

**Curso Especial de Posgrado en
Atención Integral de Salud para Médicos Generales**

**m ó d u l o
D O S**

**Promoción, Prevención y Educación
para la Salud**

**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



Promoción, Prevención y Educación para la Salud /
Ileana Vargas Umaña; Oscar Villegas del Carpio; Aurora
Sánchez Monge; Kristin Holthuis. - 1 ed. - San José,
Costa Rica, 2003.

171 p. : 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso Especial de Posgrado Atención Integral de Salud

ISBN:
ISBN:

1. Promoción de la Salud. 2. Prevención de la
enfermedad. 3. Estilos de vida. 4. Educación para la
salud. 5. Atención Integral. 6. Práctica médica.

Comité Editorial

Alcira Castillo Martínez
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdíán
Alvaro Salas Chaves
Ma. Adelia Alvarado Vives

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora,
Viviana Arroyo Víquez

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Icaza Gurdíán

Coordinación académica por UCR
Ileana Vargas Umaña

Colaboración en el Curso

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
Colegio Holandés de Médicos de Familia (NHG).

Primera edición, 2003

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa de la editorial.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de contenidos

Ileana Vargas Umaña
Oscar Villegas del Carpio
Aurora Sánchez Monge
Kristin Holthuis

Contenidos

7	Presentación
8	Prefacio
9	Introducción
12	Primera unidad
	Promoción de la salud
13	I. Perspectiva histórica de la promoción de la salud
13	A. Antecedentes históricos de la promoción de la salud
17	II. La promoción de la salud en el siglo XX
17	A. Principales acontecimientos
18	B. Antecedentes próximos a la conferencia internacional de promoción de la salud y la carta de Ottawa.
22	C. La política internacional en el campo de la salud después de Lalonde
25	III. Conceptos y estrategias
25	A. Conceptualización de la promoción de la salud
30	IV. Estrategias para aplicar la concepción de la promoción de la salud.
30	A. La acción intersectorial e interinstitucional
31	B. Participación social y comunitaria
34	C. La coordinación de políticas saludables
36	D. Creación de ambientes saludables
37	E. Orientación de los servicios
42	V. Referencias bibliográficas

44	Segunda unidad
	Prevención de la enfermedad
45	I. Prevención: distintas concepciones
45	A. Conceptualización de prevención
57	II. Prevención clínica
57	A. Conceptualización de prevención clínica
58	B. La prevención clínica en el quehacer del médico
62	C. Componentes de la atención preventiva
68	III. Detección temprana
68	A. Conceptualización de detección temprana
69	B. Aspectos éticos.
72	C. Metodología para la detección temprana y captación oportuna aplicada a la hipertensión arterial
80	IV. Referencias bibliográficas
85	Tercera unidad
	Educación para la salud
86	I. Conceptos y principios de la educación para la salud
86	A. Conceptualización de la prevención
88	B. Algunos principios de la educación para la salud
90	II. Niveles de intervención en educación para la salud
91	A. Educación masiva
91	B. Educación grupal
92	C. Educación individual
94	III. Educación para la salud en la práctica médica
96	A. Algunas formas de brindar educación para la salud
99	B. Etapas del proceso de la educación para la salud a nivel individual
108	C. El proceso del cambio
122	IV. Planificación de un proyecto educativo
122	A. La planificación
124	B. Técnicas educativas para la educación grupal
134	V. Referencias bibliográficas

136	Cuarta unidad
	Estilos de vida saludables
137	I. Conceptualización
137	A. Antecedentes
138	B. Conceptos
140	C. Relación de los estilos de vida con la distribución de la mortalidad
144	II. Factores que influyen en los cambios de comportamiento
144	A. Algunos aspectos de la socialización
146	B. Influencia de las características sociodemográficas, económicas y culturales
148	C. Las personas y organizaciones significativas como agentes de cambio
149	D. Modelos de comportamiento
157	III. Orientaciones para el fomento de los estilos de vida saludables
157	A. Las intervenciones en promoción y prevención
163	B. Principios clave para las acciones en salud pública
168	IV. Referencias bibliográficas

Presentación

Prefacio

El Curso ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para actualizar adecuadamente los conocimientos teórico-prácticos del recurso médico en el primer nivel de atención.

La combinación de producción de material teórico-metodológico instrumental, representa uno de los ejes de desarrollo de la línea argumental de los programas de extensión docente de la Escuela. La articulación de herramientas e instrumentos para la atención médica integral con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención.

En todos los casos los módulos -dada su integración- se vinculan y realimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementaridad.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 13 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, de la CCSS, de la Universidad de Costa Rica y otras instituciones públicas, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública. Este módulo de Atención Integral de Salud constituye el material didáctico básico del Curso, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo y que junto con el segundo módulo: Promoción, prevención y educación para la salud, constituyen los ejes del curso.

Alcira Castillo Martínez
Directora
ESCUELA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Introducción

La salud y el bienestar son bienes a los cuales aspiran las personas y colectivos sociales. Cuando se piensa en tener salud y en curar la enfermedad, existe la tendencia a tener como referente a la institución hospitalaria y a los profesionales de ese ámbito. Para algunos, es difícil concebir que la producción de la salud tenga que ver, además, con otros profesionales y otros sectores. Ahí reside el mérito de la promoción de la salud, que; poco a poco; ha ganado un espacio, no solo dentro del sector de la salud, sino en otros actores sociales fundamentales por su incidencia sobre los determinantes sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad, y posibilitan mantener y mejorar la salud. Para poner en función la promoción de la salud en los Servicios de Salud, se requiere de un cambio en la forma como se gestionan los servicios desde y hacia la salud y no desde la enfermedad, aspecto que compete a la prevención.

Este módulo tiene como propósito, brindar los elementos teóricos y metodológicos para la puesta en práctica de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención, a fin de que sirvan de insumo a los médicos y las médicas generales para su práctica cotidiana y el trabajo conjunto con los otros miembros del EBAIS, para mejorar la salud y prevenir la enfermedad en las personas del sector que dependen de su responsabilidad. Por tanto, dada su importancia, tales disciplinas se incorporan en el “Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud”, como ejes transversales.

La Primera Unidad, aporta los elementos referentes a la promoción de la salud. Está compuesta por dos partes: la primera en que se destacan los principales antecedentes históricos del surgimiento de la promoción de la salud, o la segunda, orientada al análisis de las principales estrategias, enfatizando en la participación comunitaria como uno de los requisitos fundamentales de la promoción de la salud. En esta parte, se pretende sistematizar lo histórico y metodológico específicamente. La educación para la salud y el tema de los estilos de vida saludables, se desarrollan más específicamente más adelante.

La Segunda Unidad se refiere a la prevención de la enfermedad. En ella se conceptualizan los diferentes niveles de prevención y se realiza el deslinde correspondiente con la promoción de la salud. Además, se brindan elementos básicos sobre la prevención clínica, como elemento fundamental en el quehacer del médico. Por último, se puntualiza en la detección temprana, como una de las herramientas fundamentales en los programas de prevención.

La Tercera Unidad aporta algunos elementos de importancia para fortalecer la labor del personal de salud, en el área de la educación para la salud. Se revisan los elementos conceptuales generales, los niveles de intervención, el proceso de cambio y la planificación de un proyecto en educación para la salud.

La Cuarta Unidad presenta una idea general de la importancia actual de incorporar la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención de comportamientos de riesgo en la atención a las personas. Describe algunos factores que influyen en el comportamiento orientado a estilos de vida y de las actividades para llevarlos a cabo, con la intención de formular intervenciones en estilos de vida aplicables en el primer nivel de atención.

**Objetivo
específico**

O

Ejemplo

Ej.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl.

Objetivo General del Módulo Dos

Poner en función las principales estrategias e instrumentos de la promoción, prevención y educación para la salud, primordiales para la atención integral a las personas y su familia.

PRIMERA

U N I D A D

Promoción de la Salud

Objetivo General de la Primera Unidad

Analizar los conceptos básicos relativos a la promoción de la salud

I. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

O

Valorar el surgimiento de la promoción de la salud en el contexto de la salud pública

A. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Las explicaciones sobre la causalidad de los fenómenos de la salud y sus formas de intervención, han variado históricamente. Una revisión de las concepciones sobre la salud, en el marco de la práctica médica, nos puede mostrar que dichos conceptos se desplazan desde la perspectiva biológica, hasta modelos con un carácter ecológico e integral.

La promoción de la salud es una práctica muy antigua:

Ej.1

Los Griegos hablaban de valores de la salud y de estar saludable. Recomendaban dietas y ejercicio que hoy día se consideran en la construcción de estilos de vida saludable

Ej.2

Los romanos se preocuparon por el sistema sanitario y, sobre todo, le dieron mucha importancia a las técnicas para la conducción del agua. Consideraban que para que una comunidad fuera sana era fundamental contar con un sistema de agua saludable. (Restrepo 2001).

Se pueden encontrar a lo largo de la historia de la humanidad, muchos ejemplos como los mencionados anteriormente; revelan la importancia que se da a la salud en cada sociedad, por cierto que con la influencia de las ideologías y corrientes de pensamiento imperantes, en cada momento histórico.

En épocas un poco más recientes; (siglos XVII y XVIII) se registran grandes descubrimientos en la medicina, no así en la Salud Pública. El microscopio fue uno de los hallazgos que permite aislar a un ser vivo, causante de la enfermedad (el bacilo de la tuberculosis – 1882). Esto marca la era de la revolución microbiológica que consolidó la idea de que la salud era, principalmente, producto de la influencia de factores de naturaleza netamente biológica y que, por tanto, con su control se lograría, a su vez, controlar la salud de los individuos y de la comunidad.

Lombardi (1992), nos señala en su ensayo sobre clínica psiquiátrica y clínica psicoanalítica, que el término clínica deriva del griego *klinos* que quiere decir “lecho”; entonces, el *clínico* era el que asistía al enfermo que guardaba cama.

Señala este mismo autor que el término clínica no fue utilizado por los médicos hasta 1600; porque hasta 1790 surge la ciencia moderna y, con ella el modelo clínico, aunque la medicina existía desde hace mucho tiempo. El modelo clínico implica el primer acceso o apertura del discurso científico a la singularidad de un sujeto, fundamentalmente si este padece una enfermedad.

En este momento, la medicina pierde su carácter tradicional. Su práctica cada día se aleja del vaivén entre lo mágico y lo racional. La función de un médico no va a estar tan determinada por los señalados factores, sino que por un método científico que respalda su práctica.

Todos estos elementos evolutivos van clarificando la necesidad y los procedimientos en torno de los cuales debe moverse la promoción de la salud.

Concl.

La clínica fundada en el discurso de la ciencia conduce al médico moderno a fundamentar su práctica en un modelo de intervención cuyo principal objetivo es identificar el síntoma y elaborar un diagnóstico; descontextualizando al individuo de su entorno.

En un principio el sujeto tenía un lugar importante, en su relación con el profesional, en este caso el médico, pero conforme avanza el siglo XIX, el desarrollo de la tecnología en salud y de la farmacología, hacen que la frescura del acto clínico, se pierda, se vea interrumpido y se transforme en un acto en que se valora el síntoma; se hace un diagnóstico y se aplica una determinada tecnología o un fármaco. Esto dará los elementos para la promoción de la salud en el marco histórico que aquí se comenta.

La intervención médica de carácter biólogo en relación con el problema de la salud resulta inadecuada desde el punto de vista teórico práctico como herramienta, para mejorar la salud de las poblaciones (Colomer, 2001).

En los textos de los historiadores de la medicina o de la historia social de la ciencia como, por ejemplo, las obras de John Bernal, Pedro Laín Entralgo, Henry Sigerest, entre otros, se presenta el análisis de los datos históricos que describen la riqueza y multidiversidad de los adelantos científicos de la medicina, la microbiología, la patología y otros.

La corriente biomédica y medicalizada adoptan, con el descubrimiento de los agentes microbianos causantes de la enfermedad, procedimientos sofisticados de diagnóstico y tratamiento a través de los antibióticos. Esto produce una exagerada confianza en la tecnología y genera la ilusión de que los modelos de curación son los más importantes. Se cree que resuelven los problemas de salud de los diferentes sectores sociales, caracterizados por las desigualdades sociales que genera el nuevo orden mundial, principalmente en la Europa occidental.

Por esa razón, en forma paralela se va gestando un movimiento social que denuncia las consecuencias que el nuevo orden económico (el capitalismo) ejercen sobre la vida de importantes colectivos sociales.

**Funciones
del
pensamiento
social de los
siglos XIX**

Pensadores como Marx, Engels, Villarmé
Virchow :

- Denuncian las condiciones de salud de la población.
- Plantean la importancia de rescatar a la comunidad como escenario fundamental en la vida de los individuos.
- Proponen prácticas de intervención para resolver los problemas colectivos de la salud, que van más allá del modelo clínico.

Ej.

Rudolf Virchow, patólogo Alemán que fue elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la epidemia de tifo en la localidad de Silesia; podemos observar que sus recomendaciones tienen hoy absoluta vigencia

Recomendaciones de Virchow (1847-1848)

- Los habitantes tienen derecho a comunicarse en su propia lengua.
- Deben tener un gobierno autónomo.
- Propicia el mejoramiento de la agricultura.
- Plantea la existencia de la organización comunitaria.
- Postula que las condiciones de vida son las causas y determinantes de las condiciones de la salud de esta población.

Concl.

Para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población es necesario considerar que “, además de los organismos biológicos y el medio físico contaminado, existen aspectos psicosociales o socioculturales que permiten explicar la presencia de formas específicas de enfermar y de morir para cada sociedad” (OPS, 1994). Una tarea de este tipo es función que debe propiciar la promoción de la salud.

Los costos de la atención de la salud, la creciente marginalidad de muchos grupos de la población y el surgimiento de movimientos sociales, entre otros aspectos, llevaron a revalorizar los modelos de atención basados en alta tecnología que favorecía el desarrollo hospitalario, incipiente en ese momento.

Surge, luego, la propuesta de la medicina preventiva como estrategia de vasto alcance y que dio un resultado importante en el combate de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La prevención como estrategia se verá en el II apartado, aquí solo se menciona como una parte de esta reflexión y para señalar que este enfoque ha sido muy importante para dar respuestas a los problemas de algunos grupos de riesgo, pero no ha sido suficiente para responder a las necesidades, ni para convocar como emergentes sociales a los grupos de la población, ni a las instituciones de salud, para trabajar por el fomento de la salud de la población, lo cual le corresponde a la promoción de la salud.

II. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XX

A. PRINCIPALES ACONTECIEMIENTOS

Las diferentes respuestas a los problemas y necesidades de la salud colectiva, han dejado muy en claro, la relación existente entre la salud y los determinantes sociales.

En el siglo XX, este interés de analizar los determinantes de la salud, distintos de los de la naturaleza biológica, se afianzó en el siglo XX con los trabajos del historiador de la medicina Henry Sigerist, el cual en 1945 utiliza por primera vez el término de la **promoción de la salud** entre las cuatro funciones de la medicina (Restrepo, 2001):

Henry Sigerist

Funciones de la Medicina:

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Restauración del enfermo
- Rehabilitación

Este autor señala que, para elevar el nivel de la salud hay que preocuparse por el mejoramiento de las condiciones de trabajo, de educación, ejercicio físico y de los medios necesarios para el descanso y la recreación (Albarran, 1997).

Considera que se requieren los esfuerzos coordinados de muchos grupos sociales para alcanzar esta meta, como los políticos, los trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos. Estos últimos, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer los patrones de la intervención. El programa propuesto por Sigerist consistía en mejoras en la educación, en las condiciones de trabajo, en materia de recreación y descanso, en cuanto a la organización de los servicios de salud.

**El aporte
de Sigerist**

Influyó en los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1948 plantea una definición de salud que incorpora no solo la ausencia de enfermedad e invalidez, sino que, visualiza la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”. Por primera vez, la salud se define en términos positivos y se ve como algo más que la ausencia de enfermedad. Además, incluye por primera vez el área mental y social.

B. ANTECEDENTES PRÓXIMOS A LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CARTA DE OTAWA.

En 1973 Laframboise, administrador del ministerio de salud de Canadá, sienta las bases del modelo de promoción de la salud, al señalar como componentes principales los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la biología humana (Rodríguez Artalejo, 2000).

Las propuestas señaladas anteriormente, fueron retomadas en 1974 por el Ministerio de Salud del Canadá, con Marc Lalonde a la cabeza, el cual publicó el documento "A new perspective on the health of the Canadians: a working document" (Health and Welfare, Canadá, 1974).

El trabajo de Lalonde es el reflejo de todas las investigaciones y pensamientos en torno a la epidemiología de las enfermedades no infecciosas. Se pasa del concepto de salud al concepto de campo de la salud, que fue de nuevo validado en la reunión sobre teoría y práctica de la salud pública (OPS, 1991).

Lalonde y su equipo argumentan que el campo de la salud está relacionado con cuatro componentes:

**Lalonde
Componentes
del campo
de la salud**

- Biología humana
- Medio ambiente
- Estilos de vida
- Organización de la prestación de servicios de salud

El informe Lalonde es el resultado de un pensamiento que se inicia, quizás , de manera más tímida a principios del siglo XX, con Iván Illich que en su libro “Némesis médica”, hace una crítica radical al gasto del sector salud e insiste en las limitaciones del modelo clínico dominante, que trata la enfermedad y no de sus verdaderas causas. Para Lalonde, los factores determinantes de la salud están en el ambiente y en los estilos de vida, y son responsables del 80% de los problemas de salud. Las acciones para fomentar la salud de los colectivos sociales, no consisten en aumentar el gasto de los servicios, sino en la mejora de las condiciones de vida de la población entre otras cosas. (Restrepo, 2001).

Para facilitar la comprensión del modelo Lalonde, se incluye el siguiente ejemplo en relación con la prevención de la osteoporosis en adultos jóvenes

Ej.

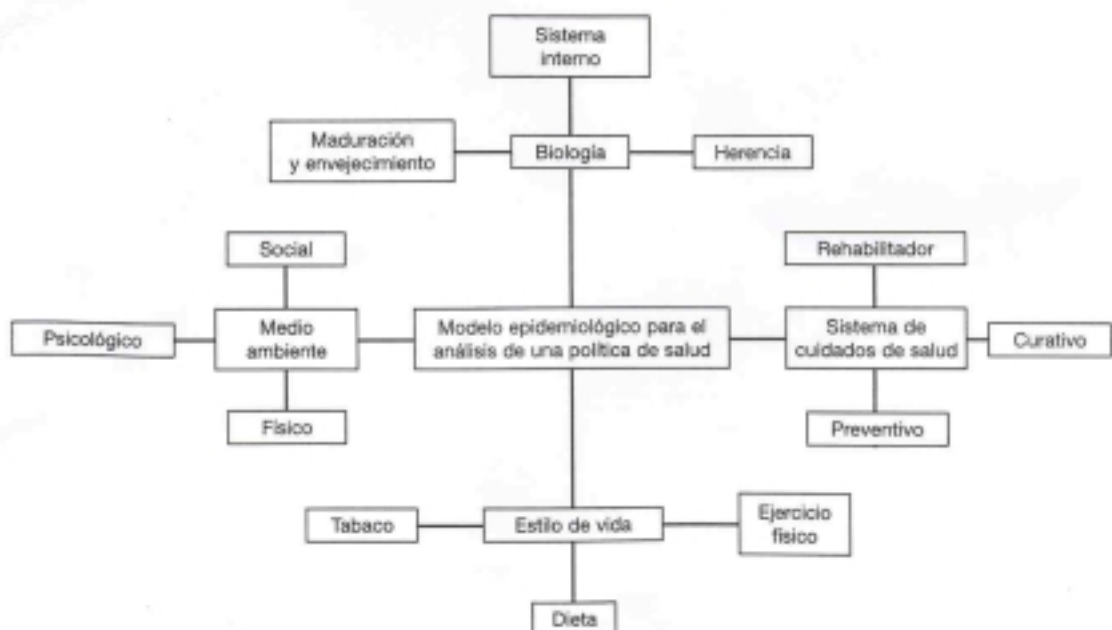
Es preciso identificar cuáles son las medidas preventivas que se deben aplicar en cada uno de los componentes de este modelo, para disminuir el gasto en salud. Se destaca la importancia de incluir dos dimensiones que son; estilos de vida saludables y medio ambiente. En un enfoque tradicional la prevención de la osteoporosis se consideraría, solamente la dimensión biológica.

Tabla 1-1

Estilos de vida	Medio ambiente	Biología	Sistema de cuidados de la salud
Ejercicio Dieta, Suplementos de vitaminas y minerales	Suplementos de fluor en agua potable	Hormonas Calcio Vitamina D Fluor Biopsia de endometrio de hallarse indicada	Educación sanitaria en : Dieta Ejercicio Histerectomía en personas de alto riesgo

Fuente Colomer 2000

Es importante aquí ilustrar con el esquema que propuso Dever en 1976 en Estados Unidos de Norteamérica (figura 1-1), en que incorpora los componentes de Lalonde, pero lo orienta más a la construcción de una política de salud. Este ejemplo no tiene el propósito de ilustrar un problema específico, sino que llama la atención sobre la importancia que tiene el modelo epidemiológico, para aportar dimensiones que contribuyen a la orientación de las políticas de salud. Lo que deja en evidencia que para construir políticas de salud, no es suficiente tener la información de la morbilidad, sino de los determinantes de salud. Esto permitiría, a través de las políticas, plantear intervenciones más allá de la enfermedad.



Otra influencia positiva para la consolidación de la promoción de la salud fue la experiencia de Carelia del Norte, en Finlandia, uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria, cuya meta fue bajar las tasas de mortalidad de este problema de salud. Aunque es una investigación de corte preventivo, es de interés por las siguientes características:

**Experiencia
de Carelia
del Norte**

1. Se construyó sobre un enfoque poblacional que involucró a diferentes sectores de la Sociedad y diferentes disciplinas.
2. Tuvo un componente de participación social y comunitaria muy importante y se abogó por la construcción de políticas públicas saludables, para la disminución del riesgo de la enfermedad coronaria que afectaba la gran parte de la población.

Lalonde, Dever y el programa de Carelia del Norte representan todo un movimiento social que denuncia las limitaciones del modelo clínico, biólogo y individualizado, cuyo principal ámbito de acción es el hospital con capacidad tecnológica para resolver problemas de salud concretos de los individuos.

Consideran insuficiente esta respuesta social y científica, para resolver los problemas de salud y trabajar en su fomento.

A partir de ese momento, los estilos de vida estaban sobre el tapete de la salud pública. La planificación y la economía de la salud se habían empezado a salir del campo de los servicios de salud y habían comenzado a penetrar en el campo social y de las comunidades.

C. LA POLÍTICA INTERNACIONAL EN EL CAMPO DE LA SALUD DESPUÉS DE LALONDE

1. La Asamblea Mundial de la Salud

En 1977

La Asamblea Mundial de la Salud decide que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS, consistía en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Lo importante de esta declaración, es que denuncian las limitaciones de los modelos de intervención de la enfermedad y propone la búsqueda de modelos que actúen sobre los determinantes de la salud. A partir de este momento la OMS incorporara la idea de promoción de la salud y la presenta, junto con la Atención Primaria en Salud (APS), como una estrategia más para desarrollar la política de "Salud para todos en el año 2000".

2. Alma Ata

En 1978

Fue celebrada en Alma Ata (ciudad de la antigua Unión Soviética, hoy capital de la República de Kazajstán), la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS.) Allí se elaboró la Declaración de Alma Ata que propone a la Atención Primaria en Salud como la estrategia para alcanzar las metas propuestas en la política "Salud para Todos en el Año 2000".

En este documento “aparece una llamada intuitiva y global a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud, junto con los otros ejes: equidad, participación comunitaria y reorientación de los servicios (Colomer Cocha, 2000). Este encargo social, no lo puede cumplir la salud pública sin la incorporación de la promoción de la salud , que con sus estrategias y métodos puede actuar en los determinantes de la salud.

Declaración Alma Ata

“Es inaceptable la gran desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los menos desarrollados, así como, dentro de cada país son igualmente inaceptables las desigualdades políticas, sociales y económicas.

Los principales enunciados de la declaración incluyen, entre otras afirmaciones, que la promoción de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida.

La comunidad tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud; y los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de los pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (OMS, 1978).

Alma Ata: Aspectos fundamentales

- APS como la asistencia esencial.
- APS como respuesta social al proceso salud enfermedad

Se define que la APS requiere de un trípode:

- Participación Comunitaria.
- Acción intersectorial.
- Nivel primario de atención

Concl.

A partir de este momento la OMS incorpora la idea de promoción de la salud y la presenta, junto a la atención primaria en salud (APS), como una estrategia más para desarrollar la política de "Salud para todos en el año 2000".

III. CONCEPTO Y ESTRATEGIAS



Conceptualizar la promoción de la salud y sus principales estrategias

A. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Carta de Ottawa, 1986. “Hacia una nueva Salud Pública”

La atención primaria en salud, como filosofía y como estrategia, es el mejor escenario político y social para el fortalecimiento de la promoción de la salud. Esto se plantea en la Conferencia de Alma Ata, y posteriormente se ratifica en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa. El producto de esta reunión es la Carta de Ottawa donde se sentaron las bases doctrinarias de la Promoción de la Salud, y se considera la mejor respuesta a la crisis de los modelos de intervención sobre los procesos de salud y enfermedad.

La promoción de la salud surge en este entorno y la carta de Ottawa marca un hito, que si bien no es suficiente para establecer la promoción de la salud como práctica dominante; la legitima como estrategia fundamental en el campo de la salud pública.

La promoción de la salud es definida desde el marco de la Carta de Ottawa:

**Promoción
de la salud
(Concepto)**

“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. 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 de cambiar y 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, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas “.

Es un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las habilidades y conocimiento de los individuos en salud, sino también se dirige a cambiar, las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo”

**Tarea de la
promoción
de la salud**

Identificar niveles de causalidad y elaborar los modelos de intervención, que desde la perspectiva de la salud pública, deben tenerse presentes a la hora de caracterizar nuestras acciones.

De acuerdo con el concepto de promoción de la salud, estamos frente a una estrategia global, en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales. El objetivo central de la promoción es realizar cambios perdurables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, lo que obviamente implica plantear estrategias e identificar ámbitos de acción.

2. Implicaciones de la promoción de la salud en la población (Colomer, 2000)

Involucra a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.

Se centra en la acción de las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.

Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

Aspira a la participación efectiva de la población, favorece la autoayuda y motiva a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en aprobar y facilitar la promoción de la salud. (Fuente OMS).

3. Campos de acción según la carta de Ottawa

Tarea de la promoción de la salud

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes que favorezcan la salud
- Desarrollar habilidades personales
- Reforzar la acción comunitaria.
- Reorientar los servicios de salud

4. Acciones específicas según carta de Ottawa

Carta Ottawa: acciones específicas

- Abogar por la salud por medio de una combinación de acciones individuales y sociales diseñadas para ganar el compromiso y apoyo político, además de la aceptación para lograr la meta en salud. (Glosario OPS).
- Capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud.
- Mediar entre intereses divergentes a favor de la salud.

Concl.

La Promoción de la Salud no es un simple modelo alternativo, apunta a identificar los determinantes de la salud y a convocar a los diferentes sectores y fuerzas sociales en la producción social de la salud.

Se considera fundamental la participación social y la acción política, de manera que propone un enfoque, que trascienda el de la educación para la salud tradicional, en que la población tiene un papel pasivo y solamente es receptora de un saber. Se insiste en la participación de los diferentes colectivos sociales en la construcción social de la salud.

Alcances de la promoción de la salud

La promoción no se reduce a un cambio de los estilos de vida, sino a la revisión de los determinantes de los estilos de vida, y el conocimiento de los factores que tienen que ver con las desigualdades sociales. No solamente con intervenciones individuales, sino que incorpore acciones sociopolíticas que involucren no solo el sector salud.

Res

La Promoción de la salud solo se logra con equidad social y participación activa de los individuos en los diferentes ámbitos de acción. No hay equidad en salud si no hay equidad social.

La promoción de la salud como estrategia, debe capacitar al individuo sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de sus determinantes sociales de las necesidades en salud.

La participación social y comunitaria se rige por principios y acciones básicas. Implica, entonces, en un nivel operativo trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de los determinantes sociales de las necesidades en salud.

La Promoción como modelo de intervención nos ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Es una estrategia centrada en la intervención y no en el diagnóstico que es solamente un instrumento más en la intervención (Colomer, 2000).

IV. ESTRATEGIAS PARA APLICAR LA CONCEPCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

O

Analizar las principales estrategias en promoción de la salud

Con base en los campos de acción de la carta de Ottawa y la definición propuesta, se discuten las principales estrategias para las acciones de promoción de la salud, que siempre incluyen en el trabajo el nivel local, regional o nacional.

A. LA ACCIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL

La investigación epidemiológica y social, ha demostrado los múltiples determinantes de la salud. Esto nos plantea la necesidad de identificar recursos personales y sociales en los diferentes sectores que tienen que ver con el bienestar de la salud. Por esa razón, la acción intersectorial es fundamental en el trabajo por la salud y se define como “la participación de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinada a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad” (OPS). Entre los implicados en esta acción intersectorial, están los gobiernos, el sector salud y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación y la comunidad.

Ej.

Es importante considerar la atención integral de la salud de los niños y de las niñas desde la perspectiva de género. Las escuelas, hospitales, guarderías y en general las instituciones que tienen que ver con la atención infantil y adolescente pueden ser agresoras. Esto ocurre si las formas disciplinarias de estas instituciones lesionan la integridad física o psicológica de estas personas, si sus prácticas son rutinarias y despersonalizantes, si sus recursos técnicos o materiales son limitados, si su personal carece de la mística o preparación necesaria, si el entorno físico es francamente estéril o degradante (Viquez, 2002).

Concl.

Los esfuerzos que se emprendan por cambiar la vida y la realidad de la niñez y la adolescencia, se verán concretados solo con la participación activa de todos los actores de la sociedad, de modo que todas las instituciones y personas se sientan responsables y comprometidas con el presente y futuro de la niñez y la adolescencia del país.

La acción intersectorial como estrategia, plantea algo muy importante: dar una identidad a las estrategias que esta proponiendo la promoción de la salud y reafirmar que el sistema de salud por si solo no puede alcanzar las metas. Retomando lo expuesto por Víquez, no es suficiente crear la defensoría de la niñez, sino tener un pensamiento intersectorial; es decir, analizar los problemas desde diferentes ángulos, en coordinación intersectorial que permita un verdadero intercambio de recursos. Por eso, es tan importante dentro de lo intersectorial la articulación de los procesos globales en los procesos locales a través de la descentralización. Esto crea la plataforma para plantear proyectos intersectoriales, que permitan no solo disminuir el riesgo de enfermar sino que fomentar la salud del grupo con el que se está trabajando.

B. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

En la concepción de la promoción de la salud se destaca la importancia de que los individuos sean capaces de identificar sus necesidades y satisfacerlas. Esto se logra con la participación social

1. Participación Social

“Es un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior al presente” (OPS, 1999).

En Costa Rica la participación social que se materializa a través de la acción y participación comunitaria forma parte de los principios del proceso de readecuación del modelo de atención en salud en el primer nivel.

La participación se puede dar en diferentes ámbitos, como organización y apoyo de las diferentes organizaciones comunales; de las instituciones prestadoras de servicios, salud, vivienda etc., apoyo político de los gobiernos locales, regionales y de la política nacional.

2. Participación y empoderamiento

La participación de la comunidad como instrumento tiene como meta fundamental llevar a las comunidades a la apropiación de sus propios recursos y acciones (empoderamiento). Este es uno de los requisitos fundamentales de la promoción de la salud, la hace posible y debe ser el producto final de la participación social.

Empoderamiento (Concepto)

“Empoderamiento es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, la de las organizaciones y de las comunidades para ganar control respecto de sus vidas en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. En este sentido, no es ganar poder para dominar a otros sino para actuar con otros intentando lograr un cambio”. (Kornblith y Méndez, 2000).

3. LOS ESTILOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Son muy variados de acuerdo con algunos parámetros como aquellos centrados en problemas o necesidades definidas en relación con las características de la comunidad que incluye: nivel del desarrollo económico y cultural, las características geográficas, el momento político de la región o el país y si estamos frente a una situación de desastre o emergencia.

La comunidad muchas veces sólo participa en una acción, para apoyar un grupo determinado; para la reconstrucción de un edificio público, como una escuela o colegio; para la construcción de espacios de recreación como los parques.

Generalmente, en estos casos el proyecto está elaborado desde la institución pública y la comunidad no toma decisiones, solo contribuye.

La institución social encargada pide la colaboración y la comunidad se organiza y colabora de acuerdo con las capacidades de sus miembros.

Otra forma de participación es en la organización. Cuando la comunidad participa en la organización, estamos hablando de un grado mayor de participación. En el ejemplo de la construcción de las zonas verdes estará presente en la elaboración del proyecto y, sobre todo, la estructura del proyecto estará determinada por las necesidades de la comunidad. El proyecto se planifica para las necesidades de la población y no para los intereses de las instituciones o los vecinos con poder económico.

Algunas juntas de salud del país están luchando por tener un grado mayor de participación en la organización de la consulta, y han encontrado resistencia de parte de las autoridades locales de salud.

La permanencia en un proyecto y un grado de participación cada vez mayor, es lo que lleva a una comunidad a tomar control de sus acciones. Esto ocurre cuando se habla de empoderamiento, propósito fundamental en las acciones de promoción de la salud.

Los procesos de participación se inician con una serie de conversaciones para participar en acciones concretas que luego abren paso a posibilidades de cambio. En esta etapa tanto las instituciones como los representantes de la comunidad deben valorar la identidad de las personas, de las organizaciones para crear nuevas prácticas sociales que conduzcan al empoderamiento.

Ej.

En Costa Rica, en el programa de atención integral del adolescente se ha convocado a varios sectores e instituciones en muchos núcleos del país. En algunos aspectos del programa, se ha logrado un grado de participación. Desde una perspectiva de género han participado en la elaboración de propuestas para la promoción de su salud, sobre todo en el campo de la salud reproductiva. Estas propuestas han retroalimentando otras iniciativas del programa. Esto demuestra que la participación de la juventud no solo debe reconocerse sino que incorporarse en la construcción de las políticas públicas en torno a la juventud (Krauskopf, 1998).

C. LA COORDINACIÓN DE POLITICAS SALUDABLES

Las medidas políticas tienen tanto el poder de proporcionar a los ciudadanos la oportunidad de mejorar su salud así como la de negarles dicha oportunidad. Las políticas saludables facilitan la elección de opciones saludables. Podrían mencionarse políticas de empleo, vivienda, educación, transporte, justicia, desarrollo vial, entre otras (Colomer, 2000). Al trabajar en programas orientados a estos campos, existen intereses contrapuestos entre los distintos sectores sociales.

1. Áreas que pueden cubrir las políticas públicas

Como señala Gómez (1992) es importante que la política pública cubra tres grandes áreas:

- a) El compromiso político del Estado con los principios de promoción de la salud.
- b) La formulación de la política con participación de los sectores involucrados.
- c) El fortalecimiento para que la creación de un entorno favorable para que la legislación se convierta en una política pública. Para ello debe existir un cambio en que el bienestar y salud sean prioritarios en las diferentes instituciones sociales.

**La
Construcción
de la política
pública**

Es muy importante como estrategia de la promoción de la salud. Tiene que ver directamente con la capacidad de empoderarse de los procesos. Aspecto que fue planteado anteriormente. Una política pública tiene que representar la voluntad de los miembros de una sociedad.

Ej.

El enfoque de género debe construirse desde el marco de la política pública. Es una tarea trascendente para un esfuerzo de concreción de las redes que se plantean en el área centroamericana sobre equidad de género en salud (De Negri, 2002).

En Costa Rica, existe la ley de paternidad responsable, recientemente aprobada. Ahora corresponde generar las formas de aplicarla. Para cumplir con este objetivo hay que conocer la normativa legal. No solo por parte de los técnicos y profesionales, sino que también por medio de la propia población, a través de las asociaciones e instituciones como la escuela, la iglesia, los gobiernos. Se necesita dar a conocer los derechos en la legislación.

Ej.

Políticas públicas saludables en saneamiento ambiental
Políticas en relación con la producción industrial.
Exigencias a las industrias para la protección del aire y agua.

Toda ley debe enfrentar el fuerte carácter conservador de las estructuras políticas en su expresión histórica y tradicional. Debe analizar las diferencias nacionales, regionales y locales

Concl.

Se debe convocar a las diferentes organizaciones sociales no solo para una simple información, sino para que participen en el mejoramiento de la ley a nivel de la región y en el ámbito local.

D. CREACIÓN DE AMBIENTES SALUDABLES

La creación de ambientes saludables, está muy relacionada, con las políticas públicas y con estilos de vida saludables. Una de las acciones de la promoción de la salud es el mejoramiento del entorno físico y psicosocial.

Ej.

La medida destinada a la creación de ambientes saludables está encaminada a trabajar en micro ambientes como; vivienda, edificios, escuelas, universidades. Estos son los ámbitos de acción de la promoción de la salud.

En relación con la creación de ambientes saludables es indispensable relacionarlos con los estilos de vida saludables.

Es una estrategia que no debe desarrollarse sin la participación de las comunidades.

Una política de ambientes saludables no tiene el mismo impacto si no se consideran las necesidades sentidas por las comunidades.

Ej.

Los internos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, en su rotación de medicina familiar y comunitaria, están planteando un programa de mejoramiento del espacio urbano a través de la habilitación de áreas verdes para la recreación y el deporte, en el Proyecto Manuel de Jesús Jiménez en Agua Caliente de Cartago.

Han encontrado que las áreas están asignadas, pero están siendo utilizadas por grupos para otros fines. Se piensa discutir el proyecto con la junta de desarrollo comunal, que está muy debilitada y tiene que fortalecerse. Se sabe que es de interés de la comunidad recuperar y embellecer estas áreas.

Se planea ponerse en contacto con la municipalidad de Cartago, para que colabore en la limpieza.

Se cuenta con la colaboración de un grupo de adolescentes que han formado un equipo de fútbol y plantean la necesidad de contar con un espacio limpio y más seguro dentro la comunidad. También se ha involucrado a la escuela.

En conclusión, el proyecto ha dado pequeños pasos, pero es fundamental la participación de la comunidad y de las instituciones públicas y sociales representadas en esta comunidad.

E. ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La estrategia en la promoción de la salud es la reorientación de los servicios. El personal de salud debe tener una participación activa. De hecho, las instituciones de salud son comunidades grupales. Son un recurso más en la promoción de la salud. Se recomienda formar el recurso humano en la filosofía de la promoción.

1. Trabajo en equipo

La promoción de la salud, que se caracteriza por la participación de los diferentes actores involucrados en un proyecto determinado, pone en evidencia la necesidad del trabajo en equipo como una condición fundamental para llevar a cabo las acciones de intervención planteadas en un programa.

2. Juntas de salud

Si tradicionalmente los servicios dedican sus recursos a la atención de la enfermedad, los funcionarios de salud no están muchas veces, en condiciones de incorporar a la comunidad como un recurso más en el trabajo de la salud. Esto lo manifiestan los equipos de salud, por ejemplo, en relación con las juntas de salud cuya participación ha planteado la CCSS, en la política de readecuación del modelo de atención. La salud ambiental debe ser también preocupación de las juntas de salud.

Si los servicios de salud deben redefinir su rol en los programas de promoción de la salud, es fundamental que los grupos de trabajo se transformen en equipos de trabajo. El equipo de salud no consiste en una forma de administrar los recursos humanos, sino de crear una forma de trabajo que corresponda a la realidad y crea dinámica de los servicios. Si la comunidad no es un ente pasivo, tampoco el trabajador (a) de salud debe serlo. Si la comunidad tiene dificultades cuando se la convoca a las acciones de promoción de la salud, este es un camino para resolverlas.

Concl.

El trabajo de equipo y la cultura de equipo es una condición fundamental para cumplir con ese requisito tan importante de las acciones de promoción de la salud, que es una reorientación de los servicios. La elección de una estrategia en promoción de la salud, depende de muchos factores que se deben analizar en cada caso.

En consecuencia, se han discutido las principales estrategias para desarrollar programas desde la orientación de promoción de la salud. También se incluye un concepto que es una herramienta importante: las formas de participación que se dan de acuerdo con los problemas analizados

No se incluyen en esta unidad dos estrategias: estilos de vida saludables y educación para la salud. Estos aspectos, por la importancia que tienen a nivel metodológico, serán tratados en las unidades, tercera y cuarta.

El abordaje de los estilos de vida saludable está relacionado en cada región, por la perspectiva ideológica de la que se parte, en el modelo de educación para la salud que se plantea.

Para concluir esta unidad, se presenta un ejemplo para el caso de Centroamérica, sobre programas y políticas de erradicación de violencia intrafamiliar (Velzeboer, 2002).

Ej.

Este ejemplo fue presentado en el Encuentro de Género y equidad de género en salud, en el año 2002 en Costa Rica.

- En el caso de Centroamérica, varios grupos de mujeres han participado en la elaboración de la política contra la violencia intra familiar.
- Este es un ejemplo de promoción con una buena dosis de participación social y comunitaria.
- Se trabaja en el ámbito de la comunidad, fortaleciendo las redes de apoyo, en torno a la violencia, aquí ha sido muy importante la ayuda mutua, el auto cuidado.
- Se trabaja con diferentes grupos en las comunidades para que conozcan el problema y apoyen las iniciativas. Se enfatiza en conocer cuál es la percepción de la población en torno a la violencia contra las mujeres
- Se trabaja con el equipo de salud, ya que por la concepción biológica de su práctica, tiene dificultades para considerar esta situación como problema de ámbito de acción.
- Se trabaja a nivel intersectorial, con instituciones como la policía y el poder judicial que tienen que ver en estos proyectos, para la propuesta de la agenda política, para luchar por las leyes en contra de la violencia contra la mujer.
- Por último, la meta más difícil de lograr en estos proyectos en el ámbito centroamericano, es la creación de la política pública, que es una las principales metas de la promoción de la salud y el mejor ejemplo del empoderamiento de los grupos en la construcción de su salud.

Este trabajo con los grupos de mujeres en Centroamérica ha recorrido muchos escenarios, que van más allá de los servicios de salud, a saber:

- Mujer y familia,
- Mujer familia y comunidad
- Ámbito regional, instituciones judiciales
- Ámbito nacional. Se presiona para la elaboración de políticas públicas en torno a las necesidades y problemas de las mujeres.

Cada país ha dado frutos diferentes. En Costa Rica se ha logrado aprobar la ley de paternidad responsable. Es una ley que para que se vuelva política pública tiene que seguir analizándose en torno a la participación de las mujeres y la sociedad

Como ya se ha señalado, en las siguientes unidades se desarrollan dos estrategias fundamentales en la promoción de la salud:

- a) La educación para la salud y utilización de medios de comunicación
- b) Los estilos de vida saludables

Por la importancia que revisten en el campo de la promoción, se deben tratar como unidades aparte, porque aportan muchos instrumentos para la intervención en el campo de la promoción.

Concl.

Conforme avanza el siglo XX, el campo de la salud se vuelve más complejo, pues deja en evidencia la necesidad de intervenir en el fomento de la salud y en la prevención de la enfermedad desde una perspectiva que va más allá de los servicios.

Es muy difícil definir la promoción de la salud, porque tiene muchos significados de acuerdo con el lugar en que se desarrolle. Por esa razón, se puede plantear como un principio, como una perspectiva, como una estrategia, como un objetivo, una política y como una fuerza social (Kickbush, citado por Blanco, 1993).

Por último, los procesos de reforma en salud, son un fenómeno general con variantes de acuerdo con las condiciones políticas y económicas de los países. Uno de los propósitos de estos procesos es mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Como respuesta a sus problemas y necesidades, las reformas solo logran sus frutos en el marco de la participación de los grupos de la sociedad civil, del sector privado, de los grupos interesados. Hay que proveer la información necesaria, que permita, a los que representan los intereses de los grupos sociales, utilizarla para incidir en la toma de decisiones políticas en forma más efectiva. La promoción brinda un campo importante en este sentido; por esa razón, no es un simple modelo sino una propuesta social.

Referencias Bibliográficas

Abril, Vicente. **Instrumentos de Psicología Comunitaria. Apoyo Social y Marketing Social**. Editorial Prolibro, Valencia, 1998

Arroyo, Giran y Cerqueira María. **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un análisis sectorial**. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 1997

Colomer Revuelta, Concha y Dardet Díaz, Carlos A. **Promoción de la Salud Y Cambio Social**. Editorial Mason SA., Barcelona, 2000.

De Negri Armando. **Relatoría General del Encuentro Internacional de Políticas Públicas y equidad de Género en Salud. Antología primer encuentro de Género y Equidad de Género en salud**. 2002

Del Cueto, Ana María. **Grupos instituciones y comunidades: Coordinación e intervención**. Lugar Editorial, 1999.

Dabas, Elina. **Redes Sociales .El lenguaje de los vínculos. Hacia la Reconstrucción y el fortalecimiento de la Sociedad Civil**. Piados, 1998.

Fernández. **“La perspectiva de género en la formación de recursos humanos en salud”**. Antología primer encuentro de Género y Equidad de Género en salud. 2002

López Gomes, Marpia Antonieta .y Alvarez, Rodrigo. Departamento de Medicina Preventiva .Área de Promoción de la salud. **Antología Gerencia Médica** .CCSS.

González A., Chacón F., Martínez M. **Psicología Comunitaria**. Textos Visor, 1993.

Hospital General de Ayudas Dr. Teodoro Álvarez. **Jornadas Municipales de Salud Mental Neurosis, Psicosis, Perversión**. Lugar Editorial, 1992.

Ministerio de Salud, Ministerio de educación, Caja Costarricense de Seguro Social. **Manual de Atención Integral en Salud de los niños (as) “Componente de Servicios “**. San José, Costa Rica, 1999.

Kornblit, Ana Lía, Méndez Diz, Ana María. **La salud y la enfermedad. Aspectos Biológicos y Sociales. Contenidos Curriculares**. Primera Edición, Ediciones Aique.

Organización Panamericana de la Salud. **Modelos de Psicología Comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la s Américas. Salud y sociedad**. N°7, 2000.

Organización Panamericana de Salud. **Planificación Local Participativa Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe**. 1999.

OPS. **Promoción de Salud, una antología**. Publicación Científica N° 557, 1996.

Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. **Medicina y Cultura. “Estudios entre la antropología y la medicina”**. Ediciones Bella Terra, España, 2000.

Restrepo, Helena et al. **Promoción de Salud: Cómo construir vida saludable**. 1ª Edición, Editorial Médica Internacional, Bogotá, Colombia, 2001.

Krauskopf, Dina. **La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo: Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes**. Pág. 119-130

Rosales, Carlos y Valverde, José Manuel. **Trabajo en equipo en salud: Conceptos y herramientas para su aplicación**. OPS, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos HSR. Enero 2001.

Glosario de terminología: Iniciativa “La Salud Pública en las Américas. Abril, 2001.

González, Martín A. et al. **Psicología Comunitaria**. Texto Visor, 2da Edición, Madrid, 1993.

OPS. **Temas de Salud Mental en la Comunidad**. Serie Paltex para ejecutores del programa de salud, 1992.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. **Manos a la Salud**. CIESS, OPS/OMS, 1997.

Viquez M. **La atención de los niños y niñas víctimas de abuso. Antología primer encuentro de Género y Equidad de Género en salud**. 2002

Velzeboer Marijke. **Lecciones aprendidas de la implementación de programas y políticas de erradicación de la violencia intrafamiliar. Antología primer encuentro de Género y Equidad de Género en salud**. 2002

SEGUNDA

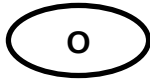
U N I D A D

Prevención de la enfermedad

Objetivo General de la Segunda Unidad

Realizar intervenciones oportunas para la prevención de las enfermedades.

I. PREVENCIÓN: DISTINTAS CONCEPCIONES



Analizar los conceptos básicos relativos a la prevención de las enfermedades.

A. CONCEPTUALIZACIÓN DE PREVENCIÓN

El Sistema de Salud tiene como propósito fundamental el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o aliviarla cuando se presenta y rehabilitar al enfermo. En la unidad anterior se expusieron los aspectos relevantes en relación con la promoción de la salud. En esta unidad se aportan algunos elementos básicos acerca de la prevención que puedan servir de insumo al médico general para su quehacer diario en el primer nivel de atención.

Prevención (Concepto)

“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).



Programas de vacunación específicos para la prevención de las enfermedades infectocontagiosas de la infancia: sarampión, tosferina, rubéola y poliomielitis, entre otras.



Uso del casco y el cinturón de seguridad para la prevención de lesiones en accidentes de tránsito.

Para la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad, se requiere de una buena identificación de sus causas modificables.

El desarrollo de la enfermedad, constituye un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud y es susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo. Mientras antes, se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas.

1. Niveles de prevención

Existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: **primaria, secundaria y terciaria.**

a. Prevención primaria (Concepto)

Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Ej.

Uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Ej.

Donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis.

Ej.

Programas educativos para enseñar como se trasmite y como se previene el dengue.

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud.

Ej. 1

Prohibición del fumado en sitios públicos y autobuses.

Ej. 2

Prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Ej. 3

Control de la emisión de gases en los vehículos motorizados.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

b. Prevención secundaria (Concepto)

Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente un individuo en cualquier punto de su aparición.

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la importancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas.

A continuación; se presentan algunos ejemplos de acciones de prevención secundaria:

Ej. 1

“Prueba del talón” en niños recién nacidos, para la detección precoz de enfermedades metabólicas (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y orina de jarabe de arce).

Ej. 2

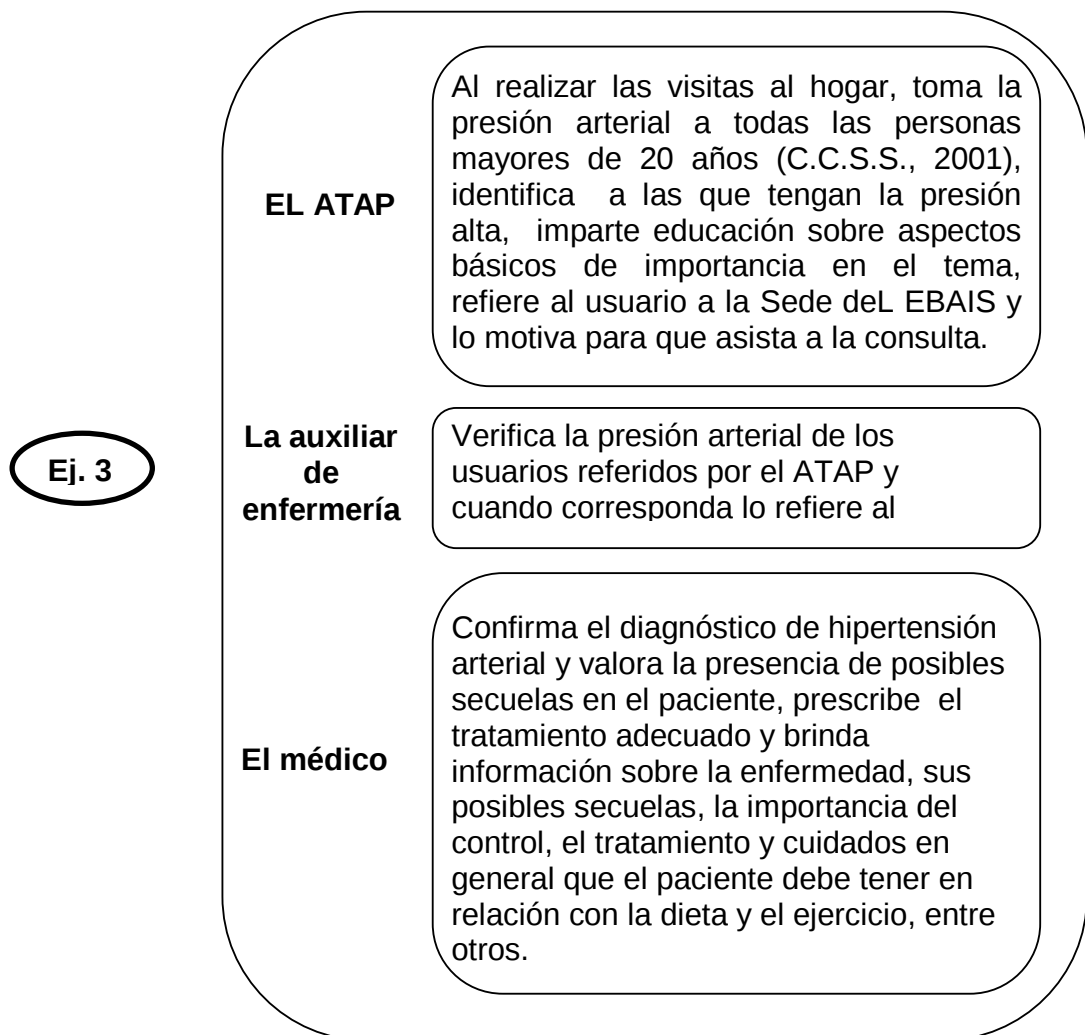
Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la deshidratación en niños con el fin de evitar su progreso a estadios avanzados (tercer grado) .

Ej. 3

Tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales, control periódico y seguimiento del paciente, con el fin de monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

El EBAIS tiene una labor relevante en la captación temprana de los casos en el área geográfico-poblacional a su cargo. Cada miembro del quipo, desde su quehacer, cumple un rol muy significativo en la prevención secundaria. A continuación, se especifican algunas acciones que cada miembro del EBAIS realiza en la detección de la Hipertensión Arterial:



Este ejemplo ilustra, además, la necesidad de la secuencialidad de las distintas funciones de los miembros del EBAIS y la gestión del trabajo en equipo. En el apartado No. 3, se ampliará en relación con este tema.

c. Prevención terciaria (Concepto)

Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilita la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

Ej.1

Educación al paciente diabético sobre el cuidado de los pies, para evitar las secuelas del pie diabético o la ceguera por retinopatía diabética.

Ej.

Terapia física al paciente con secuelas de un accidente vascular cerebral.

Ej.

Entrenamiento del paciente con ceguera para que se pueda movilizar en forma independiente.

Algunos autores describen cuatro niveles de prevención, ya que, además de los tres antes mencionados, agregan el nivel de prevención primordial, la cual se define de la siguiente manera:

d. Prevención primordial (Concepto)

Medidas orientadas a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural, que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de la enfermedad (Beaglehole, 1994).

Ej.

Políticas y programas nacionales sobre nutrición para disminuir la cardiopatía izquémica:

- Desestimular el consumo del tabaco
- Concienciar sobre la importancia de la actividad física.
- Educar sobre alimentación saludable.

Ej. 2

Fortalecer las relaciones vinculares y afectivas positivas en los grupos de padres y en el núcleo familiar de los individuos y grupos con mayor riesgo de consumo de drogas.

La prevención primordial busca incidir en formas de vida y patrones de consumo nocivos que aumentan el riesgo de la población para adquirir una enfermedad. Este tipo de prevención posee un alto grado de complejidad, ya que muchas veces, las acciones por desarrollar requieren de un alto compromiso de los gobiernos para su ejecución.

En el siguiente cuadro, se presentan ejemplos de acciones para los diferentes niveles de prevención, aplicados a la problemática de los accidentes de tránsito:

Ej. 1

Prevención primordial

Concientizar en los siguientes aspectos:

- Sobre la importancia del programa “Conductor Designado”
- Sobre las implicaciones de la violencia en las carreteras y la importancia de respetar las señales de tránsito a la población de choferes.
- Mejor preparación de los conductores para la obtención de la licencia de conducir.
- Sobre la importancia de que los peatones utilicen los puentes peatonales y zonas de seguridad para cruzar las carreteras.

Ej. 2

Prevención primaria

- Uso del casco y cinturón de seguridad.
- Uso del portabebé.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos.
- Buena señalización de las carreteras.
- Uso de los triángulos de seguridad ante alguna eventualidad en la carretera.
- Establecimiento de límites de seguridad.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de las carreteras.
- Diseño adecuado y amigable de las carreteras.
- Control y aplicación adecuada de la ley sobre los anuncios publicitarios (vallas) en las carreteras.
- Señales auditivas para las personas no videntes.

Ej.

Prevención secundaria

- Atención médica oportuna de las personas lesionadas en el sitio del accidente.
- Plan de contingencia tales para la atención de las emergencias relacionada con accidentes de tránsito.

Ej. 4

Prevención terciaria

- Rehabilitación para reducir las secuelas y discapacidades secundarias, producto de las lesiones causadas por el accidente.
- Coordinación con diferentes entidades para facilitar sillas de ruedas a los casos con parálisis permanente.
- Prótesis para los casos que han sufrido amputaciones, como producto del accidente.

En el caso de que no se incluya la prevención primordial dentro de las categorías de la prevención, las actividades incluidas en este rubro formarían parte de la prevención primaria.

Concl.

Hay tres **niveles de prevención: primaria , secundaria y terciaria**. Algunos autores, además, agregan el nivel de **prevención primordial** en el cual incluyen las medidas orientadas a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida que colaboran a elevar el riesgo de la enfermedad. Cada una de ellas, genera acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad.

Mientras más temprano se apliquen las medidas preventivas, habrá mayor efectividad en las acciones para frenar el curso de la enfermedad, o impedir que se desarrolle en el individuo; por lo tanto, las prevenciones primordial y primaria por intervenir antes de que aparezca la enfermedad, pueden contribuir al bienestar de la población en mayor medida.

2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: DESLINDE CONCEPTUAL

Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención se define como una actividad distinta a la promoción de la salud” (OMS, 1998). A continuación se presentan los aspectos relevantes que diferencian la prevención de la enfermedad, de la promoción de la salud:

a. Objetivos

Los objetivos de la prevención se relacionan con los **problemas de salud** y son esencialmente correctivos. Se dirigen a la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad específica o a la protección contra los agentes agresivos.

Contrariamente, los objetivos de la promoción se insertan al interior de una **dinámica positiva hacia la salud**, donde se habla de determinantes de la salud y desarrollo de condiciones favorables a la salud (Gómez, 1992).

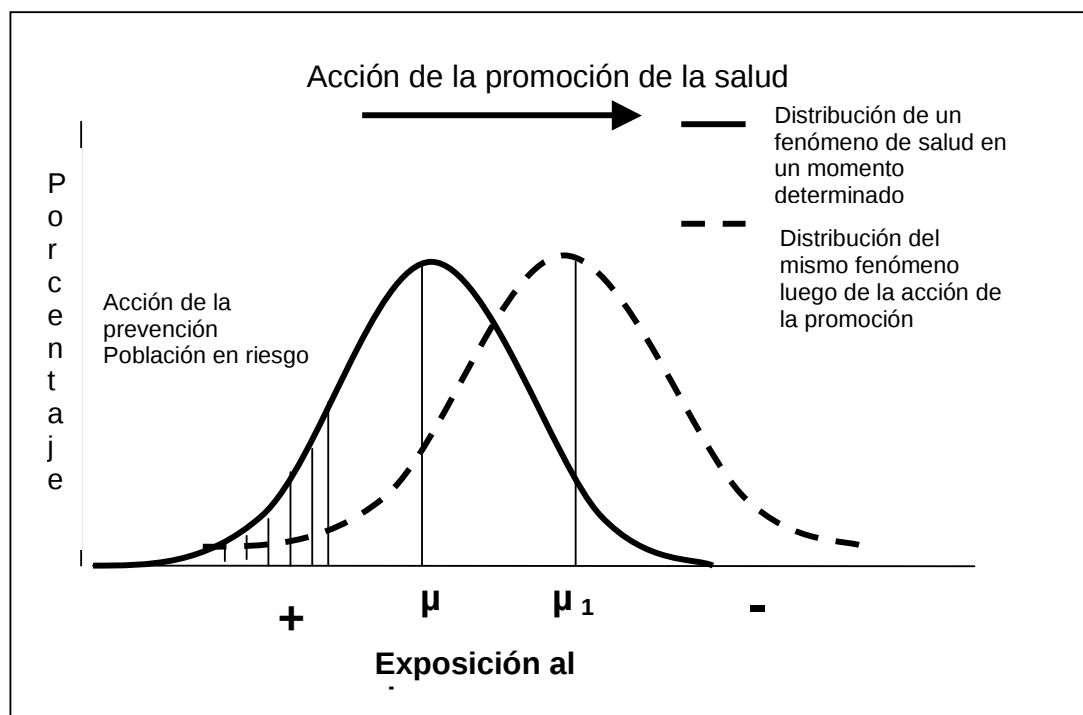
b. Enfoque

La prevención utiliza el **enfoque de riesgo**, o sea que, realiza intervenciones específicas a partir del perfil de riesgo particular de individuos o grupos.

En contraposición, la promoción realiza intervenciones dirigidas a los **determinantes de la salud**, mediante mejoras en los hábitos o las condiciones de vida generales de la población.

En la figura No.1 (Gómez, 1992), se ilustra esquemáticamente el alcance de las acciones de promoción y prevención:

Figura No.1
DESPLAZAMIENTO DE LA CURVA DE DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO
DE UN FENÓMENO DE LA POBLACIÓN, POR ACCIÓN
DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



Mauricio Gómez Zamudio

En el extremo izquierdo de la curva se encuentran las personas con mayor riesgo para desarrollar una enfermedad, hacia el otro extremo de la curva se encuentran las personas con menos riesgo. La prevención dirige sus acciones a los individuos expuestos a los factores de riesgo (extremo izquierdo con rayas verticales), mientras que la promoción dirige sus acciones a toda la población por medio de cambios en las condiciones de vida o los determinantes de la salud que afectan a todas las personas. Procura mover la curva de la población hacia la derecha, alejándola del riesgo.

c. Población blanco

La prevención, por lo general, dirige sus acciones a los **individuos o a grupos pequeños**, en riesgo de adquirir una enfermedad.

La promoción utiliza el enfoque poblacional, o sea que, dirige sus acciones a la **población en general** o a sus grupos poblacionales.

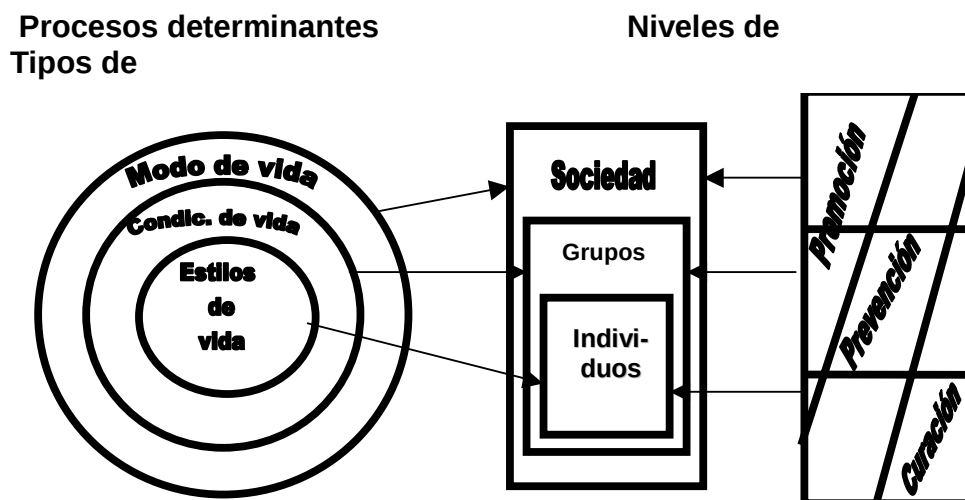
La prevención, al realizar intervenciones específicas, tiene la ventaja de que desarrolla una mejor motivación por parte de los individuos o grupos tratados y de los profesionales tratantes (el médico y el paciente en la consulta médica), de ahí que la consulta médica individual tenga un gran potencial para el desarrollo de acciones preventivas. Sin embargo, tiene la desventaja de que la capacidad para reducir la incidencia a largo plazo, o el riesgo en la población es limitado.

El enfoque poblacional de la promoción, tiene la ventaja de que permite mejorar los indicadores de salud, al realizar intervenciones que producen cambios en la distribución del riesgo o del problema en la población. Sin embargo, tiene la desventaja de que la motivación por parte del individuo no es tan elevada, debido a que los beneficios de la intervención no son tan inmediatos, sino, mas bien, a largo plazo.

Según Martínez y colaboradores (1997), las acciones de prevención, dependiendo del problema y de la actividad específica de que se trate, pueden actuar en los tres niveles: la sociedad, los grupos y los individuos (ver figura No.2). En cambio, las acciones de promoción actúan mayoritariamente a nivel de la sociedad y grupos poblacionales, ya que su alcance se produce mediante modificaciones en el modo y las condiciones de vida, y en alguna medida de los estilos de vida, por tanto, el impacto sobre la salud de los individuos es muy limitado.

En la figura No. 2, se ilustra como la prevención puede actuar en los tres niveles: la sociedad, los grupos y los individuos, sin embargo, sus acciones se dirigen en mayor medida a los individuos y grupos. La promoción actúa sobre la población sus grupos y escasamente en los individuos.

Figura No. 2
Procesos determinantes, niveles y tipos de intervención en salud pública.



Las acciones de curación actúan predominantemente en el nivel individual, sin embargo, tienen impacto sobre las condiciones de vida y los perfiles de salud de los grupos, a través de las modificaciones en los riesgos de morir de los individuos enfermos.

Toda estrategia de intervención, para que sea integral debe ser una combinación, en mayor o menor medida, de los tres tipos de acciones. De hecho, algunos autores se refieren a las acciones en salud como de tres tipos: predominantemente de promoción, predominantemente de prevención y predominantemente de curación y rehabilitación (Martínez, 1997). Lo anterior debido a que, según el tema a tratar, se podría requerir de un énfasis mayor en alguna de ellas.

Concl.

Existen diferencias claras entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin embargo, en algunos aspectos, el enfoque de la prevención primaria presenta similitud con el enfoque de la promoción. Ambas, pueden compartir instrumentos y niveles de intervención. Sin embargo, la población blanco es diferente.

Es claro que la prevención incide en los grupos e individuos en riesgo de adquirir una enfermedad específica, mientras que la promoción de la salud busca incidir sobre los determinantes favorables para la salud de los grupos poblacionales y de la sociedad en general.

II. PREVENCIÓN CLÍNICA



Aplicar las distintas estrategias para la prevención de las enfermedades, con especial énfasis en la práctica clínica.

A. CONCEPTUALIZACIÓN DE PREVENCIÓN CLÍNICA

Uno de los elementos cualitativos del cambio que se ha producido en la Atención Primaria radica en la integración de las actividades de promoción y prevención de parte de los funcionarios de la salud. Las labores que desarrolla el equipo de salud, tienen un elevado potencial preventivo, que debe ser aprovechado con la finalidad de brindar una atención integral e integrada a la población.

Las actividades preventivas habitualmente se integran a la labor asistencial diaria, con el fin de optimizar los recursos y mejorar el servicio que se da al usuario y evitarle visitas adicionales solo para este fin. La integración de las actividades preventivas, requiere de un grado importante de motivación, preparación técnica y colaboración entre los distintos miembros del equipo de salud, porque, de lo contrario, disminuye la efectividad de las acciones programadas por el no cumplimiento por parte de los funcionarios.

En su aspecto específico, el médico general y la auxiliar de enfermería, son elementos clave en la aplicación de las acciones preventivas en la consulta clínica individual, debido a que atienden a la mayoría de la población que consulta en el centro de salud. Las acciones preventivas que se desarrollan en el marco de la atención clínica individual forman parte de la prevención clínica. En particular, en relación con el médico se entiende por:

**Prevención
clínica
(Definición)**

“Interacción entre el médico y el paciente que favorece la salud y previene la enfermedad o lesión” (OPS, 1998).

La prevención clínica se ubica en el espacio que supone interacción de una persona con su médico (u otro miembro del equipo de salud) y comprende maniobras o acciones de prevención primaria y secundaria, ejecutables en el consultorio. Muchas de ellas se dirigen a personas que no presentan los signos y síntomas de los padecimientos que se desea prevenir.

Tareas de los médicos

Las tareas de los médicos en la prevención clínica, consisten en prevenir la enfermedad, detectarla tempranamente, tratar la enfermedad presintomática y promover el funcionamiento óptimo, una vez que la enfermedad se manifiesta clínicamente (Barker, 1991).

La medicina preventiva, comprende distintos procedimientos que van desde el asesoramiento, la detección sistemática y la vacunación, hasta la quimioprofilaxis de las personas asintomáticas.

B. LA PREVENCIÓN CLÍNICA EN EL QUEHACER DEL MÉDICO

Dada la relevancia que tiene la prevención en materia de salud de las personas, vale la pena desglosar algunos elementos en relación con este aspecto, concernientes a la función del profesional médico:

1. Prevención: aspectos individuales

La prevención primaria plantea un gran reto para el equipo de salud y en particular para el médico, ya que este tipo de intervención requiere de un esfuerzo personalizado y eficaz para educar al paciente. Persuadir a las personas para que dejen de fumar y para que mantengan un peso corporal adecuado, por ejemplo, exige algo más que proporcionar información (OPS, 1998). El médico debe asumir el papel de un agente de cambio. Para ayudar al paciente a modificar sus hábitos, tendrá que mejorar su capacidad de comunicación y asesoramiento. Por su parte, el paciente deberá asumir el grado de responsabilidad que le corresponde, para mejorar su propia salud.

**2. Prevención:
aspectos
colectivos**

La prevención clínica, a pesar de que se desarrolla en la consulta individual, debe concebirse también, en términos colectivos, para que pueda beneficiar a toda la población y no solamente a las personas que consultan en los centros de salud. Sobre este tema, se ampliará más adelante el tercer apartado, en materia de detección temprana.

**3. Prevención:
distintas
estrategias**

No existe una estrategia única para la aplicación de los servicios preventivos. Se hace necesario considerar diferentes enfoques. Las estrategias se dirigen a los profesionales de salud, pero también, a los usuarios de los servicios de salud. Es preciso conocer el espectro completo de la percepción de la población, sus preocupaciones relacionados con la salud y los factores que influyen en sus condiciones de vida. Encuestas realizadas en la población (1985 y 1990 en Canadá), indican que el cambio de comportamiento depende del conocimiento de los factores de riesgo, los modelos de comportamiento, el apoyo de familiares y amigos y el asesoramiento de los profesionales de salud (OPS, 1998).

**4. Prevención:
del rol del
médico**

El marco de la atención primaria ofrece una oportunidad excelente para poner en práctica la prevención. El médico, en particular, tiene un rol muy importante en su aplicación como parte de su quehacer durante la consulta. Más del 50% de los médicos ejercen la medicina general, por lo cuál su papel en la prevención puede ser esencial. Cada año entran en contacto con un gran porcentaje de la población, se calcula que un 80% de la población acude al médico al menos una vez al año y el número promedio de visitas anuales de los usuarios de los servicios, es aproximadamente de tres a cuatro.

**5. Prevención:
en la
atención
integral**

En la práctica, las intervenciones preventivas de los profesionales de salud no tienen lugar en el vacío. La prevención clínica debe ser considerada en el contexto más amplio de la salud pública y de una política pública saludable. Las intervenciones de prevención se producen combinadas con los esfuerzos de promoción de la salud, realizados a través de distintos canales, tales como, medios de comunicación, centros educativos y de trabajo, entre otros. Para lograr un enfoque integral de la prevención, será preciso coordinar todos estos esfuerzos individuales con los que realiza la comunidad. Las actividades que se desarrollan en la consulta, sirven para reforzar las actividades de la promoción de la salud a nivel comunitario y los programas de educación de la población a gran escala.

**6. Ventajas
de la
Prevención**

Las ventajas de la incorporación de la prevención a la práctica clínica se han puesto de manifiesto a medida que ha disminuido la incidencia de algunas enfermedades:

- La mortalidad ajustada por edad para el accidente cerebro vascular, ha caído 50% durante los últimos 20 años, esta tendencia puede atribuirse en parte a la detección y tratamiento precoces de la hipertensión arterial.
- La mortalidad por cáncer de cuello uterino también ha descendido 50% a partir de la aplicación de la difusión de los métodos citología del cuello uterino en la mujer (OPS, 1998).

**7. Prevención:
importancia
en la práctica
clínica**

Hay un número importante de consideraciones que apoyan la relevancia que tiene la incorporación de las medidas preventivas en la rutina de la práctica clínica (Barker, 1991):

- Se ha estimado que el 50% de la mortalidad por las 10 primeras causas de muerte en los Estados Unidos, se relaciona con alteraciones en los patrones de conducta, frecuentemente llamados “estilos de vida”.
- La detección temprana y el tratamiento de alteraciones comunes, como la HTA, hipercolesterolemia, cáncer de mama y carcinoma insitu del cuello uterino, reducen efectivamente la morbilidad y mortalidad por éstos padecimientos.
- Aún cuando, las enfermedades infectocontagiosas han sido controladas en gran medida en los países industrializados por prácticas de salud pública como la vacunación, aun continúan presentándose brotes en individuos desprotegidos. Es el caso de la influenza, que continúa siendo una de las causas de muerte prevenible más importantes.

C. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA

Dentro de los componentes de la atención preventiva se pueden citar los siguientes: el examen clínico general e información basal, el examen periódico de salud, los cuidados preventivos para condiciones específicas y la extensión de la prevención a la familia y la comunidad.

1. Examen clínico general e información basal

Consiste en la valoración inicial que el médico le realiza a sus pacientes cuando los atiende por primera vez. Incluye la historia clínica, el examen físico y algunas pruebas de laboratorio de rutina. La información que se obtiene del paciente en relación con las enfermedades que ha padecido o padece, los internamientos previos, las operaciones que se le han realizado, los medicamentos que toma, sus hábitos alimentarios y la historia familiar, entre otros, son indispensables para informar al paciente sobre los cuidados preventivos o curativos que requiere. El examen clínico general tiene además otras ventajas:

Ventajas examen clínico general

- La información que se recolecta puede dar indicios de alteraciones susceptibles de presentarse posteriormente. Es el caso del ECG en una persona con alto riesgo de enfermedad coronaria y la radiografía de tórax en un paciente expuesto a asbestos.
- Posibilita la detección de padecimientos asintomáticos. El aneurisma abdominal, que por su baja prevalencia y por no haber pruebas de tamizaje efectivas, se tiene que detectar clínicamente, a través del examen clínico general.
- La renovación periódica de la historia médica puede ayudar al médico de atención primaria a coordinar el cuidado del paciente.
- El examen médico de los individuos que tienen ocupaciones en las que la vida de otras personas está a su cargo, es esencial para prevenir posibles eventos que puedan poner en peligro la vida de otros. El caso de los choferes y pilotos, es un ejemplo típico.

2. Examen periódico de salud

Esta constituido por un conjunto de actividades, diseñadas para determinar el riesgo que una persona tiene, de contraer una enfermedad en un momento posterior de su vida o para identificar precozmente una enfermedad asintomática. Incorpora medidas de prevención primaria y secundaria. Consiste en la aplicación de medidas preventivas específicas en grupos de pacientes de acuerdo con el sexo, edad y el estado de riesgo.

Ejemplos de medidas preventivas que se pueden incluir en el examen periódico de salud, en los niños de 0 a 1 año de edad, son las siguientes:

Ej.

Consulta de crecimiento y desarrollo en el niño de 0 a 1 año de edad: algunas medidas preventivas.

- Captación temprana del recién nacido para la realización de la Prueba de tamizaje neonatal.
- Confección de la historia clínica y el examen físico a los niños que asisten a la consulta, preferiblemente en el recién nacido y a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses de edad.
- Valoración del crecimiento y desarrollo a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses de edad.
- Vacunación de los niños, según esquema.
- Profilaxis de anemia a los niños de 4 meses a 1 año de edad, según normativa.
- Educación a los padres sobre aspectos de nutrición, estimulación precoz del niño e importancia de la vacunación y de la consulta de crecimiento y desarrollo, entre otros, de acuerdo con la edad del niño (CCSS y col. 1995).

El reconocimiento de los patrones de crecimiento normal del niño sano, resulta fundamental para prevenir en la niñez problemas que más tarde pueden producir alteraciones serias en la salud del adulto (Falkner, 1981).

Para realizar el examen periódico de salud en forma más eficiente, debe aplicarse, de acuerdo con las **normas de atención** establecidas a nivel nacional, para las consultas preventivas.

Normas para la práctica médica (Concepto)

Acciones planteadas sistemáticamente que ayudan al médico y al paciente a decidir aspectos de la atención de salud, en circunstancias clínicas específicas OPS, 1998.)

El establecimiento de normas de práctica clínica, se ha descrito como una de las estrategias más productivas para combatir la inadecuación en los sistemas de salud y su cumplimiento contribuye a reducir el riesgo de procesos legales por malas prácticas (OPS, 1998).

Braveman y Tarino (1996)

Enmarcan el examen periódico de salud dentro de una serie de acciones de “**reconocimiento sistemático**”, que tienen como meta intervenir oportunamente los riesgos no manifiestos o las enfermedades asintomáticas y efectuar la intervención requerida. Este caso, debe ser aplicado en el escenario de los servicios de salud.

Se ha demostrado que el reconocimiento sistemático de todas las embarazadas, con el fin de detectar y eliminar a tiempo riesgos para su propia salud y para el niño, va asociado a una mejora de la situación de salud de las poblaciones de alto riesgo, cuando se combina con el fomento de la lactancia natural, esparcimiento de los embarazos y la nutrición materna adecuada (Braveman, 1996).

Esto es de particular importancia en las enfermedades crónicas que tienen una larga fase asintomática.

Ej.

Cáncer del cuello del útero, SIDA, cáncer de mama, HTA., etc.

La eficacia del examen periódico en términos de salud en adultos sin un objetivo definido, ha sido cuestionada, sin embargo, se ha reconocido la conveniencia de la detección precoz de los factores de riesgo no manifiestos o de la fase presintomática de la enfermedad en los individuos o grupos de riesgo.

Ej.

Se recomienda la toma de la PA a individuos de 20 años o más o de la glicemia por micrométodos a individuos de 40 años o más, porque la HTA y DM son de mayor frecuencia en estos grupos. En este sentido, el reconocimiento sistemático, a través de estos procedimientos en niños o adolescentes sanos, no es de utilidad.

El reconocimiento sistemático, es una herramienta muy útil que debe ser aplicada por el equipo de salud, también en otros escenarios:

Ej.

- Control periódico de establecimientos donde se venden o manipulan alimentos, tales como restaurantes, sodas y fábricas entre otros.
- Vigilancia regular de los sistemas de abastecimiento de agua de la comunidad para evitar su contaminación.

3. Cuidados preventivos para condiciones específicas

El cuidado preventivo también es pertinente para el manejo de pacientes con condiciones patológicas conocidas. El control y seguimiento de los individuos que ya han sido diagnosticados o padecen de una enfermedad, es importante para disminuir al máximo o retardar, la aparición de las secuelas o complicaciones. Esto es particularmente necesario en el control y seguimiento de las enfermedades crónicas.

Ej.

- Es importante que el adolescente cardíaco, reciba profilaxis para endocarditis infecciosa cuando sea sometido a trabajos dentales y otros tipos de cirugía.
- El control periódico en el niño asmático, permite valorar la evolución de su padecimiento, ajustar la dosis de los medicamentos y brindar educación sobre aspectos relacionados con: el ejercicio, el contacto con alérgenos, los cambios de temperatura y el fumado entre otros.

4. Extensión de la prevención a la familia y la comunidad

En ocasiones, se hace necesario extender las medidas preventivas a la familia o a la comunidad. En particular, cuando se trata de enfermedades infecciosas, es preciso aplicar las acciones a los miembros de la familia o a los contactos cercanos.

Ej.

- Profilaxis con gamaglobulina a los familiares de una persona con hepatitis A.
- Tratamiento a los contactos de una persona con una enfermedad de transmisión sexual.
- Recomendación a los familiares de un paciente con trastorno en el metabolismo de los lípidos, para que se realicen el examen del perfil de los lípidos.

Muchos de los riesgos detectados en los individuos, pueden revelar problemas a nivel familiar y comunitario, que si no son intervenidos oportunamente pueden producir complicaciones o afectar a otras personas.

Ej.

- La desnutrición en el niño, puede ser indicio de una familia con problemas socio económicos serios o puede ser producto de violencia intrafamiliar.
- El aumento de la frecuencia en la consulta por diarrea, puede ser indicio de contaminación del acueducto.

Dado que los riesgos para la salud, pueden ser comunes a los miembros de una familia o de una comunidad, el reconocimiento de las personas en el hogar o a nivel comunitario (barrios, sitios de trabajo, etc.) constituye a menudo un método eficaz.

Concl.

El médico general es una pieza fundamental en la incorporación de la prevención en la práctica clínica, a través de la aplicación del examen clínico general, el examen periódico de salud, los cuidados preventivos para condiciones específicas y la consideración de la familia y la comunidad en las actividades preventivas.

Si bien es cierto que la prevención clínica se ejecuta en el plano de lo singular, en los servicios de salud, es necesario que su aplicación se considere también con un enfoque poblacional, porque, de lo contrario se estaría beneficiando únicamente a los usuarios de los servicios de salud.

III. DETECCIÓN TEMPRANA



Analizar un ejemplo de aplicación práctica para la detección oportuna de las enfermedades en el primer nivel de atención.

A. CONCEPTUALIZACIÓN DE DETECCION TEMPRANA

Detección temprana (Concepto)

Procedimiento que intenta establecer el diagnóstico de una enfermedad lo más anticipadamente posible (OPS, 1998).

Cuando se aplican las medidas de detección temprana, los servicios de salud deben estar preparados para poder ofrecer a las personas que resultan con pruebas positivas, los servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento necesarios para la curación o control del padecimiento detectado. Si se realizan esfuerzos tanto por parte del personal de salud, como por parte de los usuarios por aplicar las medidas de detección temprana, también la respuesta para la captación de los casos debe de ser oportuna¹ y eficiente.



No es ético realizar una campaña de toma de citología vaginal, si no se va poder atender a todas las personas que lo solicitan o haya que referir los casos con citología alterada y las citas estén a un plazo de un año.

¹ *Que se hace o sucede en tiempo, a propósito y cuando conviene (RAE, 2001).

En relación con este ejemplo, podría ocurrir que no sea posible atender a todas las mujeres que soliciten el servicio, debido a que no se tiene el equipo necesario: espéculos, laminillas y otros. No poseer la capacidad de brindar el servicio, podría hacer disminuir la credibilidad de la comunidad y la próxima vez que se la convoque para algún asunto de salud, esta no respondería.

Concl.

Por lo tanto, antes de promover las acciones de detección temprana debe hacerse un estudio de factibilidad para la atención de las necesidades de la población que resulte positiva. Esto implica valorar la población a la que se dirigen las acciones, establecer el número estimado de casos que pueden resultar positivos, fijar los recursos materiales y humanos que se requieren para atenderlos en un tiempo razonable y poner en práctica la coordinación necesaria en caso de referencia a otros niveles o servicios del sistema de salud entre otros.

B. ASPECTOS ÉTICOS

El hecho de recomendar a una persona, que se siente “bien”, que se someta a un examen para detectar una enfermedad o asesorarla sobre la necesidad de modificar un comportamiento, plantea una serie de cuestiones éticas que hay que considerar, en relación con la prueba de tamizaje², su sensibilidad, su especificidad y la consideración de la autonomía del individuo receptor:

² Prueba: cualquier tipo de procedimiento de detección.

1. Pruebas de tamizaje

El intentar establecer un diagnóstico temprano, es algo que parece muy positivo, sin embargo, puede producir una serie de cambios en la vida de la persona, que podrían ser más perjudiciales que beneficiosos, si no existen los mecanismos para tratar adecuada y oportunamente ese padecimiento en los servicios de salud. Se hace necesario considerar los efectos adversos para el individuo, que pueden tener las pruebas de tamizaje: las complicaciones médicas de la prueba, la ansiedad que producen, la pérdida de intimidad y la estigmatización social.

Al identificar la enfermedad, muchas personas son sometidas a procedimientos terapéuticos que afectan su calidad de vida, tales como colostomías o mastectomías, entre otros. Por esta razón, es importante comprobar que el programa de detección, no sólo aumente la sobrevivencia, sino que, también, disminuya la mortalidad por la enfermedad que justifique su aplicación.

2. Sensibilidad de la prueba

La sensibilidad de la prueba de tamizaje, es la capacidad de identificar correctamente mediante un resultado positivo a las personas que tienen la enfermedad asintomática.

El examen de tamizaje no tiene carácter diagnóstico, su aplicación tiene como objetivo identificar a los individuos que podrían tener la enfermedad. En consecuencia, en términos de programa, se favorecen los métodos de sensibilidad elevada y que detectan a la mayor cantidad de casos, por lo tanto el tamizaje resulta beneficioso para unas personas y para otras no, ya que puede resultar en un **falso positivo** y producir, en consecuencia, un estado de ansiedad por tener que someterse a procedimientos diagnósticos adicionales, que, en ocasiones, son invasivos y suponen riesgos agregados para la salud.

En ocasiones es difícil diferenciar sobre lo sintomático y lo asintomático, porque, las personas afectadas o quienes las cuidan, consideran que se trata de síntomas no patológicos normales:

Ej. 1

Mujeres menopausias que sufren incontinencia urinaria por prolapso del útero y no lo reportan, porque consideran que es normal para la edad.

Ej. 2

Disminución de la agudeza visual por catarata que se atribuye a un padecimiento normal por la edad, por lo cuál no se consulta.

3. Especificidad de la prueba

La especificidad de la prueba de tamizaje, es la capacidad de identificar correctamente mediante un resultado negativo a las personas que no tienen la enfermedad.

Muchos de los métodos de tamizaje poseen una baja especificidad, o sea, que hay personas que obtienen un resultado negativo teniendo la enfermedad. Esto se conoce como **falso positivo**.

Estos producen una situación muy delicada, porque suelen atrasar el diagnóstico de la enfermedad hasta que esta se manifiesta clínicamente y en ocasiones con secuelas importantes.

La positividad de una prueba, auténtica o falsa, puede acarrear una estigmatización de graves consecuencias sociales y económicas, como es el caso de los individuos con la prueba del SIDA positiva. Por lo tanto, los mecanismos que aseguren la confidencialidad, la intimidad y el consentimiento informado de los usuarios, son fundamentales.

4. Autonomía del individuo

La intervención preventiva no puede ser una decisión unilateral del médico o del sistema de salud, bajo el supuesto de que las pruebas científicas brindan los instrumentos para decidir que conviene a la persona y advertirle lo que le puede suceder si no cambia su comportamiento. Esto, no es una buena estrategia para el éxito de la prevención primaria. Hay mayores posibilidades de éxito, si se toma una decisión conjunta (usuario-médico), considerando las particularidades del usuario y respetando su autonomía.

Además, la obligatoriedad de la prueba haría que muchas personas expuestas, evitaran contacto con los servicios.

Usualmente el médico es el que inicia los cuidados preventivos, ya que, los usuarios de los servicios normalmente son personas “sanas”, que no consultan por la enfermedad o las enfermedades que se quieren detectar. Él tiene la obligación de recomendar las medidas preventivas a los usuarios, a fin de considerar, aquellas que resulten más beneficiosas que dañinas. Para recomendar las medidas de detección, deben existir pruebas de que la prevalencia de la enfermedad es importante en la población y se le debe informar a las personas sobre los riesgos a los que se exponen al realizarse el procedimiento (OPS, 1998).

C. METODOLOGÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y CAPTACIÓN OPOTUNA EI CASO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las actividades de captación temprana en los casos de personas con una enfermedad determinada, es una labor que debe realizar el EBAIS en su conjunto, para que pueda beneficiar a toda la población de una área geográfico-poblacional específica.

El Programa de Atención Integral del Adulto es el que abarca el período más largo de la vida y, por consiguiente incluye a la mayor parte de la población. Como parte de este programa está el subprograma de hipertensión arterial, el cual ya está establecido institucionalmente y se han elaborado las “**Guías de detección, diagnóstico y tratamiento**”.

Compromiso de gestión

La C.C.S.S ha creado instrumentos de evaluación como lo es el Compromiso de Gestión, sin embargo, en los niveles locales se carece de instrumentos que permitan a los EBAIS conducir este proceso de implementación de programas y su posterior evaluación. Por tal motivo, a continuación se ofrece una guía práctica para el abordaje de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

1. Mantenimiento de garantía de cobertura

Como aspectos fundamentales para el desarrollo de este proyecto existen la identificación de la población blanco, la detección de la población no diagnosticada y el seguimiento de la población ya identificada y diagnosticada. Para lograrlo se requiere del trabajo en equipo del EBAIS, siguiendo la guía que se presenta a continuación:

a. Información requerida

Para iniciar la implementación se necesita recolectar, procesar y analizar cierta información, que permita la toma de decisiones del Equipo de Salud referente a la implementación, ejecución y evaluación del proyecto. Se puede pensar en lo siguiente en el caso de:

La hipertensión Arterial (HTA)

- Análisis de situación integral de salud (ASIS) del sector.
- Población de ambos sexos, mayor de 20 años.
- Población esperada de hipertensos año¹
- Población de hipertensos y en control en la sede del EBAIS.
- Capacitación de los EBAIS sobre éstos problemas de salud, desde el punto de vista técnico y clínico.
- Coberturas pactadas en el compromiso de gestión de cada unidad

¹ Si no se tiene cuantificada ésta población, se utilizarán los parámetros nacionales: 10% de la población mayor de 20 años.

b. Identificar a la población en riesgo de padecer HTA y a la población diagnosticada

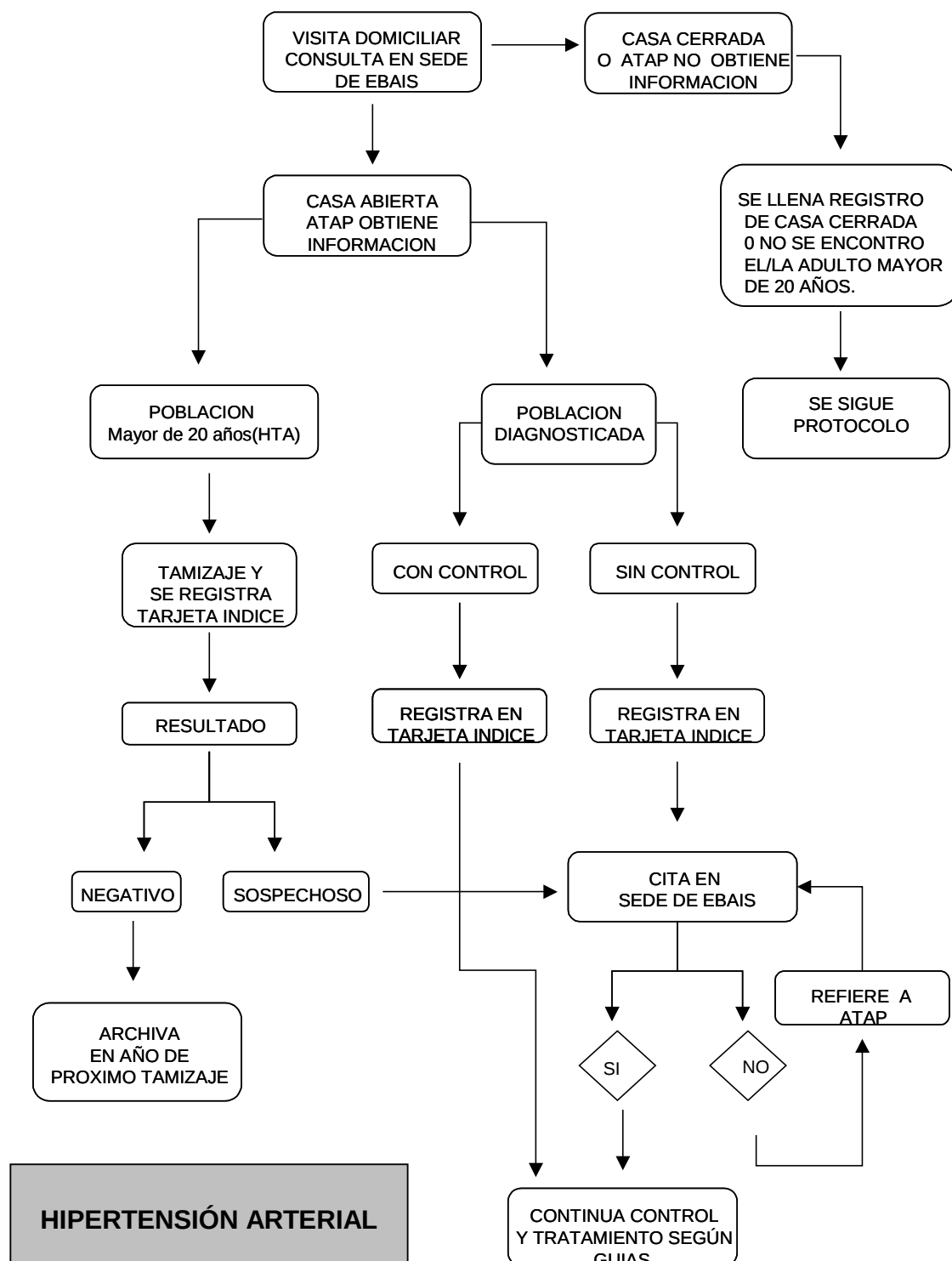
**Detección
de la
HTA en la
población**

- Cada uno de los EBAIS debe identificar a la población sospechosa en riesgo de padecer la enfermedad, con la aplicación de la prueba de detección, o sea, la toma de la presión arterial, a fin de darle seguimiento. Además, debe identificar la población diagnosticada para detectar a los casos sin control y referirlos.
- Los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) en la visita domiciliar deben confeccionar un listado de todas las familias con personas mayores de 20 años, para la detección de Hipertensión Arterial (ver ejemplo de instrumento en el Anexo No. 5). En este listado se debe identificar las casas abiertas, las casas cerradas y aquellas en donde no fue posible completar la información. (Ver flujo grama para HTA en la figura No.1).
- Para las casas cerradas y aquellas con información incompleta se levantará un registro. Para obtener la información respectiva, el área de salud confeccionará un protocolo de seguimiento.
- El ATAP deberá realizarle el tamizaje, la toma de presión arterial a todas las personas mayores de 20 años.
- Después de realizado el tamizaje, confecciona la Tarjeta Índice y anota el resultado y fecha (mes y año) del próximo control, cuando éste es normal (Anexo No. 2). Si el resultado es sospechoso se registra y se cita al usuario a la sede del EBAIS para nuevo control.
- Si por el contrario ya algún miembro de la familia ha sido diagnosticado y se encuentra en control por alguno de éstos problemas, el ATAP procederá a registrarlo en la ficha familiar y en la tarjeta índice. Si el usuario no está en control se refiere a la sede de EBAIS o Centro de Salud para iniciarlo de acuerdo a las guías.

**Control y
seguimiento
de
los casos**

- Si el usuario acude a la sede del EBAIS a solicitar atención por otra causa y es mayor de 20 años el auxiliar de enfermería debe seguir los pasos anteriormente.
- Cuando el usuario ya ha sido diagnosticado, se verifica que esté en control, se registra en la tarjeta índice y se le da seguimiento.
- Si el usuario diagnosticado no está en control, se registra en la tarjeta índice y se da cita para iniciar su control.
- Si no acude a la cita se comunica esto al ATAP para darle una nueva cita.

Figura No.1
Flujograma para las actividades de detección



2. Análisis de la información

Cada EBAIS deben realizar un monitoreo de las acciones realizadas durante el mes para analizarlas en conjunto con el Equipo de Apoyo del Área de Salud.

Este análisis debe incluir:

- Casas abiertas
- Casa cerradas
- Casas con información incompleta
- Cumplimiento de citas.
- Usuarios en control
- Usuarios sin control que acudieron a las citas.
- Cumplimiento de protocolos de seguimiento y sus resultados.

Como base para el análisis y la evaluación de las acciones que se realizarán por los EBAIS, se recomienda construir los siguientes indicadores:

Indicadores para el análisis y evaluación

Cobertura

No. de HTA atendidos por primera vez en el año X 100
Población mayor de 20 años

No. de HTA atendidos por primera vez en el año X 100
Población hipertensa estimada

Captación

No. de HTA nuevos diagnosticados en el período X 100
Población hipertensa en control

Seguimiento

No. de usuarios referidos (HTA) por el ATAP X 100
Usuarios referidos por el ATAP que acudieron a la cita

No. de HTA ausentes X 100
Total de HTA citados

Otros

No. de casas cerradas X 100
No. de casas visitadas

No. de casas con datos incompletos X 100
No. casas visitadas

Los indicadores se construirán mensual y acumulativamente por parte del EBAIS. Como resultado del análisis se deben generar nuevas estrategias, si las anteriores no están dando el resultado esperado. Para este fin, se puede utilizar el cuadro de análisis y control que se encuentra en el anexo No. 2.

2. Estrategias de promoción y prevención

Es necesario realizar las acciones de promoción y prevención para la población tomando en cuenta los diferentes escenarios: servicios de salud, familiar, educativo, comunitario y laboral.

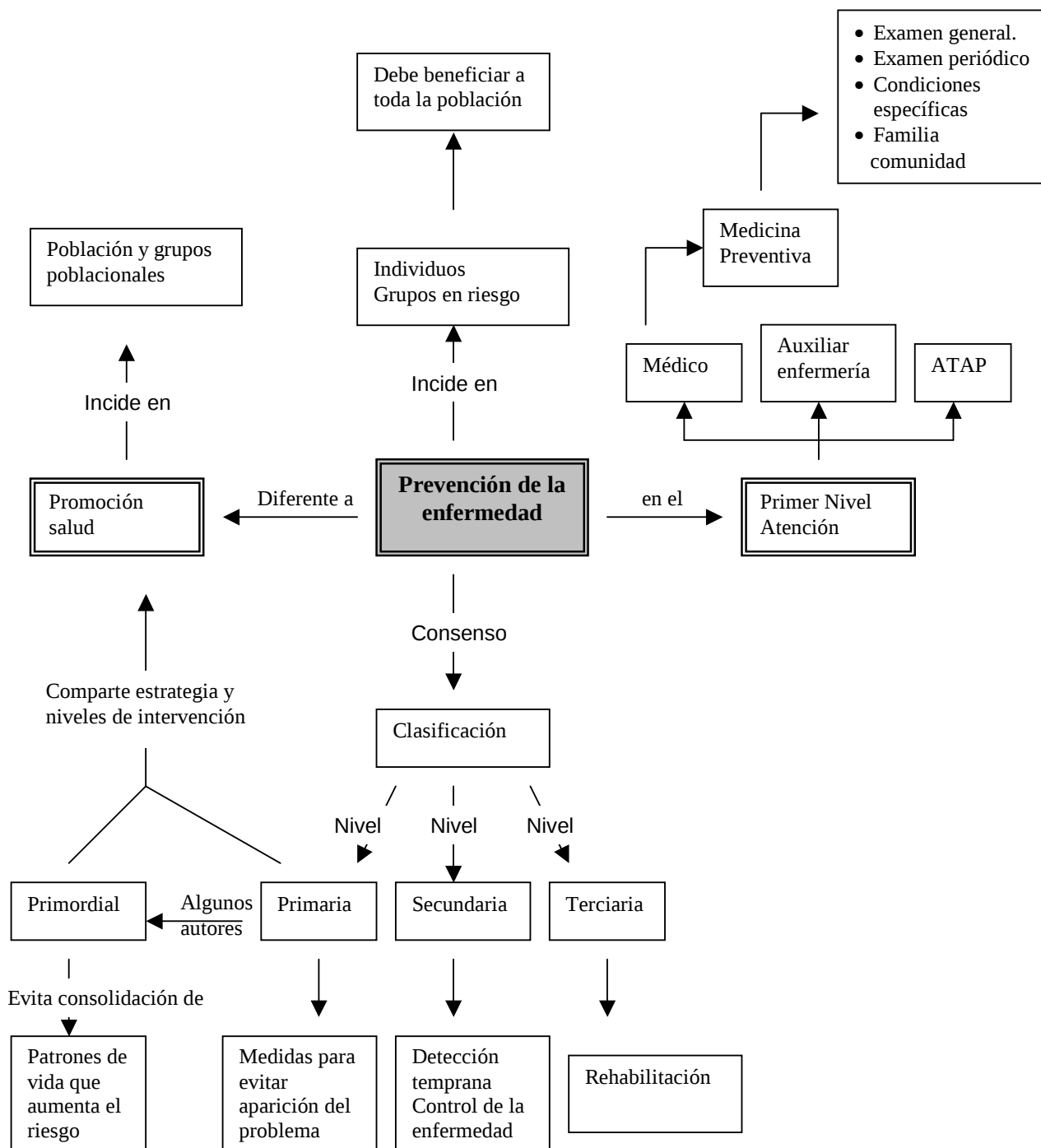
Concl.

Esta metodología para la detección temprana, la captación oportuna y el control y seguimiento de los casos sospechosos o con hipertensión arterial, debe implementarse con un enfoque poblacional, o sea, que toda la población en riesgo debe de ser considerada.

La metodología tiene la ventaja que con las adaptaciones del caso, puede ser aplicada para detección temprana, captación oportuna y el control y seguimiento de otras enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y cáncer cuello uterino, entre otras.

Resumen de la Unidad

Mapa Conceptual Componentes de la prevención



Referencias Bibliográficas

Beaglehole, R. y col. **Epidemiología y prevención**. Publicación científica No. 551, OPS. Capítulo. 1994, pp. 87-101.

Barker, Randol. David E. **Principles of ambulatory care**. Preventive medicine in ambulatory practice. Chapter 2, Third Edition, Williams and Wilkens. 1991, pp. 13-24

Braveman, Paula A. y E., Tarimo. **El reconocimiento sistemático en atención primaria de salud. Determinación de prioridades con recursos limitados**. Organización Panamericana de la Salud, Ginebra, 1996.

Caja Costarricense de Seguro Social. **Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006**. Corporación Litográfica Internacional S.A. 2001.

Falkner, Frank. **Prevención en la niñez de los problemas de salud de los adultos**. OMS, Ginebra, 1981.

Gómez, Mauricio. **Teoría y guía práctica para la promoción de la salud**. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal. 1992.

Llanos, Guillermo y col. **Promoción de la salud y prevención y control de las afecciones no transmisibles: lineamientos generales**. Washington D.C. Setiembre, 1992.

Martín Colimon, Kahl. **Fundamentos de Epidemiología**. Editorial Colimon, Medellín, Colombia, 1978. p. 13.

Martínez Navarro y col. **Salud Pública. Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales**. Mc. Graw – Hill Interamericana. Capítulo 4. 1997, pp. 90-93

OMS. **Glosario de promoción de la salud**, Ginebra 1998.

OPS. **Prevención de accidentes y lesiones**. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. Número 29, 1993.

OPS, Ministerio de Salud. **Normas de atención integral de salud**. Primer nivel atención. Febrero, 1995.

OPS. **Prevención clínica. Guía para médicos**. Publicación científica No. 568. Parte I. Washington, D.C. 1998.

Real Academia Española (RAE).

Diccionario, 2001.

Rose, Geoffrey. **The eststrategy of preventive medicine.** Oxford University Press. England, 1993.

Zurro, M. **Atención primaria.** Harcourt Brace de España S.A. España, 1999.

ANEXO NO. 2

Instrumentos para la Recolección de los Datos

CONTROL DIARIO DE SOSPECHOSOS DE HIPERTENSION ARTERIAL

Area de Salud: _____

Sector: _____

[illegible]

Total de citas otorgadas: _____

Total de HTA diagnosticados:_____ Control:_____

Total de usuarios sospechosos: _____

Sin control:_____

Anverso

TARJETA INDICE SEGUIMIENTO HTA		
PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____	NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____	TELÉFONO _____	IDENTIFICACIÓN _____
DIRECCIÓN EXACTA: _____ _____ _____		
NOMBRE DE FAMILIAR _____	TELÉFONO _____	
HTA en control: SI: _____ NO: _____ Mayor de 20 años en riesgo: SI: _____ NO: _____ FECHA DE APERTURA DE TARJETA: _____		

Reverso

TOMA P.A.		FECHA PROXIMA TOMA PA	FECHA DE PROXIMA CITA

TERCERA

U N I D A D

Educación para la salud

Objetivo General de la Tercera Unidad

Poner en función una educación en salud efectiva, con base en las necesidades particulares de las personas y sus familias.

I. CONCEPTOS Y PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“Toda intervención educativa es –debe ser al menos en teoría- una respuesta a una necesidad formativa previamente detectada y definida”.

Sofía del Bosque Araujo, OPS-Manos a la Salud



Analizar algunos conceptos y principios de la educación para la salud.

A. CONCEPTUALIZACIÓN DE PREVENCIÓN

La educación para la salud es una parte clave de la promoción de la salud como estrategia para el “desarrollo de hábitos en relación con la salud personal” (Carta de Ottawa en 1986), como se ha indicado en la primera unidad.

La educación para la salud se puede concebir como la promotora de cambios de conducta en los individuos respecto de la salud. Es fundamental como herramienta para el desarrollo de aptitudes personales y colectivas, que permita a las comunidades lograr una mayor autonomía y ejercer un mayor control sobre su salud.

Hay evidencia de que la educación para la salud, en sus distintos niveles, puede ayudar considerablemente a mejorar la salud de la población, sin embargo, el estado de salud depende sobre todo de las condiciones de vida. Las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares y accidentes) están íntimamente relacionadas con estilos de vida no saludables. Para adoptar un estilo de vida sano se debe contar con los conocimientos aportados en parte por la educación para la salud, pero también se requiere de un entorno adecuado y la voluntad de hacerlo (OPS: Promoción de la Salud).

La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades (OPS: Promoción de la salud, pp385).

La educación para la salud no es un asunto exclusivo del sector salud y los conceptos revelan en general su relación con la promoción de la salud.

1. OMS, 1969

“La educación en salud pública se aplica a todos los acontecimientos de la vida de un individuo, un grupo o una colectividad, que influyen en creencias, actitudes o comportamientos, en lo que se refiere a salud y comprende también todas las situaciones que lo llevan a alcanzar una salud óptima”.

La educación para la salud no se superpone ni coincide con la simple información acerca de la salud y no se limita a la aplicación de recursos pedagógicos. (Polaino Lorente, 1987).

2. Green, 1976

“La educación para la salud es cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”.

Se supone que la educación para la salud es un derecho que lamentablemente todavía es insatisfecho en la mayor parte de los ciudadanos.

**3. Rodrigo
Alvarez, 1998**

“La educación para la salud es un proceso de adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y comunidades con respecto a la salud”.

Aunque la mayoría de las definiciones tienen un enfoque de salud pública, existe el concepto que tiene su énfasis en los servicios de salud:

4. American Academy of Family Physicians, 2000

“La educación para la salud se puede definir como el proceso de influir el comportamiento del paciente y producir los cambios en conocimiento, actitudes y destrezas, necesarios para mantener o mejorar la salud”.

B. ALGUNOS PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Los principios básicos para aplicar la educación para la salud son:

**Principios
EPS**

1. Toda persona es un educador y comunicador en su vida cotidiana.
2. Todo trabajador de salud es un educador
3. Todo programa de salud tiene algo que comunicar.
4. La educación en salud debe preceder y acompañar la prestación de todo servicio de salud.
5. La educación en salud acompaña al individuo durante toda su vida
6. Las posibilidades educativas son continuas (familia, escuela, comunidad, centro de salud, ámbito laboral, centro comunal).
7. Las influencias educativas durante la infancia son más perdurables.
8. Hay que iniciar el trabajo con los problemas o necesidades sentidas.
9. La educación debe ser activa. El individuo necesita participar en el proceso.
10. Cuanto mayor la identidad entre educador y educando, mayor la eficacia de la enseñanza.
11. El educando debe ser siempre considerado dentro de la cultura en que vive.

Marcondes. 1974. OPS-MINSA 1995

Concl.

La educación para la salud es una estrategia muy importante para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Debe formar parte de todas las acciones en la prestación de servicios de salud.

La educación para la salud no es responsabilidad exclusiva del personal de salud. Supone un nuevo conocimiento que se dirige a la formación y a la adquisición de habilidades para la toma de decisiones por parte del educando, de manera que adopte y refuerce la implantación de hábitos comportamentales sanos y supone un derecho, lamentablemente insatisfecho todavía en la mayor parte de los ciudadanos.

II. NIVELES DE INTERVENCIÓN EN EDUCACION PARA LA SALUD

0

Ubicar el rol del personal de salud del primer nivel de atención en el marco de la educación para la salud.

El abordaje integral implica la implementación de intervenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para los problemas de salud. Se requiere la aplicación de actividades educativas en diferentes niveles de acuerdo con la naturaleza del problema. Por lo tanto una intervención en un problema de salud puede requerir de la aplicación de la educación para la salud en los siguientes niveles:

Niveles en educación para la salud

- Educación masiva
- Educación grupal
- Educación individual

Los programas que tienen intervenciones en cada uno de los niveles y que sean interinstitucionales e interdisciplinarios, tienen más posibilidad de ser exitosos.

Existen campañas que cuentan con intervenciones en cada uno de los niveles.

Ej.

Campaña contra el dengue

- Educación masiva: mensajes en radio y televisión
- Educación grupal: charlas en comunidades de alto riesgo y en escuelas para la prevención de dengue.
- Educación individual: educación al paciente con dengue y su familia sobre el manejo de la enfermedad y su prevención.

A. EDUCACIÓN MASIVA

La educación para la salud no se preocupa solo de los individuos concretos, sino en el ambiente de la promoción para la salud también es necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud dirigidas hacia grupos, organizaciones y comunidades.

Es evidente que el amplio campo de actuación de las medidas de la promoción de la salud no depende tan solo de los sistemas de salud locales. Las instituciones gubernamentales en general tienen la responsabilidad de aplicar la educación masiva de la población, como un componente de las políticas de salud.

La evolución de la educación para la salud significa una superación del papel que tradicionalmente se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos; y se convierte así en un potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones, que, por ejemplo, demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud. La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso (OPS, Antología 1996).

La educación masiva puede realizarse a través de diferentes medios:

Ej.

Medios de la educación masiva:

- Prensa, carteles y folletos
- Programas radiales
- Programas de televisión
- Internet

B. EDUCACIÓN GRUPAL

La elección de trabajar en grupos para la educación para la salud se hace por diferentes motivos. En primera instancia por la fuerza que tiene el grupo para ayudar al cambio de conductas y la fuerza formadora que tienen los grupos. “Es generalmente más fácil cambiar a los individuos asociados en un grupo que cambiar a cada uno de ellos singularmente” (Lewin 1978).

La otra razón es que las conductas de riesgo se adoptan dentro de la organización de grandes grupos, que es como se relacionan hoy la mayoría de los adolescentes y jóvenes (Educación para el siglo XXI, pp.) 95).

La educación grupal puede ser formal (escuela, colegio, universidad) e informal (charlas educativas a diabéticos, escuela para padres, salud sexual para adolescentes etc.)

Los escenarios de la educación pueden variar.

Ej.

Posibles escenarios de la educación grupal para la salud:

- Escuela primaria y secundaria
- Salón comunal
- Servicios de salud
- Visita domiciliar
- Centro de trabajo
- Hogar de ancianos
- CEN CINAI

En la sub-unidad IV se explicará cómo organizar un proyecto educativo para un grupo de personas.

C. EDUCACIÓN INDIVIDUAL

El personal de salud debe, a partir de la relación establecida con cada persona y familia, ofrecer la información adecuada. La educación a nivel individual tiene como ventaja que se puede personalizar y adaptar a las necesidades y factores de riesgo particulares de cada persona. La desventaja es que, en algunos casos, requiere de más tiempo por parte del personal de salud.

En el próximo apartado se darán recomendaciones para dar educación para la salud a nivel individual. Estas recomendaciones pueden servir de insumo para cada miembro del equipo de salud; sin embargo tendrá énfasis en el escenario de la consulta médica.

Concl.

El personal de salud solamente tiene una parte de la responsabilidad en la educación para la salud a la población. Sin embargo, la educación para la salud debe formar una parte importante del trabajo cotidiano de cada miembro del equipo de salud.

II. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PRACTICA MEDICA

Adaptación del texto “If you know what I mean” Jagt, L VD.

“Es difícil convencer a alguien de que deje un hábito, ya que cuando se le dice que abandone algo, aparentemente tan simple como un riesgo para la salud definido médicamente, en realidad se le está pidiendo que renuncie a algo altamente complejo de su vida que puede estar teniendo para él los más variados significados”.

Dora Cardaci Rodríguez, (OPS Manos a la Salud)

O

Realizar una educación para la salud eficaz con énfasis en la modificación de estilos de vida saludables

La educación para la salud debe formar parte de cada uno de los contactos entre el personal de salud del EBAIS y las personas de su comunidad.

Ej.

El médico del primer nivel debe, en cada consulta, hacer un espacio para brindar información, dar instrucciones o recomendaciones en relación con el problema de salud que existe, o en los factores de riesgo encontrados.

Se requiere mucha comprensión y práctica para brindar educación en forma adecuada y eficiente.

Educar a las personas es cuestión, en primer lugar, de escuchar atentamente. Escuchar para descubrir cuál es la información beneficiosa para esta persona (o grupo de personas) y establecer si la información es factible y dada en el momento adecuado. Pero, además, las personas solamente consideran relevante la información que reciben, si tienen la certeza que usted realmente ha entendido lo que quieren decir y cuál es su problema, lo cual revela, una vez más, la importancia de conocer primero cuál es el motivo de la consulta.

Múltiples investigaciones han demostrado que para los pacientes, una buena comunicación con su médico tiene una alta prioridad.

Educar al paciente involucra “comunicación consciente y con un objetivo claro”. El médico no debe decir cualquier cosa, sino dirigirse a la persona y considerar lo que esta realmente necesita.

Concl..

La educación para la salud debe ser brindada en tal forma que la persona y/o la familia reciba, asimile y use la información relevante.

A. ALGUNAS FORMAS DE BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Durante la consulta se pueden distinguir tres diferentes formas de dar educación.

Diferentes formas de dar educación durante la consulta:

1. Informar = dar una explicación
2. Instruir = delinear un curso de acción
3. Recomendar = dar consejos (sobre todo respecto de estilos de vida saludables)

1. Informar

Ej.

La Sra. Elizabeth Piedra, madre de un niño de 2 años llamado Víctor, visita al médico del EBAIS. Ella explica que Víctor ha estado padeciendo de una tos fuerte desde hace una semana, y quiere saber cuánto tiempo más puede durar esta tos y qué puede hacer para aliviar los síntomas.

Brindar más información sobre la causa de la tos y cuanto tiempo puede durar, podría disminuir los sentimientos de angustia de la Sra. Piedra. En este tipo de casos una sencilla explicación usualmente es suficiente. Sin embargo, las cosas no siempre son lo que parecen. La madre, por ejemplo, podría tener miedo de que el niño tenga asma o neumonía.

El médico debería dar una explicación estructurada, lo que quiere decir: con una introducción, un contenido y una conclusión.

En este ejemplo el médico podría decir algo como: “Entiendo que usted quiere saber cuánto tiempo durará la tos. Le explicaré sobre las causas de la tos, qué puede hacer y cuándo hay que estar alerta”.

Luego sigue una explicación sobre las causas de la tos y su tratamiento. La explicación termina con una pregunta como: “¿Mi explicación le ha sido útil?” o “¿Fui claro en lo que le expliqué? Si la tos no ha disminuido en una semana, usted puede hacer una nueva cita”.

2. Instruir

Ej.

María es una niña de 7 años de edad. La mamá de María consultó al EBAIS por una crisis asmática que tenía la niña. El médico después de colocarla, le explica a su madre como debe utilizar la bombilla.

En este caso, dar solamente instrucciones a la mamá de María acerca de cómo utilizar la bombilla, no ayudará mucho. Primero, es necesario que ella entienda qué es asma, y cómo se podría prevenir. Luego, la importancia de utilizar la salbutamol regularmente, y cómo se puede utilizar en este caso con la adaptación de un espaciador.

Solamente después, ella puede tener la apertura necesaria para recibir instrucciones de cómo manejar esta situación. Además, María tiene que ser motivada para superar el problema.

Dar instrucciones incluye enumerar las acciones que se llevarán a cabo. Después de explicar por qué, cuándo y cómo el paciente debe realizar estas acciones, se debe, si es posible, realizar una demostración.

Instruir no es una comunicación unilateral. El paciente realmente necesita sentir la necesidad de aprender nuevas cosas y tener la voluntad y las condiciones para hacerlo.

Para lograr eso, la persona necesita:

- Entender la instrucción (aprender)
- Aceptar que la nueva conducta es necesaria (querer hacerlo)
- Ser capaz de llevar a cabo lo que aprendió (poder hacerlo) y por último
- Implementar lo que aprendió (realizarlo)

Después de las instrucciones hay que programar una cita de seguimiento, para determinar si el tratamiento ha sido efectivo o si ha habido problemas y como podrían resolverse.

3. Recomendar

Ej.

La Sra. Elvira Núñez, 40 años de edad, es obesa desde su infancia. Su madre de 65 años, que padecía de DM se murió hace dos meses de un AVC.

La señora Núñez viene para el resultado de su examen general de orina, ya que se sospechaba una infección. Sin embargo, en la preconsulta la presión arterial era de 170/95.

En este caso el médico necesita dar algo más que una receta de antibióticos en caso que se comprobase una infección urinaria.

Dar recomendaciones es una tarea fundamental en el quehacer del médico: todo médico indudablemente debe hacerlo. Además, es la forma más corriente de brindar educación para la salud a individuos en la práctica médica, y, en muchos casos, tiene que ver con la necesidad de influir sobre los estilos de vida.

Pero es importante que el paciente mismo siente la necesidad de realizar un cambio, y acepte y decida seguir las recomendaciones. Los pacientes no solamente deben querer hacerlo, sino estar en condiciones de poder realmente cambiar su comportamiento.

El médico y el paciente deben analizar en conjunto si existen impedimentos para realizar el cambio.

Concl.

Cuando el médico ofrece información real, apoyo emocional, demuestra interés y estimula al paciente a escuchar todos los argumentos, eso muchas veces garantiza más progreso en el proceso de comunicación que brindar solamente información certera.

B. LAS ETAPAS DEL PROCESO DE LA EDUCACIÓN PARA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL¹

La educación para la salud en el marco de la relación médico- paciente pasa por diferentes etapas para poder ser exitosa. En cada etapa hay aspectos por parte del médico y del paciente que pueden influir en el proceso de cambio.

Estas etapas son:

1. Susceptibilidad
2. Entendimiento
3. Buena voluntad
4. Habilidad
5. Actividad
6. Evaluación
7. Seguimiento

1. Susceptibilidad

A veces las personas tienen expectativas específicas o preguntas, de las que los médicos no se dan cuenta o no se interesan por ellas. Por eso, es importante en primera instancia conocer el motivo de la consulta.

Ej.

La Sra. Elvira Núñez, quien acude a la consulta para el resultado de un examen general de orina, recibe, además, la noticia de que su presión arterial está un poco alta. Su madre, quien padecía de HTA y Diabetes Mellitus, se murió hace dos meses de un AVC. Cuando el médico menciona que la presión arterial está demasiado alta, y que, además, debería bajar de peso, ella responde al médico que nada más tiene molestias a la hora de orinar, y que la presión seguramente está un poco alterada por toda la tensión que ha sufrido últimamente. Además, manifiesta que en su familia todos están con un peso relativamente alto, que eso se considera normal en su familia, y que la mayoría no tiene problemas por eso. Además, que es demasiado difícil bajar ya que “casi no como nada ...”

¹ Este sub-apartado es una adaptación de Jagt: If you know what I mean, 2000

En este ejemplo se hace ver que el paciente en principio no está anuente a aceptar la preocupación del médico por su presión arterial y su peso.

Cuando existen problemas emocionales, la paciente no acepta recomendaciones del médico antes de tener claro cuáles emociones (contradictorias) juegan un papel importante para ella, y que interfieran para recibir más información o recomendaciones.

En este caso, es mejor que el médico ponga atención en las emociones del paciente, resumiéndolas y explicándolas. Eso lo puede ayudar a aclarar sus propios sentimientos y consideraciones. Solamente así habrá espacio para pensar sobre hechos, problemas y soluciones.

Muy frecuentemente el médico brinda información que el paciente no necesita, porque ya la conoce o ya había seguido las recomendaciones, o porque está buscando otra información o tenía expectativas completamente distintas.

**Actividades
para facilitar
la
susceptibilidad:**

- Explorar bien las necesidades y expectativas del paciente
- Afinar la naturaleza y la cantidad de información hacia las necesidades del paciente

2. Entendimiento

En la segunda etapa del proceso de la educación para la salud se trata de averiguar si el paciente entiende lo que el médico le dice.

Es importante no gastar demasiadas palabras y utilizar un idioma conciso y entendible.

Ej.

El médico explica a la Sra. Núñez que definitivamente su presión arterial está demasiado alta, y que ambas cosas tienen una influencia negativa en su estado de salud. La señora Núñez afirma, que aparte de un leve ardor a la hora de orinar, se siente perfectamente bien.

Cada médico sabe, por su propia experiencia, que aunque un paciente sea muy inteligente, eso no implica que automáticamente entienda toda la explicación que se le brinde.

La mayoría de las personas necesitan recibir la misma información varias veces si se trata de un tema completamente nuevo o cuando el tema no les interesa tanto.

Respecto del ejemplo: cuando el médico nota que la Sra. Núñez está convencida que su peso es normal para su familia, y que su presión arterial solamente está temporalmente alterada debería explicarle la importancia de una presión arterial controlada y un peso dentro del rango normal.

Para lograr eso, el médico primero debería averiguar lo que la paciente ya sabe sobre lo que es la hipertensión, cuáles son sus riesgos, cuál es la relación con la obesidad, y cuales son las medidas que se pueden tomar para influir de forma positiva en estos problemas de salud.

Próximamente, el médico puede explicar los demás detalles.

En esta etapa (de entendimiento) en el proceso de educación al paciente, el médico no solamente debe utilizar palabras claras y sencillas, pero además, si es posible, dar una demostración visible y, luego, presentar la información en una forma estructurada por medio de un énfasis en los puntos principales. Al final hay que dar un resumen.

**Actividades
para facilitar
el
entendimiento:**

- Intentar saber lo que el paciente ya sabe
- Dar información en forma breve, concisa y sencilla
- Resumir los puntos claves

3. Buena voluntad

Mientras que la segunda etapa sobre entendimiento tiene énfasis en el médico general, esta etapa está centrada en el paciente.

La pregunta es si este acepta la información, la recomendación o la instrucción del médico.

Si el paciente no está motivado para seguir las recomendaciones, no importa si fueron dadas en buena o en mala forma.

Los pacientes analizan las ventajas y desventajas de las recomendaciones y deciden, luego, según las posibilidades de su situación.

Ej.

La Sra. Elvira Núñez, por ejemplo, no está de acuerdo que su peso sea un problema, ya que en su familia es normal de tener sobrepeso.....

En esta etapa, el énfasis es en dos aspectos:

- Lo que piensa el paciente sobre la explicación
- La coincidencia de la explicación con las propias opiniones del paciente o de su familia.

A un paciente con sobrepeso se le puede recomendar “comer menos”; pero solo habrá éxito cuando este lo quiera hacer de verdad. Para lograr eso, podría ser útil evaluar las ventajas y desventajas de realizar una dieta (por ejemplo sentir hambre y, por ende, estar con mal humor, aunque en el futuro tenga un mejor estado de salud).

El médico debe escuchar las preguntas e ideas del paciente sin dejar de lado sus propias recomendaciones.

Los sentimientos de rechazo a las recomendaciones no pueden ser remediados ignorándolos con argumentos. Es más fácil conseguir un cambio de conducta, poniendo atención en el rechazo.

**Actividades
para facilitar
la buena
voluntad:**

- Preguntar la opinión del paciente
- Discutir las ventajas y desventajas

4. Posibilidad

En esta etapa hay que identificar cuáles son las destrezas que tiene que tener el paciente para llevar a cabo un cambio de actitud en la práctica. Además, es necesario saber cuáles son las condiciones requeridas.

Ej.

La Sra. Núñez, vive con su esposo, una hija de 18 años, y dos hijos de 12 y 6 años. Ella refiere que no tiene mucho tiempo para cocinar debido a sus responsabilidades en la pulpería familiar. Muy a menudo cocina su hija.

Además dice que su esposo y sus hijos son muy exigentes para comer, no les gusta mucho las verduras. Ellos prefieren comer carne y comidas fritas.....

El médico recomienda que se cocina con menos sal y menos grasa, y que la señora comience a realizar ejercicios físicos cada día durante una media hora.

Durante esta etapa el médico analiza los obstáculos que el paciente pueda tener para seguir las recomendaciones. Si es necesario el médico discute posibles soluciones a problemas u obstáculos esperados.

Actividades para facilitar la posibilidad:

- Discutir cada uno de los problemas que se puede encontrar cuando se implementan las recomendaciones
- Discutir las destrezas requeridas

5. Acción

La quinta etapa está enfocada en la acción. El médico y el paciente formulan en conjunto objetivos concretos y alcanzables y se ponen de acuerdo sobre pequeños pasos que el paciente puede realizar para seguir activamente las recomendaciones.

Ej.

Es La Sra. Núñez viene un mes después a una nueva cita de control, y refiere que ha intentado bajar de peso, simplemente intentando comer menos. Ha logrado bajar un kilo, pero no ha realizado ejercicios físicos, pues no cuenta con el tiempo suficiente.

A pesar de que estos acuerdos están convenidos en conjunto con el médico, en realidad benefician al paciente. El médico puede ayudar analizando las intenciones concretas.

**Actividades
para facilitar
la acción**

- Sugerir objetivos concretos y alcanzables
- Discutir efectos y dificultades
- Dar consejos para la implementación

6. Evaluación

En una consulta de seguimiento el médico y el paciente, conjuntamente, deben analizar qué salió bien y qué salió mal. El médico motiva al paciente para continuar. En caso de que las cosas no hayan salido como se planificó, se examinan las causas.

Hay que analizar los siguientes aspectos:

- La existencia de ciertos factores asociados con el ambiente del paciente, responsables de que algo no funcione.
- Los nuevos compromisos por establecer.

Ej.

El médico pide a la Sra. Núñez que para la próxima consulta traiga a su hija mayor para analizar las posibilidades familiares de modificar la dieta. Además, discute las posibilidades de realizar ejercicios físicos durante unos días por semana, y vuelve a insistir sobre la importancia de comer muy poca sal, ya que la presión arterial sigue alta.

En esta etapa es importante que el médico brinde más información, o alguna información distinta, para enrumbar al paciente en la dirección requerida.

Posiblemente sea suficiente que el médico ponga atención a los factores que dificultan o facilitan el proceso.

**Actividades
para
facilitar la
evaluación:**

- Analizar lo que salió bien y lo que salió mal
- Promover el auto-cuidado y la auto-responsabilidad

7. Seguimiento (volver a intentar).

Cada una de las seis etapas de la educación al paciente está asociada con intervenciones específicas del médico. Pareciera que un cambio de conducta se puede lograr siguiendo los lineamientos establecidos. Pero en la práctica, muchas veces no es así, como todos los médicos bien saben. Si en la primera consulta el paciente parece muy motivado, en la siguiente puede resultar que ésta motivación haya disminuido de pronto y haya perdido su efecto.

Ej.

En el transcurso de cuatro meses la Sra. Núñez ha logrado bajar unos 10 kilos. Además camina durante media hora, tres días a la semana. Se ha modificado la dieta en la casa, con una disminución de comidas grasosas, después de una consulta con una nutricionista, acompañada por su hija. Sin embargo el último mes le ha sido difícil mantener la disciplina, ya que hubo una época de mucho trabajo y estrés en la pulpería.

Muy frecuentemente se vuelve a los comportamientos anteriores durante un tiempo y hay que revisar nuevamente los aspectos que deben considerarse en las últimas etapas del proceso.

**Actividades
para facilitar
un
seguimiento
oportuno:**

- Revisar si hace falta una nueva explicación o si existen objeciones u obstáculos que hay que discutir.
- Analizar si el paciente está dispuesto y es capaz de seguir las recomendaciones.

Res

Recapitulación de las etapas en la consulta médica para brindar educación para la salud:

**Etapas
Actividades facilitadores**

1. Susceptibilidad

- Explorar bien las necesidades y expectativas del paciente
- Afinar la naturaleza y la cantidad de información hacia las necesidades del paciente

2. Entendimiento

- Intentar saber lo que el paciente ya sabe
- Dar información en una forma breve, concisa y sencilla
- Resumir los puntos claves

3. Buena voluntad

- Preguntar la opinión del paciente
- Discutir las ventajas y desventajas

4. Posibilidad

- Discutir cada uno de los problemas que se puede encontrar cuando se implementan las recomendaciones
- Discutir las destrezas requeridas

5. Acción

- Sugerir objetivos concretos y alcanzables
- Discutir efectos y dificultades
- Dar consejos para la implementación

6. Evaluación

- Analizar lo que salió bien y lo que salió mal
- Promover el auto-cuidado y la auto-responsabilidad

7. Seguimiento

- Revisar si hace falta una nueva explicación o si existen objeciones o obstáculos que hay que discutir
- Analizar si el paciente está dispuesto y es capaz de seguir las recomendaciones

C. EL PROCESO DEL CAMBIO²

"El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad".
Carl Rogers

1. Modelo de estadios de cambio (rueda del cambio)

Tradicionalmente la promoción de comportamientos saludables se ha centrado en proporcionar información, pensando que una persona bien informada desarrollará estilos de vida más saludables.

Pero una buena información no es suficiente para provocar cambios en muchas personas, como lo demuestra, por ejemplo, el alto nivel de tabaquismo en los profesionales de salud.

La motivación o deseo de cambio, para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores. Se necesita aprender a desarrollar habilidades que faciliten desarrollar la motivación de los pacientes.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto por el paciente, sus creencias y su escala de valores (Lowes, 1998).

No es posible motivar a nadie para que se sacrifique, si no ve muy claro que se va beneficiar.

Aunque existen otros modelos de entrevista para el cambio de hábitos (coercitivo, argumentativo, persuasivo), se destacan las diferencias básicas entre la **entrevista informativa** clásica y la **entrevista motivacional** centrada en el paciente (Freixa, 2000)

Tabla 1. Modelos de entrevista clínica informativo y motivacional

Modelo Informativo	Modelo Motivacional
Da consejos expertos. —————→	• Estimula la motivación para pasar a la acción.
Intenta persuadir. —————→	• Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión.
Repite los consejos —————→	• Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad —————→	• Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio.
Es rápido. —————→	• Es de aplicación progresiva.

² Adaptación del artículo "La entrevista motivacional" de Lizarra y Ayarra, AAFP, 2000

Prochaska y Diclemente, estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el **modelo de estadios de cambio** (Fig. 1), también llamado rueda del cambio, en donde los estados de cambio se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. En cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable, de ahí su nombre.

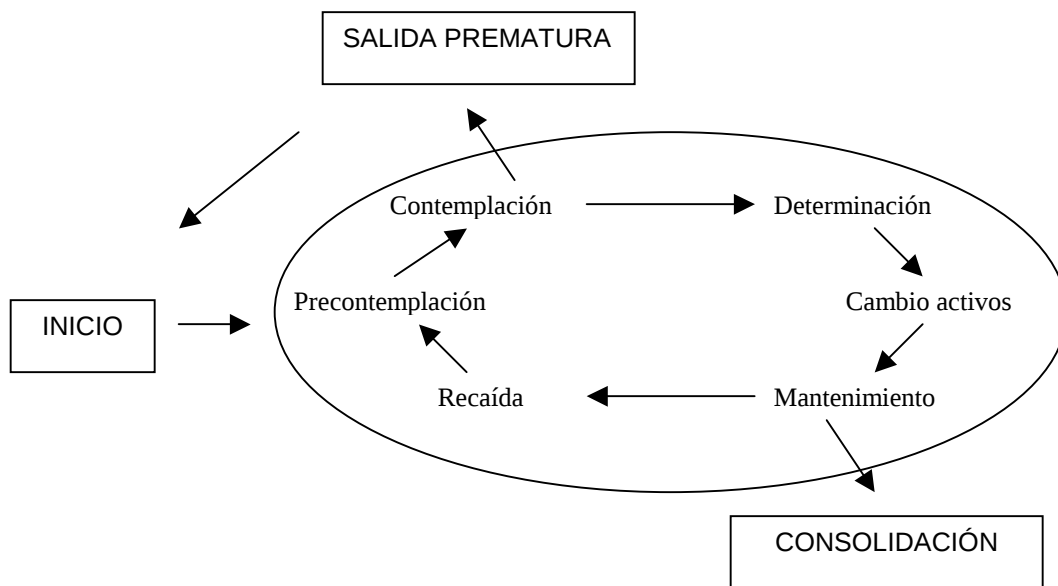


Figura 1. Modelo de estadios de cambio

En la práctica clínica se observan altibajos en la posición que va ocupando el paciente en el continuo de la rueda del cambio respecto de hábitos de salud insanos.

Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto, como se indica enseguida:

1. Precontemplación

En esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta, como lo demuestran frases del tipo "de algo hay que morir", "yo soy fuerte y a mí el alcohol no me hace daño" y "mi abuelo murió con 95 años y fumaba".

2. Contemplación

La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras aunque no está todavía con ánimo para intentar un cambio: "Tendría que dejar el tabaco porque llevo muchos años fumando" o "Me gustaría hacer más ejercicio, pero me aburre".

3. Determinación

En este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza para poder controlar la nueva conducta: "El día de mi cumpleaños dejaré de fumar".

4. Cambios

En esta fase se pone en práctica la decisión tomada.

5. Mantenimiento

La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo, ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.

6. Recaída

Se vuelve a la conducta anterior o a estadios anteriores, como precontemplación o contemplación.

7. Consolidación

La persona ha incorporado el cambio en una forma estable en su vida cotidiana.

La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Podemos identificar en qué fase del proceso se encuentra y ayudarlo a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento (Mcilvain, 1998)

2. Factores que hacen cambiar a las personas

La motivación, o deseo de cambio, fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra, y puede verse influida por muchos factores. Los principios más importantes del cambio son los siguientes:

**Principios
que influyen
en el proceso
de cambio**

- a. **La motivación intrínseca:** la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por "transfusiones de voluntad". La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los funcionarios podemos ser facilitadores de ese cambio.
- b. **La elección y el control propios:** la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.
- c. **El autoconvencimiento auditivo:** se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto es importante que el paciente saque sus propios argumentos y si los funcionarios se los repetimos ayudamos a que los oiga dos o tres veces ("Dices que quieres dejar de fumar porque te va mal para la respiración").
- d. **La autoconfianza o percepción de autoeficacia:** si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.
- e. **La ambivalencia:** ¿quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas ("Querría adelgazar pero me gusta mucho comer").
- f. **El traje a medida:** cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.
- g. **La relación interpersonal:** La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del funcionario pueden provocar oposición al cambio ("Tienes que dejar de beber"). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del paciente sin provocar su reactancia psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

Muchas personas consiguen hacer cambios profundos en sus vidas sin ninguna ayuda profesional. Todos ellos comparten una serie de argumentos: no llegan a promover un cambio por casualidad sino que van acumulando buenas razones para iniciar una conducta más sana, y progresivamente aumentan su compromiso y determinación, cosa que les permitirá resistir el sufrimiento que tendrán cuando lo intenten (Cebria, 2000). Una buena información puede producir cambios en la conducta de ciertas personas pero en otras muchas no. Motivar, o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus elementos o razones motivadores.

3. La entrevista motivacional (EM)

La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio (Bosch, 1994), tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes (Saltini, 2000).

EM y motivación

La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello. Es más eficaz decirle al paciente "entiendo que te resulta difícil controlar la comida" que decirle "si no controlas la comida no entiendo para qué acudes a la consulta a pesarte."

La entrevista motivacional tiene 4 momentos diferenciados:

**Los
momentos
de la EM**

- a. **Inicio de la entrevista:** introducir un tema / problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quiere que hablemos de ... ?).
- b. **Exploración de motivos preocupantes:** implica que el paciente debe empezar a elaborar sobre sí mismo y se le ayude con técnicas de apoyo narrativo (¿Qué dificultades cree que tiene para hacer ejercicio?).
- c. **Elección de opciones para el cambio** mediante preguntas abiertas y escuchar reflexivamente (Dice que cuando empieza un régimen se pone triste y apagada).
- d. **Realización de un resumen** de lo expresado por el paciente y preguntarle si es correcto (¿Le he comprendido bien?).

La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

Se basa en cinco principios:

Los
momentos
de la EM

- a. Expresar empatía.** Significa aceptar y respetar al paciente, pero no, necesariamente, aprobar sus conductas. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?; ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?; ¿cómo le transmito que lo comprendo?. La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa. Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras ("entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido"). La empatía es la espina dorsal de la EM porque, ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.
- b. Desarrollar la discrepancia:** lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto de hábito o conducta por modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mejor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
- c. Evitar argumentar y discutir** con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerlo tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere la información respectiva con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información. Es más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándose en los conflictos del paciente.

Los principios de la EM

- d. **Neutralizar las resistencias** del paciente evitando las actitudes del miembro del equipo de salud que pueden facilitarlas: tratar de imponer un cambio por "su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, refirir al paciente ante el no cambio, etc.
- e. **Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia.** Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguir lo que pretende y la ayuda en este aspecto puede estar en analizar con él esos resultados, potenciando su positividad ("Es difícil dejar el alcohol del todo y tú lo conseguiste"). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

Además, es importante utilizar las **técnicas de apoyo narrativo** como la utilización de preguntas abiertas, el escuchar reflexivamente, la repetición de palabras importantes, el parafraseo y el resumen.

El trabajo del profesional, en este tipo de entrevista, es facilitar la expresión por parte del propio paciente en cuanto a los argumentos necesarios para cambiar como forma de resolver las ambivalencias y que se avance hacia una decisión de cambio. Idealmente se trata de conseguir que el paciente quiera convencer de la necesidad de que él mismo cambie.

4. Técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto del cambio.

Técnicas para incrementar la conciencia respecto del cambio

- a.** Reforzar en forma verbal y no verbal las afirmaciones de automotivación del paciente.
- b.** Tomar decisiones balanceadas, que significa indicar los aspectos positivos y negativos de ambas conductas, la antigua y la nueva por adquirir, que el paciente haya explicitado: "Dices que beber alcohol tiene cosas buenas como...y otras malas como...y también dices que no beber tiene como positivo...y como negativo...".
- c.** Provocar la elaboración de argumentos, pidiendo ejemplos concretos y específicos, clarificando el cómo, cuándo, etc.
- d.** Utilizar los extremos imaginando la peor de las consecuencias posibles.
- e.** Mirar hacia atrás y/o hacia delante. Visualizar con el paciente cómo era antes de adquirir el hábito y/o cómo se encontrará después de abandonarlo.
- f.** Explorar valores realmente importantes para la vida del paciente (¿qué es importante en tu vida?).
- g.** Utilizar la paradoja, hacer de abogado del diablo. Esta técnica puede ser desbloqueadora de situaciones aparentemente irresolubles pero es bastante arriesgada. Requiere adiestramiento y no puede utilizarse con cualquier persona ya que precisa un cierto nivel de autoestima. Al ponerse el profesional al lado de los argumentos del paciente éste puede observar "desde fuera" lo absurdo de su situación. Tipos de intervenciones paradójicas son: "No creo que valga la pena que lo intentes" o "Por lo que dices, probablemente en este momento lo más acertado es que sigas bebiendo lo mismo".

5. Situaciones que deben evitarse (Miller, 1999)

Hay varias trampas que interfieren rápidamente en el progreso del paciente hacia el deseo del cambio. Son maneras de encarar la entrevista que generan resistencias en el paciente:

Situaciones a evitar durante una entrevista motivacional

- a. **Pregunta-Respuesta.** Significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo, lo que no facilita la reflexión y la elaboración por parte del paciente. Se evita con preguntas abiertas y escuchando reflexivamente. Como norma general conviene evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.
- b. **Confrontación-Negación.** Es lo más frecuente y la trampa que más interesa evitar. Cuanto más enfrentemos al paciente a su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio con respuestas del tipo "No creo que sea tan serio el problema, porque olvide cosas cuando bebo".
- c. **Trampa del experto.** Ofrecer, con la mejor intención, respuestas y soluciones al paciente llevan, a éste, a asumir un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la EM.
- d. **Etiquetaje.** Clasificar a un paciente por un hábito con etiquetas que, a menudo, acarrearán un cierto tipo de estigma en la gente ("Eres alcohólico"). Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner las etiquetas que provocan resistencias innecesarias.
- e. **Focalización prematura.** Enfatizar en lo que al profesional le parece más importante mientras el paciente desea hablar sobre otros temas que le preocupan más. Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista. Empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si se intenta centrar rápidamente el tema, por ejemplo en una adicción del paciente, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.

Concl.

Es importante no adelantar nunca al paciente en las etapas ni forzarlo a que tome decisiones precipitadas. Para esto es fundamental vencer la ansiedad respecto a tener que hacer algo enseguida y a obtener resultados evidentes rápidamente.

En la siguiente tabla se resumen las tareas y estrategias dirigidas a modificar los estilos de vida saludables a nivel individual:

ESTADIOS	TAREAS		ESTRATEGIAS
Precontemplativo <i>No ve el problema</i>	• Priorizar el hábito y estadiarlo • Elaborar mapa de creencias • Trabajar la ambivalencia • Evitar y trabajar las resistencias • Aumentar la autoeficacia y la automotivación.	EMPATÍA	• Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias
Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	• Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea	EMPATÍA	• Lo anterior • Diario de salud • Hoja de balance
Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i>	• Que el paciente verbalice el compromiso de cambio • Ayudar a elegir la mejor estrategia • Desarrollar un plan de actuación conjunto	EMPATÍA	• Hacer sumarios • Preguntas activadoras
Acción <i>Ha iniciado el cambio</i>	• Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxitos	EMPATÍA	• Apoyo narrativo • Preguntas activadoras

ESTADIOS	TAREAS		ESTRATEGIAS
Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i>	• Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia	EMPATÍA	• Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas
Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	• Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso	EMPATÍA	• Señalamiento emocional • Reestructuración positiva.

Concl.

Las técnicas de EM representan mayor ayuda para los profesionales de atención primaria que para el resto de los profesionales, debido a la continuidad de la asistencia que se presta. Se requiere de técnicas de aplicación breve y eficaces para aplicarlas en el tiempo real de la consulta que es escaso y por la gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Res

- El primer paso para brindar educación en salud consiste en establecer si el paciente es susceptible de recibir la información. Primero, este tiene que estar de acuerdo sobre cuál es el problema.
- La única persona que puede decir si su información ha sido clara, es el paciente
- La única forma de evaluar si el mensaje ha sido comunicado en una forma clara es: preguntar al paciente si puede repetir en sus propias palabras lo que se acaba de decir (*“¿He sido suficientemente claro o hace falta que le explique un poco más?”*)
- El médico debe revisar hasta qué grado el paciente está preparado para implementar sus recomendaciones
- Es recomendable utilizar los materiales instructivos disponibles para los pacientes.
- Por medio de la educación para la salud el paciente puede obtener las herramientas necesarias para prevenir, resolver y manejar sus padecimientos o problemas.

V. PLANIFICACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO EN SALUD

“Cuando se afirma que la educación popular es dialógica, participativa, crítica e integral, lo que en verdad se está afirmando es que **debería ser** dialógica, participativa, crítica e integral.”

Rosa María Torres (OPS, Manos a la Salud)



- Planificar un proceso de educación para la salud a nivel comunitario.
- Aplicar unas técnicas básicas para la educación grupal.

Para realizar un proyecto educativo para la salud a nivel comunal o grupal se supone un proceso de aprendizaje que debe basarse tanto en el conocimiento de los educadores como en el conocimiento base, las prácticas habituales y los aspectos socio-económicos de la población a la cual la educación para la salud va dirigida.

Para este proceso es indispensable una buena planificación y conocer algunas técnicas educativas para llevar a cabo en forma exitosa un proyecto de educación.

A. LA PLANIFICACIÓN:

Antes de realizar un proyecto educativo es preciso realizar un **diagnóstico de salud** e identificar y analizar las características generales de la población, sus recursos y el medio en que se desarrolla, tomando en cuenta los elementos de naturaleza social, económica y ecológica. (G. Mejía, 1993). Los EBAIS cuentan con el ASIS para dicho fin.

Luego hay que realizar una **determinación de prioridades**, con base en los siguientes criterios:

Determinación de prioridades

1. Importancia del problema
2. Factibilidad técnica
3. Factibilidad económica
4. Rendimiento de la tecnología aplicada

Luego de una justificación, con base en el diagnóstico de salud y una determinación de prioridades, se pasa a la etapa de planificación.

La planificación de un proyecto educativo pasa por diferentes etapas:

**Etapas de
planificación
de un proyecto
educativo
para la salud**

1. Identificación de necesidades
2. Elaboración de objetivos generales y específicos
3. Determinación de contenidos
4. Definir técnicas y métodos educativos
5. Recursos materiales y humanos
6. Evaluación

En la siguiente tabla se explica cada una de las etapas:

Concepto	Definición	Aplicación
1. Identificación de necesidades	• Análisis de situación de salud en la que se encuentra la población, por qué es así y la capacidad de respuesta de los profesionales	• Permite concretar las prioridades y pasar al diseño de objetivos
2. Elaboración de objetivos generales y específicos	• Objetivo general: la meta que se quiere alcanzar al finalizar el proceso • Los objetivos específicos: la expresión de lo que la población desea lograr y lo que los profesionales esperan ver como logro	• Adecuar las tareas y funciones de los profesionales a las necesidades de la población en relación con conocimientos, actitudes y habilidades para enseñar y aprender
3. Determinación de contenidos	• Es la información, el tema que se transmite a la población a través de cualquier método o medio, para lograr los objetivos propuestos	• Listado de temas, problemas, necesidades concretas sobre lo que se va a trabajar, de manera ordenada

Concepto	Definición	Aplicación
4. Técnicas y métodos educativos	La manera sistemática y ordenada de hacer una o más actividades para enseñar o aprender algo	Organización de grupos de población y trabajo individual, orientados a la toma de decisiones sobre la salud
5. Recursos materiales y humanos	El soporte oral, gestual, visual y humano que se utiliza para transmitir una idea, estimular, motivar, ayudar a cambiar	- Coordinación con la población en el espacio, horario etc. - Transmisión de mensajes y entrenamiento de capacidades para lograr una reacción, una respuesta, un impacto
6. Evaluación	Determinar en qué medida se han realizados los objetivos del programa, qué efectos se han obtenido y qué factores han contribuido a lograr los resultados	- Determinar los resultados y analizar y discutir los pasos (resultados y proceso) - Analizar los datos para cambiar o modificar los modelos de comportamiento - Explicar y comprobar los modelos de comportamiento - Adquirir y mejorar las habilidades pedagógicas - Hacer saber a los participantes que sus contribuciones son valiosas

B. TÉCNICAS EDUCATIVAS PARA LA EDUCACIÓN GRUPAL

El educador /facilitador (o los miembros del equipo educador) preferiblemente tiene que tener algunas cualidades para llevar a cabo un proyecto educativo de forma exitosa según la CCSS (perfil del facilitador en promoción de la salud de la CCSS, 2000):

**Cualidades deseables del facilitador de promoción de la salud
(CCSS, 2000)**

- Comprometido con la salud como un producto social con énfasis en la atención primaria
- Liderazgo en los procesos bajo su responsabilidad
- Organizador(a), conductor(a) y animador(a) de equipos de trabajo interdisciplinario, institucional e intersectorial
- Capacidad de análisis para concertar y negociar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con el propósito de liderar la promoción de la salud.

En el anexo 1 se explican brevemente algunas técnicas que se pueden incluir a la hora de implementar un proyecto de educación grupal. Los mismos son de diferentes tipos: para la investigación en el aula, técnicas expositivas, técnicas para el análisis y técnicas para el desarrollo de habilidades.

ANEXO No.1

Tabla 1: Técnicas de investigación en el aula
Adaptado de: Guía de educación para la salud (INSALUD Madrid), 1999

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Lluvia de ideas	Los miembros de un grupo expresa ideas, sentimientos etc. con pocas palabras. El educador al final sistematiza y devuelve al grupo las aportaciones	Más útil para trabajar actitudes, sentimientos, creencias que conocimientos. Se puede utilizar con un grupo grande.	Contacto superficial con el tema (pocas palabras).
Phillips 6/6	Un grupo grande se divide en grupos pequeños de 6 personas que tratan en 6 minutos una cuestión propuesta. Después se realiza una plenaria. El educador al final sistematiza y devuelve al grupo las aportaciones.	Más útil para trabajar actitudes, sentimientos, creencias, que conocimientos. Promueve la participación	Contacto y conciencia mayor sobre el tema (una idea por persona en 1 minuto). Tiempo relativamente corto, debe planearse bien.
Rejilla	Un grupo pequeño o grande expresa sus sentimientos, creencias o conocimientos sobre distintos aspectos (de 2 a 5) de un tema. Plenaria el educador al final sistematiza y devuelve al grupo las aportaciones.	Permite trabajar en el área afectiva y también en el área cognitiva. Grupo de < 12 personas.	Conciencia aún mayor sobre el tema (experiencias, vivencias, creencias). Tiempo aún mayor +++
Cuestionario y frases incompletas	En trabajo individual, parejas o grupo pequeño se responde a distintas cuestiones sobre un tema de respuesta cerrada o abierta. Plenaria (si procede). El educador al final sistematiza y devuelve al grupo las aportaciones.	Permite trabajar temas del área afectiva y también del área cognitiva. Grupo < 12 personas. Permite la reflexión.	Se obtiene solo lo que el cuestionario pregunta.

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Fotopala bra	En grupo pequeño o grande cada persona escoge una foto entre varias que se presentan. Posteriormente expresan los motivos por los que la han escogido.	Permite trabajar aspectos del área afectiva profundos y arraigados.	Si aparecen aspectos más profundos, puede resultar más difícil la gestión por parte del educador.

Tabla 2: Técnicas expositivas
Adaptado de: Guía de educación para la salud (INSALUD Madrid), 1999

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Charla - coloquio	Exposición sobre un tema por parte del educador, seguida de discusión o coloquio sobre el mismo, que puede ser libre o estructurada. Cuando es estructurada, el educador pide a los participantes individualmente, en parejas o en grupos pequeños, que piensen en algunas dudas, comentarios etc. que el tema les sugiera.	Suele ser útil el uso de recursos didácticos como apoyo. Grupo grande.	No sirve para trabajar en el área afectiva y de las habilidades, tampoco para la búsqueda de soluciones a los problemas planteados al igual que el resto de estas técnicas. Es una técnica pasiva, unidireccional, puede provocar fatiga y falta de interés
Lectura con discusión	No hay exposición oral por parte del educador, sino la aportación de conocimientos sobre el tema es un documento escrito (folleto, artículo, ficha etc.) que se lee y discute en grupos pequeños primero (a veces lectura individual únicamente). Después plenaria y discusión en grupo grande.	El grupo tiene más autonomía para obtener conocimientos que en la charla.	Necesita más tiempo que la charla-coloquio. A veces es difícil encontrar el documento adecuado. No sirve si el grupo no sabe leer.
Video con discusión	La aportación de conocimientos se hace a través de un video a un grupo grande. A continuación se realiza un coloquio.	Posibilita la variación de técnicas expositivas. Suele resultar motivador para los participantes.	A veces es difícil encontrar un video con las informaciones útiles para el grupo. Necesita aparato y pantalla.

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Lección participada	El grupo expresa sus conocimientos previos sobre un tema. Posteriormente el educador realiza una exposición sobre el mismo, completando la información. Se finaliza con una discusión sobre el tema.	Está indicada cuando se cree que el grupo ya tiene algunos conocimientos sobre el tema.	Necesita más tiempo que la charla-coloquio. Requiere un clima muy tolerante por parte del educador, de lo contrario parece un examen.

Tabla 3: Técnicas de análisis
Adaptado de: Guía de educación para la salud (INSALUD Madrid), 1999

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Caso	Consiste en dar a conocer una historia (escrita, dramatizada o en video) y unas preguntas. Se le solicita al grupo (pequeño o grande, no más que de 12) que la analice. Se realiza plenaria y análisis en grupo grande si procede. El educador al final sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.	Su objetivo es analizar causas, soluciones etc. Respecto a un tema, así como reflexionar sobre actitudes, opiniones, posturas o sentimientos. Permite llegar a diferentes soluciones y promueve una actitud crítica.	Tiempo largo. Se analiza y discute sobre la historia y no sobre la propia realidad del grupo.
Discusión	Un grupo (en general pequeño) discute sobre un tema, distintos aspectos de él. La discusión se puede realizar en forma libre o estructurada (por ejemplo: la mitad del grupo grande defiende una posición, la otra mitad lo contrario). Plenaria y discusión en grupo grande si procede. El educador al final sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.	Su objetivo es profundizar sobre el tema de que se trate. La profundidad en el análisis a veces es mejor que con el caso y análisis de texto.	De discute sobre la propia realidad del grupo.

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Análisis de texto	Se pide al grupo que mediante preguntas analice un texto, una parte de él (frases, refranes etc.) o anuncios publicitarios (escritos o en video). Plenaria y discusión en grupo grande si procede. El educador al final sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.	Su objetivo es profundizar sobre el tema de que se trate. El texto proporciona estímulos para la profundización en el mismo.	A veces es difícil y laborioso encontrar el texto, frase, anuncio, etc. más adecuado al grupo.
Ejercicio	Se pide al grupo que en trabajo individual (a veces pareja, tríos o grupos pequeños) reflexione sobre distintos aspectos de un tema. Plenaria y discusión en grupo grande si procede. El educador al final sistematiza y devuelve al grupo lo discutido.	Su objetivo es analizar un tema y/o reflexionar sobre las propias actitudes, comportamientos, soluciones etc. Permite el trabajo individual.	Tiempo largo. El nivel de reflexión a veces es alto. Sería útil en algunos grupos la realización previa de otra técnica de análisis.

Tabla 4: Técnicas de desarrollo de habilidades
Adaptado de: Guía de educación para la salud (INSALUD Madrid), 1999

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Demostración con entrenamiento	El educador explica a la vez que lleva a cabo una determinada habilidad psicomotora. Posteriormente pide al grupo que realice dicha habilidad y establezca un entrenamiento.	Su objetivo es el desarrollo de habilidades psicomotoras. Es un método dinámico.	Para el desarrollo de la habilidad generalmente se precisa varias sesiones de entrenamiento.
Simulación operativa	Se propone al grupo una o varias situaciones frecuentes en las que se utilice esa habilidad social. Se le pide que, en trabajo individual y a veces posteriormente en pequeños grupos, identifique qué haría en esa situación respecto al uso de habilidades. Como paso previo es conveniente la utilización de otras técnicas que permitan la reflexión sobre sus experiencias.	Su objetivo es el desarrollo a nivel inicial o superficial de una habilidad social.	Tiempo corto. Solo permite el inicio de desarrollo de la habilidad (se piensa que se haría pero no se entrena en hacerlo).

Técnica	Descripción	Utilidad	Limitaciones
Dramatización (Role playing)	Previamente se debe llevar a cabo otra técnica que permita conocer y reflexionar sobre la habilidad social que se quiere trabajar. El educador, para trabajar la habilidad social propuesta, determina los roles más frecuentes. Miembros del grupo los interpretan y el resto del grupo observa (generalmente con guión) el desarrollo de la habilidad. Posteriormente hay una plenaria de lo observado por todo el grupo	Su objetivo es el desarrollo a nivel profundo de habilidades sociales. Permite el entrenamiento progresivo, haciendo la técnica varias veces, en distintas situaciones. Despierte el interés en el público.	Tiempo largo. Es necesario utilizarla después de otras técnicas. Requiere educadores hábiles en su gestión y habilidad de los actores. El grupo debe tener cierto grado de madurez.

Referencias Bibliográficas

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Promoción de la salud: una antología.** Washington, DC., 1996. Publicación Científica No. 557.

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION. **Ottawa: Canadian Public Health Association,** 1986.

DERRYBERRY, M. **Mejoramiento de los Programas de educación sanitaria por medio de la investigación y la evaluación.** Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 36:377-385, 1954.

ALVAREZ, R. **Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos.** Heredia, Editorial Fundación UNA, 1998.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Patient education,** 2000 (<http://www.aafp.org/x16540.xml>)

PÉREZ ULATE G. **Educación para la salud.** Unidad didáctica No.1. Ministerio de Salud, Dpto. Educación para la salud, 1995.

JAGT, L VD. **If you know what I mean. About patient education during the consultation.** Dutch College of Family Practitioners, 2000.

LIZARRAGA S, AYARRA M. **The motivational interview.** Grupo Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte (Navarra), 2000.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **A "Stages of Change" Approach to helping patients change behaviour.** March 2000. (<http://www.aafp.org/afp/20000301/1409.html>)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Manos a la salud, mercadotecnia, Comunicación y Publicidad.** Herramientas para la Promoción de la Salud. CIESS/OPS, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Dirección Nacional de Madrid. **Recomendaciones metodológicas básicas para la elaboración de un proyecto educativo.** Madrid, 1999.

LOWES R. **Patient-centered care for better patient adherence.** Family Practice Management. March 1998. (<http://www.aafp.org/fpm/980300/patient.html>)

MCILVAIN H, KAY BOBO J, LEED-KELLY A, SITTORIUS MA. **Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics.** Am Fam Phys 1998;8:1869-1887.

CEBRIA J, BOSCH JM. **La peregrinación por la rueda de cambios tiene indulgencia sanitaria plena.** FMC 2000;7:233-236.

BOSCH JM, CEBRIÁ J, MASSONS J, CASALS R. **Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica 'la motivación para el cambio'.** Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de SEMFYC. Madrid, 1994: 285-294.

SALTINI A, DEL PICCOLO L. **Patient-centered interviews in general practice.** Recent Prog Med 2000; 91:38-42

MILLER WR, ROLINCK S. **La entrevista motivacional.** Barcelona, Paidós 1999)
CCSS, **Gerencia de Modernización y Desarrollo**, Departamento de Promoción de la Salud, Perfil del Facilitador en Promoción de la Salud de la CCSS, julio 2000.

CCSS, **Gerencia de Modernización y Desarrollo**, Plan Institucional de Promoción de la Salud, abril 1999.

CCSS, **Tecnología Educativa para la Promoción de la Salud**, Planificación del componente educativo, 1993.

INSALUD MADRID, Area 9, **Guía de Educación para la Salud – Promoción de la Salud**, Programa de Atención al adulto.

MEJÍA G. **Tecnología educativa para la promoción de la salud.** Planificación del componente educativo. CCSS, 1993.

CCSS, **Gerencia de Modernización y Desarrollo**, Resumen Plan Institucional de Promoción de la Salud, mayo 1999

CUARTA

U N I D A D

Estilos de Vida Saludables

Objetivo General de la Cuarta Unidad

Aplicar los elementos básicos de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de comportamientos de riesgo para la ejecución de intervenciones en el ámbito local

I. CONCEPTUALIZACIÓN

“Un hombre racional cambia para adaptarse al mundo; uno no racional lucha por ajustar el mundo a su ideal y pensamiento: el progreso de la humanidad depende de los hombres no racionales”
Bernard Shaw

0

Definir el ámbito de los estilos de vida saludables

A. ANTECEDENTES

Los investigadores en la década de los 50s hicieron importantes hallazgos en la epidemiología de las enfermedades. Las tres décadas siguientes se caracterizaron por la investigación centrada en combatir las principales causas de muerte. Durante este período, la preocupación por los estilos de vida empezó a cobrar importancia.

1. Marco de estilos de vida en las Conferencias Internacionales

Las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud, celebradas en Ottawa en 1986; Bogotá, en 1992 para América y Jakarta en 1997, proponen cinco rumbos estratégicos para la promoción de la salud.

**Rumbos
estratégicos
Promoción
de la Salud**

- Formulación de políticas públicas saludables
- Reorientación de los servicios de salud
- Creación de ambientes propicios
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales

Estos rumbos estratégicos presentan el marco para el trabajo en la promoción de los estilos de vida saludable.

2. Líneas de acción

Tales rumbos estratégicos podrían llevarse a cabo a través de tres líneas de acción paralelas

- Habilitar a la gente para el control sobre los servicios de salud
- Implantar condiciones estructurales que hicieran posible la salud plena de toda la población
- **Fomentar estilos de vida sanos**

El fomento de los estilos de vida saludables se define como una de las acciones básicas de la promoción de la salud. (Ver [Memoria Institucional, Pág. 36- 37 en Carpeta de Referencias](#))

B. CONCEPTOS

1. Estilo de vida

El termino estilo de vida designa la manera general de vivir. Así como no existe un estado ideal de la salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como óptimos para todos. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean atractivos, factibles y apropiados.

Las posibles pautas de conducta que pueden ser adoptadas por los miembros de una colectividad pueden estar determinadas, limitándolas o ampliándolas, por características personales, así como por la interacción con el entorno, en el sentido más amplio.

En un sentido integrado, los estilos de vida deben considerarse entonces en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones de vida.

Los estilos de vida de un grupo social, comprenden una serie de interpretaciones de actuaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismos para afrontar los problemas durante la vida.

Ej.1

Algunas enfermedades endémicas en la población, producen una adaptación cultural por constituir una parte de la vida cotidiana.

Ej.2

Una población que siempre haya tenido parásitos no tiene referentes para considerar a la parasitosis como algo anormal.

**Estilo de vida
(Concepto)**

Es el proceso por el cual los individuos identifican, manifiestan sus problemas, reaccionan frente a ellos e intentan resolverlos.

Es un concepto específico de cada situación que es configurado con base en las exigencias que se le plantean a una persona, el apoyo y los recursos disponibles para afrontar los problemas y las limitaciones impuestas para hacerles frente.

Concl.

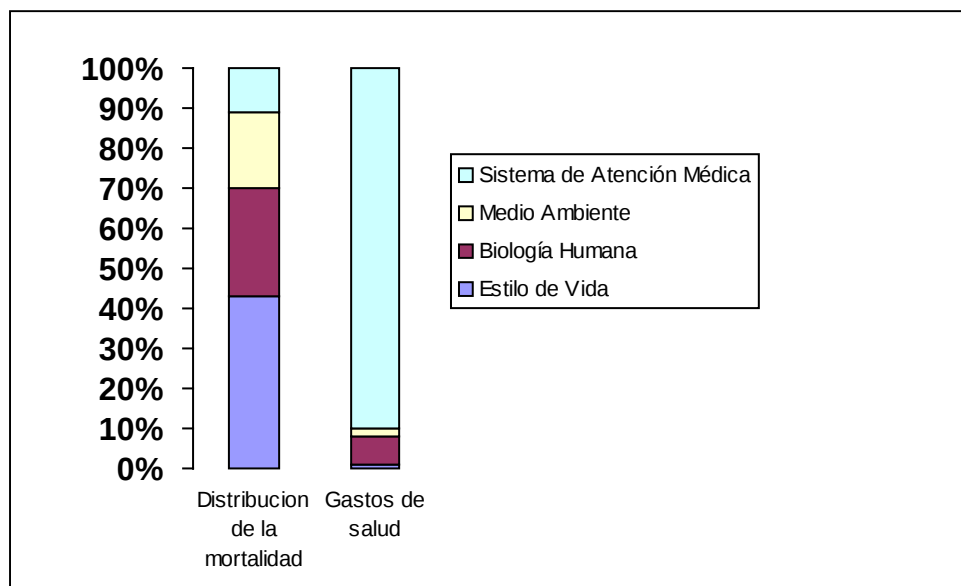
“Los problemas de salud comunes y aparentemente banales, son los precursores de problemas graves, deterioros irreversibles y muerte precoz. Tales problemas comunes se relacionan con hábitos culturales aprendidos (dieta, tabaco, otras drogas, sedentarismo, entre otros aspectos) y, por lo tanto, modificables”. (PASP, 2001)

C. RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA CON LA DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD

Con el objeto de promover políticas saludables se desarrolló un modelo de determinantes en salud agrupados por dimensiones. Las dimensiones planteadas incluían al sistema de atención médica, estilo de vida, biología humana y medio ambiente. Este modelo fue útil para plantear un cambio en la política sanitaria en Canadá en la década de los 70s.

Con base en este modelo, se realizó un estudio para determinar el peso relativo de cada una de la dimensiones sobre la mortalidad. Como se observa en el Gráfico No. 1, el estudio fue enfático en sugerir que el peso de la dimensión estilo de vida es el más importante como contribuyente de la distribución de la mortalidad. La dimensión sistema de atención médica tuvo el menor peso sobre esta distribución.

Gráfico No. 1
Comparación de la distribución de la mortalidad y los gastos según las dimensiones del modelo para el análisis de la política sanitaria, EUA 1975.



Adaptado de Dever, 1991.

Este estudio revisó; además; la distribución relativa de los gastos de salud de acuerdo con estas dimensiones. Se encontró que existía una relación inversa entre la distribución del gasto y la de mortalidad en la dimensión de sistema de atención médica, que genera la gran mayoría de los gastos en salud, pese a tener el menor peso relativo en la distribución de la mortalidad. La relación opuesta corresponde a la dimensión de estilo de vida.

La distribución relativa de las dimensiones sobre la mortalidad y los gastos en salud, planteó la necesidad de realizar cambios orientados a intervenir las dimensiones cuyos pesos son mayores en la mortalidad.

La Tabla No.1 muestra la distribución relativa de las dimensiones como factores en las diez principales causas de muerte en la población total (mayor de un año de edad).

Para ello se consideran los años de vida potencialmente perdidos antes de los 65 años como indicador de mortalidad prematura.

Tabla No. 1
Distribución porcentual de factores de mortalidad prematura para las principales causas de muerte, de acuerdo con las dimensiones del modelo, EUA 1975.

Principales causas de muerte	Estilo de Vida	Biología Humana	Medio Ambiente	Sistema de Atención Médica
% distribución promedio	53.1	16.8	21.7	9.8
Enfermedades cardiovasculares	50	21	22	7
Enfermedades cardíacas	54	28	9	12
Cáncer	37	29	24	10
Accidentes automovilísticos	69	1	18	12
Otros accidentes	51	4	31	14
Homicidio	66	5	30	0
Suicidio	60	2	35	3
Diabetes	26	68	0	6
Cirrosis hepática	70	18	9	3
Influenza y neumonía	23	39	20	18

Adaptado de Dever, 1991.

Existe gran variabilidad en la influencia de las dimensiones sobre las diferentes enfermedades, en relación con su naturaleza particular. Sin embargo, la dimensión de estilos de vida, con excepción de la diabetes y la influenza-neumonía, se presenta como el factor de mortalidad prematura más importante para las causas de muerte consideradas.

Ej.

Es sustancial el peso económico de los factores relacionados con el estilo de vida, como la dieta inadecuada, la inactividad física y la obesidad.

Todos son factores de riesgo significativos para la muerte prematura por enfermedades del sistema cardiovascular, algunos tipos de tumores malignos y accidentes automovilísticos, entre otros.

Estos problemas de salud involucran un considerable costo en la atención médica así como en discapacidad.

Además de estos costos económicos, existen costos no medibles debidos a problemas sociales o emocionales, tanto para los afectados como para las personas cercanas a ellas.

Concl.

Se considera que el estilo de vida es uno de los determinantes más importantes de la salud de una población. Ha sido bien establecida la importancia de la nutrición apropiada y la actividad física para reducir las tasas de enfermedad y muerte de las enfermedades crónicas. Son causantes de muerte e incapacidad sustancialmente la diabetes, la osteoporosis, la obesidad y los accidentes vasculares cerebrales (McGinnis, 1993).

En una población con un promedio de edad cada vez más alto, la tendencia puede llevar a mayores índices de mortalidad y morbilidad por estas enfermedades.

Las principales causas de muerte son usualmente prevenibles, sin embargo, a menos que se cambien los procedimientos utilizados en la actualidad para reducir la mortalidad y morbilidad por estas enfermedades, se logran muy pocos o ningún cambio en los patrones de enfermedad.

II. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO



Analizar algunos elementos que condicionan los estilos de vida de las personas

El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. Estos patrones son influidos por una serie de factores que son sujeto de estudio e intervención.

A. ALGUNOS ASPECTOS DE LA SOCIALIZACIÓN

1. Reacciones habituales y pautas

Estilos de Vida (Concepto)

El estilo de vida de una persona esta constituido por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización.

Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, hermanos, compañeros y amigos, o por la influencia de la escuela y los medios de comunicación masivos, entre otros factores sociales.

Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diferentes situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

2. La familia

Desde el nacimiento, los padres influyen en los comportamientos de sus hijos por medio de signos acerca de qué acciones son socialmente aceptables y las que no lo son.

Ej.

El cepillado de los dientes, el baño diario, el uso de desodorante y el masticado de la comida con la boca cerrada, son comportamientos que probablemente la familia ha inculcado en algunas personas.

La cultura a la cual pertenece la familia ejerce influencia en las elecciones de la alimentación, en las creencias religiosas, en las creencias políticas y en la mayoría de los valores y acciones. Las familias que funcionan adecuadamente como tales tienen en común su dedicación a la construcción de un desarrollo saludable para todos los miembros de la familia, la confianza incondicional y el compromiso a superar las dificultades que se presenten. Los comportamientos saludables tienden a prevalecer en familias y hogares saludables.

El rol de la familia

En el desarrollo de hábitos saludables para prevenir la enfermedad, puede ser conflictivo y con influencias contradictorias en otras áreas de la vida. Las familias tienen autonomía limitada en relación con la salud y los estilos de vida.

La salud de los familiares está determinada además por factores que se encuentran fuera de la estructura familiar, lo cual plantea la necesidad de mejorar el ambiente familiar y las condiciones de vida, más que a la familia *per se*. Las necesidades reales de las familias para establecer un estilo de vida saludable deben ser reconocidas y expresadas no en términos médicos, sino, principalmente, en términos de condiciones de vida (Cresson, 1991).

B. INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y CULTURALES

Las situaciones sociales y políticas intervienen en temas relacionados con la salud. Los problemas asociados con una dieta inadecuada; la inadecuada lactancia materna; el sedentarismo y la obesidad, afectan a la mayoría de los segmentos de población; sin embargo, puede haber disparidades marcadas en el impacto que estos problemas tienen en diferentes grupos de población (para un recuento de los determinantes sociales de la salud, ver documento de la OMS: [Solid Facts, en Carpeta de Referencias](#)).

1. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas como edad, etnia y sexo influyen en el tipo cantidad y calidad de las actividades relacionadas en los estilos de vida.

Ej.

La edad influye directamente en la actividad física, la alimentación y el peso. Estas diferencias son marcadas al comparar grupos de edad extremos: escolares y adultos mayores.

2. Características económicas

Históricamente el nivel de prosperidad económica y el desarrollo de la salud pública de una sociedad; han tenido más impacto en el estado de salud de la población que en el cuidado médico individual. En las poblaciones, la salud frecuentemente varía de manera importante en relación con el nivel de ingreso familiar; ya que este refleja el efecto de los recursos sociales. Aquellas personas con más recursos los pueden usar para evitar riesgos en salud, así como para lograr el cuidado médico necesario. Los que tienen menos recursos pueden no responder a las demandas de una enfermedad.

La relación entre la situación socioeconómica y la salud se debe a varios factores. El nivel socioeconómico influye directamente sobre la capacidad de adquisición, accesibilidad y patrones de consumo en la alimentación. Las ocupaciones de los que tienen menor educación en general son más peligrosas. Los ambientes sociales son también más riesgosos (aumento de homicidios, caídas, incendios y accidentes automotores).

Los modelos culturales de salud y enfermedad pueden tener un impacto en el estado de salud de la población, pero este no es tan grande como el de varios aspectos de la situación socioeconómica.

3. Características culturales

Los estilos de vida están referidos a conductas, hábitos, costumbres y formas de consumo, definidos culturalmente (como se señala, en el punto A.2. de esta unidad, sobre la familia) que ponen en riesgo a la salud. Están sujetos a refuerzos colectivos por lo que las acciones para promover estilos de vida saludables no pueden ser reducidas solo a acciones de impacto individual.

Modificar los estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en el sistema de creencias y tradiciones culturales.

4. Los servicios de salud

Las instituciones de salud deben aceptar el desafío de actuar como agentes de cambio de conductas y actitudes de la población (De Roux, 1994).

Ej.

Los hábitos alimentarios inadecuados y la inactividad física están asociados a varios resultados adversos en salud.

La mayoría de los adultos adolescentes y niños puede beneficiarse con las intervenciones diseñadas desde los servicios de salud para mejorar los hábitos de alimentación y aumentar los niveles de actividad: Fomentar hábitos en niños de los CEN-CINAI-CAI, en mujeres durante la Preparación Psicofísica para el parto del Control Prenatal y en adultos mayores con Clubes de Natación.

Los servicios de salud tienen una oportunidad enorme de poder contribuir favorablemente en el cambio de estilo de vida. Algunas de estas acciones se enumeran en el último apartado de esta unidad.

C. LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES SIGNIFICATIVAS COMO AGENTES DE CAMBIO

Un paso importante para el cambio es aprender a entender las formas sutiles y no sutiles con las que las amistades y otras personas han influenciado y continúan influenciando el comportamiento individual.

1. Vínculos cercanos

Muchas personas son altamente influenciadas por la aprobación o desaprobación (real o imaginaria) de amistades cercanas y con nexos afectivos. Los maestros, amigos o los miembros de institución religiosa pueden tener un profundo efecto en la adopción del estilo de vida.

a. Opiniones de otras personas

Igual que la familia, los ambientes personales también moldean los comportamientos. El desviarse de las acciones esperadas en las comunidades, frecuentemente genera reacciones sociales negativas. El hecho de valorar las opiniones de otras personas, predispone a cambiar comportamientos que los ofenden.

b. La necesidad de aceptación

Las personas actúan de manera previsible; dicen ciertas cosas y responden de una manera específica debido a la cultura, la crianza y la necesidad de ser aceptados por otros. Estos factores las presionan para que hagan lo que consideran que la mayoría percibe como lo correcto. En general, la posibilidad de que otros influyeran en las acciones está de acuerdo con la autoestima y la percepción de autoeficacia.

2. Los grupos sociales o culturales

Las asociaciones comunales formales e informales, los políticos, los personajes de los deportes o que se destacan en los medios de comunicación masivos, modelan comportamientos que pueden influir en el individuo que los admira.

Estas influencias, tanto positivas como negativas, pueden ofrecer apoyo para las acciones en salud. Algunas, inclusive, pueden interferir con las mejores intenciones para hacer un cambio positivo.

Ej.

El personal de salud frecuentemente ocupa una posición privilegiada en la comunidad al ser identificado como personas preparadas cuya opinión amerita atención. Es un grupo de liderazgo y referencia.

En caso de que el personal de salud no mantenga estilos de vida saludables, la población puede reaccionar con escepticismo frente a las orientaciones que se brinden en ese tema.

El Plan de Atención en Salud a las Personas (PASP), en la descripción de la intervención de Promoción de estilos de vida saludables, identifica al personal institucional como un grupo de población donde las actividades pueden tener mayor impacto. (PASP, 2000).

D. MODELOS DE COMPORTAMIENTO

Varias teorías y modelos se han desarrollado para explicar por que algunas personas tienen éxito en su intento por un cambio de comportamiento y otras no.

El desarrollo y mantenimiento de los comportamientos positivos para la salud no se puede limitar a un modelo en el cual se asuma que si se facilita y adquiere conocimiento, las actitudes y los conocimientos cambiarán. Si fuese así, las personas conscientes de esto no se comportarían en formas que son perjudiciales a su salud.

Comportamientos no saludables

Las razones por las cuales las personas se comportan en formas no saludables, pese a conocer los riesgos, son complejas y no fácilmente entendibles.

Los investigadores han estudiado los comportamientos en salud por décadas y continúan analizándolas.

Ej.

Existe un alto número de profesionales de la salud que fuman, fallan en el manejo del estrés, consumen dietas inadecuadas altas en grasas, son sedentarios y actúan en otras formas no saludables.

Ciertamente tienen conocimiento de los riesgos a la salud, pero su conocimiento no está conectado a la práctica.

Igual situación ocurre con el alto conocimiento sobre la transmisión del SIDA por parte de la población, que no está relacionado con la utilización del preservativo para evitar el contagio (Bogotá, 1992).

Esto obliga a repensar los enfoques de abordaje en cuanto a los estilos de vida dirigidos a la población, pues el énfasis habitual en la transmisión y circulación de conocimientos, con la pretensión de transformar conductas, puede traducirse en una inadecuada utilización de recursos y esfuerzos.

Por lo general, un solo factor no da cuenta de un comportamiento nocivo. Los factores interactúan constantemente y dificultan adscribir a una causa única la etiología de un comportamiento específico.

1. El cambio de comportamiento

El deseo al cambio es un prerrequisito en el proceso de cambio, pero la motivación no es el único elemento del proceso. La motivación debe ser combinada con el sentido común, el compromiso, y un entendimiento realista de la mejor manera de generar el cambio. La disposición personal es un estado del ser que precede al cambio de comportamiento. O sea, es importante tener la disposición para cambiar.

Las personas que están preparadas para el cambio poseen el conocimiento, las actitudes, las habilidades, y los recursos internos y externos, que hacen que el cambio pueda ser una realidad. Para que una persona esté preparada para el cambio debe haber algunos pasos básicos y ajustes de pensamiento.

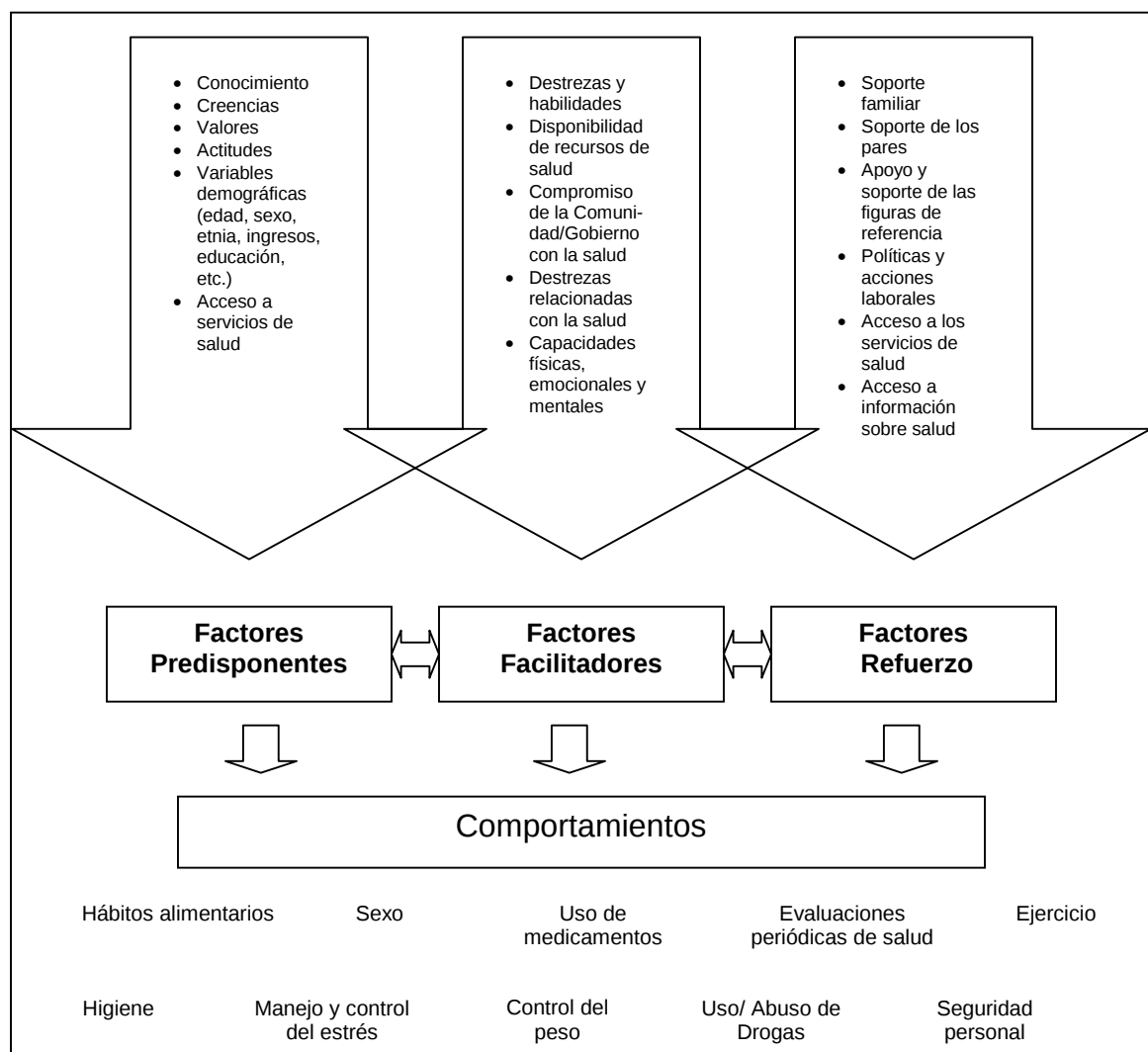
El cambio de creencias, actitudes, valores, acciones y comportamientos que se ha desarrollado desde la infancia es una tarea difícil. No es infrecuente que aun las personas con una sólida voluntad, sepan que esta no es suficiente para orientarlos a través de los varios ajustes que son necesarios para cambiar el comportamiento.

Los cambios principales en el comportamiento de la salud no se concretan siguiendo recetas fáciles. Los cambios que permanecen en el tiempo y que, por último, mejoran la salud y el bienestar, requieren de un pensamiento cuidadoso, un análisis individual y un esfuerzo considerable.

2. Modelo de los factores que influyen en el comportamiento

La Figura No. 1 muestra un modelo que identifica los principales factores que influyen el comportamiento y las decisiones para el cambio de comportamiento. Estos factores, según este modelo, pueden ser divididos en tres categorías principales: factores predisponentes, facilitadores y refuerzo

Figura No. 1
Factores que influyen en las decisiones de cambio de comportamiento



Fuente: Social and Behavioral Foundations of Public Health, 1999

**Factores
Predisponentes
(concepto)**

Nuestras experiencias de vida, el conocimiento, la herencia cultural y étnica, y las creencias y los valores del momento son factores predisponentes que influyen el comportamiento y su cambio.

Los factores que predisponen a ciertas condiciones incluyen la edad, el sexo, la etnia, el ingreso familiar, la historia familiar, la educación y el acceso a los servicios de salud.

Ej.

Si los padres fuman, los hijos tendrán un 90% mayor de probabilidad para iniciar el fumado si se compara con padres que no fuman.

Si el grupo de pares fuma, la persona tiene 80% más probabilidad de fumar comparado con grupos de pares que no fuman.

**Factores
Facilitadores
(concepto)**

Son las destrezas y habilidades, las capacidades físicas, emocionales y mentales y el acceso a los recursos que hacen más conveniente o difícil la toma de decisiones en salud.

Los factores facilitadores positivos alientan a ejecutar la intención de cambio. Los factores facilitadores negativos trabajan en contra de la intención de cambio.

Ej.

Si la persona desea unirse a un grupo de ejercicio, pero el más cercano está a 30 minutos en autobús y la cuota de ingreso es alta, estos factores facilitadores negativos pueden convencer a la persona de quedarse en su casa.

Por el contrario, si el centro de ejercicio se encuentra a dos cuadras, está abierto hasta medianoche y tiene una cuota de membresía cómoda, estos factores facilitadores positivos lo convencerán de unirse al grupo.

**Factores
de refuerzo
(concepto)**

Son aquellos que implican la presencia de apoyo y soporte, que personas significativas dan a otros, en relación con una problemática de salud de carácter positivo o negativo

Los factores de refuerzo también incluyen políticas y servicios que hacen más fácil o difícil mantener un comportamiento particular.

Ej.1

La familia y los amigos **refuerzan** el comportamiento de seguir fumando si una persona decide dejar de fumar, pero su familia y amigos fuman en su presencia; de esta manera, la tientan a empezar a fumar de nuevo.

Ej.2

Si, una persona con sobrepeso pierde algunos kilos y todos sus amigos y colegas le dicen que se ve muy bien; su comportamiento positivo va a ser **reforzado** y la persona estará con mayor probabilidad de continuar su régimen alimentario y de ejercicio.

Reforzar significa añadir nuevas fuerzas al fomento de algo. Los factores de refuerzo, que pueden influenciar los comportamientos positivos y/ o negativos, incluyen el dinero, la popularidad, el apoyo y el aprecio de las amistades, así como el interés y el entusiasmo familiar por lo que está haciendo, si es que esto corresponde.

La manera cómo la persona se auto recompensa o se castiga por sus propios éxitos y fracasos puede también afectar sus posibilidades de adoptar comportamientos saludables. El aprender a aceptar pequeños fracasos y a concentrarse en los éxitos puede fomentar nuevos éxitos.

Ej.

El recriminarse por los excesos en el consumo de helados, las discusiones fuertes con las amistades, las llamadas de atención por no acelerar el proceso o haber decidido no trotar porque llovía, pueden crear un ambiente en donde el fracaso es inevitable.

El reforzar el hecho de auto gratificarse por pequeños éxitos, es un factor que influye en los cambios positivos de comportamiento.

3. Las creencias en salud

Las creencias pueden influenciar en el comportamiento, sin embargo éstas puede que no produzcan por si solas cambio en las personas.

**Creencia
(concepto)**

Valoración de la relación entre algún objeto, acción o idea y algún atributo de ese objeto, acción o idea.

Ej.

Una persona cree (valoración) que el tomar licor (acción) no se debe mezclar con la conducción de un automóvil (atributo de la acción).

**Actitud
(concepto)**

Conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de comportamiento relativamente estables en relación con algo o alguien.

**a. Creencias
en lo
mítico
mágico**

Las creencias se dan como explicación final de los eventos y se ofrecen como fuerzas autoritarias incuestionables y muy poderosas.

Varias de estas creencias radican en pensamientos mítico-mágicos. En la capacidad afirmativa que tienen las creencias radica la dificultad para transformar prácticas y comportamientos de salud que se apoyen en ellos.

b. Transformación de las creencias

Es necesario develarlas utilizando mecanismos que permitan poner de manifiesto las interpretaciones causales de la gente sobre hechos relacionados con la enfermedad y la salud.

Para poder realizar esto, “es necesario aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir en ellas las claves para mejorar la salud” (de Roux, 1994).

c. Modelo de creencias en salud

Se han desarrollado modelos para estudiar la relación entre las creencias y los comportamientos en salud. El Modelo de Creencias en Salud (*Health Belief Model- HBM*, Rosenstock, 1966) es uno de los más aceptados.

De acuerdo con este modelo, deben revisarse los factores de la percepción de la seriedad, la percepción de la susceptibilidad y los signos para la acción para explicar cómo las creencias influyen el cambio de comportamiento.

a¹. Percepción de la seriedad del problema de salud

La persona debe considerar cuán severas son las consecuencias médicas y sociales si el problema se desarrolla o no se trata.

Mientras más seria sea la creencia del efecto en la persona, hay mayor posibilidad para que ejecute una acción preventiva.

Ej.

En situaciones epidémicas percibidas por la población como de alta peligrosidad, se puede generar predisposición para enfrentarlas.

a². Percepción de la susceptibilidad al problema de salud

La persona evalúa la posibilidad de desarrollar problemas de salud. Aquellos que se perciban como susceptibles al problema, tienen mayor probabilidad de ejecutar una acción preventiva.

Ej.

Algunas personas no perciben que vayan a ser afectadas por un problema grave al fumar, actúan como si tuviesen algún tipo de inmunidad.

En algunos casos pueden pensar que el sistema de salud los curará en caso de presentar una enfermedad grave o pueden sentir que los costos inmediatos pueden sobrepasar los beneficios de largo plazo.

**a³. Signos
para la
acción**

Aquellos que reciben recordatorios o alertas acerca de un problema potencial de salud tienen mayor probabilidad de ejecutar una acción preventiva.

Concl.

La salud tiene un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla no siempre tiene suficiente atractivo. La población se motiva normalmente más por la enfermedad que por la salud y tiende a considerar a las enfermedades como problema únicamente cuando se siente enferma.

Los factores que influyen en el comportamiento contribuyen a explicar el divorcio entre las prioridades de salud que tienen las personas en la comunidad y los comportamientos saludables esperados por el personal de salud de los servicios de salud. Es decir, entre el conocimiento y las percepciones que pueda tener la población sobre un riesgo particular y su conducta concreta.

Para comprender cómo funciona el proceso de cambio de comportamiento, debemos primero identificar los patrones de comportamiento específicos y tratar de entender las razones por las cuales se manifiestan.

III. ORIENTACIONES PARA EL FOMENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

“Un hábito es un hábito, no puede ser lanzado fuera de la ventana, debe ser persuadido escaleras abajo dando un paso a la vez”
Mark Twain



Valorar los factores necesarios para implementar intervenciones orientadas a los estilos de vida saludables

Las enfermedades crónicas, son las causas principales de muerte, enfermedad y discapacidad. En caso de que la tendencia actual continúe, la proporción de muertes y costos en cuidados de salud atribuibles a las enfermedades crónicas van a crecer aun más conforme la población envejezca. Es imperativo entonces que los sistemas de salud locales trabajen en problemas de salud de tal alcance.

Razonablemente las actividades a nivel local podrían ser mínimas si, además de los cuidados clínicos intensivos, se pudiera hacer poco. Afortunadamente, este no es el caso, ya que “esfuerzos agresivos y vigorosos son capaces de tener un gran impacto en la prevención y retardar las enfermedades crónicas y las discapacidades asociadas” (CDC, 2003).

A. LAS INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Las intervenciones en estilos de vida saludables se agrupan en tres categorías generales: promoción de la salud, prevención primaria y prevención secundaria.

Meta de promoción de la salud

Es ayudar a las personas a establecer estilos de vida activos y hábitos alimentarios saludables tempranamente en la vida y contribuir a mantener estos comportamientos a través de su existencia.

**Meta de
prevención
primaria**

Es ayudar a las personas que tienen factores de riesgo para enfermedades crónicas (por ejemplo hipertensión arterial o elevados niveles de colesterol sérico) prevenir o posponer el inicio de la enfermedad estableciendo estilos de vida activos y hábitos saludables de alimentación.

**Meta de
prevención
secundaria**

Es ayudar a las personas que ya tienen enfermedades crónicas a enfrentar y controlar estas condiciones y prevenir discapacidad adicional al incrementar su actividad física y establecer patrones más saludables de alimentación.

1. Categorías para dirigir y ordenar las acciones de promoción

En la práctica, los determinantes comunes de la salud - enfermedad; pueden agruparse en grandes categorías para dirigir y ordenar las acciones de promoción, con énfasis distintos, de acuerdo a las circunstancias de la población.

- a. Acciones dirigidas a los factores personales y determinantes biológicos de la salud - enfermedad
- b. Acciones para mejorar los espacios físicos y socioculturales
- c. Acciones para mejorar condiciones de vida tales como el empleo, ingresos económicos, vivienda y educación
- d. **Acciones para mejorar los estilos de vida**

El discurso y la práctica de la promoción de la salud no se reducen al modelo de estilos de vida o de evitar enfermedades. Los estilos de vida son un objeto de transformación, ello sin restar importancia a las otras líneas de acción.

La importancia relativa de cada una de las categorías varía notablemente en las comunidades y estratos poblacionales. “En algunos países en desarrollo, por lo general las transformaciones de las condiciones de vida tienen la mayor importancia, en otros la transformación de los estilos de vida son los determinantes seleccionados por programas y proyectos” (OPS, 1996).

En el ámbito de la promoción de la salud son de vital importancia tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida.

De la comprensión de la influencia de los estilos de vida en la salud, resulta evidente que, si hay que mejorar el estado de salud mediante la modificación de dichos estilos de vida, hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global que influyen en los estilos de vida.

2. Componentes críticos para el éxito de las intervenciones en los servicios de salud locales

En este aspecto hay que considerar: el liderazgo, la epidemiología y vigilancia, las alianzas, los planes locales, las intervenciones orientadas a metas en varios ámbitos, la evaluación y la gestión y la administración de programas.

a. Liderazgo

Los servicios de salud locales deben ser la voz unificante para la promoción y prevención en los estilos de vida saludables.

b. Epidemiología y vigilancia

Los servicios de salud locales deben establecer el peso asociado a las enfermedades relacionadas con los estilos de vida y enmarcar el problema en que se intervendrá.

c. Alianzas

Los servicios de salud locales deben establecer fuertes relaciones de trabajo con otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales, grupos profesionales y laicos.

d. Planes locales

Los servicios de salud locales deben usar los datos y trabajar con sus aliados para desarrollar planes y proyectos detallados para guiar los esfuerzos de los programas.

e. Intervenciones orientadas a metas en varios ámbitos

Los servicios de salud locales, deben identificar metas específicas para el cambio (ya sea en estratos poblacionales, organizaciones o ambientes), escoger los mejores canales a través de los cuales se pueden efectuar estos cambios, y seleccionar estrategias apropiadas para realizarlos.

f. Evaluación

Los servicios de salud locales deben establecer aproximaciones sistemáticas para determinar si los programas para la promoción y prevención en los estilos de vida saludables están siendo implementados exitosamente, si el programa ha alcanzado la eficiencia máxima posible, y si los objetivos han sido alcanzados.

g. Gestión y administración de Programas

Los servicios de salud locales deben proveer el apoyo administrativo consistente, financiero y de recursos humanos necesarios para iniciar y mantener los programas que han demostrado ser exitosos.

Ej.

Se desarrolló en el Bronx, Nueva York, EUA, un proyecto para la educación de pacientes orientado a la promoción de cambios de estilo de vida por un equipo de salud que atiende a una población de estrato socioeconómico bajo.

El proyecto fue implementado por un equipo perteneciente a diferentes disciplinas: enfermería, nutrición, trabajo social y un médico.

El equipo diseñó clases interdisciplinarias para ayudar a que los pacientes identifiquen las barreras individuales para el cambio de comportamiento y proveer métodos alternativos para el manejo de los factores de riesgo.

Específicamente, el proyecto se basó en los principios de aprendizaje en adultos: (1) mantuvieron relevante la información, (2) individualizaron el contenido y las metas, (3) brindaron realimentación, (4) reforzaron las metas de comportamiento y (5) guiaron a los pacientes hacia la acción.

Varios métodos de enseñanza se utilizaron, incluyendo (1) charlas cortas; (2) sesiones de preguntas y respuestas, en medio de relatos de experiencias de los pacientes; (3) cintas de video; (4) cintas de audio y (5) folletos de material impreso.

Los elementos del proyecto estuvieron constituidos por: seminarios educativos de salud cardiovascular, incluyendo sesiones únicas de talleres enfocados a la nutrición o el ejercicio y sesiones múltiples de clases sobre cesado del fumado, manejo del estrés y consejería.

En el segundo año del proyecto, el equipo empezó a monitorear la satisfacción de los pacientes para evaluar la calidad de los servicios provistos.

En el tercer año del proyecto, el equipo reforzó lo que consideraron como el componente mas importante del proyecto: consejería por teléfono y monitoreo del comportamiento.

Las sesiones educativas mantienen el empuje interdisciplinario. Por ejemplo, un paciente que aprende técnicas de relajación a través de la respiración, en la clase de manejo del estrés, puede también aprender a reducir el estrés a través de actividades físicas en un taller de ejercicios. (Lai, 1999)

Concl.

- En el fomento de los estilos de vida saludables individuales, el objetivo es ofrecer a la persona alternativas para afrontar los problemas; por ejemplo, facilitando el acceso al apoyo social, para que de esta forma se esté en mejores condiciones tanto para hacer frente a las dificultades, como para responder positivamente a los acontecimientos.
- Las nociones de intencionalidad y transformación para ejercer la capacidad de control dependen de las posibilidades para tomar decisiones y ejecutarlas en el contexto de lo factible.

Para ello, es necesario elegir un objeto de transformación y un punto de partida. Desde una perspectiva transformadora, se pretende identificar la porción de la realidad que se pretende transformar y sobre la cual se puede ejercer control real.

- El punto de partida es el reconocimiento de la propia práctica, integrada por las concepciones y saberes, las acciones que se realizan y el contexto en donde se actúa.
- Es imposible transformar el ambiente total en su conjunto por un sujeto concreto, sin embargo, para el mismo sujeto sí es posible identificar aquella porción que puede llegar a comprender y a modificar intencionadamente con los recursos a su alcance.
- Un principio fundamental para el fomento de los estilos de vida saludables es el reconocimiento de cuáles son los determinantes de la salud más importantes, y cuáles están fuera del alcance de la atención médica y del sector salud propiamente dicho; estos pueden incluir la educación, la regulación, la legislación y los recursos.
- La detección temprana y el tratamiento oportuno incurre en costos enormes para beneficios que pueden ser relativamente modestos, por lo cual el énfasis actual en el campo de la salud debe ser en la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención primaria.
- La promoción de la salud en la práctica debe cambiar las prioridades del cuidado en salud hacia el planeamiento en salud epidemiológicamente orientado (Terry, 1992).

B. PRINCIPIOS CLAVE PARA LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

De acuerdo con James S. Marks, MD, MPH, Director del *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention*, las agencias de salud pública se enfrentan a numerosos retos en los esfuerzos para prevenir y controlar las enfermedades relacionadas a los estilos de vida no saludables y promover mejoras en salud.

“Estos retos incluyen la enormidad del peso de la enfermedad, los recursos limitados para reducir este peso y el amplio rango de oportunidades para las intervenciones. Cada uno de estos retos se vuelve más relevante por las disparidades existentes en la enfermedad evitable entre los niveles socioeconómicos y la minoría- mayoría” (CDC, 2003).

Los principios para la práctica de las acciones de la salud pública en el ámbito comunitario por el personal de salud local son cuatro: prioridad a la prevención, dependencia en la evidencia, la búsqueda de la equidad y la justicia social y por último la interdependencia.

1. Prioridad a la prevención (primer principio)

La mayor parte de las oportunidades para la prevención primaria están fuera del escenario de servicios de salud y dependen de los comportamientos individuales que, a su vez, están condicionados o dificultados por políticas públicas, las regulaciones y las decisiones institucionales.

Rol de los servicios de salud

Es llamar la atención sobre estas oportunidades de prevención para promover su desarrollo, educar a la población y a los que toman decisiones acerca de los beneficios de estas políticas y programas y por último abogar por su amplia aplicación.

2. Dependencia en la evidencia (segundo principio)

Los programas de salud pública, las políticas y los esfuerzos educativos, deben estar basados en la mejor evidencia científica disponible.

Sin evidencia, la salud pública es meramente una opinión como la de cualquiera. En ocasiones, las decisiones se deben tomar cuando la evidencia no está aun madura ni completa. En estos casos, se debe ser honesto y aceptar que la evidencia futura puede plantear un cambio en las decisiones actuales.

Tal dependencia en la evidencia, también significa que es parte de la responsabilidad de los servicios de salud locales apoyar la evidencia; hacer investigaciones cuando sea apropiado, resumir la información científica y usarla para guiar las decisiones y los programas.

También requiere de una implementación agresiva de lo que actualmente se conoce – mover las intervenciones basadas en la evidencia del escritorio a la acción.

Finalmente, la dependencia en la evidencia requiere de una fuerte ética y compromiso con la evaluación. Frecuentemente este componente se traduce en la vigilancia y seguimiento de los pesos de las enfermedades y los factores de riesgo en una población, así como la revisión periódica de la efectividad y eficiencia de los programas.

**3. La
búsqueda
de la
equidad
y la
justicia
social
(tercer
principio)**

Esta basado en el reconocimiento de que, aunque los servicios de salud tienen una responsabilidad con todos, ricos y pobres, asegurados y no asegurados, habitantes urbanos y rurales, tienen una responsabilidad especial con los que tienen mayores necesidades.

Esto significa, que cuando se promueven oportunidades preventivas importantes, debe ponerse atención a si los pobres e indigentes tienen acceso a estas oportunidades.

Debe además considerarse la necesidad de implementar programas intensivos de intervenciones para aquellos que presentan una carga desproporcionada de enfermedad o que están en peligro de ser postergados al aplicar nuevas intervenciones.

**4. Interdependencia
(cuarto
principio)**

Ningún problema importante de salud pública puede ser resuelto con solo salud pública, o con cuidados clínicos o investigación. Las enfermedades relacionadas con estilos de vida están altamente interrelacionadas, con otras fuerzas que implican riesgo.

Por lo tanto, reducir el peso de las enfermedades relacionadas con estilos de vida requiere del involucramiento de las principales instituciones sociales (escuelas, sitios de trabajo, lugares de culto) y de grupos de la comunidad que trabajan cerca de la población.

El principio de **interdependencia** demanda que se desarrollen estrategias comunitarias para enfrentar los problemas de salud interrelacionados y ampliar la red de alianzas para incluir a aquellos para los cuales la salud puede ser una consideración secundaria, pero cuya acción, o inactividad puede afectar profundamente la salud de grandes segmentos de la población.

Res

Las prioridades de los servicios de salud deben ser aquellas en que la evidencia es suficientemente madura para ofrecer esperanzas razonables de éxito, en que la aplicación de la intervención es amplia, cuando el peso de la enfermedad es grande y, especialmente, cuando las disparidades en los grupos poblacionales son causa de preocupación.

Estos criterios nos conducen inevitablemente a las causas principales de muerte y discapacidad (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la obesidad, la diabetes, la enfermedad pulmonar crónica) y a sus principales factores de riesgo (uso del tabaco, dieta inadecuada, inactividad física y uso inadecuado del alcohol).

La población blanco de las intervenciones será principalmente:

- **Niñez y adolescencia**

Ya que la mayoría de los estilos de vida son establecidos en la niñez y la adolescencia, las intervenciones deben estar orientadas a promover alternativas de comportamiento sano en las personas jóvenes para cuando sean adultas.

- **Población adulta mayor**

Puede presentar signos de enfermedad crónica temprana; las estrategias deben ser dirigidas a:

- Promover alternativas saludables para encauzar el progreso de la enfermedad, revertirla cuando sea posible, y prevenir el desarrollo de complicaciones.
- Estimular el uso del tamizaje y el diagnóstico precoz que puede conducir a la cura o a un retardo de las complicaciones.

Concl.

Frecuentemente el proceso para el cambio de patrones de los comportamientos negativos a saludables es difícil y requiere de bastante tiempo. Al efectuar cambios relacionados con comportamientos negativos de salud, la posibilidad de éxito mejora cuando estos se hacen de manera gradual, dando tiempo para que se desprendan los patrones negativos y se produzca su sustitución por patrones positivos.

Aun no existe un método efectivo para desarrollar cambios del comportamiento; sin embargo, es claro que algunos cambios pueden beneficiar tanto a los individuos como a la sociedad.

“En términos generales, se puede lograr una mejor condición de salud y una menor preocupación y gasto en la atención de problemas de salud, aplicando medidas básicas de fomento de estilos de vida saludable.

La prevención primaria y la promoción de estilos de vida saludable, son los medios realmente eficaces para evitar o reducir la mayor parte de los problemas de salud.

Para poder fomentar estilos de vida saludables, son necesarias nuevas actitudes y conocimientos por parte de los prestadores de los servicios, pero, sobre todo, se requiere un nuevo tipo de relación con los usuarios de los servicios de salud.

Hacer promoción de la salud significa ayudar a las personas a aprender y a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar” (PASP, 2001).

En el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001- 2006 Pág. 89, se describen los estilos de vida en Costa Rica en relación al hábito del ejercicio físico, la alimentación saludable y la promoción contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (ver [PASP en Carpeta de Referencias](#)). Además se anota la intervención, el objetivo y las metas relacionadas con el estilo de vida para la CCSS en este período.

Referencias Bibliográficas

Barker, R. **Principles of Ambulatory Care.** Preventive medicine in ambulatory practice. Chapter 2, Third Edition, Williams and Wilkens. 1991, pp. 13-24

CCSS, Gerencia de Modernización y Desarrollo. **Resumen Plan Institucional de Promoción de la Salud**, mayo 1999.

CCSS, Gerencia de Modernización y Desarrollo, Departamento de Promoción de la Salud, **Perfil del Facilitador en Promoción de la Salud de la CCSS**, julio 2000.

CCSS, Gerencia de Modernización y Desarrollo, **Plan de Atención en Salud a las Personas (PASP)**, 2000.

CCSS, Gerencia de Modernización y Desarrollo, **Plan Institucional de Promoción de la Salud**, abril 1999.

CCSS, Tecnología Educativa para la Promoción de la Salud, **Planificación del componente educativo**, 1993.

CDC - Department of Health and Human Services, **Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control-** A Public Health Framework for Action, 2003.

CDC, Task Force on Community Preventive Services, **The Guide to Community Preventive Services**, 2002.

Córdoba R, et al. PAPPS- **Recomendaciones sobre estilo de vida**, Atención Primaria, Vol. 28. Supl. 2. Noviembre 2001.

Cresson, G.; Pitrou, A. **Role of the Family in Creating and Maintaining Healthy Lifestyles. Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology.** Badura, B; Kickbusch, I; eds. Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe, WHO Regional Publication, European Series, No. 37, páginas 213-227, 1991.

De Roux, G. **La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud**, Educ Med Salud, Vol. 28, 1994.

Del Bosque, Sofía. **Manos a la Salud-** Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad, México, CIESS/ OPS, 1998.

Dever A, **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**, 1991.

Juárez, R. **Proevisa: una experiencia local de promoción de la salud**. San José, Costa Rica, 1999.

Lai, S.C.; Cohen, M.N. **Promoting Lifestyle Changes**. American Journal of Nursing. 99(4):63-66, April 1999.

McGinnis JM, Foege WH, **Actual causes of death in the United States**. JAMA, 1993, 270:2207-12.

Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición y Atención Integral, Programa Estilos de Vida Saludable, **Antología sobre Metodologías participativas**, marzo 1994.

Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud: una Antología**, Washington DC. 1996.

Rakel, **Textbook of Family Practice**. 4th Edition, WB Saunders Company, 1990.

Sloane Philip, **Essentials of Family Medicine**. Second Edition, Williams & Wilkins, 1993.

Social and Behavioral Foundations of Public Health, **Course Anthology**, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1999

Terris, M. **Healthy Lifestyles: The Perspective of Epidemiology**, Journal of Public Health Policy. 13(2): 186-194, Summer 1992.

Werner, D. **Aprendiendo a Promover la Salud**. Centro de Estudios educativos. Mexico, 1993.

WONCA, **La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud**, Configurando la salud pública en una nueva Europa. 2002.

Zurro, M. **Atención Primaria**. Harcourt Brace de España S.A. España, 1999.

De los autores y autoras

Ileana Vargas Umaña

Médico cirujana (UCR), Maestría en Ciencias en Servicios de Salud, Universidad de California en los Ángeles (UCLA). Actual Directora del Programa de Maestría en Salud Pública (UCR), docente de la Escuela de Salud Pública (UCR). Experiencia profesional en el primer nivel de atención.

Oscar Villegas del Carpio

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UCR), Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología, Universidad de Johns Hopkins en Baltimore. Ha desarrollado iniciativas para el primer nivel de atención, desde el nivel local, regional y central, principalmente en las áreas de prevención y las enfermedades no transmisibles, aplicando nuevas tecnologías, la investigación, la docencia y la planificación.

Aurora Sánchez Monge

Licenciada en Psicología con énfasis en Salud Pública. Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad de Autónoma de Madrid. Egresada del Programa de Maestría en Teoría Psicoanalítica de la Universidad Complutense, España. Docente de la Escuela de Salud Pública (UCR) en el campo de la Promoción de la Salud. Miembro del cuerpo docente que imparte y coordina el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de la Salud.

Kristin Holthuis

Médico especialista en Medicina Familiar, Universidad Nacional de Leiden, Holanda. Amplia experiencia en atención a las personas en el primer nivel de atención en Costa Rica y en Holanda, con énfasis en la investigación de la mortalidad infantil y la atención a comunidades indígenas.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA
Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO
Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS
Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN
Coordinadora
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA
Director Ejecutivo
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos
CENDEISSS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

DR. GABRIEL MACAYA TREJOS
Rector

DRA. LEDA MUÑOZ GARCIA
Vicerrectora
M.Sc. CLAUDIO VARGAS
Director Sección Extensión Docente
Vicerrectoría de Acción Social

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública