a través de los mensajes y actividades durante la intervención. En la segunda se prueba si el contenido y la forma de nuestros mensajes, funcionan en la población, tomando en cuenta los componentes de eficacia.

4.- Monitoreo y evaluación: ¿Qué y cómo evaluamos?

El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público objetivo. El monitoreo suministra la información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias.

Toda estrategia que no esté sometida a un proceso permanente de seguimiento (monitoreo) y de medición u observación (evaluación) de los cambios inducidos, pone en riesgo el logro de los objetivos planteados.

Los tipos de evaluación son los siguientes: Evaluación participativa de necesidades (en el diagnóstico), evaluación participativa de proceso (monitoreo) y evaluación participativa de resultados (logro de objetivos).

5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

5.1 CONCEPTO DE EDUCACION

La educación es un derecho para todas las personas, hombres y mujeres, de todas las edades. La educación es capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural. La educación es una condición indispensable, aunque no suficiente, para el desarrollo personal y el mejoramiento social.

La Educación busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas.

5.2 MODELOS DE EDUCACION

Mario Kaplún agrupa los modelos educativos de acuerdo a tres perspectivas pedagógicas: pedagogía transmisora, pedagogía persuasiva conductista y pedagogía problematizadora o cogestionaria, dicho de otro modo se definen como pedagogía que pone énfasis en los contenidos, pedagogía que pone énfasis en los efectos y pedagogía que pone énfasis en el proceso educativo.

Las dos primeras son denominadas exógenas es decir que está fuera del sujeto educando, externo a él; la última en cambio es calificada como endógena y está planteada desde y a partir del sujeto educando.

La pedagogía transmisora, es la que pone énfasis en los contenidos y corresponde a la educación bancaria. Esta pedagogía plantea una educación en la cual los conocimientos transmitidos por el educador deben ser memorizados y aprendidos por

el alumno. “Los ejes del método son el profesor y el texto, los programas de estudio son amplios y basados en los conceptos que la fuente emisora considera importantes. Se da muy poca importancia al diálogo y la participación y se premia la buena retención de los contenidos”⁹. En este caso el educando es situado como objeto depositario de información.

La pedagogía persuasiva conductista o del adiestramiento, es aquella que pone énfasis en los efectos. Su principal objetivo es moldear la conducta de los educandos, según cánones preestablecidos. El alumno debe responder a las conductas deseadas por el educador. “El objetivo es que el educando haga y al ser establecidos los objetivos de manera específica y rígida por el programador, el educando se acostumbra a ser guiado por otros, el método no favorece el desarrollo del raciocinio, solo valora los resultados, no se promueve la participación, la autogestión y la toma autónoma de decisiones”¹⁰.

La pedagogía problematizadora pone énfasis en el proceso educativo. Esta pedagogía no se preocupa tanto en la materia a ser comunicada, ni en los efectos en términos de comportamiento. El objetivo principal es más bien que el educando piense por sí mismo y que a partir de ese pensar parta la acción transformadora de su realidad. Destacando la importancia del proceso de transformación de la persona y de las comunidades. “La educación problematizadora, ya no puede ser el acto de depositar, de narrar, de transferir o de transmitir conocimientos y valores a los educandos, meros pacientes, como lo hace la educación bancaria, sino ser un acto cognoscente”¹¹.

5.3 CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

La educación para la salud designa “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”.¹² Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud.

Además “la educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”.¹³

En este contexto la Educación para la Salud es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población. En un sentido amplio “La Educación para la Salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud

⁹ KAPLUN, Mario (1998): “Una Pedagogía de la Comunicación”, Ediciones De la Torre, Madrid-España.

¹⁰ Idem.

¹¹ FREIRE, Paulo (1970): “Pedagogía del Oprimido”, Ediciones San Santiago, Santiago-Chile.

¹² GOMEZ ZAMUDIO, M, (1998): “Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud”. Montreal, Editorial Universidad Montreal.

¹³ COSTA CABANILLAS M, (2000): “Educación para la Salud”. Barcelona, Editorial Pirámide.

o de la enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida”¹⁴.

A partir de un análisis de los componentes de esta definición, podemos aproximarnos a la comprensión de las ventajas que presenta desde el punto de vista educativo:

La utilización de la palabra “combinación”, denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos ya que cada método se corresponde con objetivos de aprendizaje. Es la combinación de estos métodos lo que permitirá alcanzar el conjunto de los objetivos presentes en los proyectos educativos para la salud, reconociendo así la necesidad de atender el aprendizaje desde la perspectiva de la complejidad.

Al hablar de “experiencias de aprendizaje” se hace referencia a la necesidad de abordar la configuración del comportamiento desde la experimentación de diversas situaciones de aprendizaje. De este modo se hace posible la integración en la educación para la salud de los aspectos cognitivos (conocimientos), los afectivos (actitudes y valores), los psicomotores (habilidades personales) y los sociales (capacidades de relación), del comportamiento que se pretende poner en práctica.

La función de “facilitar” ya implica las características que ha de tener el papel del educador, considerando a este como un facilitador de los cambios voluntarios de comportamiento es decir, entendiendo la naturaleza de la tarea educativa para la salud como una relación de ayuda y apoyo, no impositiva, y en la que el elemento fundamental de la relación educativa es el que aprende.

Considerar que los cambios de comportamiento que pretende lograr la educación para la salud han de ser “voluntarios” implica una percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos. Pero, al mismo tiempo, supone una concepción de la educación para la salud como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos.

Los “comportamientos saludables” que se pretende conseguir con los proyectos educativos para la salud son aquellos que nos permiten mejorar nuestro estado de salud. Con ello se alude no sólo al resultado de las actividades educativas sino también a la influencia de las acciones emanantes de diversas instancias sobre la salud, esto es, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.

5.4 METODOLOGIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

Para aplicar la educación para la salud es necesario aplicar una metodología adecuada que incorporen métodos de aprendizaje activos, que vayan dirigidos hacia

¹⁴ GARCIA MARTINEZ, Alfonso y Otros (2000): *“Educación para la Salud: Una apuesta por la calidad de vida”*. Ediciones ARAN, Madrid-España.

las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, que refuercen los valores individuales y las normas grupales, que promuevan el desarrollo de habilidades sociales fundamentalmente.

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: Mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y crédito de la información. Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos que potencien la adquisición de habilidades sociales, la competencia en la comunicación, la resolución de conflictos; que incidan en la responsabilidad, en la toma de decisiones y que faciliten la práctica de las habilidades aprendidas.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.

La educación para la salud, se realiza en la educación formal a través de la incorporación en la currícula educativa de contenidos de promoción de la salud, asimismo en la educación no formal desarrollando sesiones de aprendizaje en organizaciones de base, comunidades, grupos, etc.

En el campo de la Educación para la Salud se viene promoviendo las escuelas saludables a fin de propiciar acciones integrales de promoción de la salud, en torno al centro educativo como una oportunidad para la vida, el trabajo y el aprendizaje, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia y comunidad y apropiarse críticamente de los saberes, competencias, actitudes y destrezas necesarios para comprender y transformar la realidad. Forma personas creativas, seguras de sí mismas, críticas e innovadoras, crea valores de autoestima, autovaloración y asertividad.

Las líneas de trabajo que se abordan en esta importante estrategia son el de ambientes saludables, estilos de vida saludables y servicios de salud y nutrición.

6. COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD

En el campo de la salud las acciones de educación y comunicación empezaron a desarrollarse con la promoción de la salud, tal es así que la Carta de Ottawa establecía que los medios de comunicación son actores claves y están implicados poderosamente para la promoción de la salud.

En la Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI, adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, se indica que la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, acceso a los medios de información, a la comunicación tradicional y las nuevas tecnologías de comunicación.

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana, la comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal; la educación activando sus capacidades para el desarrollo de las

mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural, etc.; y la salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal.

“La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados”¹⁵, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o comportamientos a favor de la salud.

El abordaje de la comunicación y educación como una alianza estratégica tanto para la educación formal y no formal es una real necesidad. La intersección de ambas ciencias a decir de J. M. Pérez Tornero, se nutre de fuentes bien consolidadas: “Viene configurado, en primer lugar, por un saber teórico que procede de las ciencias de la comunicación aplicadas a los media y a la educación. Bebe, también de las fuentes de la pedagogía y la didáctica, que son disciplinas capaces de explicar y comprender los procesos de aprendizaje y de instrucción que se dan tanto en circunstancias formales, como en informales”.¹⁶

En este contexto se apertura esta corriente de la comunicación educativa para ser desarrollada e instrumentada en aras de promover salud y coadyuvar al desarrollo de la sociedad.

6.1 COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN SALUD

Proceso en el que diferentes actores sociales e institucionales (públicos y privados), teniendo como eje a la comunidad, diagnostican, planifican, producen, difunden y evalúan mensajes que proporcionen conocimientos, forjen actitudes y provoquen prácticas favorables al cuidado de la salud compatibles con las aspiraciones de la comunidad.

Permite adoptar, fortalecer, enriquecer o modificar positivamente, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o comportamientos con el propósito de establecer estilos de vida saludable. Este proceso puede ser interpersonal, grupal o masivo.

6.2 RADIO EDUCATIVA EN SALUD

La radio por medio de mensajes sonoros, crea, recrea y reproduce la realidad desde perspectivas muy diferentes: en unos casos políticos, comerciales, religiosos, sociales y también educativos. La utilización del sonido con fines educativos no es una novedad. Ésta es una técnica pedagógica que fue ya utilizada por Pitágoras con la intención de incrementar la eficacia de sus enseñanzas.

La radio educativa es un instrumento para la educación no formal y puede ayudar a las personas a decidir por sí mismas, a aprender por cuenta propia, a comportarse libre, feliz y responsablemente. Por ello, puede decirse que la radio debería ser no sólo un medio de comunicación, sino un espacio donde se construyen las identidades culturales a partir de planteamientos críticos: un medio en el que la participación de la sociedad desempeña un papel esencial y cuya función no puede dejar de ser primordialmente educativa al informar, promover y defender los intereses de la

¹⁵ AGUADED GOMEZ, José I. (1995): *“Educación y Medios de Comunicación en el Contexto Iberoamericano”*. Huelva : Editorial Ortega/Huelva.

¹⁶ PEREZ TORNERO, José M, (2000): *“Comunicación y Educación en la Sociedad de la Información”*. Barcelona, Editorial Paidós.

sociedad, tomar parte en sus costumbres culturales y sociales así como en sus prácticas políticas. La capacidad educativa de la radio popular y comunitaria se evalúa así por su actuar democrático que le permite acompañar y fortalecer las diversas acciones y prácticas culturales, productivas, sociales y políticas de los sectores populares.

En el campo de la salud la radio es el medio masivo de mayor alcance y un aliado estratégico para la promoción de la salud. En la radio se realizan programas, microprogramas, spots y mensajes.

Una de las experiencias más importantes en la Región Sudamericana se tiene a las radionovelas en temas de salud realizadas por el proyecto Reprosalud que han generado un impacto muy importante en la promoción de estilos de vida saludables en salud materna en el Perú.

6.3 TELEVISION EDUCATIVA EN SALUD

La televisión educativa es “aquella que se inscribe instrumentalmente en un proyecto de formación o instrucción”¹⁷. La televisión educativa para adultos está destinada a comunicar mensajes educativos a una población situada fuera del sistema educativo a quien se le atribuye una preocupación general por los temas que afectan a la ciudadanía.

Según José Manuel Pérez Tornero, para que la televisión pueda integrarse en el campo educativo se deberán tener en cuenta los siguientes principios: Es preciso potenciar las capacidades específicas de la televisión como sistema de representación, por su capacidad de registro de acontecimientos y de descripción de procesos, por sus posibilidades de exploración, de captación intuitiva y espontánea de lo real y por su disposición a la globalidad, a reunir lenguajes muy distintos en un tiempo-movimiento; es preciso introducir el medio de la televisión dentro de un proyecto educativo, puesto que los contenidos, las informaciones y los mensajes de la televisión tienen que responder a una planificación previa, a la necesidad de guiar el aprendizaje y la construcción de conocimiento de los espectadores e introducir la televisión en el marco de una conciencia activa del medio, puesto que no hay proyecto de TV educativa, si no hay una pedagogía de la imagen y del lenguaje de la TV en paralelo.

En el campo de la salud se realizan programas televisivos con contenidos de promoción de la salud, así como spots televisivos sobre campañas educativas.

6.4 TEATRO EDUCATIVO EN SALUD

Es importante, cuando se quiere un cambio de conductas de la comunidad, el poder destacar el beneficio que se obtendrá en forma visible, y para esto lo mejor es dramatizar los conceptos o teatralizarlos mostrando sus características evidentes por el teatro.

El teatro es una forma de participación con representaciones de escenas, en general con exageraciones cómicas o dramáticas para hacer todo más comprensible.

Hay Teatro desde el inicio de la Humanidad como forma de representación de imágenes, sentimientos, sensaciones e ideas. La gente que produce teatro es aquella capaz de convertir el pensamiento en una especial forma de representación que

¹⁷ PEREZ TORNERO, José M, (1993): “*Televisión Educativa*”. Madrid-España, Editorial UNED.

implica un aquí y un ahora con protagonistas que desarrollan una historia como sí, en un espacio de ficción. El teatro educativo “es la escenificación de un guión debidamente estructurado, cuya drama gira alrededor de un tema. Es importante la forma como se presenta una obra: lenguaje, vestuario, maquillaje, manejo de recursos técnicos, coreografía, expresión corporal y escenografías. Debe tener un lenguaje verbal y no verbal comprensible para el público, motivando la participación de la audiencia”¹⁸.

Por ejemplo tenemos la obra de teatro “Aire puro”, cuyo objetivo es la prevención del tabaquismo.

1ra. etapa: El personaje muestra un exceso de ansiedad queriendo mostrar el compromiso de los órganos de los sentidos: cigarrillos en la nariz, pipa en la boca, pulmones saturados, manos con muchos cigarrillos. En su cabeza un sombrero con un resorte del que pende un revólver amenazante con el movimiento del resorte. Del caño del revólver sale un cigarrillo.

2a. etapa: El sombrero es reemplazado por un cilindro donde se lee "FUMAR MAL HACE, 20 cigarrillos peligrosos". Y que connota una marca.

3a. etapa: el personaje deambula ya con una galera negra con textos connotativos: "Al que fuma la vida se le hace humo".

El personaje Aire Puro concilia y sintetiza diversos elementos de una situación comunicativa, siendo él mismo el mensaje y el vehículo para transmitirlo y también receptor al instante la devolución la devolución o reelaboración que produce lo emitido y la emisión.

La estrategia se basa en que, para ir despertando el interés, la curiosidad o búsqueda de respuestas, el personaje se pasea durante 3 ó 4 días antes de develar hacia que apunta su actuación. En este período puede modificar textos, disparadores u objetos de acuerdo a la recepción o devolución que hiciera el público.

Los mensajes recibidos a través de un casi bombardeo a los sentidos no parecen olvidarse por largo tiempo, además de relacionarse con el placer, la identificación o el humor más universal con elementos regionales.

7. BIBLIOGRAFÍA

AGUADED GOMEZ, José I, *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*.

Huelva (España), Editorial UIA, 1995. 255 p.

CABERO, Julio y otros, *Nuevas tecnologías aplicadas a la educación*

Madrid (España), Editorial Síntesis, 2000. 255 p.

CARE, *Aprendiendo con entretenimiento*.

Trujillo (Perú), Grupo 1, 2001. 61 p.

COSTA, Miguel y LOPEZ Ernesto, *Educación para la Salud*

Barcelona (España), Editorial Pirámide, 2000. 433 p.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD, (2000): “Lineamientos y Estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa”, Editora Perú.

- CHOQUE, Raúl, *La comunicación para la salud*.
Huancavelica (Perú), FAS, 1997. 82 p.
- DEL VALLE ROJAS, Carlos, *Comunicar la salud*.
Temuco (Chile), Ediciones Universidad de la Frontera, 2003. 148 p.
- GALDON, Gabriel, *Introducción a la comunicación y a la información*.
Barcelona, Editorial Ariel, 2001. 325 p.
- GALEANO, Ernesto C, *Modelos de Comunicación*.
Argentina, Ediciones Macchi, 1997. 146 p.
- GOMEZ, Mauricio, *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*.
Montreal (Canadá), USI, 1998. 189 p.
- KAPLUN, Mario, *Una Pedagogía de la Comunicación*.
Madrid (España), Ediciones de la Torre, 1998. 226 p.
- LA ROSA HUERTAS, Liliana, *Políticas de Promoción de la Salud y Capital Social*
Lima (Perú), Editorial Litografía Artística, 2002. 150 p.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, *Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa*
Lima (Perú), Editorial Decisión Gráfica, 2002. 136 p.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, *Lineamientos y Estrategias para la Gestión local de la comunicación educativa*
Lima (Perú), Editora Perú, 2000. 178 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Manual de Comunicación Social para Programas de Salud*
Washington, D.C., OPS, 1992. 140 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud*
Washington, D.C., OPS, 1996. 39 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Taller Internacional de Comunicación Social en Salud*
Washington, D.C., OPS, 1996. 26 p.
- PEREZ TORNERO, José M, *Comunicación y educación en la sociedad de la información*.
Barcelona (España), Piados, 2000. 253 p.
- RODRIGO A., Miquel, *Comunicación Intercultural*.
Barcelona, Editorial Anthropos, 1999. 270 p.