

Educación para la salud

Fundamentos y justificación

G. Castellano Barca

Pediatra, C.S La Vega Z, Cantabria

RESUMEN

La Promoción de la Salud (PS) es definida como la capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla usando cinco estrategias: desarrollo de políticas sanitarias, creando entornos favorecedores de salud, desarrollo de aptitudes y recursos personales, reorientando los servicios de salud y reforzando la acción comunitaria.

La Educación para la Salud (EpS) tiene un ámbito más reducido y pretende fomentar la prevención sobre el tratamiento a través de las aptitudes personales siendo eficaz para conseguir una mejor salud en lactantes, niños y adolescentes siempre que se cumpla una metodología y se mantenga a lo largo del tiempo.

En nuestro medio se debe prestar mayor atención a esta actividad para que sea una más dentro del horario laboral del pediatra, ya que no solo se realiza en la consulta sino también en forma grupal, en la comunidad, y con especial interés en la escuela ya que es el lugar donde convergen padres, profesores y alumnos y al que también debe acudir el pediatra en el contexto de una medicina cada vez más comunitaria y social.

INTRODUCCIÓN

Es evidente que los progresos obtenidos en las últimas décadas en Pediatría guardan estrecha relación con la alimentación e higiene, fármacos cada vez más eficaces, vacunaciones, prevención general, técnicas diagnósticas y quirúrgicas, cobertura y asistencia sanitaria. Este conjunto de hechos médicos ha colocado a la Pediatría española entre las primeras del mundo. Sin embargo hay aspectos preventivos y educativos que no han seguido un desarrollo paralelo. Creemos que la Educación para la Salud (EpS) puede y debe mejorarse lo que repercutiría en una mejor salud infanto-juvenil.

Los conceptos de salud han variado en los últimos años como recoge Pérez Jarauta y cols.⁽¹⁾ evolucionando así:

- «Ausencia de enfermedad». OMS 1946, que contempla sólo los aspectos biológicos.
- «Completo bienestar físico, psicológico y social». OMS 1976.
- «Manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa». Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (Perpignan 1976), que apunta hacia una salud integral.
- «Capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente». OMS 1985.

Valorando la evolución del concepto de salud en los últimos años es fácil comprender que la acción sanitaria va más allá de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y que hay que aprovechar plenamente la posibilidad educativa⁽²⁾ ya que es una alternativa y oportunidad única para mejorar la salud.

DETERMINANTES DE LA SALUD

La patología cardiovascular del adulto constituye una de las primeras causas de mortalidad en nuestro país y a pesar de la efectividad de los tratamientos el número absoluto de enfermos con insuficiencia cardíaca está aumentando. Es cierto que estamos mejor que los países de nuestro entorno pero nos vamos acercando a sus cifras debido

a que los factores de riesgo se están incrementando en adolescentes (competencia del pediatra), jóvenes y mujeres⁽³⁾.

El tabaquismo continua produciendo estragos en España y aunque en el conjunto 1987-1997 la prevalencia en la población mayor de 16 años disminuyó pasando del 38,4% al 35,8%, en el grupo menor de 35 años ha aumentado ligeramente pasando del 28,1% en 1987 al 28,3% en 1997.

Los dos ejemplos comentados son bien conocidos y representativos de una situación que debiera mejorar. Sin embargo la pregunta inmediata es ¿Hacemos lo suficiente lo sanitarios para atajar esa situación?, ¿Las autoridades sanitarias promueven actividades preventivas eficaces?, ¿Tiene conocimiento suficiente la población de estos y otros hechos evitables?

La Promoción de la Salud (PS) es definida por la OMS en 1998 como «el proceso por el que personas y comunidades aumentan el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla» Tiene una dimensión personal y social y sus intervenciones van destinadas a mejorar la competencia de las personas en salud (*estilos de vida*) así como a mejorar el entorno y la sociedad en la que viven (*entornos saludables*). Como expone M.A Asenjo los determinantes de la salud para los 27 países más desarrollados del mundo que constituyen la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) dependen de cuatro factores: el estilo de vida que es un determinante de la salud que proporciona el 43% de la salud y gasta el 1,5%, la herencia aporta el 27% a la salud colectiva y consume el 6,9% del presupuesto sanitario. El entorno o medio ambiente contribuye con el 19% y gasta el 16% y finalmente el sistema sanitario aporta el 11% y gasta el 75,6% restante. Es evidente que la mejora de los *estilos de vida* y de los *entornos saludables* serían factores de gran importancia en la obtención de una buena salud y con un coste muy bajo.

Es oportuno añadir que la responsabilidad de cada sujeto adulto en el cuidado de su salud no debe ser delegada, en principio, ni en la administración ni en el sistema sanitario y que a título individual se deben poner los medios necesarios para tener una buena salud. Obviamente no sucede así en el caso de los niños y/o adolescentes que necesitan protección y supervisión. Es oportuno recordar que unos 55.000 jóvenes europeos, de entre 15 y 29 años, fallecen cada año por consumo de alcohol, variando la cifra según países del 13% al 32% con mayor porcentaje en los países del este. En los «Indicadores de salud materno-infantil en Cataluña 1997-1999» se reconoce que la cifra de adolescentes gestantes pasaron de 3,5 por mil en 1987 a 6,7 por mil en 1999, una tasa que está por encima del objetivo marcado en el Plan de Salud para el año 2000 (la cifra sería menos de 4 por mil). Sin embargo las cifras de mortalidad infantil bajaron de 8,8 casos por mil en 1987 a 4,1 por mil en 1998.

INNOVACIÓN

La medicina en general y la pediatría en particular cada vez tienen más contenido comunitario y social por lo que creemos que los sanitarios han de «salir de la consulta» en la medida de lo posible para acercarse a los ciudadanos en sus barrios, o en la escuela. Pensamos que el contacto ha de ser directo e impregnado de calor humano pa-

ra que no ocurra lo que afirma Michael Peckman⁽⁴⁾ «el médico puede llegar a resultar tan remoto para sus pacientes como el piloto que tripula un avión de líneas aéreas para sus pasajeros: todos reconocen su liderazgo y aceptan someterse a sus decisiones pero nadie le conoce».

Como afirma Juan A Gómez Rubí⁽⁵⁾ la medicina se desenvuelve como una empresa de servicios que actúa en centro de salud, hospital, urgencias etc. y cuyo fin es proporcionar la mayor calidad y eficiencia. En este concepto hay que incluir la Educación para la Salud como arma sanitaria muy importante, y en esta línea de pensamiento los pediatras deben saber que esta materia educativa debe formar parte de su actividad dentro del horario laboral. Peters y Waterman publicaron el libro «In search of excellence» («En busca de la excelencia») en el que afirman con relación a la empresa que «hay que fomentar la autonomía y el espíritu renovador, tener en cuenta la opinión de los usuarios y basar la productividad en la innovación». Esta idea es perfectamente aplicable a la Pediatría del siglo XXI. También parecen acertadas las reflexiones del Prof. Felix López al afirmar que hay que acabar con la idea del profesional paternalista y dar más importancia a los usuarios. El pediatra moderno es el profesional encargado de escuchar, aportar sus conocimientos, ofrecer la ayuda necesaria y prevenir.

PARTICULARIDADES

Existen diferencias significativas a la hora de promocionar la salud de neonatos, lactantes, pre-escolares, escolares y adolescentes aunque los dos grandes grupos de acciones están reconocidos⁽⁶⁾: *comunitarias* (vivienda, educación familia, características socio-económicas, accesibilidad sanitaria, etc.) y *sanitarias* (alimentación, prevención, cumplimiento de tratamientos, medio ambiente, educación para la salud etc).

Es evidente que la prevención en la adolescencia tiene unas connotaciones particulares dada la morbilidad peculiar de esa edad en la que un grupo importante se encuentra en riesgo evitable. En el estudio realizado en Cantabria⁽⁷⁾ en el año 2000, representativo estadísticamente de esa comunidad autónoma, el 80,4% de los adolescentes de 12 a 16 años considera el tabaco como una droga, el 44,5% no cree que el alcohol sea una droga, el 69,2% ha probado el alcohol aunque la mayoría, 92,9%, son bebedores de fin de semana. A los 15 años fuma el 29,4% y bebe el 61,8%. El 10,2% declara consumir hachís.

Por otra parte el Plan Nacional de Drogas informa que en el año 2000 el 19,4% de los adolescentes de 14 a 18 años consumieron cannabis en los últimos 30 días, pastillas de éxtasis el 2,5%, cocaína el 2,2%, anfetaminas el 1,8% y alucinógenos el 1,9%. Ante estas y otras cifras es obligado preguntarse si la Educación para la Salud que hacemos es la adecuada. Creemos que hace falta generalizar los programas del adolescente sano y unas consultas adecuadas a este grupo de edad⁽⁸⁾, que es nuestro relevo generacional, pero que en cierto modo y en algunos sectores, está a la intemperie social sufriendo las consecuencias del ejemplo de una sociedad consumista, tecnológica a ultranza y deshumanizada que les reprocha lo que antes les ofrece y que se esmera poco en la prevención de actividades de riesgo frecuentes a esa edad.

EDUCACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD

En el consultorio

La Educación para la Salud de los pacientes es definida por la Academia Americana de Pediatría como un medio para lograr un estado óptimo de salud en lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes y puede realizarla el pediatra, con la colaboración de otros sanitarios, en la consulta a través de los consejos, sugerencias verbales o por medio de folletos para control de la fiebre, alimentación, prevención de accidentes etc. Existe también la posibilidad de hacer folletos a medida de

las necesidades de cada familia aprovechando espacios en blanco preparados a tal efecto. Es evidente que estas técnicas facilitan la adherencia a los tratamientos, reducen el consumo de medicamentos y aumentan la confianza y seguridad de los padres⁽⁹⁾.

Educación grupal

Se puede orientar a grupos de padres sobre temas específicos o también para el manejo del niño sano. Es posible aprovechar las sesiones dirigidas a las madres antes del parto para formar grupos que tendrán continuidad.

En la comunidad

Cada vez es mayor la preocupación de los colectivos vecinales y/o agrupaciones de familias por recibir formación en materia de salud. También existen organizaciones con experiencia en el diseño de programas de servicios con las que se puede colaborar siendo posible que el pediatra se convierta en un asesor de aquel grupo. Por otra parte desde la comunidad se pueden captar problemas y necesidades de salud infantil que el pediatra estudiará y tratará convirtiéndose en educador y defensor de la salud infanto-juvenil

A través de los medios de comunicación

Es bien conocida la influencia de los medios de comunicación en la opinión pública, lo que puede ser aprovechado para la difusión de mensajes adecuados a través de entrevistas, programas periódicos o siendo el pediatra un columnista. Es recomendable aprovechar la puesta en marcha de campañas preventivas (vacunaciones, accidentes, tabaquismo, etc) para incidir en los medios reforzando el objetivo sanitario.

En la escuela

La escuela es un lugar idóneo para hacer Educación para la Salud ya que allí convergen padres, educadores, alumnos y sanitarios. Siempre se ha hecho EpS con mayor o menor frecuencia, intensidad y acierto, aunque se atendían preferentemente los problemas físicos; en la actualidad este concepto está superado y se contemplan con gran interés los aspectos psíquicos y sociales formando lo que se llama Escuela Saludable⁽¹⁰⁾ que es aquella que posee un ambiente sano donde se aprende de manera saludable y solidaria con el medio.

Es conveniente resaltar la diferencia entre Promoción de la Salud (PS) y Educación para la Salud (EpS). La carta de Otawa sobre PS la define en 1986 «como la capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla» e indica cinco estrategias para actuar sobre los factores que influyen en la salud de las personas:

1. Desarrollar políticas que apoyen la salud.
2. Crear entornos favorecedores de salud.
3. Desarrollar las aptitudes y los recursos individuales.
4. Reforzar la acción comunitaria.
5. Reorientar los servicios de salud.

La PS es un concepto más amplio que el de EpS ya que en esta última prima la promoción y prevención sobre el tratamiento, siendo su objetivo más específico el desarrollo de las aptitudes y los recursos individuales. Como afirma Gavidia Catalán⁽¹¹⁾ «la Escuela Promotora de Salud reconoce que la EpS no se hace solamente a través del currículo escolar sino por el apoyo mutuo que se prestan la escuela, la familia y la comunidad», y aquí incluimos al pediatra ya que como hemos dicho anteriormente debe proyectarse hacia la sociedad.

APLICACIÓN

La EpS desarrollada en la escuela es apropiada y efectiva si se mantiene a lo largo del tiempo y se utilizan técnicas adecuadas, lo que

no es objeto de esta exposición, y así lo refrendaron en 1991 los expertos de la UE reunidos en Lubeck (Alemania) donde redactaron un documento para diseñar los ejes preventivos en torno a seis problemas no exclusivamente pediátricos: cáncer, droga, sexualidad, alimentación, alcoholismo y sida.

La EpS puede hacerse de dos formas: una tradicional basada en charlas, talleres, uso de nuevas tecnologías y otra integrandola como materia transversal en el currículo de los alumnos. Son temas transversales aquello que se encuentran en todas las áreas o disciplinas y penetran en ellas dotandolas de un contenido más cercano a la realidad⁽¹⁰⁾. En el caso de los contenidos de salud «estos se constituyen en núcleos estructurantes en lugar de las áreas o disciplinas, y estas se convierten en instrumentos que aportan sus contenidos, sus procedimientos, sus valores etc para resolver los problemas globales que se presentan»⁽¹⁰⁾.

Suscribimos la tesis de M. Barrueco y cols.⁽¹³⁾ que afirman que «la EpS forma parte con la educación moral y cívica, la educación para la paz, igualdad de sexos, educación ambiental, educación del consumidor y la educación vial, de aquellos contenidos que por su diversidad de vertientes y universalidad no pueden formar parte de ninguna asignatura concreta pero que en cambio deben estar presentes en todas y cada una de ellas».

EFFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

De la revisión hecha por M. Hernán, M. Ramos y A. Fernández⁽¹⁴⁾ sobre 214 intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes españoles entre 1995 y 2000 se deduce que las acciones encaminadas a no iniciar el consumo de tabaco o abandonarlo son bastante eficaces. En menor medida se cuantifican los aspectos relativos al consumo de alcohol, y los resultados no son concluyentes en lo referente a las drogas ilegales, aunque parece clara la importancia de la familia y de los pares como factores protectores. Apenas hay intervenciones destinadas a la prevención de accidentes de tráfico a pesar de la enorme importancia que tienen en la morbi-mortalidad infanto-juvenil. Los citados autores no pueden llegar a conclusiones sobre la prevención de actividades sexuales de riesgo en adolescentes y jóvenes por la metodología empleada en los trabajos investigados.

En nuestra experiencia las actividades que se desarrollan y man-

tienen como una actividad escolar o extraescolar y que cuentan con el apoyo de profesores y la colaboración de familias y asociaciones de padres y madres son efectivas, aunque el grado de eficacia se reduce en la adolescencia y se ha de profundizar en los métodos empleados en la EpS para que sean eficaces⁽¹⁴⁾ así como en la evaluación de los resultados, ya que si los resultados no son medibles y trasladables a otros lugares su eficacia puede ser baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoldi M, Segura Corretge M. *Guía de Salud y Desarrollo Personal*. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1995.
2. Serrano Gómez I. *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Edit. Díaz de Santos, 1997.
3. Vallés F Belsué. *XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Cardiología*. Octubre 2001.Barcelona.
4. Peters TJ, Waterman RH. *En busca de la excelencia. Las empresas mejor gestionadas de Estados Unidos*. Barcelona: Folio 1992.
5. Gómez Rubí J. De premiar la productividad a incentivar la ineficiencia, una preocupante pendiente rebaladiza. *Jano* 7-13 Septiembre 2001;**LXI** (1398).
6. Garcia Gscheide A, Garcia Caballero C. Programas de salud en el neonato, lactante y preescolar. *Pediatría Integral* 2001;**6**(1):11-28.
7. Paniagua Repetto H, Garcia Calatayud S, Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. *An Esp de Pediatr* 2001;**55**(2):121-128.
8. Cornellá i Canals J, Llusent Guillamet A. Atención a la salud integral del adolescente desde los servicios de atención primaria. *Pediatría Integral* 2001;**6**(1):33-41.
9. E Bar M. La Educación de la comunidad en la práctica médica. *Pediatrics in Review* 2001;**22**(5):163-169.
10. Gavidia Catalán V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2001;**75**(6).
11. Organización Mundial de la Salud. Oficina regional para Europa, Health Promotion. *A discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud, 1986.
12. Castellano Barca V. El Pediatra como educador de educadores de adolescentes. *An Esp Pediatr* 1999;Suplemento 124:54-55.
13. Barrueco M y cols. Prevención del tabaquismo en los centros escolares españoles. *Archivos de Bronconeumología* 1998;**34**(10).
14. Hernán García M, Ramos Monserrat M, Fernandez Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre la promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública* 2001;**75**(6):491-503.