

**Titulo:** La Promoción de Salud: el caso cubano.

**Autoras:** Lic. Dayanna Puñales García  
Lic. Anisleidy Martínez Fonseca  
Dr. Diego S. Echavalete Madeiro

## **Introducción**

La promoción de la salud admite su reto mayor al proponerse favorecer la salud de cada individuo y en un intento mas ambicioso, la intención de mejorar la salud colectiva. Con ello, no hace más que promover y contribuir al logro de la igualdad de condiciones entre los seres humanos. En pocas palabras, la promoción de la salud tiene que desde la enorme tarea de cambiar realidades negativas y empobrecidas en el campo de la salud, buscar y lograr como principio más encarecedor, la justicia social.

A medida que nos adentramos en el siglo XXI, el acceso universal a la asistencia sanitaria y el logro de una vida saludable se transforma en retos urgentes. Actualmente, toda persona tiene mayor oportunidad de determinar su propio futuro con respecto a diez años atrás, pero, en términos generales, cuentan con menos recursos para llevar una vida productiva y desarrollar todas sus capacidades. En los momentos actuales y aunque se contara con los recursos necesarios, no sería posible responder el reto de Salud para Todos, solamente con la asistencia sanitaria. Una mayor atención a la protección y promoción de la salud, estilos de vida saludables, y un ambiente que promueva la salud son fundamentales para lograr mejoras equitativas , significativas y sostenidas en el estado de salud mundial, como propone la Organización Panamericana de la Salud ( OPS/OMS 1993).

Al abordar el tema de promoción de la salud, con esta perspectiva, nos permite revisar aspectos teóricos, metodológicos y de acción que se relacionan directamente con el campo de acción de la comunicación social, por lo tanto, nuestro trabajo comprende las siguientes acápites:

El primero se refiere a comprender que se entiende por campo de la salud y sus componentes de biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de los servicios de salud, como se piensa en el estudio sobre nuevos escenarios para el desarrollo de la salud publica.

(Suárez, Julio y Márquez, Miguel 1995)

En el Segundo incursionaremos en que se entiende por Promoción y Educación para la Salud, sus retos y perspectivas desde la visión de América Latina.

Luego, en el tercero, tomaremos los aspectos centrales que sustenta el enfoque de la promoción de la salud en Cuba y la experiencia nacional y provincial.

Por ultimo, en el cuarto acápite intentaremos relacionar los aspectos tratados con los propios de nuestra carrera de comunicación social: los modelos y teorías de comunicación en salud.

## **Desarrollo**

### **1- EL CAMPO DE LA SALUD Y SUS COMPONENTES :**

Varios han sido los modelos utilizados para explicar la situación de salud de una población. Sin embargo, en las últimas décadas ha prevalecido un modelo que , con pequeñas diferencias según distintos autores, resulta aceptable a la luz de los conocimientos científicos actuales. Existe consenso en que el estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan , la preservan o la deterioran.

1.1 El concepto de campo de la salud define cuatro grandes categorías de factores determinantes de la salud;

Estilo de vida

Medio ambiente

Biología humana

Organización de los servicios de salud (Fig. 1)

En este modelo el ambiente no se limita a los factores físicos sino que predominantemente incluye el ámbito social en el más amplio sentido, como explica el profesor (Castellanos 1991).

A continuación resumiremos en los recuadros 1 y 2 los puntos tratados , para ampliar algunas ideas relacionadas de los componentes de salud que hemos tomado del trabajo del profesor Rojas Ochoa ( Rojas , O y Colbs 1994).

El concepto expuesto por el profesor Rojas Ochoa tiene muchas características que lo constituyen en un potente instrumento para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades de salud y la selección de los medios para satisfacer esas necesidades.

1-Una de las consecuencias obvias del concepto fue que se diera a los componentes de biología humana, medio ambiente y estilo de vida un grado de importancia comparable al de la organización de la atención de la salud.

2- Otro rasgo en su amplitud, su capacidad de abarcar el todo.

Cualquier problema de la salud puede ser causado por uno de los componentes o por una combinación de los cuatro. Esta característica del concepto es importante porque garantiza que se consideran debidamente todos los aspectos de la salud. Así mismo , exige que todos los que contribuyen a la salud , ya sea individual; o colectivamente , pacientes, médicos, científicos y gobiern, tenga conciencia de sus funciones y de su influencia en el nivel de la salud.

3- Permite instaurar un sistema de análisis con el cual es posible examinar cualquier problema con respecto a los cuatro componentes a fin de evaluar su importancia relativa y sus interacción.

Por ejemplo:

Puede determinarse que las causas básicas por accidentes del tránsito se debe principalmente a los riesgos que se exponen los individuos con lo cual se asigna menor importancia al diseño de los automóviles y las carreteras , y la

disponibilidad de servicios de urgencia. En este caso , la biología humana tiene muy poca o ninguna importancia en consecuencia , el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de la atención de la salud contribuye a la mortalidad por accidente de tránsito 85% , 20% y 5% respectivamente . Este análisis permite a los planificadores de programas concentrar su atención en los factores contribuyentes de muchos problemas de la salud.

4- Consiste en la posibilidad de desmenuzar, a su vez, los mismos componentes. Si se retoma el eje, anterior, bajo la categoría estilo de vida, los riesgos a que se exponen los individuos pueden clasificarse como poca habilidad para conducir, descuido, rechazo del uso del cinturón de seguridad y exceso de velocidad. Se podría decir entonces que , en gran medida , el concepto permite elaborar un mapa que señale las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas básicas , así como la importancia relativa de los diversos factores que contribuyen a ellas.

Ahora bien, el campo de la salud y sus componentes se da en entornos concretos en la familia, en la calle, en la escuela, en el trabajo podemos considerar positivos negativos y positivos.

Son los motivos de preocupación de la gente y que permiten valorar y comprender la naturaleza de los problemas de la salud. Puesto que la gente tiene preocupaciones muy específicas en el campo de la salud, no puede comprender los estrechos lazos que existen entre la salud y otras inquietudes. Mientras no se establezca esa relación, no se tomarán las medidas necesarias para la creación de la salud.

En nuestra sociedad pueden identificarse distintos factores del entorno que constituyen grandes obstáculos para la salud.

#### 1.2 Factores del entorno negativo:

La violencia sigue siendo una de las causas más importantes de mortalidad. Por cada muerte que se produce, hay muchos supervivientes con minusvalías permanentes. La mayor parte de estas muertes se clasifican como accidentes, puesto que no resultan de actos deliberados, sin embargo, en sentido amplio no son accidentales, ya que su causa radica en las condiciones peligrosas que tolera nuestra sociedad. Nuestras carreteras, nuestros automóviles, nuestros aviones y nuestros edificios podrían ser más seguros. En muchos casos, y ante el miedo al desempleo, los trabajadores se ven obligados a aceptar condiciones de riesgo manifiesto.

La contaminación también pone en peligro el entorno, pero de una forma menos llamativa. Es evidente que podemos combatir los riesgos manifiestos, como la contaminación por mercurio o por plomo. El problema de la contaminación exige estudios de previsión, puesto que una vez que esta se produce no puede cerrarse como un grifo.

Necesidades básicas y falta de amenidades.

Se dice que las necesidades básicas del hombre son arroparse y cobijarse. De hecho, la ropa es, primero una forma de cobijarse, y después una especie de

arte. En el mundo hay muchas personas que tienen una ingesta alimentaria deficiente y viven en condiciones deplorables. Tras continuas decisiones económicas, ha salido a la luz una nueva ola de desocupados que ya no pueden pagar por una alimentación y un alojamiento adecuados.

#### 1.2.2 ¿Qué efectos tiene una nutrición insuficiente en la salud?

Todos sabemos que las dietas que no satisfacen por completo las necesidades de calorías, vitaminas y minerales influyen desfavorablemente en el crecimiento físico y la resistencia a las infecciones. Lo que no todo el mundo sabe es que cuando son los lactantes y niños pequeños los que reciben estas dietas, su desarrollo intelectual queda irremediablemente afectado.

La otra necesidad básica, la de cobijarse, apenas necesita comentario. Algo menos evidente que los problemas de los vagabundos, son los efectos de vivir en un lugar demasiado frío en invierno y demasiado caluroso en verano, donde sus habitantes se encuentran hacinados y donde apenas es posible refrigerar y cocinar los alimentos. Estas son las características de los barrios marginales y que tendemos olvidar que causan y perpetúan otros problemas de salud.

#### 1.2.3 Falta de amenidades.

Una amenidad es algo que contribuye a facilitar y hacer la vida agradable. Requerimos algunas, tales como el transporte, el esparcimiento, la belleza y la distracción, para poder desarrollar nuestro potencial humano. Hay pruebas fisiológicas y psicológicas de que las actividades, los sonidos y las imágenes placenteras favorecen un funcionamiento óptico del cuerpo y de mente. Por ejemplo, en un estudio reciente con pacientes quirúrgicos se ha comprobado que aquellos que podían ver el paisaje desde la ventana de su habitación se recuperaban más pronto.

El trabajo estresante, no gratificante y despersonalizado.

Para muchos el trabajo no supone ya una satisfacción creativa. Un estudio hecho en trabajadores industriales ha demostrado que el cambio de turno y el trabajo en cadena, sobre todo, tienen efectos nocivos para la salud física y mental. El problema laboral resulta aun más complejo a causa de la amenaza constante del despido. Poca coherencia puede haber en una vida que oscila entre el trabajo no gratificante y el desempleo.

Aislamiento y alineación.

Hay cada vez, más pruebas de que las personas aisladas y con insuficiente apoyo social tienden a sufrir más enfermedades. Hay muchas personas aisladas en nuestra sociedad, particularmente entre los ancianos, los viudos, los padres sin pareja y los trabajadores desarraigados que buscan empleo.

#### 1.3 Factores del entorno positivo:

Reconociendo los entornos negativos en Cuba, existen numerosos entornos positivos de carácter universal, extendiendo a todo el país y que cubre a toda la

población, lo que determina que en su conjunto y la calidad de los servicios de salud del MINSAP . la situación de la salud en promoción, prevención , atención directa y rehabilitación de la población cubana sea una de las mejores de América y del mundo.

Entre los entornos positivos tenemos la seguridad ciudadana, el empleo pleno de la población, el derecho al trabajo, a la educación, y a la atención gratuita en salud.

Por otra parte los avances en la educación de todo el pueblo, el desarrollo a la cultura general de una enorme reserva para el grado de salud de la población.

Es importante anotar que los factores del entorno negativo y positivo se cumplen en condiciones de un embargo injusto, criminal de parte de los Estados Unidos que en cuarenta años ha tratado de derrotar al pueblo cubano a través del hambre y de la enfermedad, pero que, nuestras instituciones y el pueblo han demostrado a través del tiempo la validez de las tesis del socialismo que nos haga cumplir nuestras tareas, con solidaridad , verdadera hermandad y justicia, sin perder la capacidad de ver e interpretar nuestras limitaciones.

## 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD UNA PERSPECTIVA DE VIDA.

### 2.1 Antecedentes y marco conceptual.

El concepto de promoción de la salud ha evolucionado durante este siglo como una estrategia para la protección y la mejora de la salud pública y para fomentar iniciativas y acciones colectivas e individuales. Su meta, "Salud para Todos", puede alcanzarse impulsando acciones comunitarias y estilos de vida adecuados, y creando las condiciones para llevar una vida saludable. Esto implica dotar a las personas con los conocimientos y las aptitudes necesarios para una vida saludable. Para ello es necesario influir en los planificadores para que formulen políticas y programas públicos de apoyo a la salud. Pero esas políticas y programas exigen un respaldo decidido de la sociedad.

Un público que conoce sus derechos y responsabilidades, apoyado por la voluntad política y la toma de conciencia en todos los niveles de gobierno, puede hacer que la salud para todos sea una realidad.

Años atrás surgió un marco de trabajo de una serie de conferencias celebradas en todo el mundo y más recientemente en la Región de las Américas. Esas reuniones han desempeñado una función importante en la definición de la promoción y la protección de la salud dentro de la OPS.

En la Oficina Regional se elaboró un "Documento de decisión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud", (1984) para marcar el comienzo de promoción de la salud en la Oficina para Europa. El documento ha sido difundido ampliamente, reimpresso y traducido a unos diez idiomas.

El documento define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar la salud.

Esta perspectiva deriva de un concepto de "salud" que la define como magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro cambiar su entorno o afrontarlo.

Se adelantan cinco principios fundamentales de la promoción de la salud:

La promoción de la salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no centra a las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.

La promoción de la salud pretende influir en las determinantes o causas de la salud.

La promoción de la salud combina métodos o enfoques distintos para complementarlos.

La promoción de la salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.

Los profesionales de la salud (particularmente en el campo de la atención primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

Se señalan como áreas temáticas:

- Acceso a la salud.
- Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
- Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
- Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas a un objetivo esencial para la promoción de la salud.
- Aumento de los conocimientos y defunción de la información relacionada con la salud.

La Carta de Ottawa para La Promoción de la Salud (1986) fue elaborada tomando como base las condiciones y necesidades de salud de los países desarrollados de Europa y Norte América. En los países del norte, la búsqueda de la casualidad del comportamiento se volvió una dimensión cada vez más presente, a medida en que las enfermedades crónicas y degenerativas cobraron mayor significado en las estadísticas vitales. Mientras tanto, en América Latina se continuaba luchando contra las enfermedades infecciosas, la epidemia del cólera y la mortalidad infantil.

Muchas actividades de promoción de la salud también recalcaron la responsabilidad individual sobre la conducta, los hábitos y comportamientos, lo cual fue ampliamente criticado, especialmente por no contemplar la influencia de las condiciones económicas y sociales sobre las decisiones y acciones de las personas. Las actividades de promoción se enfocaron a impartir información, elaborar mensajes y producir materiales para convencer a las personas de que modifiquen sus hábitos y conductas. Los críticos señalaron que este enfoque, mayormente dirigido hacia la modificación de hábitos y comportamientos individuales, se presentó a “culpar a la víctima”, evadiendo la responsabilidad política, económica y social de realizar transformaciones en todos los niveles, particularmente en las instituciones, estructuras organizativas y la distribución de los recursos.

En la década de los ochenta, mucho del discurso y las intervenciones de promoción de la salud enfocaba cambios de comportamiento y estilo de vida. Una de las herramientas más utilizadas en las campañas de promoción de la

salud fue la conocida como “mercadotecnia social” (social marketing). Se diseñaron y emitieron diversos mensajes a través de los medios de comunicación masiva (radio y televisión), y la prensa escrita. También se realizaron numerosos cursos de capacitación a promotores para implantar actividades educativas y distribuir el material promocional (folletos, camisetas, globos, y otros). Se realizaron campañas masivas de difusión, logrando gran visibilidad política y movilización social, pero a un costo elevado y con bajos resultados en términos de cambios de hábitos y conductas de riesgo y de mejoramiento de estilos y calidad de vida.

## 2.2 La respuesta de la OPS/OMS al llamado de la promoción de salud.

A partir de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud y la adopción de la Carta de Ottawa en 1986, la OPS ha elaborado y difundido una serie de documentos sobre la filosofía, conceptos básicos y metodología de promoción de la salud en América Latina.

La Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (OPS/OMS, 1992) incluye los siguientes once compromisos:

Impulsar un concepto holístico de la salud considerando los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores.

Convocar e involucrar a las fuerzas sociales en implantar la estrategia de promoción de la salud

Incentivar políticas públicas que garanticen la equidad y la creación de ambientes saludables.

Afinar mecanismos de concertación y negociación entre sectores sociales e instituciones para llevar a cabo actividades de promoción de la salud.

Reducir gastos militares y otros usos inapropiados de fondos públicos.

Fortalecer la capacidad de la población para tomar decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables.

Lucha contra la iniquidad y fomentar la participación de la mujer.

Estimular el diálogo de saberes en el proceso de desarrollo de la salud.

## 2.3 La nueva promoción de salud.

La promoción de salud tiene como fin el mejorar la salud individual y colectiva, y contribuir al logro de la equidad y la justicia social. Esto nos lleva a reflexionar sobre los enfoques y las estrategias. ¿Cuál es el enfoque más adecuado, la promoción de la salud a nivel individual y familiar, o bien, la promoción de la salud para lograr cambios estructurales en la sociedad? Esta pregunta nos lleva a la reflexión sobre el significado de las estrategias de promoción para la modificación de conductas y estilos de vida y su relación con la participación comunitaria y social para desarrollar programas de base comunitaria. ¿Cuál debería ser la justa perspectiva de nuestro trabajo en una dimensión y en la otra? Relacionado con esta discusión tenemos el debate de cuál es el sentido de propiedad de la promoción de salud: ¿se trata de un campo profesional, de competencia del personal de salud, o se trata de un quehacer público con amplio apoyo social y popular?

La nueva promoción de salud exige un concepto integral de salud a partir de los determinantes sociales y privilegia la toma de poder y la participación social como una estrategia prioritaria. Sin embargo, es preciso reflexionar sobre las características del poder, y distinguir entre el “poder” para ejecutar una tarea y el “poder” para transformar las estructuras sociales. El poder no se “da” sino que se “toma” (Rissel 1994). Diversos autores señalan que la nueva promoción de la salud ha abrazado este concepto sin analizar a fondo las características, elementos condicionantes y raíces sociopolíticas de las relaciones de poder. Este aspecto amerita un llamado al análisis y a la reflexión.

Entre el concepto de toma de poder (empoderamiento), los principios de la participación social y la práctica de desarrollo comunitario, aún existe bastante confusión y controversia. El concepto de empoderamiento se refiere a la capacidad de las personas de tomar decisiones y llevar a cabo acciones, individualmente y en lo colectivo. Implica acceso y control sobre los recursos necesarios. En términos de un empoderamiento individual se refiere a las características psicológicas de auto-estima, confianza en sí mismo, y buena dosis de control para lograr una meta o interés personal. En términos de un empoderamiento comunitario se refiere a características de organización social, contactos y alianzas entre grupos de presión, influencia en los niveles políticos y de decisión económica, de tal manera que se logre una meta o interés del grupo o la comunidad. Este concepto se generó en un contexto socio-cultural y político democrático particularmente de Canadá y Estados Unidos, donde se logran los intereses mediante la concertación de acciones entre comunidad y gobierno, donde se acostumbra ejercer influencia sobre las decisiones políticas mediante la persuasión o lobbying.

La participación social tiene como prioridad la construcción de capacidades, la capacidad de la comunidad para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas. Se trata de construir lazos de solidaridad en la comunidad; de reconocer la informalidad y flexibilidad de los grupos sociales, de fomentar el intercambio de saberes y el compartir historias y experiencias; y de comprender la incorporación de lo social, la celebración, la tragedia, el sentido de Inter.-relación y de unión. Este concepto se genera en un contexto político administrativo donde se necesita fortalecer el nivel local, descentralizar las decisiones y el control sobre los recursos al nivel local. La participación social plantea fortalecer las formas democráticas de gobierno, que en muchos países de la región son recientes y aún bastante frágiles. Esto se plantea frente a la necesidad de una actividad constructiva entre organizaciones sociales y gobierno local. La participación social nace ante la necesidad de lograr la equidad y la justicia social evitando los enfrentamientos y posturas contestatarias desgastantes. Este escenario implica la urgencia de aprender nuevas formas de manejar los conflictos, de construir alianzas y consenso.

#### 2.4 La nueva educación para la salud. Diferentes enfoques y corrientes educativas.

La importancia de la educación como medio y estrategia en la lucha contra la pobreza y para lograr las metas de instrucción y de salud para todos, es

inigualable. Considerando que su propósito fundamental es el desarrollo humano, la educación de la inteligencia se propone una profunda transformación de la sociedad. Dicha transformación necesariamente comienza por el análisis y la reflexión de los principios y valores sociales y su relación con la situación económica, social y política en el contexto de las precarias condiciones de salud y calidad de vida de una gran mayoría de la población en la Región.

La pobreza tiene muchos factores determinantes, imposibles de analizar en este documento; quizás el más desafortunado está en la mente y el corazón de los que han perdido la capacidad de soñar, de creer en sí mismos y en la capacidad y creatividad de los seres humanos para construir una sociedad mejor. En la lucha por la superación los seres humanos se fortalecen y es en ese proceso de desarrollo reflexivo que el ser humano descubre su motivación interna. Éste es el poder liberador que la educación puede facilitar en los seres humanos. Éste es el poder de una educación participativa y liberadora, una educación de la inteligencia, que desarrolla en los jóvenes su capacidad analítica e investigadora, en un ambiente positivo, de creatividad, que fortalece los principios de respeto a los derechos humanos, y los valores solidarios, contribuyendo así a formar individuos con autoestima, motivación interna, conciencia y compromiso social.

El gran reto a que nos enfrentamos es el desarrollo y fortalecimiento de entornos y ambientes educativos capaces de contribuir a esta meta. En los niveles locales necesitamos animar procesos participativos y reflexivos que contribuyan a construir la capacidad y el protagonismo en los seres humanos para que sean sujetos partícipes de su propio desarrollo y del desarrollo de su comunidad y del país. ¿Seremos capaces de facilitar estos procesos de reflexión? ¿Seremos capaces de avanzar con una educación de la inteligencia? ¿Seguiremos con la educación de la memoria, llenando recipientes con información fuera de contexto y vacía de significado?

El reto es desarrollar e implantar una educación que facilite que las personas tengan el control de sus vidas, sean sujetos de las decisiones que afectan sus vidas. En el área de la educación, existen diversas perspectivas y metodologías alternativas para involucrar a la persona como sujeto de su propio aprendizaje y de su propio destino.

Las diferencias conceptuales en el campo de la educación reflejan sin duda los diferentes intereses de los grupos que las proponen, pero también reflejan en cada caso, las diferencias en el diagnóstico e interpretación de las determinantes culturales, económicas y sociales del desarrollo y por ende de los cambios esenciales que se requieren para alcanzar una mejor calidad de vida.

Existen tres grandes tendencias en la educación, que a continuación revisaremos. Es importante entender las diferencias para determinar cuál es la tendencia más apropiada para el desarrollo e implantación de los programas y actividades de educación en salud con la comunidad.

2.4.1 El desarrollo de habilidades y destrezas para resolver problemas. La necesidad de ayudar a la población a desarrollar habilidades y destrezas que le permitan resolver problemas es una preocupación real y cotidiana. Esta

consideración se refleja en una serie de actividades para enseñar a las personas prácticas y estilos de vida saludable, como son, por ejemplo:

- No consumir agua contaminada, o alimentos contaminados, lavarse las manos, hervir el agua, etc.
- No fumar, no usar drogas ilegales y tóxicas, etc.
- Ingerir alimentos adecuados para el destete, practicar la lactancia materna, etc
- Proporcionar saneamiento básico, construir letrinas, etc.
- Ingerir alimentos bajos en colesterol y grasa, azúcar, sal, etc.
- Controlar la fertilidad y prevenir el SIDA y ETS.

La estrategia adoptada para inducir el cambio en hábitos y conductas por lo general se basa en dos premisas: (1) que existe desconocimiento, lo cual impide que las personas adopten las nuevas conductas, y (2) que cierta persona o grupos de personas son dueños de esos conocimientos y que están en la disposición de transmitirlos o impartirlos a otros a otros. El papel de instructor, entonces, lleva consigo la responsabilidad social de que el más afortunado debe ayudar al menos privilegiado. En esta perspectiva el propósito central de la educación es promover una conducta para promover o hacer frente a un problema. Este tipo de actividad educativa ha sido ampliamente criticado como la “educación de los remedios y las recetas”

2.4.2 El fomento de conductas asertivas de abogacía y militancia. Desde esta perspectiva la preocupación se basa en la convicción de que la pobreza no se puede resolver o superar sin enfrentar las causas y factores sociales que la producen y perpetúan. Se concentra en lograr igualdad de condiciones y oportunidades y llevar a cabo reformas sociales. El propósito de la educación es ayudar a los pobres a tener conciencia de su condición de explotados, y reevaluar sus capacidades como personas y como grupo, y prepararlos para que desempeñen acciones colectivas para hacer valer sus derechos. Los problemas a resolver pueden ir desde la explotación por parte de los prestamistas de dinero, la tenencia de la tierra, la protección del empleo, la corrupción, etc. Para enfrentar y resolver estos problemas se estima necesario desarrollar conductas transformadoras en lo colectivo, que logren transformar una realidad social.

La experiencia de la educación popular en salud en América Latina estuvo más vinculada a la lucha de clases, a la concientización de los grupos populares sobre las raíces históricas de la injusticia social, y a la identificación de los factores económicos y sociales que afectaban a la población de escasos recursos. Esta preocupación nació de una necesidad fundamental por la sobrevivencia y la lucha contra la insalubridad del medio, las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la mortalidad infantil.

2.4.3 El desarrollo de protagonismo, la construcción de ciudadanía y democracia. Esta perspectiva visualiza un modelo de congestión del desarrollo, con metas concertadas entre las organizaciones de la comunidad y las instituciones gubernamentales y privadas. Los aspectos claves son el uso

efectivo de los recursos, el sostenimiento de las acciones y del desarrollo, y la extensión de los logros y beneficios a toda la población según el principio de equidad. Estos tres aspectos requieren de la capacidad protagónica de las personas, como sujetos en los programas de desarrollo, para lograr pactos sociales. En términos prácticos esto implica que las personas necesitan la capacidad para participar en igualdad de circunstancias en la programación, conducción y gerencia de los planes y programas de desarrollo y de producción social de la salud.

La esencia de esta perspectiva es desarrollar la capacidad de las personas para trascender sus limitaciones y construir y crear acciones basadas en una nueva visión de ellos mismos y de su futuro. La necesidad a la que nos enfrentamos, entonces, es implantar estrategias para construir capacidad protagónica y conductas que trasciendan la realidad actual, construir ciudadanía y construir comunidad.

Las estrategias educativas para fomentar las diferentes conductas y capacidades corresponden esencialmente a tres métodos o enfoques distintos, que no son excluyentes.

**2.4.4 El método didáctico:** Este es el más conocido y la estrategia más utilizada, también se conoce como el método tradicional, estilo formal de instrucción, enfoque centrado en contenidos, o enfoque dirigido. Sus variantes incluyen la comunicación en su versión orientada a metas, las estrategias de elaboración de mensajes y la técnica de mercadeo social como medio para producir mensajes con base en la cultura de la comunidad.

**2.4.5 El método de concientización o pedagogía liberadora:** Es un enfoque que parte del análisis de las causas y condiciones sociales, económicas e históricas de la pobreza y la marginalidad, y busca movilizar a los pobres y desposeídos para iniciar un proceso de transformación social y así liberarlos de la opresión.

**2.4.6 El método participativo centrado en el desarrollo humano:** Es un enfoque que busca desarrollar la energía y el poder interno de cada ser humano para transformar su realidad y trascender las condiciones de pobreza en que vive. También se conoce como método de aprender haciendo, técnica orientada y centrada en el educando, estrategia participativa, y técnica no- dirigida. Su propósito es facilitar que las personas descubran y ejerzan ese poder interno en acciones constructivas. Esta estrategia pretende fomentar una revolución en el interior de la persona. Es una estrategia para construir protagonismo, ciudadanía y democracia. Éstas son las grandes tendencias en la Educación de Adultos de las cuales se han desprendido las metodologías utilizadas en la Educación en Salud.

Para comprender en forma concreta el alcance de la promoción de la salud , hemos analizado y tomado los aspectos centrales que sobre el tema plantea el Centro Nacional de Promoción y Educación para la salud del Ministerio de Salud de Cuba ( MINSAP,1995 ).

#### 2.4.7 Trásfondo histórico.

El acontecimiento histórico más trascendental que marca el desarrollo de la Educación para la Salud en Cuba es el triunfo revolucionario del 1ro de enero de 1959.

En la etapa pre-revolucionaria la mayoría de los cubanos no disponían de un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de salud más imperiosas en lo asistencial, por tanto las acciones de prevención y de promoción de la salud estaban limitadas a los sectores con posibilidades de acceso a servicios privados.

Las transformaciones fundamentales se sucedieron a grandes rasgos de la manera siguiente:

**1960-** Reestructuración del antiguo Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. Cambio su denominación y recibió el nombre de Ministerio de Salud Pública más consecuente con sus verdaderos propósitos.

Creación del Servicio Médico Rural.

La Campaña Nacional de Alfabetización, hermosa tarea que involucro a un pueblo para cumplir el objetivo de erradicar el analfabetismo, hizo su contribución al propósito de elevar la cultura en la salud del pueblo. Los brigadistas alfabetizadores además de llevar la cartilla y el manual para enseñar a leer y escribir, llevaron la cartilla sanitaria, la cual contenía los diez puntos básicos de la salud.

Previamente todos los niños, jóvenes y maestros recibían la capacitación en materia de salud, que más tarde trasladaban a las familias que los albergaban de forma individual y colectiva. Surge así un ejército de promotores de salud.

**1961-** Las comisiones de salud del pueblo.

Al proclamarse la ley por la cual se crea el Ministerio de Salud Pública se establecen los principios que lo rigen. Entre ellos “Las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada.”

Para canalizar este principio se crea un instrumento: la Comisión de Salud del Pueblo integrada por representantes de organismos de la administración del Estado y dirigentes del organismo rector de la salud.

Estas comisiones fueron organizadas los niveles nacionales, provincial y regional, lo que se correspondía a con la estructura administrativa de aquella época.

**1962-** Nueva reestructuración del Ministerio de Salud Pública en cuya estructura aparecen por primera vez cuatro subsecretarías para atender respectivamente las tareas relacionadas con la Asistencia Médica, la Higiene y Epidemiología, las actividades científicas y las económicas.

Los hospitales universitarios, sin perder su condición docente, también quedan integrados al Sistema Nacional de Salud.

**1970-** Primer Congreso de Educación y Cultura.

Se discute ampliamente la posibilidad de que maestros y profesores en dichos contenidos y a tales efectos se crean las Cátedras de Educación para la Salud en las Escuelas Pedagógicas.

**1979-** Seminarios “La educación para la Salud en Niños, Adolescentes y Jóvenes “.

Se efectuaron seminarios en los 169 municipios, en las 14 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud, estas actividades fortalecieron el trabajo de educación para la salud, especialmente en lo referido a las coordinaciones intersectoriales.

A partir de este momento comenzaron a crearse los Centros Provinciales de Educación para la Salud.

**1984-** El plan del Médico y la Enfermera de la Familia

La atención primaria a Cuba alcanza una etapa cualitativamente superior con el establecimiento del plan médico de la familia.

Los médicos y enfermeras de la familia en la comunidad, instituciones infantiles, escuelas y centros de trabajo se identifican con las necesidades comunitarias, lo que les permite planificar un trabajo educativo efectivo.

**1992-** Los objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana en 1992-2000.

El sistema de salud cubano ha alcanzado logros extraordinarios y es catalogado como uno de los mejores en el mundo, ya que es capaz de ofrecer a todos sus ciudadanos una atención completa con iguales posibilidades de acceso para todos.

La existencia del médico y la enfermera de la familia con una cobertura superior al 90% de la población es sin dudas la piedra angular del programa.

Su potencialidad transformadora de estilos de vida , de formador de cultura sanitaria , de poder tratar el riesgo antes que la enfermedad , de brindar una atención continua y dispensarizada a su población , le confiere facultades únicas. A esto añadimos la necesidad que existe de mejorar cualitativamente nuestra atención médica , la posibilidad de aumentar la preparación de cuadros y contribuir al fortalecimiento de UIPES / ORLA en la región.

Estructurar un proyecto de comunicación social que aborde de forma integral todas las acciones de salud e involucre a todos los medios y vías tanto formales como informales.

Perfeccionar la participación social en la solución de los problemas de salud.

Establecer un sistema plenamente de formación en Promoción y Educación para la Salud.

Lograr que la escuela se convierta en un centro promotor de salud mediante acciones ejecutadas por maestros profesionales, educados y otro personal pedagógico con proyecciones a la comunidad.

Perfeccionar la formación de profesionales y técnicas de la salud en los procesos para desarrollar programas de promoción y educación para la salud.

Fortalecer la participación de las agencias del Sistema de Naciones Unidas y otras organizaciones no gubernamentales en proyectos de promoción de promoción y educación para la salud.

#### 2.4.8 Formación del personal.

No existe un sistema de formación de educadores para la salud ni de especialistas en la materia. Los actuales especialistas en educación para la

salud con una amplia experiencia y excelente desempeño profesional se han adiestrado en servicio y mediante cursos de postgrado en el país y en el extranjero.

En el año 1961 se formo como educador sanitario en la Facultad de Higiene y la Salud Publica de la Universidad de SAO Paulo Brasil, un especialista.

Actualmente concluyen la maestría en tecnología educativa que ofrece el instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa ( ILCE ) de México , 23 profesionales procedente del Centro Nacional de Educación para la Salud , de los Centros Provinciales y de otros organismos e instituciones como: Instituto Cubano de la Radio y la Televisión, Ministerio de Educación, Ministerio de Educación Superior, Asambleas del Poder Popular, Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas y Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Amejeiras, estas dos ultimas instituciones dependen del Ministerio de Salud Pública.

En las estrategias del desarrollo del Centro se encuentra establecer un sistema de formación permanente que responda a las exigencias que en materia de promoción y educación que el Sistema Nacional de Salud demanda.

#### 2.4.9 Personal

Las acciones de educación para la salud son ejecutadas por todos los miembros del equipo de salud con el concepto de que las actividades de salud lleven un contenido educativo y por tanto médicos, enfermeras y trabajadores sociales y otros técnicos y profesionales del sector y el personal administrativo de servicio, deben recibir la capacitación adecuada que les permita participar en los procesos de comunicación y educación en salud.

En el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y en los centros provinciales y municipales están ubicados grupos de especialistas en educación para la salud que tienen la responsabilidad de asesorar y normar los procesos de Promoción y Educación a los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

En su mayoría son pedagogos, Psicólogos, Sociólogos, Médicos, Licenciados en Enfermería y otros profesionales de las Ciencias Sociales. Para su incorporación se les exige no menos de dos años de experiencia profesional, adiestramiento previo, un plan de desarrollo profesional mediante curso de postgrado y la dedicación a tiempo completo a la actividad.

El país cuenta con 10 Centros Provinciales de Educación para la Salud y Departamentos en las provincias que no cuentan con centros a nivel de municipio.

En el momento actual laboran como educadores para la salud alrededor de 400 profesionales y técnicos a tiempo completo.

#### 2.4.10 Tares y funciones.

El Centro Nacional de Educación para la Salud se crea en 1984, por Resolución Ministerial el día 17 de julio y se adscribe al Área de Higiene y Epidemiología del MINSAP; sustituye a la Dirección de Educación para la Salud.

Se concibió como centro metodológico para el trabajo en educación para la salud, a lo cual se ha ido añadiendo en el curso de estos años las líneas de

Promoción de Salud y Divulgación Estatal, como parte de las Estrategias de Información, Educación y Comunicación en Salud que desarrolla la institución. Constituye el nivel mas alto de presentación de servicios especializados en materia de investigación –ejecución en políticas, estrategias, programas y planes de Promoción, Educación, y Comunicación Social en Salud, proyectando sus servicios y acciones tanto a la población, líderes formales e informales, enfermos, familiares, y redes de apoyo, en el plano comunitario; como acciones intersectoriales y multidisciplinarias con ministerios, organismos, instituciones y organizaciones ajenas al MINSAP, en la búsqueda de la concertación e integración que conllevan las practicas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.

De igual manera orienta y establece los principios metodológicos y normativos de este proceso en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud con el principio de privilegiar las acciones tendientes a promover salud y a prevenir enfermedades usando, además de la voluntad intersectorial, técnicas de investigación participativas y elementos de tecnología educativa y de investigación sociocultural que son muy específicos en salud.

Jerarquizamos el trabajo normativo y metodológico de la red de centros provinciales y además de los servicios de atención comunitaria ya mencionados, brinda asesoría y apoyo a las unidades del Sistema de Salud fundamentalmente en el seguimiento de estrategias educativas de intervención, acción participativa y de concertación intersectorial y multidisciplinario a los diferentes niveles, acentuando el nivel primero de atención.

Además trabaja la actividad de comunicación social en salud desde los Medios de Comunicación Social hasta la comunicación grupal e interpersonal tan útil en el diagnostico de la situación de salud comunitaria a nivel de los Consejos Populares.

Se ocupa de la estructuración coherente de forma complementaria de la divulgación estatal, considerando que en salud toda información conlleva un mensaje educativo y de orientación en el uso de los servicios.

En cuanto a la actividad conjunta con entidades internacionales como OPS / OMS, UNICEF, PNUD-FNUAP, trabaja conjuntamente proyectos específicos de Promoción de Salud, Comunicación Social en Salud, prevención de enfermedades y participación social y comunitaria en la modalidad de investigación en Educación Sanitaria, técnicas educativas, modelos de intervención, acción comunitaria, entre otros, fundamentalmente en jóvenes y adolescentes (SIDA, sexualidad), entorno escolar y educación popular.

#### Funciones:

- Implantar políticas y estrategias de Promoción de la Salud a desarrollar en la salud
- Desarrollar la participación social (Comunitaria e Intersectorial ), en la gestión de salud en los diferentes niveles
- Fomentar estilos de vida saludables a través de la información, educación, comunicación y legislación.

- Reorientar los servicios de salud a la promoción y a la prevención.
- Planificar, ejecutar y asesorar proyectos de intervención y acción participativa.
- Monitorear indicadores positivos de salud y calidad de vida como elemento de cambio en los programas y servicios de salud.
- Evaluar el grado de satisfacción de la población con los servicios de salud.
- Fortalecer la integración en la Red de Promoción de la Salud a nivel internacional.
- Desarrollar el Programa de Comunicación Social en Salud considerando el papel que ocupa en la formación de estilo de vida saludable y la necesidad de su implantación en las investigaciones de acción participativas y en los medios masivos de difusión.
- Producir videos educativos sustentados en estudios de comunicación participativa con la propia población, los que servirán de apoyo a las acciones de educación para la salud que se desarrollan por el Medico de la Familia y otros miembros del equipo de salud fundamentalmente en la atención primaria.
- Propiciar la superación permanente de la red de educadores para la salud de todo el país en aspectos relativos a la comunicación educativa, investigación sociocultural y evaluación, entre otros temas priorizados.
- Diseñar y desarrollar las actividades que emanen de convenios firmados con organismos internacionales tales como, OPS, UNICEF, FNUAP Y OTROS.
- Normar, asesorar y supervisar el trabajo que desarrollan los centros provinciales de educación para la salud, así como el de los departamentos municipales y el de los educadores a nivel de área.
- Confeccionar el Plan de Divulgación DEL Ministerio, para dar coherencia a la información emitida por las diferentes áreas del MINSAP.
- Mantener y establecer comunicación con instituciones similares en el exterior.

#### 2.4.11 Programas y proyectos.

Todos los programas del Sistema Nacional de Salud expresan su componente educativo, mediante la formulación de objetivos específicos, en todas sus etapas. Estos programas se adaptan a las características de cada provincia, municipio y área de salud. Entre los proyectos que se desarrollan actualmente se encuentran:

Rehabilitación: Municipio Pinar del Río, provincia Pinar del Río.

Ciudades saludables: Municipios de Arroyo Naranjo y San Miguel del Padrón, provincia Ciudad de la Habana.

Proyecto Global de Cienfuegos, Municipio Yaguajay

Comunidad Las Terrazas, Municipio San Cristóbal, provincia Pinar del Río.

Comunicación en población: Financiado por FNUAP , provincias Ciudad de La Habana, Camagüey, Sancti Spíritus, Cienfuegos , Isla de la Juventud y Las Tunas.

Para la Vida: Financiado por UNICEF en coordinación con el MINED.

#### 2.4.12 Investigaciones.

El Centro de Educación para la Salud ha promovido investigaciones en el campo de las ciencias de la salud, del comportamiento y las ciencias sociales relacionadas con el proceso de educar en salud a las poblaciones de forma institucional o asociados a institutos de investigaciones dependientes del Sistema Nacional de Salud de Universidades y otros organismos tales como el Ministerio de Educación, de Educación Superior y organizaciones de masa.

En los últimos tiempos se han aplicado técnicas cualitativas, mediante diferentes técnicas. Esto no quiere decir que no se fomenten otras técnicas de investigaciones cualitativas, las cuales han aportado importantes elementos para la proyección de proyectos relacionados con la Promoción y la Educación en Salud.

Se han incrementado las tesis de grado relacionadas con conocimientos y actitudes de la población frente a una situación o problemática de salud para la obtención de la categoría Especialista en Medicina General Integral y en otras facultades como la de Comunicación Social y Psicología.

#### 2.5 Modelos y teorías de comunicación en salud:

Para terminar nuestra presentación y como grupo de estudiantes de Comunicación Social hemos considerado útil el realizar un análisis , síntesis y comentario que sobre Modelos y Teorías de comunicación se presenta en forma amplia en las obras que se precisa a continuación:

- Solución de las lecturas sobre Comunicación Social (Portal, R y Colbs, 2001)
- Teoría de la Comunicación Social. Apuntes (Alonso, M 2001)
- Historia de la Comunicación Social (Vásquez, m 2001)
- Comunicación Organizacional (Goldhaber, g 2001)
- Manual de Comunicación Social para programas de salud. OPS-OMS, 1992
- APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD ( Werner , D 1995)

#### 2.6 ¿Qué es la teoría?

“Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionadas que presenta una visión sistemática de fenómenos por medio de la especificación de relaciones entre variables, con el fin de explicar y predecir los fenómenos. La noción de generalidad o aplicación amplia, es importante. Además, las teorías son abstractas por naturaleza: es decir, no tienen un contenido ni un tema específico. Como una taza de café vacía, tiene una forma y límites pero nada concreto dentro. Adquieren vida cuando se le llena con temas, metas y problemas prácticos.

Los conceptos son los componentes de la teoría, los elementos principales de la misma.

Una IDEA es el término empleado para un concepto, desarrollado o adoptado para su uso en una teoría particular. Por lo tanto, una IDEA tiene un significado

muy específico y técnico. Los “conceptos fundamentales” de una teoría son sus ideas.

Por lo tanto una IDEA tiene un significado muy específico y técnico. Los “conceptos fundamentales” de una teoría dada son sus ideas.

Las VARIABLES son las formas operativas de las ideas. Expresan la forma en que se ha de medir una idea en una situación específica. Es importante tener presente que las VARIABLES son las contrapartes de las IDEAS cuando se está identificando lo que es necesario determinar en la evaluación de un programa impulsado por una teoría

Los MODELOS son descripciones generalizadas e hipotéticas, con frecuencia basadas en una analogía, que se emplean para explicar o analizar algo.

La mayoría de las teorías de promoción de la salud provienen de las ciencias sociales y del comportamiento, pero su aplicación con frecuencia requiere buen conocimiento de la epidemiología y las ciencias físicas. Las teorías de promoción de la salud son de naturaleza derivativa y eclécticas. Toman prestado elementos de varias disciplinas, como psicología, sociología, antropología, comportamiento del consumidor y mercadotecnia. Muchas teorías no están muy desarrolladas ni han sido sometidas a pruebas rigurosas. Debido a esto, ambos términos se usan indistintamente.

### 2.7 ¿Cómo ajustar una o varias teorías al campo de la práctica?

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados. Además, la importancia de nuevos problemas por ejemplo la viruela y ciertas cepas de virus de la influenza cambia con el transcurso del tiempo debido a nuevas tecnologías y actividades fructíferas de salud pública. Otros problemas como el SIDA y los peligros ambientales están surgiendo debido a una combinación de factores biológicos y sociales. Algunas teorías se concentran dentro de organizaciones o culturas. Debido a estos diferentes marcos de referencia, las teorías que sean muy importantes para la educación en salud pública hacen una generación tal vez sean de poco uso en la actualidad.

**LA PRACTICA EFECTIVA DEPENDE DE PONER EN ORDEN LA TEORÍA O TEORÍAS Y LAS ESTRATEGIAS PRACTICAS QUE SEAN MAS APROPIADAS A UNA INSTITUCIÓN DADA.**

Es un desafío para los que hacen la promoción de la salud aprender a analizar lo adecuado de una teoría o modelo para los temas con los que se está trabajando. Las teorías o marcos conceptuales pueden ser y son útiles para las prácticas de la promoción de la salud. Enriquecen, informan y complementan las aptitudes prácticas y las tecnologías y le permite resolver los problemas. Pueden constituir una excelente base para la evaluación crítica de lo que está (o no se está) logrando en su trabajo.

### 2.8 Teoría de comportamiento interpersonal de salud.

“Las teorías de comportamiento de salud a nivel interpersonal suponen que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplo,

ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Los individuos y grupos significativos comprenden miembros de la familia, colegas, pares, profesionales de la salud y otros entes sociales que son similares a ellos y influyen en estos. Las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencia en éstos”. [Glanz, Karen, et Al: Modelos y teorías de comunicaciones salud. Promoción de salud, OPS/ OMS (editores), 1996.

Las teorías de comportamiento interpersonal de salud no se limitan al desarrollo de la comprensión de las interacciones, si bien la dinámica de la relaciones se halla en el nexo de estos marcos teóricos. A este nivel las teorías incluyen factores relacionados con la experiencia y la percepción de los individuos con respecto a su ambiente, junto con sus características personales. Otras teorías de influencia interpersonal comprenden el poder social y la comunicación interpersonal; las redes sociales y el apoyo social también son útiles.

### 2.9 Teoría del aprendizaje social o teoría cognoscitiva social.

En la teoría del aprendizaje social o teoría cognoscitiva social el comportamiento humano se explica con términos de una teoría dinámica, reciproca y de tres vías en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento intercalan continuamente. Una premisa básica de esta teoría es que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia sino también observando las acciones de otros y los resultados hechos acciones. En los años 70, Albert Bandura publicó un marco integrar para la comprensión del comportamiento humano basado en un formulación cognoscitiva social, en la actualidad es la versión dominante que se emplea en el comportamiento de salud y la promoción de la salud; sin embargo, todavía con frecuencia se denomina teoría del aprendizaje social.

Esta teoría sintetiza conceptos a partir de concepciones cognoscitiva conductuales y emocionales del cambio del comportamiento como resultado de ello, es muy compleja e incluye muchos elementos claves y sus aplicaciones. El concepto “determinismo recíproco” tiene que ver con la idea señalada anteriormente, que el comportamiento y el entorno son sistemas recíprocos y que la influencia tiene lugar en ambas direcciones (se puede reconocer esta idea como la idea central también en la perspectiva ecológica). Es decir, el entorno da forma, mantiene y limita el comportamiento, pero las personas no son pasivas en el proceso, ya que puede crear y cambiar su entorno.

El concepto de capacidad de comportamiento sostiene que una persona necesita saber qué hacer y cómo hacerlo; por lo tanto, pueden necesitarse introducciones claves o capacitaciones. Las “expectativas” son el resultado de lo que una persona cree que ocurrirá como resultado de una acción. La “autoeficacia” que Bandura considera el aspecto mas importante del sentido de si mismo que determina el esfuerzo propio para cambiar el comportamiento, la confianza en la capacidad de uno mismo de desempeñar con éxito un tipo especifico de acción.

El “aprendizaje por observación” con frecuencia se denomina modelo en sentido de que las personas aprenden qué esperar por medio de las experiencias de

otros. Esto significa que las personas pueden obtener una comprensión concreta de las consecuencias de sus acciones, observando a otros, y notándose si los comportamientos modelos son deseables o no. El aprendizaje por observación es muy poderoso tiene poder, es respetada o de considera que es como el observador.

Ejemplo:

La mujer que acaba de ser madre y que quiera amamantar a su bebe pero recién se integra al mensaje, donde no tiene privacidad, el horario de trabajo es recargado y la falta de refrigeración la mantiene alejada de sus hijos durante varias horas y le impiden extraer la leche materna para uso posterior. Dicha teoría puede utilizarse para convertir estas observaciones infructíferas estrategias de educación sanitaria.

Consideran el dilema de la madre que se describió anteriormente. Si se convierte en propugnadora del horario flexible e inicia un grupo de apoyo o una actividad de promoción para persuadir a la administración a que proporcione a las madres salas y refrigeradores, sus puntos de vista personales y su comportamiento pueden cambiar. Aumentaran sus oportunidades de amamantar o guardar la leche materna y extraída, así como su confianza en que la maternidad puede ser compatible con su trabajo .

La organización comunitaria tiene su base en teorías de redes sociales y apoyo. Hace hincapié en la participación activa y el desarrollo de comunidades que puedan evaluar y resolver mejor los problemas sociales de salud.

La teoría de difusión de innovaciones aborda cómo las ideas, los productos y las practicas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a la otra.

Las teorías del cambio tienen que ver con los procesos y estrategias para aumentar las posibilidades de que las organizaciones formales adopten e institucionalicen las políticas y problemas de salud.

## 2.10 Teoría de la Organización comunitaria.

“La organización comunitaria es el proceso mediante el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar problemas o metas comunes, movilizar recursos y elaborar e implantar estrategias para lograr sus metas. Tiene sus raíces en varias perspectivas teóricas: las perspectivas ecológicas, la de los sistemas sociales, la de las redes sociales y el apoyo social. También es compatible con la teoría del aprendizaje social y puede ser utilizada en forma fructífera en conjunto con las estrategias basadas en estas. La organización comunitaria comprende varios modelos alternativos de cambio que con frecuencia se identifican utilizando la psicología de Rothman, que consta de tres modelos: desarrollo de la localidad, planificación social y acción social. A veces estos modelos, se superponen y pueden combinarse”[ Glanz, Karen , et Al: Modelos y teorías de comunicación en salud. Promoción de Salud, OPS/OMS (editores), 1996].

2.10.1 El desarrollo de la localidad (también denominado desarrollo comunicativo) emplea una amplia muestra representativa de personas de la

comunidad para identificar sus propios problemas. Recarga la formación de consenso, el fortalecimiento de la capacidad y una firme orientación hacia una tarea concreta; los profesionales externos ayudan a coordinar y proporcionar que la comunidad aborde con todo éxito sus inquietudes.

2.10.2 La planificación social emplea metas para las tareas y abordan la solución de problemas sustanciales, con el apoyo de profesionales expertos que proporcionan asistencia técnica para beneficiar a los consumidores de la comunidad.

2.10.3 La acción social tiene el propósito de aumentar la capacidad de la comunidad de resolver problemas y lograr cambios concretos para corregir la injusticia social que es identificador un grupo desfavorecido u oprimido.

Si bien la organización comunitaria no emplea en todo momento unificado, hay varios conceptos claves que son centrales a los diversos enfoques, como se expresa en el cuadro 1:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
HABILITACIÓN	Proceso de ganar dominio y poder sobre uno mismo / la propia comunidad para producir el cambio	Dar a los individuos y a las comunidades las herramientas y la responsabilidad para tomar decisiones que les concierne.
COMPETENCIA COMUNITARIA	Capacidad de inmiscuirse en la solución efectiva del programa	Trabajar con la comunidad para identificar problemas , crear consenso y alcanzar las metas
PARTICIPACIÓN Y PERTINENCIA	Las personas que aprenden deben participar activamente , y el trabajo debe “ iniciarse donde están las personas”	Ayudar a la comunidad a fijar metas en el marco de las metas preexistentes, y estimular la participación activa
SELECCIÓN DE TEMAS	Identificar como centro la opción, inquietudes específicas, sencillas y en las que se pueda ganar.	Ayudar a la comunidad a examinar como pueden comunicar sus inquietudes y si es probable que se logre éxito.
CONCIENCIA CRITICA	Desarrollar comprensión de las causas fundamentales de los problemas.	Guiar la consideración de inquietudes de salud en la perspectiva general de los problemas sociales.

### 2.11 Teoría de difusión de innovaciones.

La teoría de la difusión de innovaciones aborda la manera en que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunde dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. En salud pública y promoción de la salud, constituye un gran desafío la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento, y el aumento de uso de programas, y planes de estudios que han tenido éxito. Algunas decisiones en materia de compra, o decisiones de adopción se toman en el nombre de grandes organizaciones o comunidades. Esto sucede cuando un sistema escolar adopta un programa de estudio, un maestro elige un libro de texto como administrador de los servicios de la salud de un centro de trabajo contrata servicios de detección de enfermedades y un consejo municipal decide adquirir recipientes para reciclaje. El desafío de la difusión requiere métodos que difiere de los que se concentran únicamente en individuos o grupos pequeños. Comprende prestar atención a la innovación (una idea, producto, práctica o tecnología nueva) así como a los canales de comunicación y los sistemas sociales (redes con miembros, normas y estructuras sociales).

Cuadro 2:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
VENTAJA RELATIVA	El grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza.	Señalar los beneficios singulares: valores monetarios, conveniencia, ahorro de tiempo, prestigio, etc.
COMPATIBILIDAD	Cuan compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencias y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían.	Ajustar la innovación a los valores, las normas y situación de la audiencia a la que se quiere llegar.
COMPLEJIDAD	Cuan difícil parece encender o utilizar la innovación.	Crear un programa, idea o producto que no sea complicado y resulte fácil de usar y de entender.
POSIBILIDAD	Hasta que punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiere un compromiso para adoptarla	Proporcionar oportunidades para ensayar en forma limitada, por ejemplo, muestras gratuitas, sesiones introductorias, garantía de devolución de dinero.
POSIBILIDAD DE OBSERVAR	Hasta que punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles	Asegurar la visibilidad de los resultados; retroinformación o publicidad.

2.11.1 Los canales de comunicación son otro componente importante de las teorías de difusión de innovaciones. Las teorías de difusión consideran la comunicación un proceso en dos direcciones y no simplemente como el persuadir a una audiencia a que tome medidas. El flujo de la comunicación en dos pasos, en el cual el efecto de los medios de difusión se ejerce por intermedio de personalidades destacadas pone de relieve el valor de las redes sociales, o canales interpersonales, por encima del de los propios medios de difusión para la adopción de decisiones.

Los líderes de la comunidad son aliados importantes en la comunicación de nuevas práctica o ideas para mejorar la salud. Cuando reiteran la información que se proporciona por los medios de difusión masiva, aumenta la posibilidad de que los consumidores deciden actuar.

## 2.12 Teoría cambio organizativos.

Para promover la salud es importante comprender el cambio organizativo con el fin de ayudar a establecer políticas y entornos que respalden las prácticas saludables y la capacidad de resolver nuevos problemas. Si bien existen muchas teorías del comportamiento organizativo, dos de ellas son prometedoras en las intervenciones de salud de salud pública: la teoría del desarrollo organizativo.

La teoría de las etapas se basa en la idea de que las organizaciones pasan por una serie de frases o etapas a medida que cambian. Al reconocer estas etapas, las estrategias para promover el cambio pueden ajustarse a los diversos puntos del proceso de cambio .Una versión abreviada de esta teoría comprende cuatro etapas: definición del problema, (toma de conciencia), iniciación de la acción (adopción), ejecución e institucionalización.

Cuadro 3:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .(ETAPA DE TOMA DE CONCIENCIA)	Los problemas se reconocen y se analizan; se buscan y se avalúan las soluciones.	Hacer participar y a la administración y a otro personal en actividades destinadas a despertar la conciencia.
INICIO DE LA ACCIÓN(ETAPA DE ADOPCIÓN)	Se formulan políticas o normas y se asignan recursos para iniciar el cambio.	Proporcionar consulta del proceso para informar a los encargados de tomar decisiones y a los ejecutores sobre que conlleva la adopción
IMPLANTACIÓN DEL CAMBIO	Se implica la innovación, ocurren reacciones y cambios de funciones.	Proporcionar capacitación, asistencia técnica y ayudar a resolver problemas.
INSTITUCIONALIZACIÓN DEL CAMBIO	Las políticas o programas se arraigan en la organización y se internalizan nuevas metas y valores.	Identificar a un adalid de alto nivel, trabajar para superar obstáculos a la institucionalización y crear estructuras para la integración.

## 2.13 Modelos.

### 2.13.1 Modelo cognitivo y del comportamiento.

Los modelos contemporáneos de comportamientos saludables a los niveles, individual e interpersonal, por lo general caen en la amplia categoría de las teorías COGNOSCITIVAS-DE-COMPORTAMIENTO. Dos conceptos claves que dominan estas teorías:

- El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afectan a la manera como actuamos.
- El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambios de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, las motivaciones, las percepciones y factores del entorno social.

### 2.13.2 Modelos del nivel individual (o intrapersonal).

Este nivel es lo más básico de la práctica de la promoción de la salud. Todos los niveles de promoción de la salud, incluidos los grupos, las organizaciones, las comunidades y las naciones, se componen de individuos. Son los entes que componen grupos, manejan organizaciones, eligen o nombran dirigentes aplican políticas. Por lo tanto los modelos del nivel individual pueden ser partes de teorías de nivel mas amplio, hasta los cambios de políticas e instituciones requieren, en algún punto, influir en los individuos.

Las teorías a nivel individual se concentran también en factores intrapersonales (“dentro de los individuos”). Se trata de características de los individuos como sus conocimientos, actitudes, creencias, motivaciones, opinión de si mismo, historias de desarrollo, experiencia. Aptitudes y comportamiento. Trataremos tres teorías a ese nivel: etapas del cambio, el modelo de creencias de salud y el procesamiento de la información por el consumidor. Cada una tiene un aspecto central distinto:

La teoría de etapas del cambio tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o el intento de cambiar hacia comportamientos saludables.

El modelo de creencias de salud aborda las percepciones que tienen una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación concomitante de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar el problema.

La teoría de procesamiento de la información por el consumidor aborda los procesos mediante los cuales los consumidores reciben y utilizan la información en su toma de decisiones.

### 2.13.3 Modelos de etapas de cambio.

El modelo de etapas de cambio surgió del trabajo realizado en sesiones para dejar de fumar y el tratamiento de la adicción a drogas y alcohol, y recientemente se ha aplicado a una variedad de comportamientos de salud. La premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un

acto, y que los individuos se hallan a diversos niveles de motivación o disposición para cambiar. Las personas en los diferentes puntos del proceso de cambio pueden beneficiarse de diferentes intervenciones, ajustados a su etapa en ese momento.

Se identifican cinco etapas diferentes en el modelo de etapas del cambio: precontemplación, contemplación, decisión, (determinación, acción, y mantenimiento. Cabe señalar que este es un modelo circular, no lineal. Las personas no pasan por las etapas y luego “se gradúan”; pueden entrar y salir en cualquier punto, y con frecuencia reanudar el ciclo. Los estudios realizados han demostrado que los individuos pasan por los mismos cambios cuando utilizan métodos de esfuerzo propio o autotratamiento, o cuando buscan ayuda profesional, o van a programas organizados. Además, al parecer hay diferencias en cuanto a como las etapas se ajustan a las situaciones para diferentes problemas.

Por ejemplo, con un problema que comprende un comportamiento franco y fácilmente reconocido, e incluye un componente de adicción física (por ejemplo el abuso del alcohol), las etapas pueden tener un significado diferente que con un problema en el que las metas no se pueden identificar fácilmente y en el cual los hábitos indeseables pueden haberse formado sin adicción psicológica (por ejemplo seguir una dieta con más de 30% de calorías de grasa.

El modelos de etapas del cambio puede ayudar a comprender (explicar) por que los empleados que fuman pueden no tomar parte en las sesiones de grupo, y elaboran un programa de control del hábito de fumar que llegue a mas fumadores (cambio). Primero, para explicar la situación: los fumadores actuales o ex-fumadores pueden clasificarse según la etapa en la que se hallan mediante unas simples preguntas: ¿están interesados en tratar de dejar, están tratando de dejar en breve, están en el proceso de dejar, tratando de mantenerse sin fumar?

Al conocer su etapa actual, se puede ayudar a fijar metas realistas del programa: tal vez pasa a la próxima etapa o participa en una sesión y realmente dejar de fumar o seguir fumando. Cuando se trata de esfuerzos para cambiar se deben ajustar los mensajes, las estrategias y los programas a la etapa apropiada. Esto puede significar preparar materiales y actividades que se concentren principalmente en la motivación, como una prueba de monóxido de carbono, o un seminario de una sola sesión sobre el dejar de fumar que sea como “ muestra gratuita” para las personas que están considerando dejar de fumar. Estas estrategias basadas en etapas probablemente atraerían a los empleados fumadores que todavía no están listos para unirse en grupo para dejar de fumar.

#### 2.13.4 Modelos de creencia de salud.

El modelos de creencias de salud es uno de los primeros que adapto la teoría de las ciencias del comportamiento a los problemas de salud y sigue siendo uno de los marcos conceptuales mas ampliamente reconocidos del comportamiento de los problemas de salud, y sigue siendo uno de los marcos conceptuales mas ampliamente reconocidos del comportamiento relacionado con la sal. Originalmente fue introducido en los años 50 por psicólogos que trabajan al servicio de la salud pública de los estados unidos (Rosenstock, Leventhal y Kegeles). Se concentraba en aumentar el uso de los servicios preventivos que

estaban disponibles entonces, como radiografía de tórax para la detección de tuberculosis e inmunizaciones como las vacunas contra la gripe. Suponían que las personas que tenían las enfermedades y que las acciones de salud estaban motivadas según el grado de temor (amenazas percibidas) y el potencial que se esperaba que tuvieran las acciones en la reducción del temor, en la medida en que dicha potencia tuviera más peso que los obstáculos prácticos y psicológicos a la toma de medida (beneficios netos). El modelo de creencias de salud se explicaba en términos de cuatro ideas que representan la amenaza percibida y los beneficios netos.

#### 2.13.5 Modelo de procesamiento de la información.

El modelo del procesamiento de la información por el consumidor surgió del estudio de la forma que el ser humano soluciona problemas y procesos de información. La información es una herramienta común para la acción sanitaria y con frecuencia constituye una base esencial para tomar decisiones en materia de salud. La información es necesaria pero no suficiente para estimular comportamientos saludables. Pese a ello, los conceptos erróneos pueden llevar a que incluso los consumidores motivados tengan comportamientos riesgosos. La información puede aumentar o disminuir la ansiedad de la persona, dependiendo de sus preferencias en materia de información; y de cuánta información y qué tipo de información se le proporciona. Al comprender los conceptos y los procesos fundamentales del modelo, los educadores sanitarios pueden examinar por qué las personas utilizan o dejan de utilizar la información sobre salud, y conseguir estrategias informativas con mejores posibilidades de lograr éxito.

Las premisas centrales de esta teoría son como sigue:

- 1- Los individuos se hallan limitados en lo que se refiere a cuánta información pueden procesar.
- 2- Con el fin de aumentar el uso de la información las personas combinan pedacitos de información en "bloques" y crean reglas de decisión, conocidas como heurísticas para escoger con mayor facilidad.

El cuadro 5 ilustra las aplicaciones genéricas de los conceptos fundamentales del modelo.

Ejemplo:

La información se presenta en forma reducida y solamente se comunican determinados datos útiles (capacidad de procesamiento de información, reglas de decisión). Se colocan rótulos o etiquetas con símbolos o frase como "bajo contenido de grasa" o "pocas calorías" en los alimentos de las estanterías de modo que sean fáciles de localizar (búsqueda de información).

## **Conclusiones**

El trabajo que se lleva a cabo en los niveles comunitarios ayuda a definir problemas e identificar sus causas constituye un componente clave de las actividades de la organización a medida que formula programas de acción específicos para prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud, tanto existentes como nacientes. La programación local basada en la epidemiología es una forma de organizar la asistencia médica y los servicios de salud pública para que lleven a cabo actividades y programas en función de las necesidades de salud de la población de una zona geográfica específica.

## **Desafíos.**

Los desafíos que se plantean al desarrollo de la promoción y la protección de la salud en la región surgen de otros desafíos mas amplios que se plantean a la salud en general.

Coordinación de las inversiones económicas y sociales:

Según se desprende de la Declaración de Bogotá "el desafío de la promoción de la salud en las América es el de modificar las relaciones sociales de bienestar general, de la solidaridad y de la igualdad social indispensables tanto para la salud como para el desarrollo. (Conferencia Internacional de Promoción de Salud)."Los gobiernos miembros enfrentan el amenazador reto de conciliar las medidas económicas para superar la crisis de la "década perdida" con las necesidades masivas de los crecientes números de ciudadanos que viven en condiciones de pobreza. Pero, hacer frente al reto económico sin resolver los problemas sociales acarrea el riesgo de incrementar las desigualdades, y por ende de poner en peligro la estabilidad social y la democracia.

La salud desempeña un rol primordial y doble en este desafío, por una parte las inversiones de salud son necesarias para la calidad de la vida y para el capital humano productivo requerido para reactivar el desarrollo. Por otra parte el sector de la salud si quiere obtener financiamiento debe competir con otros sectores considerados mas importantes para la recuperación económica, a corto y a mediano plazo.

Asumir la responsabilidad y "culpar a la víctima".

Existen el riesgo de percibir la promoción y la protección de la salud como una solución fácil y a bajo costo, que transfiere la responsabilidad de lograr y mantener una buena salud a la persona sin que ocurra la correspondiente transferencia de recurso que permite asumir esas responsabilidades. El resultado se llama "culpar a la víctima". En respuesta a este riesgo, existe la necesidad y la obligación de compartir las responsabilidades de las acciones relacionadas con la salud entre los individuos, las instituciones y los sectores organizados de la sociedad.

Eficacia, eficiencia y repercusiones sobre el sector de la salud.

El análisis del sector de la salud revela una situación epidemiológica marcada por la reaparición, persistencia y avance de las enfermedades propias del subdesarrollo como el cólera, la malaria y la tuberculosis, y la aparición de nuevas epidemias como el SIDA, la violencia y las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer y las cardiopatías. Estos problemas requieren una

amplia variedad de estrategias para su prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin tales estrategias, estas tendencias epidemiológicas pueden conducir a un incremento insostenible los costos de la atención y a la consiguiente ineficiencia e ineficacia de los servicios de salud.

Los recursos cada vez mas limitados del sector de la salud acentúan las ineficiencias y la ineficacia. Se necesita una nueva manera de generar y de emplear los recursos sin la cual, la meta de igualdad en la salud se torna cada vez más remota. La promoción y la protección de salud, utilizando un enfoque amplio que vaya más allá del sector tradicional de la salud, debe hacer frente a estos desafíos y contribuir a su resolución. El adiestramiento y la actualización de las aptitudes de los trabajadores de la asistencia sanitaria para que adapten mejor sus practicas a los principios de promoción y protección de la salud plantean un nuevo reto en esta era de aceleradas innovaciones científicas y tecnologías, y de cambios institucionales.

### ***Limitaciones***

El reconocimiento de las limitaciones es el resultado lógico de haber tomado conciencia de las necesidades: falta de experiencia para llevar a cabo los programas de promoción y protección de la salud tanto dentro de la OPS como a nivel nacional; dificultades en las transferencias de los modelos y los recursos de una sociedad a otra debido a las diferencias en el idioma, las culturas, las políticas y los recursos financieros; la escasez de experiencias en investigación sobre promoción y protección de la salud, especialmente en los países en desarrollo. Hay poca información sobre los factores determinantes de los hábitos que afectan los niveles de salud y bienestar, los comportamientos y los estilos de vida, la eficacia de las intervenciones para modificar estos hábitos; y las actitudes y las practicas hacia la promoción de la salud y la protección de los trabajadores en los servicios de salud. Es necesarios crear alianzas con una variedad amplia de “socios” y “ aliados” intersectoriales, gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado para adquirir estos conocimientos.

Aunque estas y otras limitaciones son reales, la combinación exitosa de los esfuerzos iniciales de promoción de la salud generan cierta dosis de optimismo que permite suponer que el trabajo en equipo permitirá superarlas en un futuro no lejano.

## **Bibliografía**

Arroyo, H.V y Cerguera , M.T ( Editores )1997. La promoción de la salud y educación para la salud en la América Latina. San Juan, Puerto Rico. Editorial Universidad de Puerto Rico.

Alonso, M y Rivera. R, 2001. Teoría de la comunicación. Apuntes. La Habana , Cuba . Editorial Pablo de la Torriente.

Conferencia Internacional sobre Promoción en Salud y Equidad, 1986. Carta de Ottawa , Ginebra OMS.

Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1992. Declaración de Santa Fe de Bogota. Washington D.C OPS-OMS.

Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe. 1993. Carta del Caribe. Washington D.C OPS-OMS.

CIESPAL 1977. Comunicación Social y Desarrollo. Quito, Ecuador. Editorial Don Bosco.

CIESPAL 1975. Comunicación y cambio social. Quito Ecuador. Editorial J .Ricke.

Goldhaber, G 2001. Comunicación Organizacional. La Habana, Cuba. Editorial Pablo de la Torriente.

Kaplun, M 1992. El Comunicador Popular, Quito, Ecuador. CIESPAL.

OPS-OMS 1992. El movimiento de los municipios saludables. Washington D.C OPS-OMS ( Doc.Oficial)

OPS-OMS. 1992 Las políticas de promoción de la salud. Washington D.C. OPS-OMS( Doc. Oficial)

OPS-OMS 1992. Marco conceptual sobre situaciones de información en promoción de la salud. Washington D.C. OPS-OMS

OPS-OMS 1992. Promoción de la salud: conceptos y estrategias. Washington D.C. OPS-OMS.

OPS-OMS 1992. Manual de comunicación social para programas de salud. Washington D.C OPS-OMS.

Portal, M.R. 2001 (Editora) Selección de lecturas sobre comunicación social. La Habana , Cuba

Rojas, O.F Y cols1993. Algunos conceptos y prácticas sobre salud pública, promoción y educación para la salud. La Habana, Cuba ( Doc.Oficial)

Suárez, J y Márquez, M 1995. Proyectos locales de promoción de la salud . Nuevas escenas para el desarrollo de la salud publica. La Habana, Cuba. Rep de la OPS-OMS

Werner, D y Bower, B 1995. Aprendiendo a promover la salud. Palo Alto, USA ED, Fundación Hesperian.