

## Evaluación de una intervención basada en la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro"

<sup>1</sup>David Rodríguez Ibáñez

<sup>2</sup>Heriberto Sánchez Navarro

<sup>1</sup> Enfermero. Máster en Educación para la Salud. Centro de Salud, Maspalomas. Gran Canaria.

<sup>2</sup> Enfermero. Máster en Educación para la Salud. Centro de Salud, Maspalomas. Gran Canaria.

C/ Tecén, 72. Las Palmas de Gran Canaria.  
35009 Gran Canaria.

E-mail: zicawixy@hotmail.com

### Resumen

La sexualidad en la juventud canaria se inicia a edades tempranas. De ahí que se hayan desarrollado recursos materiales, como la *Guía Educativa sobre Educación Afectivo-Sexual: "Para un sexo más seguro"*, la cual pensamos que resultaría muy valiosa para incrementar la salud sexual de los jóvenes.

Nuestro objetivo es la implementación y evaluación de una intervención educativa basada en esta guía, entre los alumnos de 3º de la ESO de la localidad de Maspalomas (Gran Canaria).

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo. La intervención consistió en la aplicación de la guía educativa mencionada en ocho sesiones de educación grupal a los alumnos. En 11 de las 23 cuestiones planteadas, tras la intervención se produjo una mejora significativa de los conocimientos en materia de sexualidad.

Este estudio revela que la implementación de la *Guía Educativa: "Para un sexo más seguro"*, permite un beneficio significativo estadísticamente en ciertos conocimientos y creencias respecto a los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual en los alumnos evaluados tras la intervención.

**Palabras clave:** sexualidad, guía educativa, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual.

### Abstract

**Assessment of an intervention based on a Educational Guide: "For a safer sex"**

The youth sexuality begins at an early age in the Canary Islands. The Canary Islands have developed resource materials, such as the Educational Guide for affective-sexual education "For a safer sex", which we think would be very valuable to increase the sexual health of young people.

Our goal is the implementation and assessment of an educational intervention based on this educational guide, among the students of 3<sup>rd</sup> year of secondary education in the town of Maspalomas (Gran Canaria).

We conducted a prospective longitudinal study. The intervention consisted in the implementation of the educational guide aforementioned in eight sessions of group education to students.

In 11 of the 23 issues raised in the intervention, there was a significant improvement of knowledge on sexuality after the intervention.

This study shows that the implementation of the Educational Guide for affective-sexual education: "For a safer sex", allows a statistically significant benefit in certain knowledge and beliefs about contraception and sexually transmitted infections in children evaluated after the intervention.

**Key words:** sexuality, education guide, contraception, sexually transmitted infections.

## Introducción

Sin lugar a dudas, la sexualidad es un aspecto de la vida que resulta tan importante como la vida misma (1). Tanto los adultos como los jóvenes sienten día a día la obligación de preocuparse por su salud, incluyendo la salud sexual. En la actualidad las políticas de salud de los gobiernos deben preocuparse por la sexualidad de su población, siendo éste un aspecto central en materia de salud comunitaria y también en nuestro proyecto.

En muchas de las definiciones de Educación para la Salud (EpS) se observa que el objetivo fundamental de la misma va encaminado a conseguir una adquisición de conocimientos y actitudes que modifiquen la conducta individual y colectiva en temas relacionados con la propia salud, pero no hacen mención a las acciones encaminadas a modificar el medio ambiente social del individuo. En 1975, el IV Grupo de Trabajo de la *Nacional Conference en Preventive Medicine*, en EE.UU, liderado por Anne Sommers (2), enunció la definición que a nuestro juicio es la más completa de EpS: "un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos".

La política de "Salud para Todos en el Siglo XXI", aprobada por la comunidad mundial en mayo de 1998, tiene el objetivo de aplicar la perspectiva de salud para todos, que es un concepto surgido en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Dicha política global de salud para todos se deberá poner en práctica a través de estrategias y políticas regionales y nacionales y SALUD21 es la respuesta de la Región Europea a esta necesidad (3).

Entre los 21 objetivos que se definen en SALUD21, para el siglo XXI, se pueden encontrar dos relacionados directamente con la intervención objeto de este trabajo, el objetivo cuarto, que aborda la salud de los jóvenes, y el objetivo séptimo, dirigido a la reducción de enfermedades transmisibles.

Sin embargo, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, el II Plan de Salud de Canarias (2004-2008) no recoge como prioritarias actuaciones en el ámbito de la EpS en relación con el tema de la sexualidad, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o el número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).

La vida sexual de la población canaria comienza cada vez más pronto. Así lo reflejan los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias 2004, de los que se desprende una clara tendencia a una mayor precocidad, si bien la media de edad de inicio en las relaciones sexuales se sitúa en los 18 años. Sin embargo, según datos publicados por el Instituto de Estadística de Canarias (ISTAC), en colaboración con la Consejería de Sanidad, la tendencia es que cada vez se comienza antes (4).

En el 2006 se registraron en Canarias un total de 712 IVE en edades comprendidas entre los 15 años y los 19 años, según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, situando a nuestra Comunidad Autónoma (CC.AA.) en la quinta posición en interrupción de embarazos entre adolescentes (5).

En el ámbito educativo nacional actual, la educación afectivo-sexual "integral" constituye una excepción más que la regla. La mayor fuente de información sexual para los jóvenes españoles de 15 a 24 años, continúan siendo los amigos y la familia, junto con los medios de comunicación (6).

Canarias ha sido una comunidad pionera dentro del Estado al incorporar la educación afectivo-sexual en la escuela, a través del programa Harimaguada, en el curso 1986-1987. Constituida como programa de innovación, la iniciativa tomó la forma de un recurso didáctico que hasta el año 2003 se impartía en las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria en la Comunidad Canaria. Este proyecto intentaba, además de mejorar la presencia de la educación sexual en el aula desde el punto de vista legislativo, proponer asesoramiento ante cualquier demanda de información, dotación de recursos o desarrollo de proyectos por parte de los centros educativos. Asimismo, se ocupaba del desarrollo de acciones de formación del profesorado en esta materia y elaborar material curricular para todas las etapas y sectores de la comunidad escolar.

Sin embargo, parece ser que los efectos de dicho programa no han sido objeto de evaluación que permitan su incorporación a nuevos programas o que respalden el apoyo de los políticos a este tipo de iniciativas. De nada sirve la puesta en marcha de este tipo de intervenciones en el ámbito educativo si las mismas no son evaluadas, posibilitando de esta manera futuras mejoras.

Estudios prácticos han demostrado que la educación sexual desempeña un papel fundamental para conseguir que los jóvenes adopten conductas responsables respecto a la sexualidad (7). Un currículo que incorpore la educación sexual puede contribuir efectivamente a retrasar el comienzo de la actividad sexual, a incrementar el uso del preservativo y a un descenso de las conductas sexuales de riesgo (8, 9).

En nuestra CC.AA. se han desarrollado recursos materiales, como la *Guía Educativa sobre Educación Afectivo-Sexual* elaborada por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias, que pensamos resultaría muy valiosa para conseguir mantener o incluso incrementar, el nivel de salud sexual y reproductiva de nuestros jóvenes, si se implementara de forma sistemática y continuada en los centros educativos. Sin embargo, no disponemos de resultados que hayan evaluado la efectividad de la guía o el proceso de su puesta en marcha en centros educativos, motivo que justifica la realización de nuestro trabajo en el que se pretende evaluar una intervención empleando la *Guía Educativa sobre Educación Afectivo-Sexual*.

## Objetivos

### Objetivo general

Evaluar una intervención educativa basada en la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro", elaborada por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias, entre los alumnos de 3º de la ESO de dos Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) pertenecientes a la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud de la localidad de Maspalomas.

### Objetivos específicos

- Identificar conocimientos y creencias en relación a los métodos anticonceptivos e ITS, entre los alumnos de 3º de la ESO de dos IES de la localidad de Maspalomas en el municipio de San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria).
- Evaluar los conocimientos y creencias tras la intervención educativa basada en la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro", elaborada por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias.

## Sujetos y métodos

### Diseño

Estudio longitudinal y prospectivo.

### Población de estudio

La población de estudio son los alumnos de 3º de la ESO de los tres IES de la localidad de Maspalomas, adscritos a la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud, esto es, 146 alumnos.

La muestra seleccionada correspondió a dos de estos IES (a partir de este momento, IES 1 e IES 2), debido a problemas de cronograma de trabajo con uno de ellos, siendo un total de 94 alumnos.

El alumnado total estaba constituido por 54 (57,4%) miembros del IES Támara más 40 (42,6%) del IES Faro de Maspalomas. El 52,1% eran hombres, frente a un 47,9% de mujeres.

La media de edad fue de 14 años (14,24) y las edades estuvieron comprendidas entre 13 y 16 años.

### Método de recogida de datos

Se utilizaron dos cuestionarios (Anexo 1) para la recogida de datos diseñados por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias para la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro". Dichos cuestionarios se pasaron a los alumnos al inicio de la intervención y al final.

El primer cuestionario lleva por título "¿Qué sabes del SIDA?" y está incluido dentro de las actividades programadas para

el Bloque 3 de la Guía Educativa: "Infecciones por VIH y SIDA", consta de nueve ítems que indagan sobre los conocimientos que presentan los alumnos acerca de cuestiones muy básicas en relación al VIH y SIDA.

El segundo cuestionario titulado "Mitos o datos" se encuentra recogido en el Bloque 6: "Cómo fomentar comportamientos sexuales más seguros", consta de 16 ítems que investigan conocimientos y creencias de los alumnos en relación a temas tales como edad de inicio de las relaciones sexuales, menstruación, ITS, embarazo, métodos anticonceptivos y de protección de ITS, posibilidad de pedir anticonceptivos o ser tratados de ITS sin necesidad de consentimiento de los padres, masturbación, homosexualidad, drogas en relación al sexo, etc.

### Trabajo de campo

Al inicio del curso escolar se concretaron dos reuniones con el/la director/a de cada centro y el profesorado del Departamento de Biología encargado de realizar la docencia de los ocho temas recogidos en la guía educativa, proporcionándose todo el material de contenidos a aplicar como ejes transversales.

Se llevaron a cabo ocho sesiones de educación grupal con los alumnos, de una hora de duración, posteriores a la exposición de contenidos de cada tema realizado por el profesorado de biología, una por mes y dentro del calendario educativo, de mutuo acuerdo con el personal docente, dirigidas por uno o dos de los miembros del equipo multidisciplinar antes descrito (dos enfermeras/os, la trabajadora social y la técnico de salud pública del Ayuntamiento).



### Variables de estudio

Variable dependiente: conocimientos y creencias. Codificada con una variable por cada uno de los ítems estudiados en las encuestas iniciales, 25 en total, para codificar las respuestas aportadas por los alumnos como datos numéricos, así como otras 25 variables para los 25 ítems de las encuestas finales. Éstas son las identificadas en el Anexo 1.

Variables independientes: sexo e instituto.

### Informatización de los datos

Se utilizó el programa SPSS 11.5 para el tratamiento de los datos obtenidos en las encuestas.

### Depuración de datos

Fueron analizados finalmente las encuestas relativas a 94 alumnos de los IES 1 y 2.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se resumieron como frecuencias y porcentajes y las numéricas mediante medias y desviaciones estándar o medianas. Para comparar los porcentajes correspondientes a las encuestas inicial y final se utilizó el test de McNemar. Un contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue igual o inferior a 0,05. También se utilizó el test de la chi-cuadrado para valorar la asociación entre las variables dependientes e independientes. Se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue igual o inferior a 0,05.

### Resultados

Las comparaciones entre las respuestas previas y posteriores a la intervención se resumen en la Tabla 1.

Como se puede observar en 11 de las 23 cuestiones planteadas en los test, tras la intervención se produce una mejora significativa de las respuestas. Para el resto de cuestiones en la mayoría se pone de manifiesto que, aunque los datos no puedan ser considerados significativos, tal vez por quedar la muestra algo reducida tras el filtrado de los datos, se observa una tendencia positiva tras la intervención educativa efectuada. Esto parece coincidente con lo manifestado por otros trabajos que han planteado que la educación sexual incrementa los conocimientos sobre temas sexuales (10).

Tras aplicar chi-cuadrado a la variable independiente sexo, antes de la intervención educativa, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa en las cuestiones 4 (p: 0,03) y 9 (p: 0,004) del test "¿Qué sabes del SIDA?" y en los enunciados 5 (p: 0,018) y 11 (p: 0,004) del cuestionario "¿Mitos o datos?" (Anexo 2).

Tras aplicar chi-cuadrado a esta misma variable independiente sexo, tras la intervención educativa, para aquellos ítems en que se encontró inicialmente diferencia significativa entre sexos, no se observa variabilidad estadísticamente significativa tras la intervención.

Cuando aplicamos chi-cuadrado a la variable independiente instituto, antes de la intervención educativa, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en la intervención educativa previa respecto a las cuestiones 7 (p: 0,036) y 9 (p: 0,025) del test "¿Qué sabes del SIDA?" y el enunciado 5 (p:0,003), 9 (p: 0,072) y 14 (p: 0,001) del cuestionario "Mitos o datos" (Anexo 2).

Y cuando aplicamos chi-cuadrado a esta misma variable independiente instituto, tras la intervención educativa, para aquellos ítems en que se encontró diferencia significativa entre institutos, las diferencias significativas entre institutos se mantenían sólo en dos de los ítems, el 9 (p: 0,031) y 14 (p: 0,014) del cuestionario "Mitos o datos".

### Discusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos se puede observar cómo los adolescentes participantes en este estudio presentan un déficit de conocimientos y creencias en materia de métodos anticonceptivos e ITS, mostrando un mayor nivel las mujeres frente a los varones, y a su vez los alumnos del IES 1 frente a los del IES 2. Sin embargo, la implementación de la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro", eleva estos niveles, haciendo que se minimicen estas diferencias, persistiendo únicamente algunas entre ambos IES. Estas mejoras observadas coinciden con las que se plantean en la bibliografía recogida (7, 10-14).

Se plantea como no sólo valorable los ítems con un resultado estadísticamente significativo, pues se observa que en el resto de cuestiones siempre hay una tendencia positiva hacia la elevación de conocimientos y creencias tras la intervención educativa realizada, con lo que se refuerza el análisis de la eficacia de esta intervención.

Mientras se aprecian unas mejoras estadísticamente significativas en los conocimientos y creencias tras la implementación de la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro" siguiendo el programa de trabajo planteado por este equipo multidisciplinar, no se corresponde con la falta de apoyo político-social a la implementación generalizada y/o estandarizada de esta herramienta de trabajo en la EpS sexual.

Cabe destacar que algunas de las cuestiones planteadas en el test de evaluación Mito-dato, suscitaron gran controversia entre el equipo multidisciplinar. Así, en la pregunta sobre si "un adolescente necesita consentimiento de los padres para pedir métodos anticonceptivos en la consulta médica", el test da como opción correcta que se trata

**Tabla 1.** Respuestas positivas previas y posteriores a la intervención

	Inicial n (%)	Final n (%)	p*
Qué es el SIDA: enfermedad causada por destrucción sistema inmunitario	80 (85,1%)	91 (96,8%)	0,013
Qué es el VIH: virus inmunodeficiencia humana	51 (54,3%)	84 (89,4%)	0,000
Cómo se transmite: vía sexual y sanguínea	92 (97,9%)	92 (97,9%)	1,000
Dónde se encuentra el virus: en sangre, semen y secreciones vaginales	58 (61,7%)	66 (70,2%)	0,392
Diagnóstico de la infección por VIH: por análisis de sangre	91 (96,8%)	93 (98,9%)	0,625
Medidas preventivas: no intercambiar agujas ni jeringas	80 (85,1%)	88 (93,6%)	0,210
Otra forma de transmisión: de la madre embarazada al hijo	81 (82,2%)	92 (97,9%)	0,003
Es lo mismo enfermo de SIDA que seropositivo: no	19 (20,2%)	38 (40,4%)	0,000
La reinfección por VIH: puede acelerar el desarrollo de la enfermedad	57 (60,6%)	62 (66%)	1,000
Casi todos los adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años (verdadero)	76 (80,9 %)	79 (84%)	0,664
Es poco saludable que una mujer se bañe o nade durante su menstruación (falso)	70 (74,5%)	81 (86,2%)	0,027
Los chicos y chicas pueden tener infecciones de transmisión sexual sin síntomas (verdadero)	62 (66%)	82 (87,2%)	0,000
La ducha vaginal previene el embarazo (falso)	82 (87,2%)	87 (92,6%)	0,063
Una vez que se ha contraído una ITS y ha sido curada no puede volver a contraerse (falso)	81 (86,2%)	87 (92,6%)	0,238
Los preservativos protegen frente a las infecciones de transmisión sexual (verdadero)	89 (94,7%)	90 (95,7%)	1,000
El alcohol y la marihuana son estimulantes sexuales (falso)	54 (57,4%)	67 (71,3%)	0,035
Una chica puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales (verdadero)	85 (90,4%)	83 (88,3%)	0,791
Cuanto mayor es el pene, mayor es la potencia sexual (falso)	72 (76,6%)	85 (90,4%)	0,007
Si una persona que tiene pareja se masturba, significa que hay un problema con la pareja (falso)	58 (61,7%)	77 (81,9%)	0,002
Si un hombre tiene una erección y no eyacula es dañino (falso)	70 (74,5%)	82 (87,2%)	0,023
Una chica puede quedar embarazada aunque el chico no eyacule dentro (verdadero)	33 (35,1%)	51 (54,3%)	0,001
La masturbación puede causar daños mentales (falso)	67 (71,3%)	77 (81,9%)	0,076
Las relaciones sexuales con personas del mismo sexo significa que es y siempre será homosexual (falso)	78 (83%)	80 (85,1%)	0,815

\*p obtenida tras aplicar el test de McNemar a la variable dependiente tras la intervención educativa efectuada.

de un mito (falso), pero sin especificar edades ni ninguna otra circunstancia. Otra de las preguntas planteadas es si "los adolescentes pueden recibir tratamiento para las infecciones de transmisión sexual sin permiso de sus padres", dando la guía como dato (verdadera) tal afirmación. En este sentido, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, especifica como edad legal para considerar madura a una persona la de 16 años, con lo cual estas dos cuestiones plantean dudas sobre su veracidad en nuestra legislación vigente, por lo que se decidieron excluir del análisis estadístico.

Pensamos que nuestro trabajo puede constituir una valiosa prueba piloto de intervención comunitaria que pueda

animar a una implementación de este tipo de iniciativas de forma más generalizada.

## Conclusiones

- Los conocimientos y creencias de la muestra estudiada en esta materia no resultan elevados, aunque son mayores en el caso del IES 1.
- La intervención educativa con la Guía Educativa: "Para un sexo más seguro" aumentó los conocimientos y creencias entre los jóvenes.
- Con los resultados obtenidos planteamos la implementa-

ción de esta Guía Educativa en otros IES de la isla con el objetivo de poder validar nuestros resultados con una muestra mayor y multisectorial que haga proponer un cambio en el currículum formal de los 3º de la ESO de nuestra población, con el fin de integrar la educación sexual en ellos.

## Agradecimientos

Los autores de este estudio desean mostrar su agradecimiento a las profesoras de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Dña. María del Carmen Navarro y Dña. Milagrosa Torres por su inestimable colaboración en la realización de este trabajo.

Del mismo modo, queremos hacer partícipe de este trabajo a los principales "actores" del estudio: los alumnos de 3º de la ESO, y sus profesores, de los IES Támara y Faro de Maspalomas del municipio de San Bartolomé de Tirajana.

Y también a nuestras familias, por todo el tiempo que nos permiten dedicar a la investigación. Os queremos.

## Bibliografía

- [1] Tambiah Y. Sexuality and human rights. In: Woman Law and Development International. From Basics Needs to Basic Rights: Woman's Claim to Human Rights. Washington DC: Ed. Margaret Schuler; 1995. p. 390-396.
- [2] Sommers AR. Promoting Health. Ginebra: Aspen System Corporation; 1976.
- [3] World Health Organization Regional Office for Europe. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; 1999. No. 5.
- [4] Instituto de Estadística de Canarias (ISTAC), Consejería de Sanidad. Encuesta de Salud de Canarias; 2004.
- [5] Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006. Santa Cruz de Tenerife: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007.
- [6] Aunión JA, Balsells F. La educación sexual es una cuestión de suerte. El País 2008 Feb; Sec. Sociedad. p. 40-1.
- [7] Matsumoto S. Sex education and sexual behaviour of adolescent in Japan. Ann Acad Med Singapore; 1995.
- [8] Ricer R, Gabel L. Counseling adolescent about sexual issues. Family Practice Recertification 1995; 17:15.
- [9] Kirby D, Short I, Collins V, Rugg D, Kolbe L, Howard M et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviours: a review of effectiveness. Public Health Rep 1994; 109: 339.
- [10] Stein MB, Fagan PJ. Adolescent sexuality. New York: Carpenter and J.A. Editors, Raven Press; 1992.
- [11] Oakley A, Fullerton D. Holland J et al. Sexual Health education interventions for young people: a methodological review. BMJ Clin Evid 1995; 310: 158.
- [12] Creatsas G, Adolescent contraception and pregnancy. Eur J Contracept Reprod Health Care 1991; 3: 1.
- [13] Ricer R, Gabel L. Counseling adolescent about sexual issues. Family Practice Recertification 1995; 17 :15.
- [14] Kirby D, Short I, Collins V, Rugg D, Kolbe L, Howard M et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. Public Health Rep 1994; 109: 339



**Anexo 1. Cuestionario sobre el conocimiento del SIDA**

NOMBRE y APELLIDOS:

EDAD:

CURSO:

IES:

**Conocimiento del SIDA****¿QUÉ SABES DEL SIDA?**

Por favor, contesta a cada una de estas preguntas. Marca con un círculo la alternativa correcta en cada pregunta.

**1.- ¿Qué es el SIDA?**

- A- Enfermedad causada por la destrucción del sistema inmunitario.
- B- Enfermedad que altera los nervios.
- C- Es una enfermedad que ataca a las hormonas del crecimiento.

**2.- ¿Qué es el VIH?**

- A- Virus de inmunodeficiencia humana.
- B- Virus inmunológico hereditario.
- C- *Feline immunodeficiency virus*.

**3.- ¿Cómo se transmite?**

- A- Por contacto con animales domésticos.
- B- Transmisión sexual o sanguínea.
- C- Por usar el mismo baño.

**4.- ¿Dónde se encuentra el virus?**

- A- Sangre y semen.
- B- Secreciones vaginales.
- C- En las dos anteriores.

**5.- ¿Cómo se puede diagnosticar la infección por el VIH?**

- A- Por el aspecto físico.
- B- Por un análisis de sangre.
- C- Por la forma de ser.

**6.- ¿Cuáles son las medidas preventivas?**

- A- Cepillarse los dientes.
- B- Lavar el condón después de usarlo.
- C- No intercambiar nunca agujas y jeringuillas.

**7.- ¿De qué otra forma puede transmitirse el VIH?**

- A- Por la suciedad de los cubiertos.
- B- Por la contaminación.
- C- De la madre embarazada a su hijo.

**8.- ¿Es lo mismo enfermo de SIDA que seropositivo?**

- A- Sí.
- B- No.
- C- No lo sé.

**9.- La reinfección por VIH...**

- A- Puede servir como una vacuna.
- B- Puede ser una de las causas del desarrollo de la enfermedad.
- C- No afecta en nada.

**Anexo 2. Cuestionario de "Mitos o datos"**

Selecciona en cada cuestión si crees que es falso (MITO) o si crees que es cierto (DATO).

¿Mitos o datos?

	Mito	Dato
1. Casi todos los adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años		
2. Es poco saludable que una mujer se bañe o nade durante su menstruación		
3. Un adolescente necesita consentimiento de los padres para pedir métodos anticonceptivos en una consulta médica		
4. Los chicos y chicas pueden tener infecciones de transmisión sexual sin tener síntomas		
5. La ducha vaginal previene el embarazo		
6. Una vez que se ha contraído una infección de transmisión sexual y ha sido curada no puede volver a contraerse		
7. Los preservativos protegen frente a las infecciones de transmisión sexual		
8. El alcohol y la marihuana son estimulantes sexuales		
9. Una chica puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales		
10. Los adolescentes pueden recibir tratamiento para las infecciones de transmisión sexual sin permiso de sus padres		
11. Un hombre con un pene más grande es más potente sexualmente que uno con un pene pequeño		
12. Si una persona que tiene pareja se masturba significa que hay un problema con la pareja		
13. Una vez que un hombre se ha excitado y tiene una erección debe continuar hasta el fin, porque puede ser dañino si no lo hace		
14. Una chica puede quedar embarazada aunque el chico no eyacule dentro de ella		
15. El masturbarse puede causar enfermedades mentales		
16. Si un joven o una joven tienen cualquier tipo de relaciones sexuales con una persona del mismo sexo significa que es, y siempre será, homosexual		

## Talleres de cuidadoras familiares. El cuidador familiar: "Me olvidé de vivir"

<sup>1</sup>María Dolores Saavedra Llobregat

<sup>2</sup>José Ramón Martínez Riera

<sup>1</sup> Enfermera de Gestión Comunitaria del Centro de Salud "Florida", Alicante.

<sup>2</sup> Enfermero, PhD, MScN, BSc, RN. Profesor del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante.

### Resumen

**Justificación:** el cuidador familiar socialmente empezó a tener identidad hace unos años. Ahora preocupa a la institución sanitaria tanto por el papel que desempeña como por su propio riesgo.

El desarrollo de un programa piloto en nuestra comunidad ha impulsado la figura del cuidador familiar como pilar fundamental de intervención. Se han identificado y valorado a los cuidadores y se ha intervenido de manera individual y grupal para mejorar su salud y apoyarles.

**Objetivos:** definir un perfil de cuidador principal, realizar una descripción de las necesidades y expectativas de nuestros cuidadores a través de un análisis cualitativo y describir la percepción de calidad de vida al comienzo de los talleres.

**Material y método:** se desarrollaron talleres para cuidadores durante dos años en el Centro de Salud "Florida" (Alicante), con una duración de dos meses y medio, en 10 sesiones semanales de 90 minutos con metodología grupal y en los que intervinieron, además del equipo coordinador, diversos profesionales expertos.

Antes de la realización de los talleres se exploraron las expectativas de los participantes, así como su calidad de vida percibida mediante las láminas Coop-Wonca.

Se realizó un análisis cualitativo del discurso de los integrantes, grabado y transcrito para su estudio, así como un análisis estadístico de los datos obtenidos en el desarrollo de los talleres y una valoración de las respuestas a los test de satisfacción.

**Resultados:** el nivel de sobrecarga de los cuidadores fue intensa (Zarit > 55). Los cuidadores aceptaron participar, siendo el número de ausencias superior a las registradas en intervenciones similares con otros grupos (crónicos, mujeres, etc.). La percepción del estado de salud al comienzo del taller es mala o muy mala. Los profesionales manifestaron su satisfacción con este tipo de intervenciones. Las expectativas de los cuidadores con respecto al taller son tímidas y el discurso de los integrantes es de frustración y desánimo al comienzo, aunque se va haciendo cada vez más optimista y positivo. Descubrieron la necesidad de cuidarse ellos mismos y así lo manifestaron. La evaluación que hicieron de los talleres fue muy positiva, manifestando la necesidad de continuar con actividades para ellos mismos y explicitando su agradecimiento hacia los profesionales que intervinieron.

**Conclusiones:** el perfil del cuidador es el de mujer (hija/madre/nuera), de nivel cultural medio/bajo y de entre 45-75 años. Los talleres suponen una gran aportación a la autoestima de los cuidadores y su percepción en la necesidad del autocuidado. Logran una mayor independencia de los cuidadores. Los profesionales que intervienen se sienten altamente motivados.

**Palabras clave:** cuidador familiar, dependencia, calidad de vida, talleres, actividades grupales.

### Abstract

**Workshops on family caregivers. The family caregiver: "I forgot to live"**

**Justification:** the family caregiver began to have a social identity a few years ago. Now the health care institutions are concerned about both the role they play and the risks they take.

The development of a pilot program in our community has made the figure of the family caregiver as a fundamental pillar of intervention. The caregivers have been identified and assessed and they have received attention individually and in groups to improve their health and support them.

**Objectives:** to define a profile of primary caregiver, to provide a description of the needs and expectations of our caregivers through a qualitative analysis, to describe their perceived quality of life at the beginning of the workshops.

**Methods:** the caregiver workshops were conducted for two years at the Health Center "Florida" (Alicante), lasting two and a half months in 10 weekly 90-minute group sessions, which involved, besides the team coordinator, various professionals.

Before the workshops the participants' expectations and perceived quality of life were explored by Coop-Wonca sheets.

We conducted a qualitative analysis of the members' conversations, which were recorded and transcribed for study, as well as a statistical analysis of the data obtained during the workshops and an assessment of the responses to the satisfaction test.

**Results:** the level of burden of caregivers was intense (Zarit > 55). The caregivers agreed to participate, but the number of absences was higher than those reported in similar interventions with other groups (people with chronic illnesses, women, etc.). The perception of health status at the beginning of the workshop was bad or very bad. The professionals expressed their satisfaction with this type of intervention. Caregivers' expectations regarding the workshop were low and they all talked about frustration and discouragement at first, but their talk became increasingly optimistic and positive. They found the need to care for themselves and said so. The assessment made of the workshops was very positive, stating the need for continuing with activities for themselves and explaining their gratitude to the professionals involved.

**Conclusions:** the profile of the caregivers were women (daughter/mother/daughter-in-law), with a medium/low cultural level and between 45-75 years of age. The workshops are a great contribution to self-esteem of caregivers and their perception on the need for self-care, as well as a greater independence for caregivers. The professionals involved feel highly motivated.

**Key words:** family caregiver, dependency, quality of life, workshops, group activities.

## Justificación

El estudio y análisis de la figura del cuidador se inicia como entidad con los trabajos de Clausen (1) en 1955 y posteriormente, en la década de los 70, de Grad (2) y Kreitman (3). Sin embargo, hasta 1978 no se organizan por primera vez en California programas oficiales para cuidadores (4). A pesar de ello, aún hoy existe una falta de definición de la figura del cuidador principal, derivada fundamentalmente de los cambios demográficos y familiares (5).

La mayor parte de los estudios sobre el tema muestran que el sistema informal de salud es la principal fuente de cuidados de diferentes grupos de personas dependientes, garantizando la mayor parte de la atención que demandan (6, 7). El sistema sanitario formal sólo dispensa un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico (8).

El examen de la literatura reciente permite apreciar que los límites entre el cuidado informal y formal cada vez están más borrosos, tanto que se ha sugerido que cuando se analice la actividad de cuidar a otro se eliminen las fronteras entre lo formal y lo informal (9). Sin embargo, el hecho de que la familia constituya la base de los cuidados informales y el soporte habitual de la persona dependiente, no significa que sea siempre el ámbito más idóneo para cubrir sus necesidades (10,11).

Independientemente de otras valoraciones, si los recursos sociosanitarios disponibles en la sociedad fueran suficientes, probablemente sería mucho menos frecuente la necesidad de que las familias trasladaran a la persona dependiente a su propia casa, con la sobrecarga de trabajo y la pérdida de calidad de vida en los cuidadores que suponen este tipo de situaciones (12). Y eso a pesar de que, aún hoy, la mayor parte de la población anciana –como principal receptor de estos cuidados– manifiesta querer vivir en su domicilio (bien solos o con ayuda domiciliaria) (13).

El hecho de que se plantee el domicilio como el mejor lugar terapéutico para la persona dependiente conlleva que, en la mayor parte de los casos, sea la familia quien se haga cargo de prestar los cuidados precisos cuando los recursos públicos son escasos o inexistentes, con el previsible impacto en la calidad de vida de los cuidadores (14, 15).

Así pues, la importancia de los cuidados informales, y por lo tanto de los cuidadores, suele estar relacionada de manera directa al fenómeno llamativo y apremiante del envejecimiento de la población y al incremento del número de personas mayores dependientes. Sin embargo, sería un enfoque erróneo confinar los términos del problema, aplicando un criterio reduccionista a la conexión entre envejecimiento, dependencia y atención sociosanitaria, pues si la dependencia no es una cuestión privativa de las personas mayores, tampoco la atención sociosanitaria lo es de la dependencia (16).

En nuestro país aproximadamente un 28% de las personas mayores necesitan cuidados. Son fundamentalmente mujeres (69,3%), más del doble que varones, y viudas (59%) (17).

El perfil del cuidador informal coincide con el de mujer (82,9%), en edad adulta (45–64 años), en doble proporción que el resto de edades. La comparación de edades entre cuidador y cuidado es algo menor de 30 años. Los cuidadores suelen ser personas de bajo nivel de estudios (87%), normalmente autoclasificados como "amas de casa" (50%) y de origen social modesto. Un 40% no superan los 600 € de ingresos mensuales, a pesar de que se estima que el 80% del total del coste de los cuidados lo asumen directamente las familias del paciente (18–20).

El cuidador principal suele ser la hija (52%) frente al hijo (12,5%). Le sigue en importancia el cónyuge de quien precisa la ayuda (16%), pero sobre todo si el cuidado es el varón, en caso contrario suele ser la hija o la nuera antes que el propio esposo, aunque las nueras o yernos no suelen atender a sus suegros (17). El 36% de los cuidadores principales dedican más de 40 horas semanales a los cuidados (19,20).

El modelo de cuidador más tradicionalista es el que adopta la mujer (*parent-infant model*), en el cual se produce una inversión de funciones en los papeles familiares que implican el asumir mayores responsabilidades y un contacto más estrecho, mientras que el modelo del varón es más un modelo orientado por tareas (*task-oriented model*) en el cual existe la delegación de tareas (21).

Hay gran evidencia sobre las necesidades que los cuidadores familiares tienen y el vacío asistencial existente a este respecto (22–24). El hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la persona que cuida. Diversos autores (23–26), especialmente desde el ámbito de las Ciencias Sociales, han estudiado esta problemática y han puesto de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presentan los cuidadores familiares, pudiendo manifestarse lo que se denomina "síndrome del cuidador quemado", con el riesgo de que este cuidador se convierta en un enfermo secundario.

El cuidador pasa por una serie de fases, que ni aparecen en todos los casos ni se dan en el orden señalado, pero que podemos resumirlas en: fase de perplejidad, de impotencia, de dualidad o ambivalencia, de adaptación o resignación, de cansancio y soledad y finalmente de vacío o liberación al fallecer el paciente. Durante todo este proceso puede observarse la existencia intercalada de fases de esperanza seguidas o precedidas por otras de desánimo (24).

El desarrollo de un programa piloto para la mejora de la Atención Domiciliaria en nuestra comunidad ha impulsado la figura del cuidador familiar como pilar fundamental de intervención. Se han identificado y valorado a los cuidadores y se ha intervenido de manera individual y grupal para mejorar su salud y apoyarles.

## Objetivos

- Definir un perfil de cuidador principal.
- Realizar una descripción de las necesidades y expectativas de nuestros cuidadores a través de un análisis cualitativo.
- Describir la percepción de calidad de vida de los cuidadores familiares al comienzo de los talleres.
- Analizar los resultados de evaluación de los talleres a la finalización de los mismos.

## Material y método

En la Comunidad Valenciana se ha puesto en marcha y desarrollado durante dos años un programa para la mejora de la Atención Domiciliaria 2007/2009 con la creación de dos nuevos perfiles de Enfermería: la enfermera de gestión domiciliaria y la enfermera de continuidad de cuidados.

La figura del cuidador familiar ha sido un pilar fundamental de intervención, situado al mismo nivel que el paciente, y se ha constituido en un elemento de estudio e investigación, con el fin de ajustar y dirigir mejor nuestras acciones hacia el camino de una intervención que cubra sus necesidades y sea realmente de ayuda para estas personas (25,26).

Se ha desarrollado una intervención grupal con cuidadores familiares, realizando talleres en los centros pilotos donde se ha implantado el programa (27).

Cada taller ha tenido una duración de dos meses y medio, con sesiones semanales de 90 minutos, incluyéndose en cada uno de ellos a 12/14 integrantes (cuidadores familiares) que cumplían como criterios de inclusión: ser cuidador de paciente dependiente (enfermo, anciano y/o discapacitado) al menos durante los últimos seis meses, con una edad no superior a 75 años y conocimientos de lectoescritura. A todos los cuidadores, y en la valoración previa a la inclusión en el taller, se les pasó la escala Zarit de percepción de sobrecarga que se autoadministraron.

Los talleres han sido coordinados por las enfermeras de gestión domiciliaria, con la colaboración de la trabajadora social del centro y han intervenido otros profesionales como expertos en los temas que se han trabajado en los talleres.

La metodología grupal utilizada ha sido la de grupo operativo, en la que la tarea constituye el eje principal de la dinámica, permitiendo socializar experiencias para que los participantes aprendan de sus iguales e identifiquen sus dificultades pudiendo así intentar solucionarlas. Se han utilizado actividades grupales facilitadoras de algunos procesos, como la presentación de integrantes, exteriorización de sentimiento, etc.

En la primera sesión se presenta el taller, se establecen las normas éticas de trabajo en grupo, se presentan los integran-

tes y se realiza un grupo nominal de exploración de expectativas. Los participantes cumplimentan las láminas de calidad de vida de Coop-Wonca, validadas (28).

Personalizado a cada grupo los temas a tratar, en las sesiones sucesivas van interviniendo distintos profesionales: experto en relaciones familiares, apoyo emocional y autoestima, fisioterapeuta, trabajadora social, psicólogo. En la última sesión el discurso es libre (sin tema previo) y se procede a la evaluación y a la cumplimentación de un test de satisfacción.

Los resultados se refieren a los datos obtenidos de los talleres desarrollados durante los años 2007 y 2008.

## Resultados

El perfil del cuidador diana susceptible de intervención grupal es: 55 años, 60% mujeres, en un 45% son hijos, 25% cónyuges y 30% otros.

El nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con dependencia moderada o más, al comienzo del taller, fue de sobrecarga intensa (Zarit 55) en un 56%. El resto, un 44%, perciben sobrecarga leve o nula.

La respuesta de los cuidadores familiares a la oferta de participar en los talleres fue favorable, no produciéndose ninguna negativa esencial y viéndose sólo condicionada por la dificultad para ausentarse del domicilio y delegar el cuidado del paciente en otra persona por ese espacio de tiempo, manifestando, más que interés por el taller, la necesidad de ayuda para la realización del cuidado.

Las ausencias a alguna sesión, si bien fueron más frecuentes que en intervenciones grupales con otros colectivos, estuvieron siempre justificadas: ingresos del paciente en hospital, empeoramiento de éste o situaciones de falta de apoyo



para ser sustituido y poder acudir a la sesión. Tan sólo se produjeron dos abandonos por agravamiento de la situación de la persona dependiente cuidada.

A pesar del fallecimiento de la persona cuidada que, en cuatro casos se produjo durante el desarrollo de los talleres, el cuidador continuó asistiendo al taller, iniciando en ellos su duelo, acompañado por el resto del grupo.

La percepción de calidad de vida que manifestaron los cuidadores a través de las láminas que se les presentaron cuando iniciaron el taller viene recogida en la Tabla 1.

Está previsto contrastar estos resultados con una nueva cumplimentación de las láminas transcurrido al menos un año de su participación en el taller para tratar de identificar cambios derivados de dicha participación.

Las manifestaciones de todos los profesionales que intervinieron fueron de auténtica satisfacción al observar los cambios producidos en los integrantes durante las diferentes sesiones, así como por el efecto dinamizador del grupo.

Las necesidades en el proceso de cuidado que los cuidadores priorizaron en los grupos nominales realizados fueron las siguientes:

- Aumento de la motivación y autoestima.
- Identificación de estrategias para liberar al cuidador.

- Ayuda para superar los baches.
- Apoyo emocional.
- Identificación y aceptación de los roles.
- Manejo de la asertividad.
- Conocimiento de recursos de ayuda al cuidador.
- Manejo de las situaciones de conflicto del cuidado.
- Mantenimiento y mejora de la forma física.
- Información sobre la enfermedad de la persona dependiente.
- Manejo de la comunicación.
- Autocontrol y disminución de la culpabilidad.

La valoración de las respuestas a los tests de satisfacción dio una puntuación de 9,57. Este resultado debe ser analizado con cautela, teniendo en cuenta el posible sesgo producido al preguntar por la satisfacción cuando se ha dado una ayuda a un colectivo muy necesitado de ella, por lo que la percepción puede estar magnificada.

El análisis del discurso a lo largo de las sucesivas sesiones, puso de manifiesto los cambios de actitud que se produjeron en los cuidadores. Manifestaron cosas como "voy a seguir utilizando este tiempo para mí", "ahora vemos lo importante que somos y que nos cuidaremos", "me he sentido muy acompañada aquí", "si no hubiera sido por el taller no hubiera podido llevar todo lo que me ha pasado", etc.

**Tabla 1.** Percepción de la calidad de vida manifestada por los cuidadores al inicio del taller mediante las láminas Coop-Wonca

	Regular	Mala	
<b>Estado de salud</b>	56%	20%	
	Moderada	Ligera	
<b>Forma física</b>	48%	32%	
	Ligero	Moderado	Intenso
<b>Dolor</b>	24%	32%	12%
	Dificultad moderada	Mucha dificultad	No ha tenido tiempo para hacer nada
<b>Actividades cotidianas</b>	40%	16%	8%
	Moderadamente limitadas	Bastante limitadas	Muy limitadas
<b>Actividades sociales</b>	32%	24%	12%
	Moderadamente	Bastante	Intensamente
<b>Sentimientos (problemas emocionales, ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza y desánimo)</b>	36%	28%	20%
	Igual	Un poco peor	Mucho peor
<b>Cambios en el estado de salud en las dos últimas semanas</b>	48%	20%	12%
	Algunas personas	Alguien	Nadie en absoluto
<b>Apoyo social</b>	28%	32%	24%

Desde la observación se apreciaron cambios de ánimo a lo largo de las sesiones, traducidos en llanto durante la primera sesión que se vio sustituido por actitudes cada vez más alegres y con más risas en las siguientes. Se respiraba un ambiente agradable y solidario y se mostraron a gusto y relajados.

Se apreció incluso un cambio de aspecto físico que en algunos cuidadores fue muy llamativo, pasando de una imagen de abandono a un acicalamiento cuidadoso (peluquería, vestimenta, etc.).

Se produjo un lamento generalizado a la finalización del taller. Si bien es cierto que esto es característico de las intervenciones grupales y significa una buena dinámica grupal, en el caso de este colectivo es más acentuado.

## Discusión

Los cuidadores familiares piensan permanentemente en las necesidades del paciente y así lo manifiestan en los grupos. Viven en una situación de aislamiento social evidente y se olvidan de sus propias necesidades, de sus propias satisfacciones y deseos, es decir, de que tienen vida propia, se van "olvidando de vivir", lo que coincide con los estudios de Arguiló (29), Palancar (30), Sorensen (31).

Al igual que en la revisión realizada por Knight (32) y el estudio sistemático de Cooper (33), en los talleres desarrollados por nosotros y ayudados por ese espacio grupal que propicia la reflexión, el contraste con los problemas de otros y el efecto espejo que producen los demás integrantes del

grupo, los cuidadores son capaces de descubrir sus carencias, lamentarse de ellas y volver a pensar en su propia vida olvidada.

Los integrantes del grupo, tras los talleres, son capaces de realizar una petición de ayuda fundamentalmente emocional y de seguridad y apoyo en los cuidados que realizan. El acompañamiento y apoyo que sienten con el grupo se manifiesta abierta y permanentemente en su discurso. Los participantes tienen una altísima valoración del desarrollo de los talleres, datos que son coincidentes con los trabajos de Arguiló (29) y Palancar (30).

Badia et al (34) y Biurrún (35) identifican en sus trabajos cambios muy significativos en los cuidadores, aunque en el nuestro hemos podido diferenciar además entre los físicos (en cuanto a la apariencia externa relacionada con la imagen corporal y la autoestima) como en los psíquicos, en cuanto al grado de comunicación entre los diferentes integrantes, que pasa del hermetismo a la empatía y a la comunicación abierta y permanente.

## Conclusiones

Los talleres de atención a los cuidadores:

- Proporcionan una visión diferente del proceso de cuidar.
- Favorecen la empatía y la asertividad a través de la comunicación.
- Facilitan la recuperación de la autoestima.
- Refuerzan la toma de decisiones y el afrontamiento emocional.



- Aumentan la percepción de necesidades propias.
- Generan actitudes autónomas y responsables.

## Agradecimientos

A todos los profesionales que hacen posible el desarrollo de estos talleres para adaptar cada vez más esta herramienta a las necesidades de los cuidadores familiares, con el fin de que sirva de apoyo y ayuda en esta difícil y complicada tarea que es cuidar a un familiar dependiente en el domicilio.

## Bibliografía

- [1] Clausen J, Yarrow M. The impact of mental illness on the family. *Journal Social Issues* 1955; 11: 3-64.
- [2] Grad J, Sinsbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; 9(1): 544-7.
- [3] Kreitman N. The patient's spouse. *The Brithist Journal Psychiat* 1964; 110(465): 159-173.
- [4] Tuokko HH. Psychosocial evaluation and management of the Alzheimer's patient. In: Parks R, Zec R, Wilson R. *Neuropsychology of the Alzheimer's disease and others dementias*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 565-588.
- [5] López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Prim* 1999; 24(7): 404-410.
- [6] Durán MA. El cuidado de la salud. En: Durán MA, dir. *De puentes adentro*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1988. p. 83-102.
- [7] Martínez Riera JR. Cuidados informales en España. *Problema de desigualdad*. *Rev Adm Sanit* 2003; 1(2): 275-88.
- [8] Durán MA. El tiempo y la economía española. *La Economía y el Tiempo* 1991; 695: 9-48.
- [9] Domínguez Alcon C. Sociología del cuidado. *Enferm Clin* 1995; 9(4): 50.
- [10] Hall JA, Epstein AM, McNeil BJ. Multidimensionality of health status in an elderly population. *Med Care* 1989; 27(3 Supl): 168-77.
- [11] Counte MA, Glandon GL. A panel study of life stress, social support, and the health services utilization of older persons. *Med Care* 1991; 29: 348-61.
- [12] Lafata JE, Koch GG, Weissert WG. Estimating activity limitation in the noninstitutionalized population: a method for small areas. *Am J Public Health* 1994; 84: 1813-9.
- [13] Iturria Sierra JA, Márquez Calderón S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Rev Esp Salud Púb* 1997; 71(3): 281-91.
- [14] Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Serv Res* 1992; 27: 421-51.
- [15] Abraham PY, Berry ML. Needs of the family caregivers of frail elderly. *Can J Public Health* 1992; 83: 147-9.
- [16] Aznar López M. Sobre la atención socio-sanitaria en España. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 2000; 35(1): 1-3.
- [17] Martínez Riera JR. Cuidados informales en España. *Problemas de desigualdad*. *Rev Adm Sanit (RAS)* 2003; 1(2): 275-288.
- [18] Sabater Mateu M, López Cortacans G. Demencias. Impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. *Rev ROL Enferm* 1998; 243: 21-6.
- [19] Centro de Investigaciones Sociológicas [en línea]: Estudio CIS 2117. Ayuda informal a las personas mayores. Publicación: opiniones y actitudes. CIS 1994; 73: 293-297.
- [20] De la Cuesta Benjumea C. Familia y cuidados a pacientes crónicos. El papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Index de Enferm* 2001; 10(34): 20-26.
- [21] Corcoran M. Gender differences in dementia management plans of spousal caregivers: implications for occupational therapy. *American Journal Occup Therapy* 1992; 46(11): 1006-12.
- [22] Frías Osuna A, Pulido Soto A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index de Enferm* 2001; X(34): 27-32.
- [23] Williams F. In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care. *Critical Social Policy* 2001; 21(4): 467-93.
- [24] Parker G. *UIT due care and attention: a review of reseca on informal care*. 2<sup>th</sup> ed. London: Ed. Family Policy Studies; 1990.
- [25] Bion WR. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós; 1972.
- [26] Saavedra MD, Rivera FJ, Sáez J. Atención al paciente crónico y con pluripatología. Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General; 1990.
- [27] Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77(5). [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010] URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000500010&script=sci_arttext)
- [28] Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002; 29(6): 378-384.
- [29] Aguiló Pastrana E. Trabajo grupal con cuidadores en Atención Primaria: una propuesta desde la metodología de los procesos correctores comunitarios. *Rev. Comunidad on line* 2006;10: 8-14. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010] URL disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/experiencias-1.pdf>
- [30] Palancar Sánchez A. Trabajo grupal con cuidadores de personas dependientes. *Cuadernos de temas grupales e institucionales* 2009; 13: 1-13.
- [31] Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective are interventions with caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist* 2002; 42(3): 356-72.
- [32] Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F. A meta-analytic. Review of Interventions for Caregiver Distress: Recommendations for Future Research. *The Gerontologist* 1993; 33(2): 240-248.
- [33] Cooper C, Balamurali T, Selwood A, Livingston G. A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 181-188.
- [34] Badia X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004; 34(4): 170-7.
- [35] Biurrun A, Artaso B. Intervención grupal con familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Geriatría* 2003; 19(2): 35-40.

## As teorias educativas utilizadas nas práticas de Educação em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa

<sup>1</sup>André de Bastiani Lancini

<sup>2</sup>Cilene Volkmer

<sup>3</sup>Gabriela Schweitzer

<sup>4</sup>Marta Lenise do Prado

<sup>1</sup> Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública, Centro de Saúde da Agrônômica, Secretaria Municipal de Saúde-Florianópolis

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista da CAPES.

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora CNPq.

Correspondência:  
E-mail: dedetche@yahoo.com.br.

### Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar quais as teorias educativas estão implícitas nas práticas de educação em saúde no Brasil, no período de 2004 a 2009. A metodologia utilizada constou de uma revisão integrativa, utilizando os descritores: educação em saúde; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; ensino. Foi realizada busca em bases de dados eletrônicas e encontradas vinte e cinco publicações que atenderam aos critérios de inclusão. A leitura pormenorizada e síntese das publicações possibilitaram evidenciar o tipo de teoria educacional predominante em cada prática educativa. Apesar da uniformidade do número de estudos brasileiros fundamentados na teoria pedagógica tradicional e na crítico-social dos conteúdos, este resultado demonstra a mudança de práticas educativas baseadas no senso comum para ações reflexivas.

**Descritores:** Educação em Saúde, conhecimentos, atitudes e prática em saúde, ensino.

### Abstract

#### The educational theories used in the practice of Health Education in Brazil: an integrative review

This study aimed to identify the educational theories present in the practices of health education in Brazil between 2004 and 2009. It is an integrative review, which used the following descriptors to search in electronic databases: health education, knowledge, attitudes and practice in health education. Twenty-five publications were found that met the inclusion criteria. The publications were systematically read and organized into tables. The results show the predominant educational theory in each of the educational practices: traditional, renewed or social-critical content. Although the studies in Brazil were mainly based on traditional theories and critical-social content, this result points to a change in educational practices based on reflexive actions.

**Key words:** Health Education, knowledge, attitudes, practice, teaching.

### Resumen

#### Las teorías educativas utilizadas en la práctica de la Educación en Salud en Brasil: una revisión integradora

Este estudio tuvo como objetivo identificar las teorías educativas presentes en las prácticas de Educación en Salud en Brasil, en el período de 2004 a 2009. Es una revisión integradora que utilizó los siguientes descriptores de búsqueda en bases de datos electrónicas: educación en salud, conocimientos, actitudes y práctica en salud, enseñanza. Fueron encontradas veinticinco publicaciones que atendieran a los criterios de inclusión. Las publicaciones fueron leídas sistemáticamente y organizadas en tablas. Los resultados evidenciarán la teoría pedagógica predominante en cada una de las prácticas educativas: tradicional, renovada o crítico-social de los contenidos. Aunque tuvo una uniformidad del número de estudios en Brasil fundamentados en las teorías tradicional y crítico-social de los contenidos, este resultado apunta para un cambio en las prácticas educativas basadas en acciones reflexivas.

**Palabras clave:** Educación en Salud, conocimientos, actitudes, prácticas en salud, enseñanza.

## Introducción

Estamos vivendo muitas mudanças, onde estão sendo avaliados, revistos e superados muitos paradigmas que sustentam as ciências. Este período tem se caracterizado pela globalização do mundo, pelo lógico e pelo científico, com as informações sendo divulgadas em grande velocidade, atingindo um maior número de pessoas, diminuindo as distâncias e as fronteiras. Este movimento requer características e qualificações diferenciadas dos profissionais, para atender a essas novas demandas implementadas por esta reestruturação (1).

O principal efeito disso é a exigência de um reequacionamento do papel da educação no mundo contemporâneo, que coloca para a ela um horizonte mais amplo e diversificado do que aquele que, até poucas décadas atrás, orientava a concepção e construção dos projetos educacionais. Não basta visar à capacitação dos estudantes e dos profissionais para futuras habilitações em termos das especializações tradicionais, mas antes se trata de ter em vista a formação dessas pessoas para a aquisição e o desenvolvimento de novas competências, em função de novos saberes que se produzem e demandam um novo tipo de profissional, preparado para lidar com novas tecnologias e linguagens, capaz de responder a novos ritmos e processos (2).

Neste sentido, a educação e também a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Existe uma interseção entre esses dois campos, tanto em nível de atenção à saúde, como nas práticas de educação em saúde, quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais da saúde.

Educar não significa simplesmente transmitir/adquirir conhecimentos. Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem valores e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade (3).

As práticas educativas são amplamente utilizadas na área da saúde, tanto na formação contínua dos profissionais que atuam nesta área, quanto no campo da educação em saúde para a população. Elas refletem, explicita ou implicitamente, teorias ou tendências pedagógicas vinculadas a um determinado fundamento ideológico, ou seja, a forma pelo qual é compreendido o processo ensino-aprendizagem (4). A análise das tendências pedagógicas no Brasil deixa evidente a influência dos grandes movimentos educacionais internacionais, da mesma forma que expressam as especificidades de nossa história política, social e cultural, a cada período em que são consideradas.

As práticas pedagógicas aparecem em geral mesclando aspectos de mais de uma destas teorias. Pode-se identificar,

na tradição pedagógica brasileira, a presença de quatro grandes tendências: a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas centralmente por preocupações sociais e políticas - libertadora e da crítico-social dos conteúdos (2).

De acordo com a literatura pesquisada, existem diferentes concepções a respeito dessas tendências/teorias pedagógicas (4,5). Todavia neste artigo serão utilizados os conceitos propostos por Saviani (1985) e Nietzsche (1998).

A "pedagogia tradicional" é uma proposta de educação centrada no professor, cuja função se define como a de vigiar e aconselhar os alunos, corrigir e ensinar a matéria. A função primordial da escola, nesse modelo, é transmitir conhecimentos disciplinares para a formação geral do aluno, formação esta que o levará, ao inserir-se futuramente na sociedade, a optar por uma profissão valorizada. Os conteúdos do ensino correspondem aos conhecimentos e valores sociais acumulados pelas gerações passadas como verdades acabadas, e, embora a escola vise à preparação para a vida, não busca estabelecer relação entre os conteúdos que se ensinam e os interesses dos alunos, tampouco entre esses e os problemas reais que afetam a sociedade (2,4,5).

Na "pedagogia renovada" o centro da atividade escolar não é o professor nem os conteúdos disciplinares, mas sim o aluno, como ser ativo e curioso. O mais importante não é o ensino, mas o processo de aprendizagem. Estabelece que a atitude de aprendizagem parte do interesse dos alunos, que, por sua vez, aprendem fundamentalmente pela experiência, pelo que descobrem por si mesmos. O professor é visto como facilitador no processo de busca de conhecimento (2,4,5).

Na década de 70 proliferou o que se chamou de "tecnicismo educacional", que definiu uma prática pedagógica altamente controlada e dirigida pelo professor, com atividades mecânicas inseridas numa proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes. O professor passa a ser um mero especialista na aplicação de manuais e sua criatividade fica restrita aos limites possíveis e estreitos da técnica utilizada. Essa orientação foi dada para as escolas pelos organismos oficiais, e até hoje está presente em muitos materiais didáticos com caráter estritamente técnico e instrumental (2,4,5).

No final dos anos 70 e início dos 80, a abertura política decorrente do final do regime militar coincidiu com a intensa mobilização dos educadores para buscar uma educação crítica a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas, tendo em vista a superação das desigualdades existentes no interior da sociedade brasileira. Ao lado das denominadas teorias crítico-reprodutivistas, firma-se no meio educacional a presença da "pedagogia libertadora" e da "pedagogia crítico-social dos conteúdos", assumida por educadores de orientação marxista (2,4,5).

A "pedagogia crítico-social dos conteúdos" assegura a função social e política da escola mediante o trabalho com conhe-

cimentos sistematizados, a fim de colocar as classes populares em condições de uma efetiva participação nas lutas sociais. Entende que não basta ter como conteúdo escolar as questões sociais atuais, mas que é necessário que se tenha domínio de conhecimentos, habilidades e capacidades mais amplas para que os alunos possam interpretar suas experiências de vida e defender seus interesses de classe. Se por um lado não é mais possível deixar de se ter preocupações com o domínio de conhecimentos formais para a participação crítica na sociedade, considera-se também que é necessária uma adequação pedagógica às características de um aluno que pensa, de um professor que sabe e aos conteúdos de valor social e formativo (2,4,5).

Desta forma a educação em saúde é um processo de transformação do indivíduo e da sociedade. O processo educativo se inicia a partir da percepção que os sujeitos têm de sua realidade e que se vai modificando na medida em que eles começam a refletir sobre ela. A educação em saúde vem com o objetivo de favorecer a mudança ou reforço de atitudes. Daí vem um importante questionamento: que concepção de educação estamos defendendo mediante nossas práticas educativas de saúde: a de dominação ou a de transformação? (6).

Com base na classificação das teorias pedagógicas acima apresentadas e o conceito de prática educativa em saúde, faz-se o seguinte questionamento: Quais as teorias educativas utilizadas nas práticas de educação em saúde no Brasil?

## Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, considerada a técnica de pesquisa que inclui análise de pesquisas relevantes possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (7).

A revisão integrativa foi realizada em seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento (7).

A população de estudo constituiu-se em todas as publicações indexadas no banco de dados MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF

(Base de Dados de Enfermagem) sobre práticas educativas realizadas no Brasil, no período de 2004 a 2009, ou seja, os últimos cinco anos.

Para estabelecer a amostra de estudo foram estabelecidos critérios de inclusão, a saber: publicações do período de 2004 a 2009, serem relatos de experiências, pesquisas quantitativas e pesquisas qualitativas sobre práticas educativas em saúde, terem sido realizadas no Brasil e estarem indexadas nos bancos de dados selecionados com os seguintes termos dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Educação em saúde, Conhecimentos, atitudes e prática em saúde e Ensino.

A busca às bases de dados resultou em 78 publicações, sendo que 22 eram repetidas em mais de uma base de dados, totalizando 56 artigos. Com base nos critérios de inclusão estabelecidos, 25 foram incluídos após leitura do texto na íntegra.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo (ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, metodologia, resultados principais) utilizando um instrumento elaborado especificamente para este estudo. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos quanto ao tipo de teoria pedagógica predominante em cada prática educativa relatada nos estudos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo.

Realizamos a classificação dos artigos a partir de suas características predominantes, ainda que os mesmos não contemplavam características exclusivas de uma única teoria pedagógica. Desta forma, utilizamos os elementos que mais se destacavam em cada atividade e a partir destas informações-chave foi possível elaborar uma proposta de categorização dos estudos analisados. Somente um dos artigos se enquadrou em dois tipos de teorias, pois o mesmo se tratava justamente da comparação entre dois métodos educativos.

## Apresentação e discussão dos resultados

Dos vinte e cinco artigos que compuseram a amostra desse estudo, dez fundamentavam-se na pedagogia tradicional, dois na pedagogia renovada, dois na tecnicista e doze na pedagogia crítica social dos conteúdos.

Na Tabela 1 aparecem os estudos classificados como aderentes à pedagogia tradicional, sendo duas teses de doutorado e os demais artigos publicados em periódicos.

Na pedagogia tradicional os conteúdos não têm afinidade com a experiência pessoal do aluno e são separados das realidades sociais, o que predomina é a autoridade do professor, que transmite o conhecimento como verdade a ser absorvida através de exposição verbal ou demonstração, exigindo receptividade do aluno e impedindo a relação professor-aluno (2,4,5).

**Tabela 1.** Estudos sobre práticas educativas em saúde caracterizadas como pedagogia tradicional. Brasil, 2004–2009.

Ano	Publicação	Título	Acesso
2009	Tese de Doutorado (USP)	Influência de programa de prevenção da doença cardiovascular na concepção e prática de docentes em escolas públicas de ensino fundamental do ciclo II	LILACS
2008	Jornal de Pediatria	The attitudes of primary school children to breastfeeding and the effect of health education lectures	MEDLINE
2008	Pró-Fono Revista de atualização científica	Training proposal for community health agents in hearing health	MEDLINE
2007	Arquivos de Neuropsiquiatria	Stigma and attitudes on epilepsy a study: with secondary school students	MEDLINE
2007	Tese de Doutorado (USP)	O sanduíche baguncinha nas ruas de Cuiabá - MT: avaliação de intervenção educativa	LILACS
2006	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	The impact of two education methods on knowledge schistosomiasis transmission and prevention among schoolchildren in a rural community in northern Minas Gerais, Brazil	MEDLINE
2005	Caderno de Saúde Pública	Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons	MEDLINE
2004	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Prevenção da dengue: a informação em foco	MEDLINE
2004	Revista de Saúde Pública	Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica	MEDLINE
2004	Revista de Saúde Pública	Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue	MEDLINE

Ao analisarmos os trabalhos encontrados, verificamos que dez deles se enquadram nas concepções da teoria tradicional, sendo que vários elementos desta teoria são encontrados no decorrer dos artigos supracitados. Destes, três demonstraram que as práticas educativas foram realizadas apenas através da distribuição de panfletos/folhetos à população, associados ou não à campanha na mídia, sendo que dois consideraram que estas estratégias não são adequadas para mudança de comportamento dos envolvidos (8–10).

Outros sete estudos relataram a implementação de práticas educativas através de palestras e/ou aulas expositivas, com distribuição de material previamente elaborado (manuais ou apostilas) e também através de treinamentos/capacitação, sem proporcionar discussões e sem considerar concepções pessoais ou culturais (11–17).

Alguns dos estudos analisados, que avaliaram práticas educativas com enfoque tradicional, demonstraram que este tipo de abordagem não é suficiente para promover mudanças de comportamento, pois estão longe do cotidiano dos

envolvidos, levando à descrença na atividade educativa em geral e sugerem estratégias educativas com ações compartilhadas entre população e governo, com enfoque na discussão e reflexão da realidade social.

A Pedagogia Renovada, por sua vez, foi identificada em dois artigos publicados em periódicos (Tabela 2).

Na pedagogia renovada o professor é concebido como facilitador do processo educativo, devendo agir como orientador. O aluno é um ser ativo e curioso. Cabe a adaptação do meio para que o aluno obtenha experiências, permitindo seu aprendizado. O mais importante não é o ensino, mas o processo de aprendizagem (2,4).

No primeiro artigo, a prática educativa consistiu em oficinas semanais com temas sobre alimentação e higiene, com aporte teórico e atividades lúdicas, iniciando com o diagnóstico do conhecimento dos alunos sobre a correlação entre alimentação e saúde. O mesmo ocorreu no segundo artigo, onde se partiu do conhecimento dos idosos sobre osteopo-

**Tabela 2.** Estudos sobre práticas educativas em saúde caracterizadas como pedagogia renovada. Brasil, 2004–2009

Ano	Publicação	Título	Acesso
2005	Revista Brasileira de Ciências de Saúde	A influência dos agentes mirins num programa de escola saudável	LILACS
2004	Caderno de Saúde Pública	Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões	MEDLINE

rose e após atividades práticas com diversos recursos audiovisuais, como transparência, slides, material ilustrativo, músicas, dinâmica de grupo e exercícios físicos sob orientação do educador. Ambas foram muito criativas e colocaram os alunos como o centro do ensino-aprendizagem, estabeleceu-se uma atitude de aprendizagem pelo interesse dos alunos, que, por sua vez, aprenderam fundamentalmente pela experiência, pelo que descobriram por si mesmos (18,19).

As duas práticas educativas assumem o mesmo princípio norteador de valorização do indivíduo como ser ativo e social e o professor como organizador e coordenador das situações de aprendizagem, adaptando suas ações às características individuais dos alunos, para desenvolver capacidades e habilidades intelectuais. No primeiro estudo, apesar das barreiras iniciais de aceitação do projeto no cotidiano da escola, foram obtidos resultados positivos: participação dos jovens nas etapas de planejamento do projeto até a efetivação das atividades, compreensão e absorção pelos jovens da estratégia da escola promotora de saúde e despertar gradual dos professores. Na segunda prática enfatizou-se a necessidade de adotar estratégias educativas capazes de informar não só sobre as práticas preventivas ideais da osteoporose, mas também que possam construir uma nova mentalidade e um novo comportamento que sejam importantes para o controle da doença (18,19).

Dois estudos apresentavam características da Pedagogia Tecnicista (Tabela 3), onde o que se valoriza é a tecnologia, o professor passa a ser um mero especialista na aplicação de manuais. A função do aluno é reduzida a um indivíduo que reage aos estímulos de forma a corresponder às respostas esperadas pela escola, para ter êxito e avançar (2,4).

Tabela 3. Estudos sobre práticas educativas em saúde caracterizadas como pedagogia tecnicista. Brasil, 2004–2009

A primeira prática consistiu na criação de uma homepage educacional em português para informar, perguntar e orientar os internautas sobre conhecimentos e comportamentos de risco para HIV/AIDS. A segunda prática teve como objetivo avaliar o efeito da aplicação de um programa educacional de treinamento para diagnóstico e tratamento da depressão entre médicos clínicos da rede de atenção primária (20,21).

Nas práticas educativas os pesquisadores foram altamente técnicos, sendo que no segundo artigo o resultado mostra-

do não foi positivo, sugerindo a reavaliação do treinamento em psiquiatria no currículo médico. No outro estudo, os resultados mostraram a necessidade de atingir internautas com melhores estratégias de controle (20,21).

Na Tabela 4, aparecem os estudos classificados como aderentes à Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos (12), sendo uma dissertação de mestrado, uma tese de doutorado e os demais artigos publicados em periódicos.

A Pedagogia crítico-social dos conteúdos surge no Brasil no final da década 70, frente às mudanças no contexto sócio-político-econômico do país, com o início da democracia e o retorno de pesquisadores/educadores exilados durante a ditadura militar. Essa teoria educacional volta-se ao interesse da classe dominada, visando a sua emancipação e superação das desigualdades existentes, através de uma libertação social. Compreende o homem como um ser concreto, sujeito da sua história e da educação, situado no tempo e no espaço, criando a sua cultura e também sendo influenciado pela mesma (4).

O objetivo da pedagogia crítico-social dos conteúdos é o de transformar o sujeito. Parte do pressuposto de que o professor (considerado um mediador), assim como o aluno (ser ativo, participativo), possui uma história prévia e traz inúmeros conhecimentos sobre diversos assuntos. A discussão e a reflexão sobre os mesmos é que propiciará a saída do "senso comum" para o pensamento crítico-reflexivo. Os alunos aprendem a reavaliam o contexto social em que vivem.

Ao analisarmos os artigos que tratam de práticas educativas em saúde no Brasil, vimos que 12 deles se enquadram nas idéias da teoria crítico-social dos conteúdos (Tabela 4). Isto demonstra uma transformação que vem ocorrendo dentro da área da saúde, explicitando uma preocupação dos profissionais em relação à forma de transmitir/compartilhar conhecimentos.

Os estudos analisados demonstram, por exemplo, que para a execução de uma atividade educativa há duas etapas importantes na sua elaboração: primeiramente a necessidade de se traçar a realidade local de uma determinada população com entrevistas, vivências e acompanhamento, para após, em um segundo momento, executar-se a ação educativa propriamente dita, com uma linguagem apropriada, voltada para a necessidade daquele grupo (22,23). Também enfatizam a necessidade do trabalho em grupo.

**Tabela 3.** Estudos sobre práticas educativas em saúde caracterizadas como pedagogia tecnicista. Brasil, 2004–2009

Ano	Publicação	Título	Acesso
2007	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Risky behavior regarding drug use and HIV infection: an Internet questionnaire coupled with short education texts for Portuguese speakers	MEDLINE
2004	Revista de Saúde Pública	Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão	LILACS

**Tabela 4.** Estudos sobre práticas educativas em saúde caracterizadas como pedagogia tecnicista. Brasil, 2004–2009

Ano	Publicação	Título	Acesso
2007	Dissertação de Mestrado (USP)	Atividades cênicas como linguagem na comunicação voltada à promoção da saúde do adolescente	LILACS
2007	Revista de Saúde Pública	Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial	MEDLINE
2007	Revista de Saúde Pública	Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas	MEDLINE
2007	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Talking about sexuality, STI and AIDS with poor adolescents	MEDLINE
2007	Revista de Saúde Pública	Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros	LILACS
2007	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde	BIREME
2006	Caderno de Saúde Pública	Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho	MEDLINE
2006	Caderno de Saúde Pública	Health education and social representation: an experience with the control of tegumentary leishmaniasis in an endemic area in Minas Gerais, Brazil	MEDLINE
2006	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	The impact of two education methods on knowledge of schistosomiasis transmission and prevention among schoolchildren in a rural community in northern Minas Gerais, Brazil	MEDLINE
2006	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos	BIREME
2006	Tese de Doutorado (USP)	Educação, saúde e meio ambiente: uma pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM	LILACS
2004	Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	A pedagogical approach of schistosomiasis - an experience in health education in Minas Gerais, Brazil	MEDLINE

Nesses espaços são levantadas questões de interesse dos participantes, realizada reflexão crítica da realidade, onde a busca de soluções se constrói de forma participativa e dialógica (24–26).

O uso de metodologias participativas, com interação e diálogo são outras características fundamentais para a teoria crítico-social dos conteúdos. Os alunos/educandos devem ser estimulados a pensar/participar, através de atividades práticas, *workshops*, entre outros instrumentos didáticos (27,28).

Um dos estudos analisados utilizou duas abordagens pedagógicas em sua pesquisa (a tradicional e a crítico-social dos conteúdos) e indicou que o nível de conhecimento do grupo que utilizou o modelo de representação social e experiência da doença teve um aumento significativo, indicando a importância da adoção deste método educativo (16).

### Considerações finais

As teorias pedagógicas são utilizadas, de forma explícita ou implícita, pelos profissionais de saúde na execução de suas

práticas educativas. Como observamos, elas refletem os pressupostos do profissional de saúde em atividades cotidianas. Estes pressupostos se baseiam na visão de mundo do profissional, sua vinculação com processos sociais e políticos, enfim, sua postura frente ao uso e repasse do conhecimento, demonstrando na condução da prática educativa sua tendência ou ideologia.

Pensamos que, apesar da uniformidade no número de artigos fundamentados na teoria pedagógica tradicional e na crítico-social dos conteúdos e em menor quantidade nas outras teorias, isto aponta para uma mudança nas práticas educativas, baseadas historicamente na transmissão prescritiva de informações, para ações reflexivas, coerentes com a realidade dos educandos, população e profissionais.

Embora existam críticas a cada uma das teorias, é indiscutível que a prática educativa norteada pela pedagogia crítico-social dos conteúdos é a mais adequada à prática educativa em saúde. Além de promover a valorização do saber das pessoas, as instrumentaliza para uma transformação da realidade e de si próprias, contribui para uma participação

ativa nas ações educativas, gerando o reconhecimento de direitos e deveres e estimulando os profissionais de saúde envolvidos em trabalhos mais criativos.

De acordo com o fazer pedagógico, a formação do educador abrange três dimensões: o saber-tradicional; o saber-fazer-nova/tecnicista; o saber ser-crítico-social, desta forma, percebemos que não pode haver dissociação entre o pedagógico, psicológico, social e político, e consideramos que as três dimensões devem estar presentes nas práticas educativas em saúde. É importante que os profissionais de saúde conheçam as concepções que fundamentam sua prática educativa e compreendam o que significa a prática fundamentada em uma determinada teoria pedagógica, para assim contribuir para uma efetiva transformação social.

## Referências

- [1] Bagnato MHS. Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. *Texto Contexto Enferm* 1997; 3(6): 241-258.
- [2] Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais/Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF; 1997.
- [3] Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 5(19): 1527-1534.
- [4] Nietzsche EA. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: SAUPE R. organizador. Educação em enfermagem-da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC;1998. p. 121-158.
- [5] Saviani D. Tendências e correntes da educação brasileira. In: Saviani D et al. Filosofia da educação brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1985. p. 19-47.
- [6] Valença AMG. A prática educativa em saúde: uma reflexão. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr* 2005; 2(5): 101-5.
- [7] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4): 728-764.
- [8] Luz ZM, Schall V, Rabello A. Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons. *Cad. Saúde Pública* 2005; 2(21): 606-621.
- [9] Lenzi M de F, Coura LC. Prevenção da dengue: a informação em foco. *Rev Soc Bras Med Trop* 2004; 4(37): 343-350.
- [10] Lefevre F, Lefevre AMC, Scandar SAS, Yassumaro S. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Rev. Saúde Pública* 2004; 3(38): 405-14.
- [11] Bortolozzo MSS. Influência de programa de prevenção da doença cardiovascular na concepção e prática de docentes em escolas públicas de ensino fundamental do ciclo II [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Cardio-Pneumologia; 2009.
- [12] Fujimori M, Morais TC, França EL, de Toledo OR, Honório-França A.C. Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno e a influência da realização de palestras de educação em saúde. *Jornal de Pediatria (Rio J.)* 2008; 3(84).
- [13] Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martínez MA, Melo TM, Blasca WQ, Taga M. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2008; 3(20).
- [14] Reno BA, Fernandes PT, Bell GS, Sander JW, Li LM. Stigma and attitudes on epilepsy a study: with secondary school students. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2007; 1(65): 49-54.
- [15] Bezerra ACD. O sanduíche baguncinha nas ruas de Cuiabá-MT: avaliação de intervenção educativa [Tese Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2007.
- [16] Gazzinelli MF, Reis DC, Kloos H, Velásquez-Meléndez G, Dutra IR, Gazzinelli A. The impact of two education methods on knowledge of schistosomiasis transmission and prevention among schoolchildren in a rural community in northern Minas Gerais, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2006; 1(101): 45-53.
- [17] Ribeiro P de J, Aguiar LA, Toledo CF, Barros SM, Borges DR. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. *Rev. Saúde Pública* 2004; 3(38): 415-421.
- [18] Vieira EAO, Ferreira EF, Mattos F de F. A influência dos agentes mirins num programa de escola saudável. *Rev. Bras Ciênc Saúde* 2005; 3(9): 245-54.
- [19] Carvalho CM DE, Fonseca CC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Cad. Saúde Pública* 2004; 3(20): 719-26.
- [20] Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Risky behavior regarding drug use and HIV infection: an Internet questionnaire coupled with short education texts for Portuguese speakers. *Rev. Soc Bras Med Trop* 2007; 4(40): 400-04.
- [21] Valentini W, Levav I, Kohn R, Cláudio TM, de Mello A de AF, de Mello MF, Ramos CP. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Pública* 2004; 4(38): 522-8.
- [22] Edmundo K, Souza Cde M, Carvalho ML, Paiva V. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. *Rev Saúde Pública* 2007; 2(41): 127-34.
- [23] Santos A de O, Paiva V. Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. *Rev. Saúde Pública* 2007; 2(80-6).
- [24] Murakami JK, Petrilli Filho JF, Telles Filho PCP. Conversando sobre sexualidade, IST e AIDS com adolescentes pobres. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2007; (15): 864-66.
- [25] Kelly-Santos A, Rozemberg B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cad. Saúde Pública* 2006; 5(22): 975-85.
- [26] de Toledo RF. Educação, saúde e meio ambiente: uma pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública; 2006.
- [27] Ferreira M de A, Alvim NAT, Teixeira ML de O, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto-Enferm* 2007; 2(16): 217-24.
- [28] Massara CL, Schall VT. A pedagogical approach of Schistosomiasis-an experience in health education in Minas Gerais, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2004; 1(99): 113-119.

## La Enfermería familiar en un contexto de cambios familiares y sociales

Luz Angélica Muñoz González

<sup>1</sup>Decana de la Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello, Chile

Correspondencia:  
Sazié 2212, 7° piso. Santiago, Chile.

### Resumen

El foco de discusión sobre la salud familiar ha estado centrado en aspectos epistemológicos, metodológicos, políticos de la práctica e investigación en Enfermería y promoción. La evidencias muestran que en las últimas dos décadas se han producido transformaciones en la familia latinoamericana, observándose una tendencia progresiva a las familias con jefaturas femeninas y reducción del tamaño promedio, con variaciones entre los países. La crisis de la familia patriarcal ha provocado cambios en el tipo de vínculos que definen las relaciones familiares, como la nupcialidad, la natalidad, embarazo precoz o nulidad del vínculo. Además, la coyuntura de condiciones socioeconómicas adversas ha generado inequidades y desigualdades que han determinado el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo y migración de los activos productivos de la familia para conseguir mejores opciones económicas y bienestar social. Paralelamente en la región, y especialmente en Chile, se han promovido políticas de protección social para atenuar los efectos de la vulnerabilidad social que afecta a una alta proporción de familias.

**Palabras clave:** salud familiar, cambios familiares, familia latinoamericana, embarazo precoz.

### Abstract

#### Family nursing in a context of family and social changes

The discussions about family health issues have focused on an epistemological, methodological, policy of nursing research and practice and health promotion. The evidence shows that in the past two decades, there have been changes in the Latin American family, showing a trend towards female-headed families and reducing the average size, with variations between countries. The patriarchal family crisis has caused changes in the type of linkages that define family relationships such as marriage, childbirth, early pregnancy and breaking the bonds. Moreover, the situation of adverse economic conditions has generated inequities and inequalities that have driven the increase in female participation in the labor market and migration of the productive assets of the family to achieve better economic options and social welfare. Similarly, in the region, especially in Chile, policies for social protection to mitigate the effects of social vulnerability that affects a high proportion of families, have been promoted.

**Key words:** family health, family changes, latinoamerican family, early pregnancy.



## Introducción

El proceso de reforma del Sistema de Salud en Chile en la década de los 90 consideró la implementación de un modelo basado en el enfoque de salud familiar para que los equipos de salud asumieran la responsabilidad del cuidado de la salud de las personas, de las familias y de las comunidades, proporcionando atención integral y alta capacidad resolutoria. Esta reforma supuso un cambio profundo que implicó un replanteamiento tanto en los objetivos y metas del sistema como en las formas de llevarla a cabo. Así, se formularon los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 con el fin de mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Los cuatro objetivos eje de la meta fueron:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir las desigualdades en salud.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población (1,2).

El área de la salud familiar en Chile ha sido relevante y una evidencia de ello fue la realización en el año 1997 de la IV Conferencia Internacional de Enfermería Familiar, en la que participaron más de 400 enfermeras, congregando a 16 países. Asistieron las autoridades de las primeras Conferencias de Estados Unidos y de la III Conferencia liderada por la Universidad de McGill de Canadá. El Modelo de Enfermería de McGill es una perspectiva única que se había desarrollado hace 25 años y su foco estaba orientado a la promoción de la salud para trabajar con las fortalezas y potencialidades de la familia más que con sus limitaciones. Los temas tratados en las conferencias, presentaciones orales y talleres, consideraron aspectos epistemológicos, metodológicos, políticos de la práctica e investigación en Enfermería y salud familiar (3).

En ese momento un creciente número de estudios sobre familia se estaban produciendo en Latinoamérica en el área de Enfermería. Esto motivó la realización de búsquedas electrónicas en las bases de datos MEDLINE, LILACS y CINAHL desde 1992 a 1997. Los trabajos se agruparon de acuerdo a los temas enfocados. En MEDLINE destacaron claramente los estudios relacionados con el rol de la enfermera en el desarrollo del cuidado en torno a la familia; en la base de datos LILACS el mayor número de trabajos estuvieron relacionados con los conceptos de cuidado de la familia y familia saludable. Las estrategias de búsquedas permitieron identificar temas, no así los métodos utilizados y los resultados obtenidos. Se observaron vacíos en la comunicación e interrelación familiar, en inequidades existentes como familias sin hogar y sobre la violen-

cia intrafamiliar. Asimismo, se evidenció el escaso número de investigaciones cualitativas y las del ámbito de la educación (4).

Desde esa época, hubo esfuerzos pioneros en Brasil que trajeron una nueva dimensión de la investigación de la familia, cuando Ingrid Elsen utilizó los métodos cualitativos de investigación en un estudio etnográfico en familias de pescadores brasileños, de la Universidad de Florianópolis de Santa Catarina, lo que permitió la comprensión de la experiencia de la familia en la salud y la enfermedad (5). Esto motivó la creación de núcleos de investigación centrados en la familia, con enfoque multidisciplinar sobre temáticas familiares. En 1995 surgió otro grupo de estudios de la familia en la Universidad de Sao Paulo liderado por Margareth Angelo. Este grupo desarrolló conceptos, teorías y enfoques de apoyo de Enfermería en la práctica clínica directa con familias que sufren enfermedad. La atención familiar se centró en los procesos de las transiciones familiares, afrontamiento familiar y la interacción familiar, entre otros.

La educación de las enfermeras brasileñas ha permitido avanzar hacia la elaboración de Enfermería de la familia, a través de sus planes de estudio de pre y posgrado, sumado al Programa de Salud Familiar del Ministerio de Salud que ha tenido una fuerte influencia en la promoción de conocimientos especializados de la Enfermería de práctica avanzada en este área. En esta vinculación con la Universidad de Sao Paulo, nuestra Facultad de Enfermería ha trabajado conforme a convenios en desarrollo de estudios cualitativos en los Programas de Máster y Doctorado, lo que ha permitido un avance epistemológico, mejoría en los cuidados en la práctica de la Enfermería, en el ámbito de la familia, en la investigación y educación, considerando las transformaciones que ésta ha experimentado.

En virtud de lo anterior, es importante conocer los cambios de la familia en la modernidad y en relación a las políticas de protección social.

### Cambios en la familia latinoamericana

En las últimas décadas la familia ha experimentado profundas transformaciones tanto en la diversificación de las formas familiares como los cambios en el modelo de hombre proveedor-mujer cuidadora (6,7). Se ha desarrollado una tendencia a las familias con jefaturas femeninas y también se ha reducido el tamaño promedio de las familias. Se ha observado una tendencia progresiva en la década del noventa a las familias con este tipo de jefatura, que aumenta para el total de las familias latinoamericanas, de un 24% en 1994 a un 28% en el 2002, por lo que actualmente más de un cuarto de las familias en Latinoamérica están encabezadas por mujeres. En las familias nucleares monoparentales esta jefatura femenina llega en promedio al 86% en el año 2002 y en el caso de las familias extensas y compuestas alcanza

un promedio de un 40% en el mismo año. Existen variaciones en los distintos países, que alcanza una proporción más baja en Ecuador con un 29% y la más alta en el Salvador con un 47,1%. Así mismo se observa que en promedio un 49% de los hogares unipersonales están constituidos por mujeres y esta situación presenta variaciones significativas en Argentina y Uruguay en que los hogares unipersonales están constituidos principalmente por mujeres en un 64,9% y un 63,5% respectivamente, mientras que en Venezuela sólo llegan al 29,3%.

En relación a la tendencia de la reducción del tamaño promedio de la familia, Uruguay es el país que registra el menor tamaño promedio por hogar con 3,2 personas en 1999, mientras que Honduras y Guatemala registran 4,8 personas en el mismo año. Esta reducción del tamaño familiar se asocia a fenómenos como la caída de la tasa de fecundidad, destacando que con anterioridad al proceso de transición demográfica, las tasas de crecimiento de la población fueron relativamente bajas, por efecto de las tasas de mortalidad y natalidad relativamente elevadas y similares. Entre los factores que explican el descenso del número de hijos se mencionan la mayor información, la disponibilidad y uso de anticonceptivos modernos y el acceso femenino a la educación y al mundo del trabajo.

Aún cuando la familia se mantiene como un pilar clave en un régimen de bienestar que no libera a la mujer de las responsabilidades familiares, en el sistema de protección social, persiste el modelo tradicional de hombre proveedor-mujer cuidadora (7). En situaciones adversas las familias movilizan sus activos y en las más pobres se moviliza el trabajo de la mujer, de los hijos o bien se opta por la emigración de alguno de sus miembros. La respuesta de emigración de la familia frente a la pérdida de ingresos, el empleo precario y las limitadas posibilidades de progreso económico, está condicionada por la búsqueda de mejores opciones económicas para ellos y sus familias. En Latinoamérica, la migración extrarregional se caracteriza por el predominio del género masculino, a diferencia de la migración intrarregional en donde predomina el género femenino.

Por otra parte, las remesas tienen un gran impacto en el bienestar de las familias receptoras, en especial de las más pobres. La cantidad de remesas que envían los inmigrantes a sus familias y países de origen ha crecido en una forma importante en los años recientes. En varios países estas remesas de dinero equivalen al 10% del Producto Interno Bruto (PIB), los porcentajes más elevados se observan en Haití (29%), Nicaragua (18%), Guayana y Jamaica (17%) y El Salvador (16%). El aporte de las remesas habría permitido que no menos de 2,5 millones de latinoamericanos salieran de la pobreza en el 2002. El envío de remesas según un estudio de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), señala algunas de las motivaciones de los emigrantes para enviar remesas a sus países de origen. Así, el envío de remesas es

concebido como una forma de solidaridad familiar o un seguro que permite a las familias enfrentar ciclos económicos adversos, el desempleo y los bajos salarios.

Así mismo, se han generado nuevas responsabilidades en la protección de sus miembros relacionadas a distintos procesos tales como el envejecimiento de la población, la permanencia de los hijos en la familia de origen y la fecundidad adolescente que continúa teniendo impacto sobre las estructuras familiares.

En virtud de ello se evidencia la sobrecarga de funciones que la familia se ha visto llamada a asumir, producto de las insuficiencias de los sistemas de protección social, lo que indica que se necesitan nuevas opciones de políticas hacia las familias que superen los modelos de familias que han existido tradicionalmente en Latinoamérica y se adecuen a las nuevas estructuras y dinámicas familiares (7).

Según Castells (8), las transformaciones que han sufrido las familias están relacionadas con la crisis de la familia patriarcal y destaca indicadores como: la frecuencia creciente de los problemas matrimoniales y la disolución de los hogares de las parejas casadas, por divorcio o separación, el retraso en la formación de parejas y la vida en común sin matrimonio. La variedad creciente de estructuras de hogares borran el predominio del modelo clásico de la familia tradicional que se refiere a las parejas casadas en primeras nupcias y sus hijos y existe una tendencia progresiva al nacimiento de más niños fuera del matrimonio y que las mujeres limiten el número de hijos y retrasen el primero.

### Los cambios en la familia chilena

En Chile las formas de organización de la familia y las relaciones familiares que se establecen entre miembros han variado; ello se vincula a la modernización del país (7). Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) señalan en un plazo de 30 años, desde 1970 al año 2000, que disminuyen los hogares extensos y aumentan los hogares nucleares y monoparentales. Estos hogares, que se extendieron en forma creciente en el siglo XX, están alcanzando en la actualidad el límite de su crecimiento. De este modo, la distribución de tipos de hogares de Chile se sitúa en torno al promedio latinoamericano. Los cambios más importantes se observan en el tipo de vínculos que definen las relaciones familiares, como la nupcialidad, la natalidad, embarazo precoz y nulidad del vínculo.

Así mismo, hay un relativo debilitamiento de los vínculos familiares (como el elevado número de nacimientos fuera del matrimonio), que se reduce en favor de las convivencias, aumentando la maternidad precoz. En relación a la familia, más de la mitad de los entrevistados de la Encuesta Nacional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) considera a la familia parte del ciclo natural de la

vida y se apoyan en la extendida percepción de que las formas institucionales predominantes de organización de los vínculos familiares están en crisis y requieren cambios. Para ellos, éstas en la actualidad son una fuente de tensiones y problemas, una institución en crisis, un refugio frente a los problemas y un lugar de amor.

Las relaciones familiares para los chilenos son lo más importante para la definición de sus identidades personales y para la realización de sus proyectos vitales. Así mismo, en esta encuesta cinco tipos distintos de imagen de familia, tales como:

- Imagen distante (14%), en la que para estas personas que respondieron su familia no es lo que define su identidad, ni es el lugar donde mejor lo pasan.
- Imagen relacional (17%), en la que para los entrevistados la familia es un lugar donde los miembros aprenden a relacionarse.
- Imagen normativa (43%), imagen con mayor presencia en la muestra, en la que la familia es lo que define su identidad de manera casi exclusiva, sin embargo, no realizan muchas actividades con ella.
- Imagen abnegada, la familia define su identidad, pero ante todo es el lugar de crianza de los hijos. Esta imagen suele ser afirmada por mujeres, en especial dueñas de casa, y es la segunda en importancia (26%).

Las familias chilenas están viviendo un proceso de transición a esta nueva realidad, que les genera incertidumbre y temor a vivir relaciones sin futuro predecible.

Las políticas de protección social consolidan los conceptos de equidad, de determinantes sociales y de derecho.

### Marco conceptual de equidad

El concepto de equidad es controversial, porque es un concepto multidimensional que considera inclusión, igualdad de oportunidades, movilidad social y vulnerabilidad. Equidad no es lo mismo que igualdad. Equidad implica valorar las desigualdades desde la idea de justicia. El tipo de valoración utilizado tiene implicaciones políticas, tanto en las decisiones cotidianas como en las políticas públicas, ya que existen relaciones profundas entre las posiciones éticas y los desarrollos científico-técnicos que sustentan las políticas, de manera que no hay neutralidad técnica en esta materia, a pesar del esfuerzo de los técnicos por probar lo contrario (9-11).

La salud es una de condición muy valorada, por tanto, cualquier concepción de justicia social incorpora la necesidad de una distribución equitativa para la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana. La definición de inequidad en salud más divulgada y sintética es la propuesta por Margaret Whitehead, quien la conceptualiza como las diferencias en salud

innecesarias, evitables e injustas (10). Se define operacionalmente equidad en salud como la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes -incluida, pero no limitada a la atención médica- entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales. Esta concepción cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como inequidades en salud.

Desde la epidemiología constituye inequidad toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida. Son tres los hechos distintivos que, cuando se combinan, transforman simples diferencias en salud en inequidades sociales en salud: distinciones sistemáticas socialmente producidas, por tanto, son modificables y valoradas como injustas. Lo que es central al concepto de equidad no es la igualdad de las distribuciones de los bienes, sino la justicia en su distribución (su justeza), por lo que para establecer una situación como inequitativa el estudio de la diferencia en la distribución de los bienes debe seguir los siguientes criterios:

- Las desigualdades en la distribución tienen que ser técnicas, financieras y moralmente evitables.
- Las diferencias no deben reflejar una libre elección.
- Ha de establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable.

En Chile se instaló un Sistema de Protección Social (SPS) que apoya a todos los miembros de la familia a lo largo del ciclo vital, desde la infancia a la vejez (12). La idea central fue transitar desde un sistema de subsidiariedad del Estado en las políticas sociales a un Estado que construye un SPS fundado en derechos garantizados que, junto con apoyar a los sectores vulnerables ante situaciones de riesgo, permite avanzar en autonomía superando así las condiciones de vulnerabilidad. En este sistema la mujer también es sujeto de protección y no la proveedora de protección (responsabilidad que los roles domésticos tradicionales le entregan en exclusividad), apoyando su camino a la autonomía.

La política social ha desplegado esfuerzos para avanzar en la dimensión de inclusión social a lo largo del ciclo de vida de las personas. Desde el año 1990, el gobierno de Chile instaló un paquete de medidas que fortalecieron la Atención Primaria de salud y, en el año 2002, con un enfoque de derechos y deberes, se implementó el programa Chile Solidario como sistema de protección social para familias en extrema pobreza. Este programa inicialmente consistió en la asistencia y oportunidades de capacitación y, posteriormente, generó en las familias en extrema pobreza las condiciones mínimas requeridas para que sus integrantes tengan oportunidades y posibilidades reales para mejorar su nivel de vida.

Para su operacionalización se definieron 53 condiciones mínimas de nivel de vida (que se incluyeron en las dimensio-

*“En las últimas décadas la familia ha experimentado profundas transformaciones tanto en la diversificación de las formas familiares como en el modelo de hombre proveedor-mujer cuidadora”*

nes: salud, educación, habitabilidad, trabajo, ingreso, dinámica familiar e identificación), adoptando una estrategia de acción hacia la demanda (las familias) como la oferta (servicios y programas). Por el lado de la demanda se realiza un trabajo con las familias para generar en ellas condiciones básicas de funcionamiento y autocompromiso con su salida de la condición socioeconómica en que se encuentran y, por el lado de la oferta, se realizan acciones dirigidas a sensibilizar a los agentes responsables de programas y servicios públicos para que abran y flexibilicen sus servicios y beneficios para asegurar la entrega de un apoyo oportuno y pertinente a la población en extrema pobreza. Paralelamente al programa se han generado mejoras sustanciales en el acceso al agua potable (95% en el año 2004) y servicios de saneamiento básico (91% en el 2004) y para la población infantil se han realizado inversiones en unidades de cuidados intensivos, promoción de lactancia materna, programas de nutrición complementaria para madres y niños hasta los seis años de edad, planes de abordaje de las enfermedades respiratorias y proyectos de inmunización.

Los desafíos asumidos por la política social para el período 2006-2010 fueron transitar de un sistema de protección social con las condiciones mínimas de vida hacia una lógica de derechos sociales garantizados y participación ciudadana. En términos específicos sobre infancia vulnerable se ha señalado que invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades en el lapso de una generación, porque las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años de edad) y durante el período de educación infantil y posterior, sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital.

El Programa Chile Crece Contigo (PChCC), desde un enfoque de derechos y equidad, es una propuesta pública sistémica orientada a disminuir desigualdades desde los primeros años de vida. En este programa convergen diversos servicios públicos para asegurar el máximo de oportunida-

des a niños/as y sus familias, especialmente al 40% más pobre, desde la gestación hasta los cuatro años de edad. Centra su atención en sujetos vulnerables y socialmente excluidos de los beneficios del desarrollo económico y social del país. El PChCC se ejecuta principalmente en el nivel primario de atención de salud, es decir, en centros de salud públicos municipalizados, lo que exige al sector salud un rol redistributivo en el acceso a recursos públicos para grupos desaventajados.

Sus principales prestaciones son la atención del embarazo para todas las madres que se atienden en el sistema público de salud, Subsidio Único Familiar (SUF) al recién nacido y hasta los 18 años de edad, controles domiciliarios en las situaciones de embarazo y de postparto de riesgo, apoyo biosicosocial desde el embarazo y durante el primer año de vida en todos los consultorios, salas cunas y jardines infantiles gratuitos con jornadas compatibles para los niños de madres que estudian, trabajan o buscan empleo.

### Enfoque de determinantes sociales

La coyuntura social, económica y política genera la necesidad de valorar desigualdades e inequidades como elementos determinantes de los principales problemas de salud pública. El reconocimiento de la determinación social, cultural y política de la salud adquiere pertinencia en la medida en que se logra poner en evidencia la causalidad que resulta de la posición social de las personas, por encima de aspectos como el comportamiento individual. En consecuencia, las disparidades en salud son, en parte, un producto social, porque se deben a efectos de determinantes sociales que están relacionados con los activos y pasivos que poseen las familias (posesión de bienes durables, vivienda, empleo, acceso a educación y salud, transporte y comunicación) y que se traducen en escenarios de pobreza dura que afecta a niños y adolescentes (13).

La perspectiva de los determinantes sociales, culturales y políticos de la salud ha permitido comprender el mecanis-

mo que subyace en las "causas de las causas" y en las rutas o procesos de producción de las inequidades. También entre los determinantes se ha incluido la dimensión política por el rol redistributivo que tiene de los propios determinantes sociales (14).

### Enfoque de derechos

El enfoque de los problemas de salud en el contexto de los derechos constituye un imperativo ético para resolver desigualdades sociales, injusticias e inequidades (15). La comunidad internacional reconoce dos categorías de derechos humanos: los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. Además se reconocen explícitamente los derechos humanos de grupos vulnerables específicos (mujeres y niños, entre otros). En la última década las políticas sociales en Chile han transitado desde políticas asistenciales hacia aquéllas fundadas en los derechos de las personas, instalando en el imaginario colectivo una ciudadanía social donde las personas se reconocen como sujetos de derechos. El SPS tiene como propósito proteger a las personas y sus familias de los riesgos que amenazan sus derechos, especialmente, en grupos vulnerables.

Basándonos en los argumentos de que la igualdad de oportunidades no es exclusiva responsabilidad del Estado y que una política pública, que aspira a tener efectos sobre el desarrollo familiar, debe garantizar la calidad de sus intervenciones en la estructura, continuidad, efectividad e impacto de sus procesos, hemos decidido incluir en la agenda de investigación de la Facultad de Enfermería una propuesta que evalúe, a través de un conjunto de indicadores mensurables, la transferencia de activos públicos a través del PChCC y SPS a familias críticamente vulnerables.

### Consideraciones finales

La situación de las familias latinoamericanas y chilenas aquí presentadas, así como los cambios en su estructura, organización y funcionamiento experimentados en las últimas décadas, constituyen un marco referencial inevitable para todos quienes trabajan por el bienestar de las familias. El conocimiento de estas nuevas realidades familiares permitirá, sin duda, comprender mejor las propuestas dirigidas a la familia, actualizar los esfuerzos de académicos e investigadores, adecuar proyectos y políticas familiares desde la Enfermería familiar y contribuir a la superación de las inequidades e insuficiencias en la salud que las afecta.

### Bibliografía

[1] Drago M. La reforma al sistema de salud chilenos desde la perspectiva de los derechos humanos. CEPAL-Serie Políticas Sociales 2006; 121: 5-94. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010].

URL disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/25787/sps121\\_lcl2539.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/25787/sps121_lcl2539.pdf)

- [2] Jadue L, Delgado I. Los objetivos sanitarios para la equidad en salud. *Rev. En Foco* 2007; 105: 1-18. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: [http://www.expansivaudp.cl/publicaciones/en\\_foco/detalle.tpl?iddocumento=04072007103420](http://www.expansivaudp.cl/publicaciones/en_foco/detalle.tpl?iddocumento=04072007103420)
- [3] IV Conferencia Internacional de Enfermería Familiar. Libro de resúmenes; 1997 [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: <http://dSPACE.ucalgary.ca/handle/1880/47449>
- [4] Stefanelli M. Estudio de publicaciones sobre enfermería de la familia en tres bases de datos. IV Conferencia Internacional de Enfermería Familiar. Libro de resúmenes; 1997.
- [5] Angelo M. The emergence of family nursing in Brazil. *J Fam Nurs* 2008; 14(4): 436-41.
- [6] Arriagada I, Aranda V. Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. Seminarios y Conferencias. División de Desarrollo Social, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL 2004; 42: 40-262.
- [7] Cerruti M, Binstock G. Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública. CEPAL-Serie Políticas Sociales 2009; 147: 6-61. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/37438/sps147-Familias-latinoamericanas.pdf>
- [8] Castells M. La era de la información. Vol 2. El poder de la identidad. Madrid: Alianza; 2003.
- [9] Consejo Asesor Presidencial. Hacia un Chile más justo. Trabajo, salario, competitividad y equidad social. Resumen ejecutivo del Consejo Asesor Presidencial; 2008. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: <http://www.trabajoequidad.cl/view/informe.asp>
- [10] López Pardo C. Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2007; 33(3): 1-7.
- [11] Hernández Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev Salud Pública* 2008; 10(suppl. 1): 72-82.
- [12] Raczynski D. Sistema Chile solidario y la política de protección social de Chile. Lecciones del pasado y agenda para el futuro. Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN) e Instituto Fernando Henrique Cardoso (IFHC); 2008. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: [http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao\\_224\\_em\\_07\\_05\\_2008\\_10\\_46\\_12.pdf](http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao_224_em_07_05_2008_10_46_12.pdf)
- [13] OMS y CDSS. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión Determinantes Sociales de la Salud (CDSS); 2008. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes\\_sociales/informefinal.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes_sociales/informefinal.pdf)
- [14] FLACSO. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 1 de julio de 2010]. URL disponible en: <http://cronopio.flacso.cl/fondo/pub/publicos/2005/libro/026065.pdf>
- [15] Franco Giraldo A, Álvarez Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit* 2008; 2(3): 280-86.

# Cartas a la directora

## *DESAFÍOS DE LA SALUD COMUNITARIA EN AMÉRICA LATINA*

**Alicia Reyes Vidal**

*Coordinadora de la Red Latinoamericana de Enfermería Comunitaria. Directora de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello*

La primera reflexión que surge en el escenario de la salud comunitaria en Latinoamérica se refiere a que la salud en general está fuertemente ligada a las condiciones socioeconómicas de las personas, familias y comunidades.

Durante décadas las políticas de salud han centrado sus esfuerzos en el tratamiento de las enfermedades sin considerar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas". Las políticas sanitarias han mantenido las inequidades de salud y los resultados obtenidos con intervenciones centradas en lo curativo han sido insuficientes para alcanzar los Objetivos de Salud del Milenio.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta definición ha recibido ciertas críticas por ser considerada:

- Utópica.
- Retórica (no sirve operativamente para planificar un estado de salud).
- Medicalizante (todo aquello que no sea el completo estado de bienestar pertenece al ámbito de la medicina).

En el X Congreso Catalán de Médicos (1998) se definió salud como "la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un bien estar". En esta definición, la salud se considera un derecho humano universal, igualitario e innegociable. En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así cómo enferman y mueren con mayor frecuencia aquellas personas que pertenecen a grupos que ocupan posicio-

nes sociales menos privilegiadas. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes ha existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y el interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad.

Existe evidencia, paradójicamente procedente de países desarrollados, que indica que intervenciones y políticas concretas podrían influir en los determinantes de salud, disminuyendo las inequidades en dicha materia.

En el año 1974 Lalonde y Laframboise (1,2) definieron un marco conceptual comprensivo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. En este modelo, los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones denominadas "campos de la salud":

- La biología humana.
- El ambiente.
- Los estilos de vida.
- La organización de los sistemas de salud. Este modelo puso de manifiesto la importancia de considerar una visión más holística e integral de la salud pública y señaló que la organización de los sistemas de salud, prestación de atención sanitaria, la tecnología y el tratamiento médico no eran suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población.

Por otro lado, la integración de las dimensiones biológica, socioeconómica y política, hacen surgir un nuevo paradigma que pone énfasis en la interdependencia de los individuos con su contexto biológico, físico, social, económico e histórico, la causalidad de la enfermedad y el estado de sa-

lud. Así es como se definen los determinantes proximales (micro) asociados al individuo y los determinantes distales (macro) asociados a variables de grupo y sociedad.

La asunción de este nuevo paradigma requiere un cambio en la definición de las políticas sanitarias, en las prioridades de investigación, en las necesidades de formación, en la capacitación de los recursos humanos y en la organización de los sistemas sanitarios, entre otros. Lo que a su vez está influenciado por determinantes externos como:

- Políticos (globalización).
- Económicos (desempeño macroeconómico, gasto público, niveles de pobreza, desempleo).
- Sociales (índice de desarrollo humano, IDH).

Descrito el escenario, la nueva salud comunitaria requiere de algunas transformaciones en el ámbito de la formación. Hay que pasar del profesional actual, interventor-técnico-normativo al intérprete, mediador de la comunidad.

Los cambios acaecidos en las últimas décadas de globalización obligan a la salud comunitaria a encontrar un nuevo camino, mediante el cual se pueda comprender y actuar sobre la vida y la salud y no solamente sobre la enfermedad, interpretando la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, entregando mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud. De esta manera, la mirada del profesional en salud comunitaria debería ver la salud de la población en su realidad histórica, en su matriz contextual y no sólo como descuento de enfermedad.

*El concepto de ASP fue necesario renovarlo para reflejar mejor las necesidades actuales de salud y desarrollo de la población en el mundo*

La salud colectiva es un conjunto articulado de prácticas, ideologías políticas y económicas siempre abiertas a propuestas innovadoras, que constituye una cantera de inmenso valor para la reflexión y el avance de la salud comunitaria concebida de manera diferente.

Observamos que la salud comunitaria que se intenta desarrollar requiere transformaciones en el ámbito del profesional de Enfermería. Por ende la formación de éste debe aportar elementos filosóficos, teóricos, metodológicos y

técnicos para la interpretación de la salud y así accionar a la población movilizandolos conocimientos científicos y no científicos existentes en la comunidad. Esto obliga a las instituciones formadoras a mantener una posición ética en defensa de la vida, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía. Requiere también adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer y actuar y sobre el buen uso de la ciencia y la tecnología.

La salud comunitaria como la entendemos hoy, y cuyo objetivo es la consecución del beneficio individual y colectivo, tiene necesariamente que establecer una proyección y relación distinta con las políticas, estructuras e instituciones existentes en el campo social con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad.

Actualmente el desafío que se nos plantea para el sector salud es distinto a aquel de la primera mitad del siglo XX, cuando los problemas prioritarios eran las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil. Hoy, a comienzos del siglo XXI, nos encontramos con una carga de enfermedad creciente, asociada a una alta incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas y a un importante incremento de los problemas de salud mental, como las adicciones y la depresión, los cuales no obtienen respuesta satisfactoria en el modelo actual de salud.

Son precisamente estos daños a la salud los que constituyen los desafíos del nuevo siglo. Todos ellos responden a factores condicionantes asociados a cambios culturales y estilos de vida (tabaco, alcohol, drogas, actividad física, conducta sexual y alimentación, entre otros), condicionantes ambientales (aire, agua, tierra, ruido, radiaciones, hacinamiento, falta de áreas verdes, espacios públicos y otros), condicionantes relacionados con aspectos psicosociales (violencia, estrés, inseguridad, autoestima, desintegración, desprotección social, etc.), sin olvidarnos de las condiciones propias de la pobreza.

Ahora bien, para reorientar la formación del personal de Enfermería y el actuar en salud comunitaria podemos esgrimir los siguientes argumentos:

- Índice de Desarrollo Humano (IDH) está compuesto por tres dimensiones y busca dar una definición más amplia de bienestar, medida por la esperanza de vida, la tasa de alfabetización de la población y nivel de escolaridad alcanzado y detentar un nivel de vida digno (medido por el ingreso según la paridad del poder adquisitivo). Estos indicadores, si bien es cierto, permiten una relación entre ingreso y bienestar han perdido sensibilidad, pues a día de hoy se necesitan indicadores más precisos como años de vida potencialmente perdidos (AVPP), protección a los adultos mayores y respeto por los derechos humanos entre otros.

Otro antecedente que refuerza los argumentos a los que nos referimos es:

– Artículo 259 (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

implementación de funciones esenciales de salud pública. Dichas responsabilidades implican nuevos aprendizajes y desarrollo de capacidades apropiadas en los diferentes niveles del sistema de salud.

- Los procesos de modernización y descentralización del sector y la emergencia de nuevos actores en salud, tales como los municipios, nuevas dinámicas de relación interinstitucional y nuevas modalidades de operación, requieren de sí expandir el espectro de competencias requeridas por parte de una fuerza de trabajo más y

## *Los cambios acaecidos en las últimas décadas de globalización obligan a la salud comunitaria a encontrar un nuevo camino*

Entonces hay coincidencia en lo anteriormente expuesto y la declaración de los derechos humanos porque se entiende que el estado de salud de la población no sólo depende de la atención médica y prestación de servicios oportuna y de calidad, sino también de las circunstancias de vida, que podemos agrupar en los factores determinantes o condicionantes de la salud, donde la educación ocupa un lugar predominante, pero también incluyen el cuidado del ambiente, los mecanismos de protección social, calidad de vivienda, entre otros factores que contribuyen a la salud de los individuos.

De lo anteriormente expuesto, sin lugar a dudas, subyace la idea de que hoy el objetivo prioritario es aquel que va dirigido a la población que debe tener la mejor salud que el país sea capaz de alcanzar, acorde con las condiciones que determina el perfil epidemiológico y demográfico que hoy vivimos sin distinguir entre las personas de mayor o menor nivel de ingreso, género, edad u otros determinantes de desigualdades.

En esta situación compleja surgen otros factores que influyen en el campo de la práctica y de la formación en salud comunitaria, los llamados "escenarios emergentes" (ALAES-OPS, noviembre 2001). Entre estos tenemos:

- Los procesos de reforma del sector salud que han tenido como consecuencia una transformación profunda del rol del estado en salud que abarca las dimensiones de conducción y regulación del sistema de salud, de modulación del financiamiento de los servicios de salud, de garantías del aseguramiento y de armonización de la posición de los servicios de salud. Otra dimensión es la

más diversificada para el adecuado funcionamiento del sistema.

- La preocupación creciente por la extensión de cobertura a amplios sectores poblacionales y la prioridad renovada para nuevos modelos de Atención Primaria en salud por su potencial de impacto en las condiciones y estado de salud de las familias y comunidades nos obliga a revisar la relación histórica entre salud comunitaria y servicios de salud.
- Otro factor que surge con absoluta nitidez es la participación social y comunitaria.

Nos encontramos por tanto que en el año 1978, en la Declaración de Alma-Ata, la participación comunitaria aparece como el norte para lograr el objetivo de "Salud para Todos el año 2000" y este concepto se refuerza y formaliza como "el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes".

Ahora bien, así como las comunidades han de estar dispuestas a adquirir la amplitud necesaria para evaluar la situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propio aporte, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como de dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas.

De esta manera, tenemos entonces que la participación comunitaria es un proceso social por el cual un grupo de personas con problemas y necesidades de vida comparti-

das en un área geográfica determinada, procuran identificar sus necesidades, tomar decisiones y establecer mecanismos de búsqueda de soluciones. En otras palabras, es la coordinación estrecha de la comunidad, los líderes, las instituciones locales, las organizaciones y el sector salud. Así pues se puede afirmar que la participación no es "algo dado" sino "algo construido" a lo largo de un proceso.

Entonces tenemos que la participación comunitaria debe ser entendida como el desarrollo de procesos reflexivos, fundados en la acumulación de experiencias y la democratización de conocimientos, mediante los cuales las comunidades se organizan para el logro de mejores condiciones de vida, interviniendo sobre su realidad para alcanzar salud y el desarrollo humano.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados para incorporar a las comunidades en la tarea de mejorar el nivel de salud y las condiciones de vida vemos que en la práctica no se ha logrado encontrar la fórmula mágica de incorporar a la comunidad en el proceso participativo, adquiriendo con esto un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y del grupo, contribuyendo consciente y constructivamente en el proceso de desarrollo humano.

En este escenario, en la mayoría de los países de América Latina, encontramos que la participación entendida como la colaboración de los usuarios con los programas institucionales suele ser patrocinado en exclusiva por los equipos de salud y que comúnmente no hay preocupación por fortalecer la posición de la población para desarrollar su capacidad crítica y autodeterminación.

A más de tres décadas de la conferencia Internacional en APS realizada en Alma-Atta, se han constatado logros en materia de salud, pero es necesario avanzar hacia un cuidado integral de la salud para todos y con todos, mejorando el funcionamiento de los sistemas de salud, la responsabilidad de los ciudadanos y las comunidades, construyendo la salud en todos los ámbitos del quehacer cotidiano y replanteando el rol del estado, la comunidad y las familias en garantizar el bienestar y la integralidad de las acciones en salud para lograr una mejor salud, más equitativa y solidaria, que aseguren el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio para el año 2015.

Por tanto, se ha reconocido la necesidad de fortalecer y desarrollar la promoción de la salud, interviniendo en los principales factores determinantes y desarrollando modelos de atención con enfoque familiar y comunitario, promoviendo también el desarrollo de los recursos humanos, la investigación en salud y la gestión adecuada de tecnologías, como herramientas para el logro del acceso universal y de calidad, en un mundo actual, con una imagen geopolítica y sociopolítica que nos presenta la consolidación de áreas de "pobreza dura", la segregación étnica y por clase social,

el incremento de la violencia en las ciudades, que son situaciones gravitantes, que afectan la integración y la gobernabilidad. A esto podemos agregar los efectos socialmente deletéreos de la concentración creciente de la riqueza, el problema sociogeopolítico creciente del poder supraestatal de las multinacionales en el mundo y la persistente producción y el persistente deterioro del medio ambiente planetario por la industria.

Frente a esta situación necesitamos rescatar las instancias saludables que restan a nuestra sociedad. A esa intención que llamamos Promoción de la Salud, debiésemos llamarla Promoción del Bienestar y del Desarrollo Humano. Para provocar este bienestar y desarrollo humano se necesitan profesionales competentes que movilicen a la población hacia comportamientos socialmente válidos.

En nuestro análisis se trata de construir la salud, el bienestar y el desarrollo humano. Por lo tanto, la formación de recursos humanos en salud comunitaria debe habilitarlos como agentes capaces de desarrollar competencias empoderadoras ya sea como personas, grupos o comunidades. Entre estas competencias está la capacidad de generar su propio conocimiento, el poder político que viene de la organización proactiva y las habilidades relacionadas con la búsqueda y organización de los recursos para el mejoramiento de los niveles de salud. Así se deduce de lo anterior que la APS es reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de salud efectivo. La APS puede ser interpretada y adaptada para ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

No hay que olvidar que el concepto de APS fue necesario renovarlo para reflejar mejor las necesidades actuales de salud y desarrollo de la población en el mundo y entre las diversas razones para justificar la renovación de la APS se incluyen la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden incrementar la efectividad de la APS y, lo más importante, el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Nos encontramos además que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para lograr los compromisos de la declaración del milenio, afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para cada persona.

La APS renovada propone un conjunto de valores que son la base moral para las políticas y programas, principios que son los cimientos para las políticas de salud y ser el puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funciona-

les del sistema de salud y elementos esenciales para construir sistemas de salud basados en la APS. A su vez postula que tales sistemas son indispensables en la región de las Américas para avanzar en la finalización de la "agenda inconclusa" de salud, consolidar y mantener los progresos alcanzados para encaminarnos hacia los nuevos desafíos de salud y desarrollo y poder afrontar los compromisos del siglo XXI.

Así pues, tenemos que el objetivo último de la renovación de la APS no es otro que obtener resultados sostenibles de salud para toda la población.

Por lo tanto, la APS es un enfoque útil para promover un progreso más equitativo de la salud y el desarrollo humano en América Latina.

En consecuencia, está claro que los profesionales de la salud deben desarrollar en su formación competencias destinadas a "provocar la realidad" social esperada, especialmente en el empoderamiento de las personas y las comunidades para que pasen a ser agentes activos de cambio de su realidad humana. Para esto es necesario dominar el conocimiento aplicado de las teorías y prácticas del cambio social en el cuidado de la salud, la consecución y el mantenimiento del bienestar y el logro del desarrollo humano.

De esta manera aparece en este campo el concepto de capital social (3) entendido como el conjunto de normas de cooperación y de reciprocidad con los que cuenta una comunidad y los valores que estructuran estas normas. Por otro lado, activar el capital social nos exigirá competencias de liderazgo, pues los miembros de la comunidad se movilizan en función de los valores y normas comunes de cooperación activadas por los líderes.

Para lograr esto, la enfermera debe adquirir competencias en las áreas de gestión de la salud para desarrollar la capacidad de los agentes de cambio y de los actores sociales para incentivar, apoyar y hacer uso eficaz de los recursos en actividades que mantienen y refuerzan la sa-

lud, el bienestar y el desarrollo humano. Se debe trabajar en la protección de los aspectos saludables del medio ambiente, de las relaciones sociales y de la vida de los individuos. El desarrollo de competencias para trabajar en estos aspectos son esenciales en la formación de la enfermera.

En lo referente al desarrollo de la ciudadanía implica desarrollar competencias para movilizar personas en torno a sus derechos sociales que les dan acceso a los recursos y oportunidades sociales a través de la verdadera participación democrática y que aseguren el acceso a las oportunidades de cambiar por sí mismo sus condiciones de vida a través, entre otras cosas, de la organización social de base comunitaria.

El desarrollo de las competencias en la gestión intersectorial es imprescindible en la formación de la enfermera si se desea que los agentes de cambio consigan realmente integrar y articular los recursos comunitarios normalmente dispersos entre el conglomerado de instituciones y organismos comunales.

Para lograr esto, el liderazgo y la coordinación son esenciales, así como también las destrezas de planificación y administración estratégica, que deben estar capacitadas en metodologías de apoyo a la gestión local: marco lógico, investigación-acción participativa y planificación participativa.

## Bibliografía

- [1] Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians: a working document, Ottawa: Department of Health and Welfare; 1974. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, april 1974, Minister of Supply and Services Canada, 1981. Cat nº H31-1374.
- [2] Laframboise HL. Health policy, breaking the problem down into more manageable segments. CMAJ 1973; 108(3): 388-391.
- [3] Bourdieu P. Le capital social. Actes de la recherche en Sciences Sociales 1980; 31(1): 2-3.

# INNOVACIÓN Y CALIDAD: UNA MIRADA DESDE LOS PROFESORES

**Mg. Lic. María Cristina Cometto**

*Vicepresidente del Cono Sur ALADEFE. Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina*

Para empezar es necesario plantear apenas una pincelada del escenario en el que actuamos. Éste se caracteriza por la complejidad y la incertidumbre, el aumento de la pobreza y las inequidades en el mundo globalizado que ha mostrado grandes crisis y grandes incoherencias. Las transformaciones que estamos viviendo son cada vez más rápidas y cada vez más profundas. Al mismo tiempo el ser humano nunca antes había tenido instrumentos científicos y técnicos tan poderosos ni con tanto conocimiento acumulado.

Al respecto me interesa compartir unas palabras de la Dra. Roses, "si la humanidad avanza verdaderamente hacia la sabiduría, será consciente cada día de su propia ignorancia y será humilde frente a la abismal diferencia entre lo que se conoce y lo que se aplica efectivamente para el bienestar humano" (1).

Es necesario entender también que en los últimos años la salud ha adquirido un lugar privilegiado en la agenda global, al entenderse como cuestión central y condición del desarrollo de los pueblos. Frente a esto, la problemática de los recursos humanos en salud se posiciona como un aspecto central, proponiéndose e iniciándose una década de desarrollo para cumplir con los Objetivos del Milenio y la Salud para todos. Esto se visualiza en los desafíos del Llamado a la Acción de Toronto, donde se expresa la necesidad de desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios sanitarios que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

La educación profesional y la permanente representan componentes centrales para la adecuación de las prácticas de atención y enfrentan los desafíos y oportunidades invaluable que les ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Por otro lado, participo de la teoría que define a la Enfermería como "profesión en progreso hacia disciplina científica, del campo de las Ciencias Sociales, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y

recuperación de la salud, que tiene como beneficiarios al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de cuidado. El cuidado es entendido aquí en su única condición posible que es la de alteridad y vínculo amoroso".

Me uno al pensamiento de Malvárez cuando afirma que "es posible pensar en la Enfermería como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano que se organiza y expresa socialmente con identidad singular, en un complejo campo de conocimientos, un campo de intervención y un campo de responsabilidad social propios que constituyen su identidad profesional y define a las enfermeras como sujetos de cultura y afecto, educadas para desempeñar su misión profesional en carácter de actores sociales que participan, a través de sus relaciones de poder, en la construcción de la historia nacional, en la estructuración y dinámica de los campos de la salud y de la ciencia, en el contexto de la dinámica social y en la edificación del futuro como instancia constituyente de la identidad subjetiva y social" (2).

---

*Calidad no es un estado sino  
un proceso y su pretensión  
supone evaluación e  
innovación permanente*

---

Es oportuno que miremos cómo se están formulando las políticas para la conformación de una fuerza de trabajo de Enfermería suficiente, cualificada y pertinente en las Américas. Es urgente iniciar una acción que sensibilice a todos los actores sobre esta problemática, ya que debemos sopesar su impacto sobre la vida y la salud de las personas. Al de-

cir todos los actores indiscutiblemente se hace referencia sobre todo al más importante de ellos, la población, las personas, los sujetos, por un mundo más equitativo, más solidario y con mayor justicia social. Se debe entender también que los gobiernos, los organismos internacionales, los que contribuyen y direccionan la gerencia de los servicios de salud, la educación, el trabajo, las propias organizaciones de Enfermería, deben estar comprometidos a esta prioridad y pensar en estrategias y soluciones que orienten a la solución de la misma, sin perder de vista que no es sólo local ni regional, sino global.

Frente a este escenario, que pretendí tan sólo recuperar desde algunos aspectos, debo ahora posicionar dos conceptos, el papel de la calidad y la innovación tecnológica en el campo de la educación aplicada a la salud y lo haré tratando de hablar desde la óptica de la innovación y calidad y su pretendida neutralidad y compromiso político.

En relación a esto es importante destacar algunos conceptos:

- La calidad resulta de conjugar adhesión a normas que garanticen eficacia, eficiencia y oportunidad, así como la satisfacción de las demandas de los usuarios de un bien o un servicio.

La responsabilidad por la calidad es de las profesiones concebidas como instituciones sociales que satisfacen demandas sociales legítimas. Ellas no se definen sólo por el saber, ni únicamente por el hacer, se articulan en una proporción razonable de saber y hacer y, como ha dicho Laín Entralgo, las profesiones son saber hacer. Allí es donde puede observarse que la dignidad de las profesiones también derivan de un saber estar en las limitaciones propias del arte, en las expectativas y deseos de quienes amplían sus horizontes y el respeto a una forma de vivir y comportarse que la comunidad estima correcta.

La calidad de la educación debe responder no simplemente a demandas, necesidades o deseos, sino debe hacerlo de la manera más virtuosa o perfecta posible según los criterios del buen arte y los intereses de quienes la requieren.

Como hemos indicado, la calidad es tanto un concepto moral como técnico, además un concepto complejo, especialmente si debe ser útil para quienes toman decisiones. Este concepto incorpora nociones de eficiencia, eficacia, oportunidad y debe indicar a las personas que sus elecciones son correctas, deseables y sabias. Finalmente, debe incorporar también la viabilidad y sostenibilidad de las acciones, la equidad y justicia distributiva (3).

- Ahora toca abordar el concepto de innovación: innovar, proviene del latín *innovare*, que significa acto o efecto

de innovar, tornarse nuevo o renovar, introducir una novedad.

Innovación es la aplicación de nuevas ideas, conceptos, productos, servicios y prácticas con la intención de ser útiles. Exige la conciencia y el equilibrio para transportar las ideas, del campo imaginario o ficticio, al campo de las realizaciones e implementaciones. Al hacer referencia a la innovación en la educación en Enfermería se habla de cambio o ruptura con prácticas y a los modos de pensar preexistentes dirigidos a resoluciones de problemas o mejoramiento de la enseñanza. Se trata de un conjunto de procesos intencionales, complejos y planificados que conllevan a cambios en las creencias, supuestos o teorías subyacentes que sustentan dichas prácticas.

El significado de la innovación es vacío si no lo ponemos en relación con la situación de innovar, es decir, con el porqué, con el para qué y en qué dirección se pretende el cambio.

Además es importante destacar que el concepto de innovación es un concepto intrínsecamente valorativo al manifestar o inducir la mejora, encierra un juicio calificativo al comparar un resultado con estados previos de ciertos logros o metas educativas.

En los últimos tiempos la innovación se expresa como una expectativa con elementos progresistas. Sería oportuno preguntar si siempre es necesaria la innovación, si es precisa y aún más, si es progresista. En ese sentido para juzgar dicha premisa creemos necesario interrogar su sentido y las circunstancias en que se desea desarrollar el cambio.

Las innovaciones en educación dependen menos de complejos aparatos que de la renovación de sus prácticas más familiares.

Haciendo lugar al pensamiento de Fernando Lolas (4), la renovación de una práctica y el incremento de su efectividad no dependen siempre del conocimiento formal. La técnica opera por innovación, que a veces no precisa de la invención, ambas exigen creatividad, pero tienen diversas valoraciones sociales.

Esto es importante en la profesión de Enfermería y de Medicina, ya que la eficacia de una técnica depende de su aplicación en condiciones óptimas en tanto su efectividad depende de las condiciones reales, en la que además del conocimiento se necesita prudencia y adecuación a lo contingente, es decir, las condiciones óptimas son las del experimento creado y controladas y raramente las reales las replican.

Esta tensión entre lo que es y lo que debiera ser es una tensión ética, lo que refuerza la idea de que lo ético empieza siempre por ser técnico. La pregunta sería:

¿cuánto aporta a la consecución de los fines y cuanto al perfeccionamiento de los medios?

La gran reflexión sobre la innovación radica en la relación entre fines y medios. Éste es un problema ético por excelencia, implica decidir si lo nuevo y lo factible siempre deberá hacerse o si en nombre de un interés superior debiera dársele orientación y dirección. Las innovaciones pueden inducir a revisar fines, pero habitualmente modifican medios, es decir, técnicas y sus racionalidades.

La innovación no siempre, es decir casi nunca, entra en un terreno virgen, siempre es precedida por expectativas y seguida por esperanza y miedos. Articular la demanda es una gran tarea de los innovadores: que la sociedad pida lo que los innovadores ofrecen.

En resumen, se podría decir que la calidad no es un estado sino un proceso y su pretensión supone evaluación e innovación permanente y así mismo, la innovación supone tres procesos:

- El proceso dialéctico mediante el cual se analiza la práctica, se la contextualiza, se la estudia teóricamente y se generan e implementan propuestas estratégicas de transformación.
- El proceso por el cual se estudian los avances científicos y se transfieren a la práctica.

- La innovación de los procesos educativos tiene que enfrentar en nuestras realidades la incertidumbre y la complejidad que, sin lugar a dudas, se determina por los docentes-alumnos, docentes-docentes, docente-alumno y sociedad y su contexto social en donde ocurre un intercambio de expectativas, motivaciones, valores.
- La formación debe estar unida a proyectos y situaciones propias de un contexto determinado, con un enfoque multidimensional, donde el docente se sienta identificado y comprometido desde el punto de vista ético con los alumnos, la familia y la sociedad.
- La innovación ha de ser algo más que lo que puedo pensar creativamente, debe ser un proyecto que pueda ser sostenido y adecuado a las necesidades de la sociedad.

Frente a estas realidades me gustaría aportar una propuesta de construcción colectiva generada por la reflexión y el análisis con colegas latinoamericanos propiciadas y guiadas por la Dra. Silvina Malvárez, acerca de los ámbitos en donde entendemos que se requiere innovación en la educación en Enfermería:

- Innovación ético-política: la adopción de la salud como condición del desarrollo y como contribución a la dignidad humana; la equidad en el acceso como criterio rector; la necesidad de democracia, justicia, solidaridad y paz como condición de la salud; la orientación hacia las prio-

*La calidad es tanto un concepto moral como técnico, además un concepto complejo, especialmente si debe ser útil para quienes toman decisiones*

- El proceso por el cual se crean recursos e ideas para mejorar la educación y la atención de salud.

Es tiempo ya de intentar dar cuenta de la mirada de los profesores. Una breve encuesta latinoamericana da la opinión de los profesores sobre estos conceptos, si bien son datos aislados y no suficientes acercan la realidad, expresan que:

- La innovación debe perseguir un fin único como una educación que promueva la salud a través de una inteligencia general, con un enfoque complejo del contexto dentro de una concepción colectiva, en consonancia con educar sobre cómo ser y formar seres políticos, en cómo ser y crear ciudadanía universidad.
- La innovación ha de crear el proceso reflexivo como elemento clave de la acción educativa como práctica.

ridades nacionales e internacionales de salud y hacia la APS como modelos de estructura de servicios; la provisión de acceso a la educación superior a todos los alumnos que opten por ella y la garantía de egreso, así como la contribución efectiva de la educación a las prioridades de salud, entre otros. Y la pregunta es: ¿cómo pensar el futuro de esta educación en Enfermería?

- Pensarlo desde una ética fundante que aclare y profiera los valores que sostendremos.
- Pensarlo en términos políticos, es decir, en términos de la función social de la Enfermería y de su lugar en la sociedad como actor político destacado, a favor de la libertad, la justicia y la paz.
- Y pensarlo en términos de la humanización de la hu-

manidad, de la inclusión del amor como fin de trascendencia.

- **Innovación científico-técnica:** la innovación de los paradigmas de la salud, la educación y la Enfermería; la innovación en la formación cívica; la innovación del objeto de estudio de la Enfermería y del cuidado como condición esencial de la salud; la innovación tecnológica del cuidado; la innovación del modelo educativo y de la tecnología educativa ordenada a ponerse a la altura de los tiempos, a facilitar al grado máximo el aprendizaje, a asegurar el protagonismo centralísimo de los alumnos en el proceso de aprender y la argumentación entre otros.

Y la reflexión es: "siempre será necesaria una discusión fecunda y amplia sobre el perfil de la educación en Enfermería basándose en preguntas y disquisiciones tales como: ¿cuál será el perfil de la educación en Enfermería? ¿Cuál será el perfil del egresado? ¿Qué rasgos definirán al egresado? ¿Cuáles serán sus competencias? ¿En qué y para qué serán competentes los egresados? ¿De qué serán capaces? ¿De qué serán responsables?".

- **Innovación administrativa:** la articulación de la escuela con el mundo, la articulación intersectorial, la formación interprofesional, el modelo de las redes, la gestión democrática y participativa, la consideración de los recursos humanos de la educación; la ética de la gestión; la cooperación internacional; la articulación docencia-investigación y extensión.

Esa discusión deberá ineludiblemente incluir desafíos que, a punto de partida de nuestra propia transformación, oriente la educación de los docentes y de los alumnos hacia:

- El aprendizaje de la otredad, de la alteridad, la diver-

sidad, la identidad, la disidencia y el acuerdo.

- El fortalecimiento de la ética, los valores, la dialogicidad, la solidaridad.
- El desarrollo del potencial humano, la formación integral, la humanización.
- La convivencia con la contradicción, la incertidumbre, el caos y la inestabilidad.
- La capacidad de producir conocimientos desde la ciencia, la lógica, la ética, la estética y el amor.
- La capacidad de investigar, discernir y optar.
- La capacidad de trabajar interdisciplinariamente.
- La capacidad de responsabilizarse del bienestar social y pensar y actuar estratégicamente en términos de poder (5).

## Bibliografía

- [1] Roses M. OPS-OMS. Conferencia en el Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería Ecuador; 2008.
- [2] Malvárez S. Interrogación a los Fundamentos. Ponencia presentada en el Panel sobre Fundamentos en la Construcción del Conocimiento de Enfermería, Filosófico y Ético. VI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. México: Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2001.
- [3] Lolas F. Proposiciones para una teoría de la medicina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1992.
- [4] Lolas F. Ética e innovación tecnológica. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2006.
- [5] Malvárez S. Contexto de la práctica: multideterminación, crisis y complejidad. Conferencia presentada en el XVI Congreso Argentino de Enfermería. Córdoba: Federación Argentina de Enfermería-Asociación de Enfermería de Córdoba; 2002.

### III. OTRAS DISPOSICIONES

#### MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

**10364** Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Tras casi cuatro años de trabajo, el día 29 de junio se ha publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el Programa de Formación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Es motivo de doble satisfacción para la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) esta noticia. Por una parte, por lo que en sí misma significa para el desarrollo de la Enfermería Comunitaria y, por otra, porque coincide con la publicación del primer número en papel de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdeC) que tiene como uno de sus principales objetivos convertirse en el vehículo de difusión científica de las próximas residentes de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Como presidente de la AEC quiero trasladar la gratitud por el trabajo, entrega y responsabilidad de cuantos han hecho posible que la especialidad, nuestra espe-

cialidad, sea una realidad y muy especialmente a los miembros de la Comisión con su presidente, Enrique Oltra Rodríguez, al frente de M<sup>a</sup> José Benavente Sanguino, Dolores Sánchez López, Cristina Heierle Valero, Loreto Maciá Soler, Francisco Javier Navarro Moya, Fidel Rodríguez Rodríguez, Manuel López Morales y José Ramón Martínez Riera, que en todo momento han mantenido vivos la motivación, implicación y convencimiento en el desarrollo del Programa publicado en el BOE.

Por supuesto, mi enhorabuena a todas las enfermeras que con su trabajo diario y su implicación profesional han dado sentido al logro que ahora todos juntos podemos y debemos celebrar.

*José Ramón Martínez Riera*  
*Presidente de la AEC*



# CARTA de BIENVENIDA de la DIRECTORA

Queridos compañeros,

En primer lugar reconocer que me siento muy agradecida porque la Asociación de Enfermería Comunitaria me ha propuesto a través de su Junta Directiva la posibilidad de trabajar dirigiendo esta revista.

Todo medio de comunicación pretende llegar a todos aquellos posibles usuarios para los que ha sido pensada su creación. Con la seguridad que nos dan las nuevas tecnologías de la información, pero con el interés de no perder ninguna de las oportunidades de comunicarnos a través de los distintos órganos colegiados de la asociación y todos los eventos profesionales/científicos e investigación, comenzamos esta edición que además pretende ser motor de divulgación y visibilidad de la intervención de la Enfermería en la comunidad en cualquiera de sus ámbitos asistenciales, de administración/gestión y docentes.

La revista, como ya es conocido, consta de distintas secciones donde se puede hacer referencia a cartas a la directora, artículos originales, artículos breves, opiniones y experiencias y también instrumentos. Dentro de cada número siempre habrá espacio para la información y comunicación

de eventos científico/profesionales de interés en nuestro campo profesional.

Se pretende que la revista sea un medio de comunicación vivo y que goce de buena salud, de la que sin duda su fuente más certera de bienestar será la participación y el interés de participar de todos los que accedan a sus servicios. Existirá en todo momento un canal de comunicación con esta directora y con el consejo editorial para incorporar sugerencias y cambios que nos permitan estar siempre cerca de los intereses de todos nuestros lectores.

Sólo me resta animaros a la participación en cualquiera de las secciones en los que consideréis que pueda ser interesante divulgar vuestra experiencia, investigación, opinión, etc.

Estaremos encantados de poder tener en cuenta todo aquello que para vosotros es importante y nos queráis hacer partícipes de ello.

*Ángela Sanjuán Quiles*  
Directora de RIDEC

## COMITÉ EDITORIAL

### COORDINADOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

### DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

### COMITÉ EDITORIAL

- Dra. M<sup>a</sup> José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Dr. Juan Diego Ramos Pichardo
- Mirella Ladios Martín

### COMITÉ ASESOR

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- M<sup>a</sup> José Dasí García (Valencia-España)

- Esperanza Ferrer Ferrandis (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompert García (Toledo-España)

- Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España)
- Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoça (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)

- M<sup>a</sup> Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M<sup>a</sup> Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stjepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)



# CARTASdeBIENVENIDA

ILDEFONSO HERNÁNDEZ AGUADO

*Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior  
Ministerio de Sanidad y Política Social*

Mejorar la salud de la población es la meta última de todos aquellos profesionales que trabajamos desde cualquier ámbito de la sanidad. El avance de la salud pública no es todo lo rápido que quisiéramos, pero es inexorable porque está basada en la razón práctica y fundamentada en unos principios y valores ampliamente compartidos, tales como el respeto a los derechos humanos o una la justicia social efectiva. En este sentido, el papel de la Enfermería Comunitaria debe ser determinante en el desarrollo de una salud pública basada en el modelo de los determinantes sociales de la salud, contribuyendo así a alcanzar una equidad efectiva en salud.

La declaración más reciente de la *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice* describe a la Enfermería de salud pública como "la práctica para la promoción y la protección de la salud de las poblaciones utilizando conocimientos tanto de las ciencias de Enfermería como de las sociales y las de salud pública". A lo largo de la historia, y en distintas zonas geográficas, encontramos ejemplos de cómo la Enfermería ha colaborado para divulgar e implantar las funciones básicas en salud pública. Por ejemplo, es por todos conocida la labor de las enfermeras salubristas en distintas áreas rurales de América Latina, basada en el trabajo en equipo, en el diagnóstico de la situación sanitaria general de una comunidad, en la atención especial a la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, la educación de la comunidad y la coordinación con las instituciones locales.

Efectivamente la definición y el papel de la Enfermería Comunitaria ha sufrido cambios sustanciales a lo largo de la historia. El clásico paradigma intervencionista más centrado en el máximo cuidado de los enfermos, ha sido reemplazado por una concepción de mayor alcance, teniendo en cuenta un enfoque más poblacional, en el que la promoción y la protección de la salud, así como la prevención de la enfermedad, son consideradas partes esenciales de la formación y de las actividades a desarrollar por parte de los profesionales enfermeros.

La aparición e incorporación de la Enfermería Comunitaria pone en evidencia la naturaleza multidisciplinar de la salud pública en tanto en cuanto su acción puede partir de dis-

tintos profesionales y disciplinas que sean capaces de dar una respuesta eficiente y efectiva a problemas de salud pública. Precisamente una de las áreas que menos atención investigadora y profesional ha recibido es la implantación de programas de salud pública. En demasiadas ocasiones se dispone de una tecnología preventiva o de promoción de salud, pero no se conoce cómo implantarla adecuadamente. Éste es un campo que requiere un rápido desarrollo y en el que la disponibilidad de vehículos de comunicación como la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC) se hace indispensable, tanto para mostrar los desarrollos profesionales como las necesarias innovaciones en investigación sobre la implantación práctica de la salud pública.

La Enfermería Comunitaria presenta por definición unas características que la sitúan en un plano singular para contribuir al desarrollo que requiere la salud pública del siglo XXI, capaz de abordar los grandes retos de la salud global. La cercanía a la población permite una participación efectiva en los programas de salud pública; su conocimiento de la realidad y de las necesidades de la población, que puede dar un impulso clave a nuevas formas de comunicación o a la abogacía; y la defensa de la salud pública o su papel como puente entre la asistencia y la prevención son algunas de las características propias que deben llevar a la Enfermería Comunitaria a un protagonismo en la salud pública actual.

Este protagonismo sólo será posible con una oportuna generación de conocimiento de inmediata aplicación práctica. La Enfermería Comunitaria debe llenar los huecos de conocimiento que impiden una salud pública efectiva, visible y cercana a la población. La profesionalización de la misma, así como la generación y difusión de los resultados de la investigación científica en este campo, constituyen la base para el desarrollo y reconocimiento de esta disciplina.

El lanzamiento de RIDEC constituye un paso clave en este sentido, que además va a permitir la creación de un vínculo de comunicación e intercambio de experiencias exitosas entre las diferentes realidades de esta disciplina a nivel iberoamericano y una forma de avanzar hacia el cumplimiento de una deuda histórica hacia un colectivo cuyo papel en el campo de salud pública es esencial.



ANA MARÍA GIMÉNEZ MAROTO

*Jefa de Servicio de Enfermería  
Ministerio de Sanidad y Política Social (España)*

Hace ahora algo más de 30 años de la declaración de Alma-Ata, que supuso un empuje para el desarrollo global de la Atención Primaria de salud y que fue adoptada por las enfermeras para llevar sus principios a la práctica, convirtiéndose así en protagonistas de la mejora de la salud mundial. Sin embargo, aunque se han realizado muchos progresos, todavía queda mucho por hacer para alcanzar el objetivo de la salud para todos.

A tan sólo cinco años del año 2015, fecha límite para la consecución de los Objetivos de Salud del Milenio, es importante considerar el llamamiento realizado por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (Chan, 2007), en el sentido de renovar el énfasis en la Atención Primaria de salud como estrategia para reforzar los sistemas de salud mundial y contribuir a alcanzar los objetivos.

La renovación de la Atención Primaria de salud incluye actualmente cuatro políticas para reducir las desigualdades y mejorar la salud para todos, que reflejan una convergencia entre los valores de la Atención Primaria de salud, las expectativas de los ciudadanos y los retos de los servicios de salud comunes en todos los contextos. Estas políticas son:

- Cobertura universal para asegurar la contribución de los sistemas de salud a la igualdad en salud, a la justicia social y al final de la exclusión.
- Políticas públicas que persigan comunidades más saludables, integrando las acciones de salud pública con la Atención Primaria, llevando a cabo políticas de salud pública entre sectores y fortaleciendo las intervenciones nacionales e internacionales.
- Liderazgo que reemplace la desproporcionada dependencia del mando y el control, de un lado, y el desentendimiento del estado de otro, a través de un liderazgo participativo basado en la negociación, acorde con la complejidad de los actuales sistemas de salud.
- Provisión de servicios de salud reorganizados en torno a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, haciéndolos así socialmente más relevantes y con más capacidad de respuesta a los cambios.

El fortalecimiento de los servicios de Atención Primaria de salud lleva implícito el cambio del modelo convencional, proporcionado mayoritariamente en hospitales y centros especializados, por un modelo de Atención Primaria caracterizado por estar centrado en las personas, así como por la integración, la eficacia, la seguridad y la continuidad del cuidado.

Esta renovación de los esfuerzos para el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria de salud constituye una oportunidad renovada para hacer visible la contribución de las enfermeras comunitarias a la salud de la población, ya que para la mayoría de los países y especialmente, para los países en desarrollo, garantizar el acceso de los ciudadanos al servicio de salud depende de que éstos dispongan de un número suficiente de enfermeras comunitarias.

Con este marco general, poner a disposición de la comunidad enfermera la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC) es, además de un motivo de gran alegría, una cuestión de sincero agradecimiento a todos los profesionales que hacen posible su existencia, porque significa que las enfermeras cuentan con una nueva plataforma para la difusión de su saber y conocimiento sobre el cuidado de la salud comunitaria que les permitirá mostrar y compartir las evidencias científicas de su aportación al cuidado y mejora de la salud.

Conociendo la trayectoria y profesionalidad que caracterizan al equipo editorial de esta nueva revista, estoy segura de que la relevancia de los contenidos y el rigor en el tratamiento de la información están garantizados, pero el éxito de esta publicación va a depender también de que las enfermeras iberoamericanas describan sus experiencias. Aprovecho, por tanto, esta oportunidad que me brindan para animarles a que lo hagan, porque así es como se construye y crece el conocimiento enfermero, como se puede convencer a los responsables de las decisiones políticas de que la contribución de las enfermeras es esencial para alcanzar los Objetivos de Salud del Milenio y, sobre todo, porque compartiendo las evidencias de prácticas con buenos resultados los ciudadanos de nuestros pueblos se beneficiarán de los mejores cuidados.



ANDRÉU SEGURA BENEDICTO

*Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*

## Enfermería comunitaria y salud pública

Desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, a la que está federada la Asociación de Enfermería Comunitaria que promueve esta iniciativa, queremos expresar nuestros mejores deseos para la recién nacida nueva revista. Sabemos la importancia que puede tener el acceso a un medio de comunicación y de difusión de los conocimientos y las experiencias que la práctica profesional nos puede aportar y, más específicamente, los que nos debemos a la investigación y a la reflexión. No en vano *Gaceta Sanitaria* se ha convertido en una referencia para quienes nos dedicamos a la salud pública y a la salud comunitaria, sobre todo, pero no únicamente, para quienes habitualmente empleamos el castellano.

Salud pública y salud comunitaria son, en cierto modo, expresiones sinónimas, puesto que en ambos casos se refieren a la dimensión colectiva que todos los seres humanos compartimos debido a nuestra naturaleza de animales sociales. Es una dimensión en la que cobran trascendencia los determinantes comunitarios de la salud y la enfermedad, cuya influencia sobre los factores de promoción de la salud y sobre los factores de riesgo de enfermedad es muy notable, como también lo es sobre los llamados estilos de vida.

De ahí la importancia de la perspectiva comunitaria para la promoción y la protección de la salud de la población, porque sin una actuación en el ámbito colectivo los ímprobos esfuerzos asistenciales resultan ineficientes y poco equitativos. La promoción de la salud cardiovascular ilustra claramente esta situación. En España, por ejemplo, el importe de las recetas de medicamentos hipotensores e hipolipemiantes viene a significar un 17% de la factura farmacéutica pública, lo que supone un 5% del gasto sanitario público corriente. Para hacernos una idea, el coste de los servicios de salud pública es del orden del 1,3%, unas cuatro veces menos.

El problema es que el cumplimiento de la prescripción en los casos en los que se actúa contra la hipertensión o contra la hipercolesterolemia, como factores de riesgo cardiovasculares, se supone que no supera el 40%, con el

agravante de que, en muchas ocasiones, se interpreta que tomar la medicación –aunque no se cumpla bien la pauta– es alternativa, más que complemento, a las medidas higiénicas como la actividad física o el control del peso. Por ello, mientras cada vez gastamos más en estas medidas, y a la vez en pruebas diagnósticas y en visitas de control, la prevalencia del sedentarismo y la obesidad en la población no deje de aumentar.

Si no actuamos sobre los determinantes sociales y ambientales de los factores de riesgo nuestro esfuerzo por modificar las conductas personales resulta desproporcionado. Las enfermeras que atienden grupos de pacientes obesos saben muy bien lo que cuesta conseguir un pequeño efecto. Si no facilitamos el acceso a los alimentos más adecuados y promovemos pautas de alimentación saludable, mediante acciones en mercados, restaurantes y familias, es muy difícil cambiar el comportamiento de las personas a la hora de comer. Si no conseguimos promover entornos ciudadanos en los que salga más a cuenta caminar, la altura de los escalones no disuada subir las escaleras o resulte más cómodo el transporte público, difícilmente reduciremos el sedentarismo y, desde luego, el efecto de la profilaxis medicamentosa será mucho menor.

Sin embargo, en la práctica sanitaria cotidiana, el componente comunitario está a menudo ausente. A pesar de que, al menos en España, la especialidad de Medicina General se denomine oficialmente Medicina Familiar y Comunitaria, es sabido que los aspectos familiares se tienen muy poco en consideración y los comunitarios constituyen una verdadera excepción. También la nueva especialidad enfermera homónima a la médica puede encontrarse en una situación parecida, porque la dimensión comunitaria no se limita a la prevención clínica, mediante consejos higiénicos y prescripciones profilácticas, ni a las charlas de educación sanitaria en el centro de salud o en las escuelas u otras instituciones cívicas.

La iniciativa de desarrollar la troncalidad en las especialidades de Ciencias de la Salud, de acuerdo con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, abre la puerta al

desarrollo de un tronco de salud pública que acoja a médicos preventivistas y salubristas, enfermeras, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios y otros tantos, de manera que formalice lo que es un hecho en la práctica: la multidisciplinariedad de la salud pública y de la salud comunitaria.

Todo un reto para la Enfermería Comunitaria que deberá contar con la propia comunidad para llevar a cabo el programa que ya en 1986 planteaba la carta de Ottawa de promoción de la salud: construir políticas públicas saludables, crear entornos que las faciliten, desarrollar las capacidades

y habilidades de las personas, reforzar las acciones comunitarias y reorientar los servicios sanitarios<sup>1</sup>.

Una revista es una preciosa herramienta que puede contribuir a alcanzar algunos de los objetivos que los profesionales de la Enfermería Comunitaria se hayan propuesto y que puede ayudar a conseguir otros. Como todos los instrumentos puede utilizarse con más o menos acierto y, como cualquiera de ellos, requiere dedicación y cuidado. Una atención que conviene sea proporcionada, eficiente y equitativa.

*1 Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21<sup>th</sup> november 1986. WHO/HPR/HEP/95.1*



ENRIQUE OLTRA RODRÍGUEZ

*Enfermero del Centro de Salud de Llanera-Asturias  
Presidente de la Comisión Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria*

RIdEC, la nueva revista de Enfermería Comunitaria, punto de encuentro con nuestras queridas colegas de Iberoamérica, que inicia una nueva etapa y que es respaldada por una organización con la historia y el rigor de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)... suena muy, muy bien, suena a una necesidad básica que se cubre.

Cualquiera que haya intentado publicar un trabajo ha tenido que sufrir las listas de espera desesperantes y sabe que el panorama de las revistas de Enfermería en nuestro país es actualmente muy escaso y no me estoy refiriendo a folletos ni a boletines.

La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es una necesidad social y del sistema sanitario incuestionable y en estos momentos ya indomable. Más pronto que tarde y, a pesar de mentes obtusas e intereses aviesos, nuestra geografía va a ver florecer Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria donde los residentes de nuestra especialidad van a adquirir una formación rigurosa y van a necesitar herramientas para aprender y espacios para com-

partir proyectos, ilusión, experiencias e investigaciones. En ese momento la oferta de revistas de Enfermería va a pasar a ser dramáticamente insuficiente y ahí RIdEC encontrará una de sus razones de ser.

Sin embargo, a RIdEC me gustaría empezar exigiéndole calidad y exigiéndole que nos exija. Que a los enfermeros comunitarios nos reclame colaboración en forma de originales y de suscripciones, que nos pida rigor, que nos devuelva muchos originales para su reforma con críticas constructivas por parte de los revisores, que nos ofrezca un producto interesante, que busque la excelencia reconocida en las tan necesarias indexaciones, factores de impacto, etc., porque si algo va a seguir respaldando a la Enfermería Familiar y Comunitaria, y en este universo ya incluyo a RIdEC, será continuar avanzando por el camino de la calidad.

Para mí, y estoy seguro que para todas las enfermeras comunitarias, es un placer y un honor dar las gracias a la AEC por el esfuerzo que afronta y dar la bienvenida a RIdEC, que llega cargada de futuro.



## MARÍA ARMINDA MENDES COSTA

*Presidenta de la Federación Internacional de Educadores de Enfermería (FINE)*

Participar en la presentación de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) es para mí, como enfermera, docente, investigadora y Presidenta de la Federación Internacional de Educadores de Enfermería (FINE), un honor y un placer por importantes y múltiples razones.

Como enfermeras, RIdEC nos ayudará a mirar mejor el mundo, sus sueños, sus deseos, las personas, la alegría de vivir en una sociedad de bienestar, pero al mismo tiempo nos permitirá mirar la pobreza, las carencias en salud, la soledad. Desde el nacer al morir tendremos un espacio enfermero para compartir nuestro cuidado. La publicación de RIdEC será ciertamente un marco de referencia en la evolución y desarrollo de la Enfermería Comunitaria en este mundo globalizado que, con sus problemas y oportunidades se nos plantea diariamente, interfiriendo e influenciando nuestra vida personal, social y espiritual.

Será también un marco en la innovación enfermera porque mediante las publicaciones de calidad en las que podremos participar y reflexionar estaremos buscando nuevas respuestas de salud enfermera para nosotros y nuestros conciudadanos, hoy más frágiles y a veces con menos salud debido al estrés con el que vivimos, al aire menos puro que respiramos. Supondrá desafíos a todos los niveles y nos propondrá respuestas de evolución tecnológica y científica.

Me hace una gran ilusión el pensar que, como educadores en Enfermería, RIdEC podrá ser un medio de comunicación de nuevas experiencias pedagógicas y que podre-

mos mirar al campo pedagógico con sus complejidades inherentes al cuidar en todas las perspectivas del aprendizaje: reflexionar sobre nuevas comunidades educativas en Enfermería nos coloca en la relación entre enseñar y cuidar, enseñamos cuidando y cuidamos enseñando. Éste es un desafío que FINE ha abrazado con mucho empeño.

Una tercera perspectiva que me implica aún más como enfermera y educadora es que esta revista será también de investigación, como posibilidad de cuestionar el conocimiento sobre los fenómenos de la salud y las propuestas de resolución. Recordando a Watson (2002) hay que investigar y dar a conocer lo que estudiamos para que creemos posibilidades de nuevos sentidos y caminos para el mundo del cuidado, para los hombres, la humanidad y sus problemas. La profesión enfermera tiene que seguir examinando y desarrollando su identidad, buscando su sentido tanto en las prácticas de salud como en los modelos de educación que se constituirán en los escenarios del futuro.

No puedo terminar estas palabras de bienvenida y de gratitud a RIdEC sin expresar dos deseos: que la revista sea para el mundo iberoamericano enfermero un valor añadido en nuestra comunidad lingüística y que sus publicaciones sean siempre un espejo ético en los cuales los valores de la VIDA, de la SALUD y de la PERSONA sean el centro de muchos caminos en los cuales estaremos andando hacia el futuro de una Enfermería más sensible a las personas, más abierta al mundo académico y más empeñada en la mejora de la calidad de vida.





Nos encontramos en la actualidad en los distintos ámbitos de formación de la Enfermería inmersos en un proceso de revisión profunda sobre la manera de formar, con el fin de que los futuros profesionales sean capaces de responder de manera más adecuada a las complejas exigencias de nuestro cambiante y diverso mundo a través de la actualización permanente y la formación a lo largo de la vida.

De la misma forma, nos enfrentamos ante nuevos retos para la Enfermería Familiar y Comunitaria. En lo referente a la formación un cambio importante en la estructuración del desarrollo en tres niveles: Grado, Máster y Especialidad y Doctorado, que permitirán a la Enfermería Comunitaria poder seguir avanzando hacia el objetivo de reconocimiento profesional, social y académico.

Los cuidados de Enfermería en la comunidad se establecen como ámbito prioritario en el que se desarrolla la nueva formación de Grado y donde se nos plantean nuevos perfiles, enmarcados dentro de los planes de salud, basados en las necesidades y problemas de salud de las personas y actualizados a la realidad social en un ámbito interdisciplinar. Los futuros profesionales (alumnos a lo largo de su formación) deberán ser capaces de investigar, analizar y priorizar los problemas y las necesidades de la comunidad, aplicar programas de salud y trabajar en otros nuevos tomando la diversidad como uno de los ejes fundamentales.

Sin embargo, en la situación socioeconómica en la que nos encontramos, no nos servirá hacer más de lo mismo para afrontar los retos demográficos y epidemiológicos del siglo XXI. Hará falta un cambio de rumbo para que el sistema sanitario se adapte a las necesidades reales, con nuevos programas de prevención y promoción de la salud para la atención temprana, recuperación y mejora de la calidad de vida de la comunidad y una apuesta decidida por la investigación y la innovación en los cuidados.

Necesitaremos avanzar en la modernización tecnológica y dar un nuevo impulso a la salud pública y propiciar nuevos mecanismos que mejoren la participación de los profesionales, las personas, las familias y la comunidad. En el ámbito asistencial un eje de acción clave será la atención al paciente crónico, lo que exigirá desarrollar organizaciones sociosanitarias integradas, mejorando la continuidad de los cuidados, lo que supondrá una forma de trabajar más práctica y coordinada, impulsando las tecnologías que faciliten y mejoren la práctica clínica y el autocuidado de las personas.

Llevar a cabo la gestión de todos estos cambios, orientados a la innovación, requerirá una forma organizacional que reaccione en gran medida a las condiciones de variación en

las que nos encontramos. Supondrá por parte de los profesionales el desarrollo de la creatividad y de la iniciativa personal, la construcción individual y grupal del conocimiento, así como una comunicación abierta a todos.

Es en este escenario donde la Enfermería Comunitaria adquiere un protagonismo clave y debe de nuevo liderar el cambio, traccionando el desarrollo de la profesión desde el rol autónomo y marcando por su posición privilegiada, las posibilidades de modernización de la Enfermería.

Las enfermeras comunitarias y las sociedades científicas que les representan pueden abrir el camino hacia una mejor salud para todos. Para esto se precisará más formación, más colaboración y más coordinación, con el fin de dispensar a las personas y a las familias los mejores servicios y establecer nexos de unión entre las personas y grupos que precisan o prestan cuidados.

De nosotros depende que la Enfermería avance en los próximos años y que se consiga el futuro referido para la profesión y para nuestra sociedad, un futuro que comienza por unos servicios de Atención Primaria de calidad para todas las comunidades.

Eso conlleva la asunción de responsabilidad y, por lo tanto, de satisfacción en el trabajo bien hecho y por eso creo que esta nueva publicación llega en un buen momento donde tenéis la oportunidad de poner en valor, más si cabe, vuestra aportación a las personas y a la comunidad en la que trabajáis.

Como indicaba anteriormente, el análisis de la situación socioeconómica y pedagógica actual nos exige respuestas innovadoras a nuevas situaciones sociales y educativas donde la excelencia en la formación va más allá de la transmisión de conocimientos. Por todo ello, iniciativas como la que hoy tengo el honor de presentar, el nacimiento de esta nueva Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria se convierte, en este marco, en una herramienta fundamental para los profesionales, pero también para docentes y alumnos en el desarrollo de la capacidad proactiva, en la búsqueda de respuestas en su formación a través de diferentes fuentes del conocimiento que le permitan la reflexión continua sobre su práctica.

Un colectivo como la Enfermería Comunitaria necesita un especial vehículo de comunicación científica como éste que hoy sale a la luz que rompe fronteras y une a profesionales.

Desde la Asociación de Enfermería Comunitaria habéis demostrado a lo largo de todos estos años vuestra capacidad y la ilusión para llevar adelante proyectos ambiciosos; éste es otro de ellos. Os felicito y deseo que sea un éxito para todos.



## PILAR ARROYO GORDO

*Directora de Metas de Enfermería*

La aparición de publicaciones periódicas de índole científico, con el gran esfuerzo que ello requiere, es siempre motivo de alegría, pues no sólo contribuyen a difundir la investigación enfermera, que ya es mucho, sino también a construir marco teórico y estructura disciplinar propia. Además, las revistas científicas son un signo de dinamismo y actualidad para cualquier profesión y, aunque bien es verdad que ya existen en nuestro ámbito un buen número de ellas, la fundación de una nueva siempre será un hecho significativamente importante y del que todos los profesionales debemos sentirnos satisfechos por lo que en sí mismo supone.

La temática a la que está dirigida la revista, es decir, la Enfermería Comunitaria, forma parte de los ámbitos de dominio enfermero más relevantes y, me atrevería a decir, más necesarios en estos momentos, dado el cambio palpable del eje sobre el que debe girar el sistema sanitario: los cuidados enfermeros. Las necesidades sociosanitarias de nuestra realidad cotidiana hacen emerger la importancia de una profesión que dé respuestas satisfactorias a esas necesidades y esa profesión no puede ser otra que la Enfermería y, dentro de ella, la referente al campo de la Enfermería Comunitaria, dado que su objetivo no es otro que el de dar servicio a la sociedad a través de la "acción cuidadora" y ese objetivo es, por propia naturaleza, el de la Enfermería.

La Enfermería Comunitaria tal vez sea uno de los medios más eficaces para rescatar a los seres humanos del sufrimiento y la ausencia de dignidad, pues nos permite, como dice Pierrelus al referirse a la educación, "torcer el curso del destino y descubrir su rostro" y de esta manera ayudar a afrontar la situación de salud desde cualquiera de sus niveles de dependencia.

Sin embargo, también hay que decir que esta Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdeC), que ahora se presenta, cuenta asimismo con una voz propia en el coro de las publicaciones enfermeras, ya que pretende expresar, como un nuevo canal de enlace, matices diferentes y relevantes de esa "otra" Enfermería de más allá del océano Atlántico. Siempre será, por tanto, bienvenida una publicación científica que acerque continentes y tienda hacia la internacionalización.

No obstante, afrontar la responsabilidad de tener que sacar una revista tras otra sin perder ni su periodicidad ni su

puntualidad (y mucho menos su rigor), implica asumir riesgos importantes, dada la transformación progresiva de las hasta ahora denominadas sociedades industriales en sociedades del conocimiento, donde el desarrollo de nuevas cualidades para ser capaces de adaptarse y de prosperar en este mundo lleno de continuos cambios es un imperativo de modernidad, actualidad y vanguardia, por lo que mantener en esos umbrales las publicaciones científicas es, como ya he indicado, un gran reto.

Asimismo, el hecho de que la evolución de las sociedades esté inspirada en "el saber" nos obliga a todos, y por tanto también a las publicaciones, a prestar una mayor atención a la que yo llamo "conciencia editorial", es decir, al conjunto de principios y valores morales que permitan orientar la línea editorial y entender que sin esa, sin la "conciencia", nunca los nuevos conocimientos surtirán el mejor efecto, ya que como diría el gran pensador Giner de los Ríos, hay que basar el nuevo conocimiento "en la ciencia y en la conciencia".

Por todo ello, es una suerte contar con profesionales que quieran involucrarse en tareas de tamaño envergadura y nosotros tenemos la fortuna de que José Ramón Martínez Riera, experto entre otros en Enfermería Comunitaria, haya decidido liderar este prometedor proyecto editorial.

Muchísimas felicidades por la nueva revista que vas a dirigir, te deseo el mayor de los éxitos y cuenta con mi apoyo y colaboración.





## DRA. MARÍA ANTONIETA RUBIO TYRRELL

*Profesora Titular de la Escuela de Enfermería ANNA NERY/UFRJ/Brasil  
Presidenta de la ALADEFE/UDUAL*

Inicialmente, y con gran satisfacción en nombre de la familia de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), saludo a todos los compañeros enfermeros responsables de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC), así como a todos los usuarios de la misma. Un nuevo medio de comunicación de calidad llega para incorporarse al mundo de la divulgación del conocimiento producido en pro del desarrollo y progreso de nuestra profesión de Enfermería. Esta iniciativa representa el deseo ardiente de hombres y mujeres comprometidos con la misión de Enfermería Comunitaria cuya marca impar corre en las venas de cada uno de sus integrantes que priman por la distinción de sus servicios y buscan permanentemente la excelencia en su más alto grado de alianza con la educación, asistencia e investigación en Enfermería.

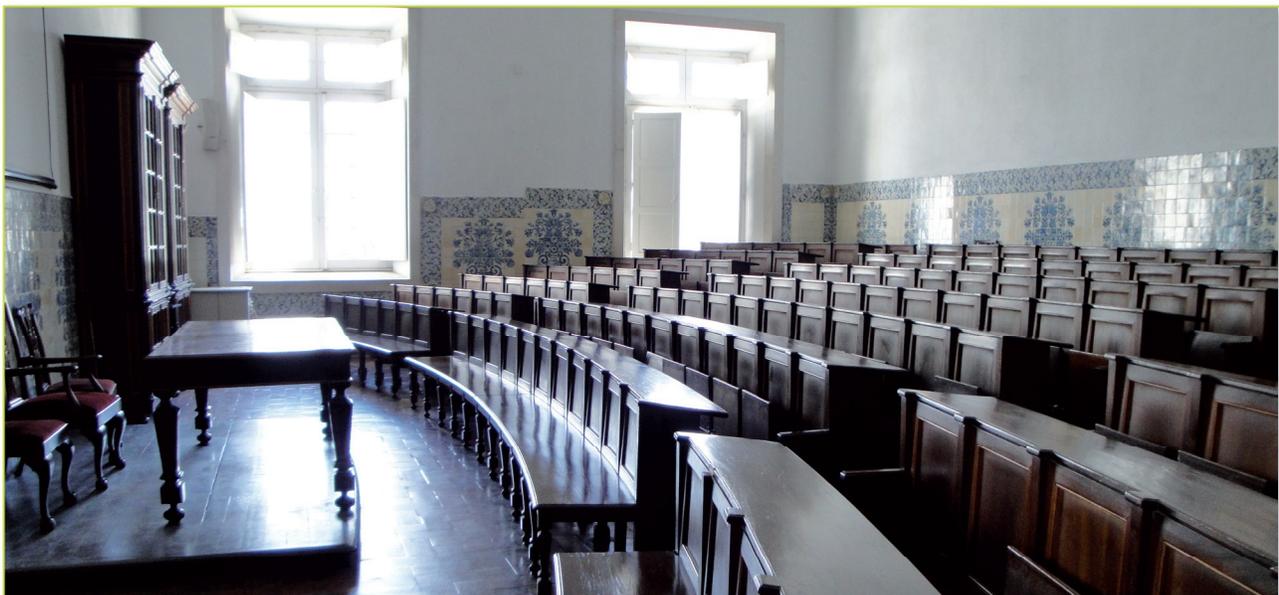
ALADEFE, con implantación en Iberoamérica y estructurada en cinco regiones al servicio del desarrollo de la educación e investigación en Enfermería (México y Caribe, Centro América, Andina, Merco Sul y Europa), está de enhorabuena al comprobar que la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) está dirigida a la calidad de la enseñanza-extensión e investigación, para el beneficio del ser humano, la familia y los colectivos. En este sentido, dar la bienveni-

da a este medio de comunicación por considerarlo un avance, en cuanto a que representa un órgano de consulta para la investigación en Enfermería y para la determinación de políticas de publicación del conocimiento enfermero.

Por este motivo identificamos esta iniciativa como un hecho histórico en la contribución para los avances de la ciencia y tecnología en Enfermería/Salud Iberoamericana como medio de producción, difusión y publicación de temas, proyectos, planes, programas y experiencias de valor teórico/metodológico, ético/humanístico, teórico/práctico, enseñanza/cuidado, atención individual/colectiva.

Es por ello que animamos a todos los lectores y asociados a RIdEC a viajar por estas páginas y disfrutar momentos de intenso placer y regocijo ante la posibilidad de tener buenas sensaciones. La revista llega no tan sólo para apoyar un esfuerzo de imaginación sino para lograr la reflexión y el pensamiento crítico de todos los continentes, en especial, de América Latina y Europa.

Por último, agradezco al Comité Editorial de RIdEC la oportunidad que me han brindado de publicar esta felicitación en un momento tan singular para la memoria de la Enfermería internacional.





MARICEL MANFREDI

*Miembro del Comité Asesor del Grupo Global Asesor para Enfermería y Matronas de la Organización Mundial de la Salud (GAGNM)  
Dirección de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra*

Es para mi un honor presentar en papel la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdeC) que tan acertadamente se ha venido produciendo en línea, con gran éxito, pues cuenta con un número cada vez mayor de lectores a nivel iberoamericano y de otras partes del mundo.

Vivimos en un mundo de grandes contrastes. Por un lado, estamos presenciando grandes avances en materia de ciencia, tecnología, comunicación, salud y, por otro lado, variados retrocesos en el ámbito económico social y ambiental, retrocesos que no pueden suscribirse únicamente a países en desarrollo.

Todas estas incongruencias y contrastes repercuten en nuestras vidas y en nuestro quehacer profesional proporcionándonos grandes inquietudes, pero al mismo tiempo grandes desafíos que tenemos que saber aprovechar. En el caso específico del personal de salud, su contribución a una atención más equitativa, accesible e integradora de toda la población. La renovación de la Atención Primaria es un reto y una oportunidad para los trabajadores de salud del mundo. Nuestra participación en cada uno de los aspectos de la renovación de la Atención Primaria será la base para que sus postulados se mantengan y se energicen, participando en el desarrollo de políticas a todos los niveles, en la organización de los servicios con una mirada integral enfocada en la comunidad y con la participación de la misma, una atención basada en la evidencia con calidad y calidez y

de acuerdo a las necesidades de las poblaciones, renovando nuestros ámbitos de trabajo y expandiéndolos a otros lugares más apropiados e integrales, trabajando en equipos multidisciplinares, extendiendo la participación a otros miembros según las comunidades lo requieran, formando nuevas generaciones de personal de salud competentes para una práctica de calidad con visión comunitaria independientemente del ámbito en que se encuentre su trabajo.

Esta revista, que se publica en su primer número en papel, permitirá a las enfermeras y otros profesionales de la salud, publicar todas las experiencias e investigaciones, facilitando conocer y dejar evidencia de los avances en el desarrollo de la práctica comunitaria a todos los niveles, evidencias que podrán ser compartidas por las enfermeras del mundo, así como mostrar su valiosa participación al desarrollo de la renovación de la Atención Primaria.

Sea ésta la oportunidad para dar un agradecimiento grande a su gestor, José Ramón Martínez Riera. Todos sabemos las dificultades que presenta una publicación como ésta en estos momentos y el duro trabajo que representa el mantenerla. Para él nuestros mejores deseos de un éxito rotundo y un apoyo de la comunidad internacional, a los editores de la revista, al comité editorial y todas las personas involucradas para que sea una realidad. Nuestras más sinceras felicitaciones.





CARLOS ÁLVAREZ-DARDFT

Director del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

## Las revistas de salud como bien público global

Existen en el mundo unas 30.000 revistas científicas de Ciencias de la Salud: ¿qué sentido tiene fundar una más? ¿Por qué aquí y ahora la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria?

La primera respuesta es de orden académico: las revistas sirven para legitimar cuestiones e intercambiar conocimiento científico, hacen crecer a las disciplinas en prestigio e influencia social –las conectan con el resto de los medios de comunicación– y esto ya en el espacio hispano parlante es un valor en sí mismo, ya que existen desde hace años excelentes publicaciones escritas en inglés que se han preocupado del desarrollo teórico y la base de evidencia de la Enfermería Comunitaria (*Journal of Public Health Nursing* (1) y *Journal of Community Health Nursing* (2), principalmente).

Sin embargo, no había hasta ahora un producto como RIdEC. La existencia exitosa previa de excelentes revistas generalistas de salud pública con vocación latinoamericana como la Revista Panamericana de Salud Pública (3), publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Gaceta Sanitaria (4) o Salud Pública de México (5) son síntomas de que en su andadura RIdEC tendrá éxito y que ya no tendremos que soñar más con fundarla porque sencillamente el sueño ya se ha hecho realidad.

También sabemos que la investigación mejora la práctica (6), de manera que promoviendo la investigación con esta nueva revista cabe esperar una mejora de los estándares profesionales de nuestras enfermeras y enfermeros, de la comunidad y, por ello una mejora de la salud de la población a la que servimos. Esto es especialmente importante en los tiempos que nos ha tocado vivir (7), hablando en general la mayoría de los países de Latinoamérica, que no van a conseguir las metas del milenio (8) y eso que las metas son sólo una versión sin utopías de lo que fue Salud para Todos en el año 2000.

La crisis producida por la falta de regulación de los mercados financieros no hace la situación halagüeña. En cuanto a mejoras de esta situación, el mapa adjunto muestra la situación mundial en cuanto a las metas del milenio y cómo la situación en Latinoamérica es especialmente crítica porque parece que las autoridades financieras mundiales, lejos de aprender de lo que supuso de costos sociales el llamado Consenso de Washington, con los ajustes estructurales en los

países en desarrollo, da la impresión que vuelven a desempolvar políticas neoliberales (9).

El gasto en salud, el crecimiento económico y la educación de las mujeres son las variables que más condicionan la salud de las familias y los tres se ven claramente amenazados por la crisis actual (10).

Sin embargo, la salud se considera parte del bien común global, autores como Amartya Sen (11) han puesto de manifiesto como el crecimiento económico sin desarrollo humano y de género (12) no tiene ningún sentido. Además de los límites al crecimiento que impone la ecología hay límites sociales al crecimiento, ya que la destrucción de las comunidades pueden hacer inviables incluso las transacciones comerciales por falta de confianza. Ésta sería la segunda, y para mí más importante razón, para la existencia de una nueva revista de salud comunitaria, su potencial como promotora de la salud.

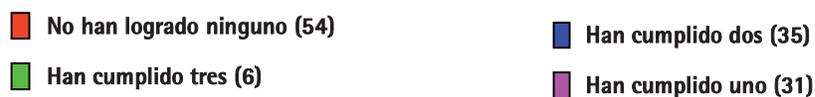
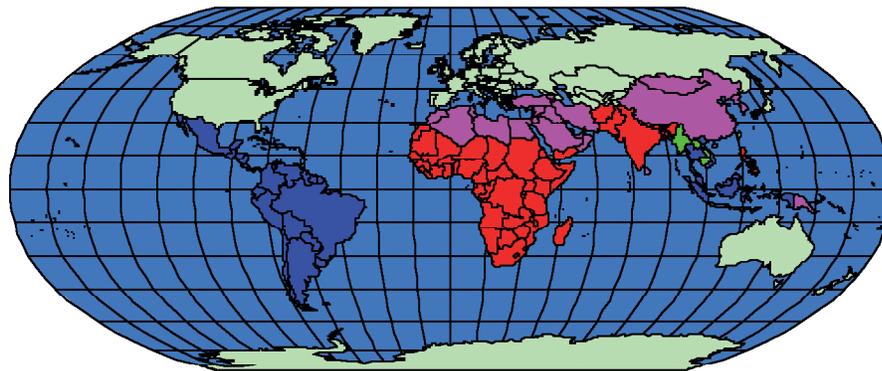
Junto con la buena noticia de la fundación de RIdEC y el honor de invitarme a escribir estas líneas me llega la noticia de la muerte de Antonio Galindo, enfermero extremeño, miembro del consejo editorial de RIUdEC y una enorme persona a pesar de vivir en un pueblo llamado Malpartida (que tiene un fantástico museo), aún recuerdo como se refería a sí mismo en femenino como enfermera cuando hablaba en público refiriéndose respetuosamente a una población mayoritariamente femenina, también solía referirse a mí como "maestro" para mi azore generalizado, desde aquí me gustaría enviarle un beso a donde quiera que esté era un activista por la salud, necesitamos muchos más como Antonio.

Bueno dicho lo dicho aquí tienen RIdEC para que la lean y envíen artículos buenos y que entre todos consigamos hacer realidad el sueño.

### Bibliografía

- [1] Public and Health Nursing; 2008. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010]. URL disponible en: <http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0737-1209>
- [2] Journal of Community Health Nursing; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010]. URL disponible en: <http://www.tandf.co.uk/journals/authors/hchnauth.asp>

- [3] Revista Panamericana de Salud Pública; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010]. URL disponible en: <http://journal.paho.org/>
- [4] Gaceta Sanitaria; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010]. URL disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7032&revistaid=138](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7032&revistaid=138)
- [5] Salud Pública de México; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 20 de junio de 2010]. URL disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/inicio/>
- [6] Ruiz Cantero MT, Álvarez Dardet C. Public policies of research. Gac Sanit 1995; 9(48): 196-201.
- [7] Franco Giraldo A, Álvarez Dardet C. Global public health: international health is tested to its limits by the human influenza A epidemic. Rev Panam Salud Pú 2009; 25(6): 540-7.
- [8] Palma Solís M, Hernández I, Álvarez Dardet C, Gil González D, Ruiz MT, Medina M. Economic factors related to the Millennium Development Goals: a literature review. Rev Panam Salud Pú 2009; 26(2): 161-71.
- [9] Palma Solís M, Gil González D, Álvarez Dardet C, Ruiz Cantero MT. Political and social context of not attaining the Millennium Development Goal to reduce poverty. Bull World Health Organ 2008; 86(10): 772-9.
- [10] Álvarez Dardet C, Ruiz Cantero MT. Capacity, equality, and life expectancy. Med Clin 1993; 100 (Suppl 1): 20-2.
- [11] Sen A. La idea de la justicia. Madrid: Ed Taurus; 2010.
- [12] Carrasco Portiño M, Ruiz Cantero MT, Gil González D, Álvarez Dardet C, Torrubiano Domínguez J. Gender development inequalities epidemiology in Spain (1990-2000). Rev Esp Salud Pú 2008; 82(3): 283-99.



**Pronósticos para el logro de los Objetivos del Milenio relacionados con la salud.  
(Revisión Bibliográfica: 1990-2004)**

*Factores económicos relacionados con los ODM de salud. Una revisión sistemática. Palma M, Hernández I, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Ruiz MT, Medina M. Rev Panam Salud Pú (aceptado julio de 2008)*

# In Memoriam

## ANTONIO GALINDO CASERO



Socio de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y Director de la Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres, de la Universidad de Extremadura, que falleció el pasado día 31 del mes de marzo

Querido Antonio,

Te has ido sin hacer ruido, con humildad. Como si ya no te necesitásemos, como si ya lo supiéramos todo, como si ya fuésemos capaces de no tenerte cerca.

Nos has dejado con ganas de saber, de conocer, de aprender, de debatir, de compartir.

Siempre te hemos tenido cerca, aun estando lejos, siempre nos has hablado, aun estando callado, siempre nos has sorprendido, aun sin querer hacerlo. En cualquier momento, en cualquier circunstancia, en cualquier contexto. Y ahora que queremos sentirte, que queremos oírte, que queremos verte, nos damos cuenta de que ya no estás, de que nos has dejado en silencio, sin llamar la atención.

Es ahora cuando más somos conscientes del enorme vacío que dejas, de lo mucho que nos haces falta, de lo grande que ha sido tu aportación, de lo valiosa que ha sido tu amistad.

Como enfermera comunitaria, que es como te presentabas, has sido capaz de ser referente, líder y guía, contribuyendo a su desarrollo, evolución y rol propio. Además, hemos tenido la inmensa fortuna de contar con tu apoyo incondicional y tus grandes conocimientos para hacer de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) una sociedad científica reconocida y respetada.

Sin embargo, sabemos que tu actual silencio, tu actual ausencia, no son suficientes para olvidarte, más bien sirven para seguir queriéndote, para seguir admirándote. Siempre

serás nuestra enfermera comunitaria de referencia. Nuestro maestro, nuestro amigo.

Gracias Antonio por todo lo que nos has dado, por todo lo que nos has aportado, por todo lo que nos has enseñado. Allá donde estés recibe nuestro cariño y respeto permanente.

José Ramón Martínez Riera  
*Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria*



Jornada de Invierno de la AEC, celebrada en Málaga del 22 al 23 de febrero de 2008. Le acompañan en la Mesa Trinidad Carrión (vocal de Andalucía de la AEC), Rafael del Pino (Vocal de Investigación de la AEC) y José Ramón Martínez Riera (Presidente de la AEC).