

APUNTS

Educació per a la salut

2n. Grau d'Infermeria | Manresa 2014-2015 | prof. **Carlota Riera i Salvador Sáez**

Alumne | **Carles Mayol Bonet**

Bonesvenes.com



UNIVERSITAT
A MANRESA

BLOC 1: INTRODUCCIÓ A L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

SESSIÓ N°1

Educació per a la salut

Carlota Riera

1. Definicions de salut



1.1. Conceptes clàssics

“La salut consisteix en estar robust, il·lès o sense malestar, dolor o malaltia”

S. Johnson, 1775

“Estat transitori precursor de res bo. Una persona sana és una persona insuficientment explorada”

Jules Romains, 1923

1.1. Conceptes clàssics

“Una actitud joiosa, una alegre acceptació de les responsabilitats”

Sigerist, 1940

“Absència de malaltia”

General

1.2. Conceptes moderns

“Estat complet de benestar físic, mental i social,
i no únicament l’absència de malaltia”

OMS, 1946

“Estat de benestar físic, mental i social, amb
capacitat de funcionament i no únicament
l’absència de malaltia/es”

Milton Terris, 1980

1.2. Concepte modern (dinàmic)

“L’assoliment del més elevat nivell de benestar físic, mental, social i de capacitat de funcionament que permetin els factors socials i ambientals on viu l’individu i la col·lectivitat”

Pla Salut Catalunya, 1991



Continuum salut-malaltia

“Aquella manera de viure autònoma,
solidària i alegre”

X Congrés de Llengua Catalana, 1976



*Punt de referència de les disciplines de
Promoció i Educació per a la salut*

2. Factors determinants de la salut

Entren a examen, aquests informes són el punt de partida de educació per la salut.

Informe Lalonde

Informe Dever

2.1. Informe Lalonde (1974)

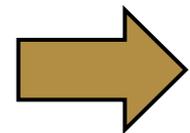
- **Objectiu:** tractava de conèixer els factors que determinaven la salut dels canadencs i alhora, modificar els plans d'actuació en funció dels resultats.
- **Resultats dels determinants de la salut:**

- Biologia
- Sistema sanitari
- Medi ambient
- Estils de vida

Els diners s'invertien en 4 grans blocs.

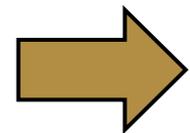
□ **Envelliment**

□ **Genètica**



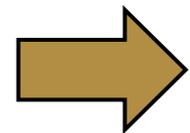
SISTEMA SANITARI

- **Qualitat**
- **Accessibilitat**
- **Gratuitat**



MEDI AMBIENT

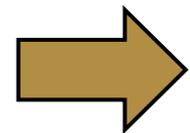
- **Biològic**
- **Físic**
- **Químic**
- **Psicosocial**
- **Sociocultural**



ESTILS DE VIDA

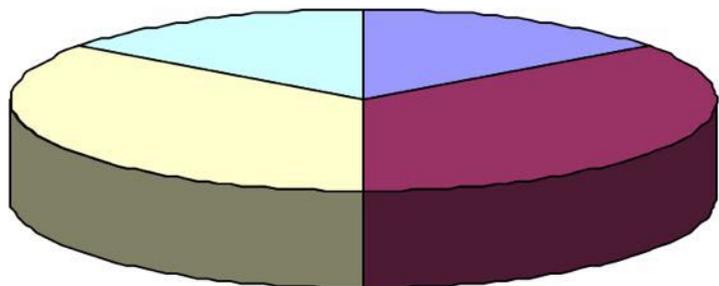
□ Determinen:

- Conducta individual/col·lectiva
- Qualitat de vida individual/col·lectiva
- Ús de serveis (despesa sanitària)



2.1. Informe Lalonde

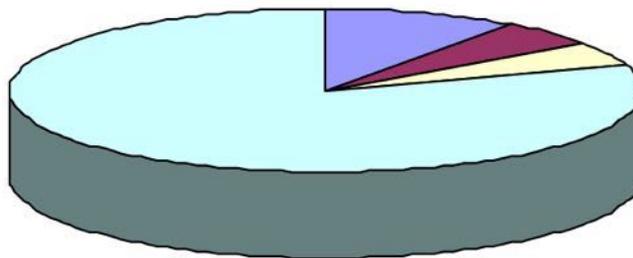
EFFECTES RELATIUS DELS DETERMINANTS DE LA SALUT SOBRE LA SALUT PÚBLICA



El govern de canada destinava més del 75% dels seus diners al sistema sanitari, però l'informe Lalonde va descobrir que l'impacte que tenia sobre la salut de les persones tan sols era d'un 25%.

Els estils de vida on gairebé no s'invertia era un dels factors que tenia més impacte en la salut de les persones. L'informe proposava posar més diners en prevenció educació ja que això tindria un major impacte en la salut de les persones.

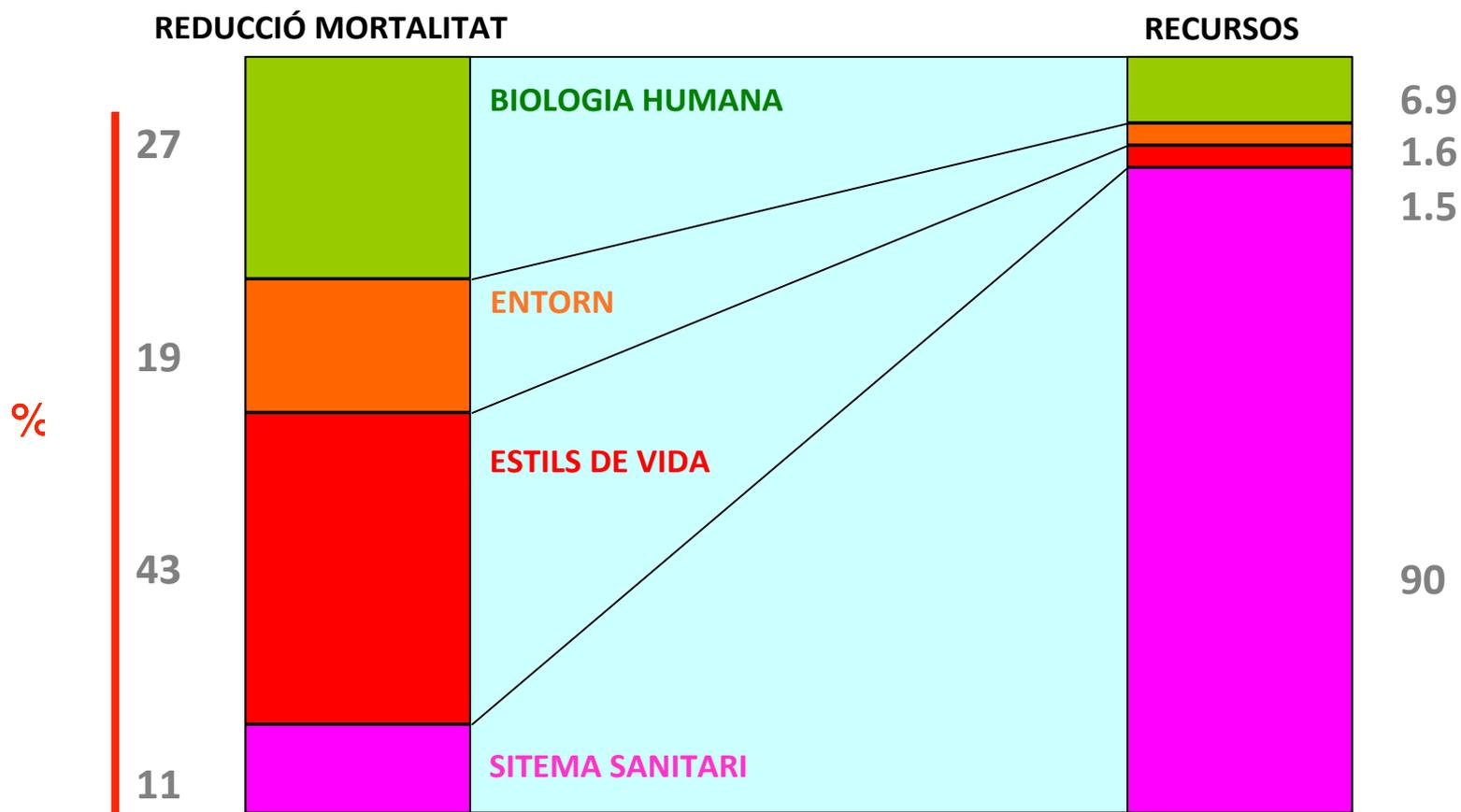
PROPORCIÓ RELATIVA DE DINERS PÚBLICS DESTINATS ALS DETERMINANTS DE LA SALUT



- BIOLOGIA HUMANA
- MEDI AMBIENT
- ESTIL DE VIDA
- SISTEMA SANITARI

2.2. Informe Dever (1976)

Factors que determinen la salut: la biologia, l'entorn, estils de vida i sistema sanitari

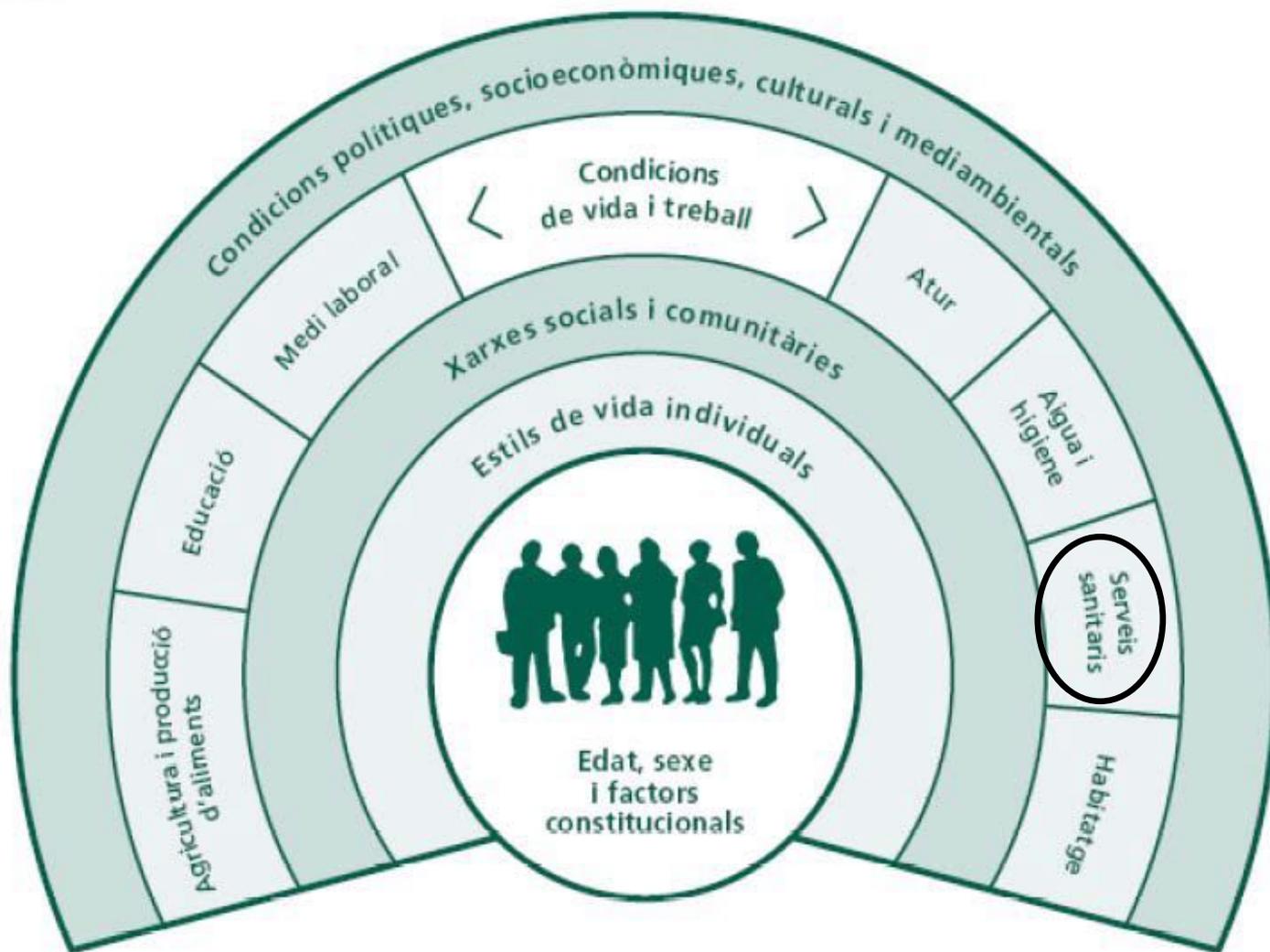


característiques pròpies i de l'entorn que determinen un tipus de comportament o actitud respecte a temes que acaben afectar

Evolució dels determinants de la salut

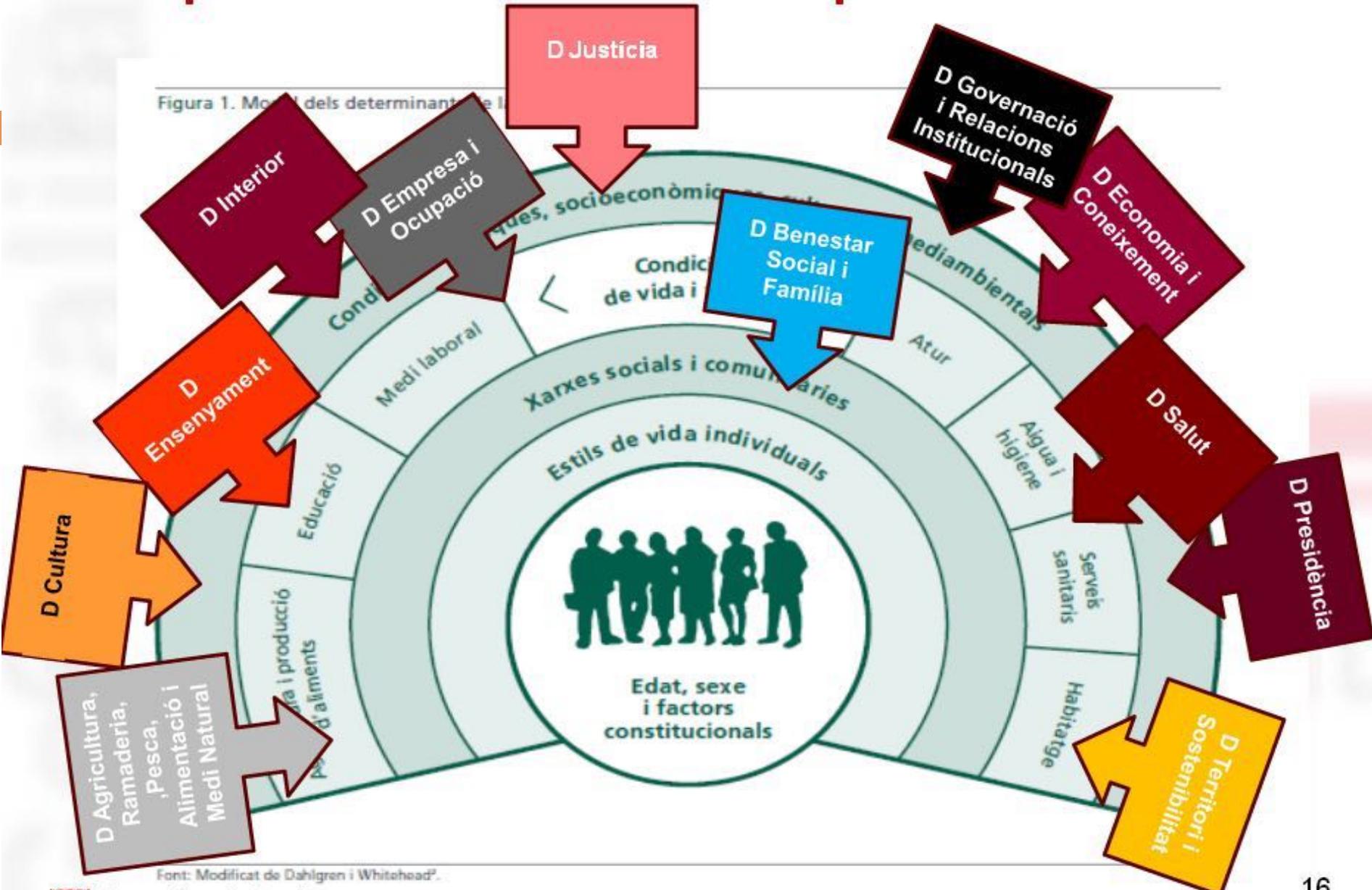


Determinants socials de la salut



Adaptat de: Dahlgren G., 1995

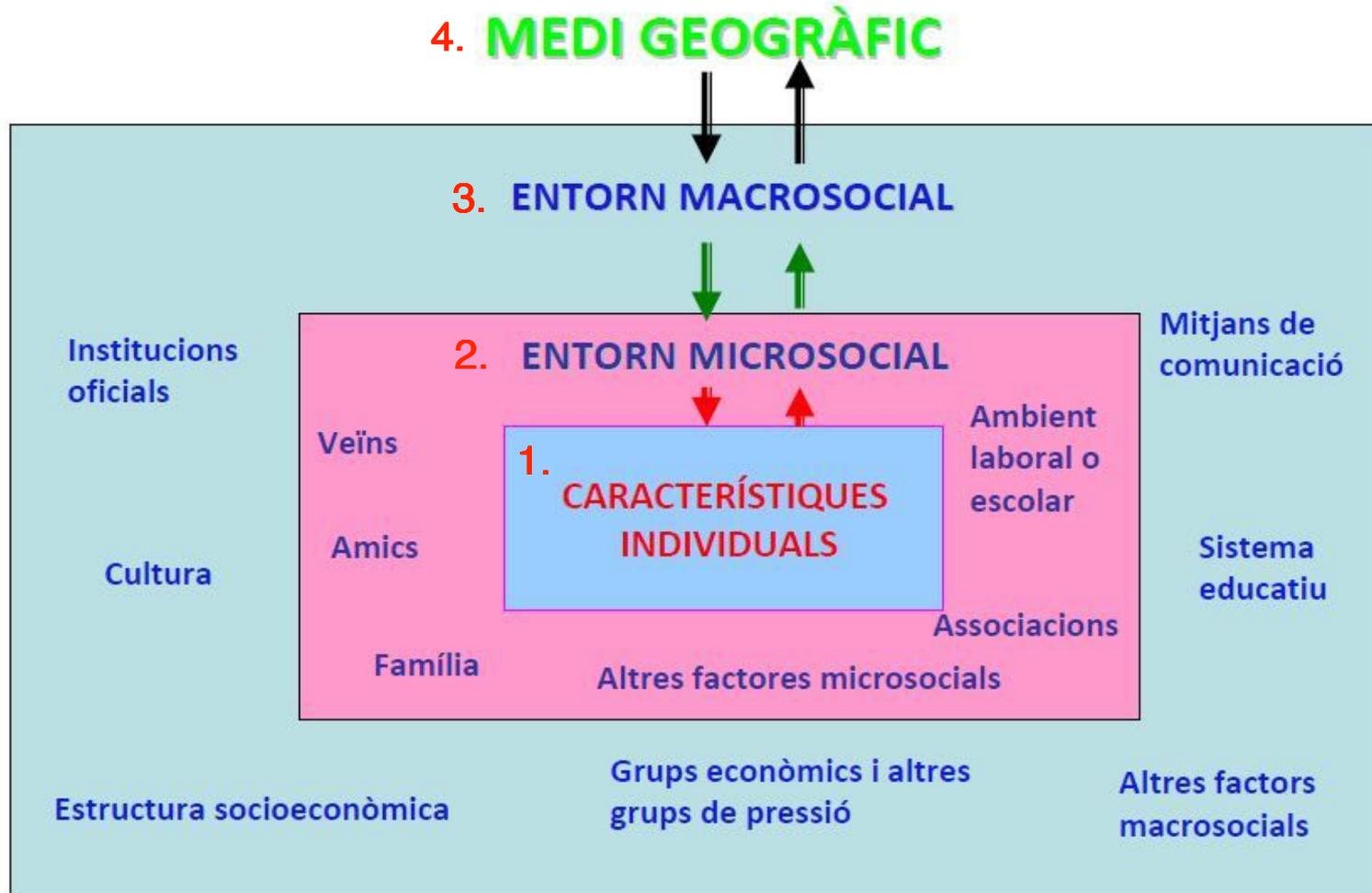
Figura 1. Model dels determinants de la salut



Font: Modificat de Dahlgren i Whitehead².

3. Determinants dels estils de vida

Els ESTILS DE VIDA té els seus propis 4 determinants de la salut:

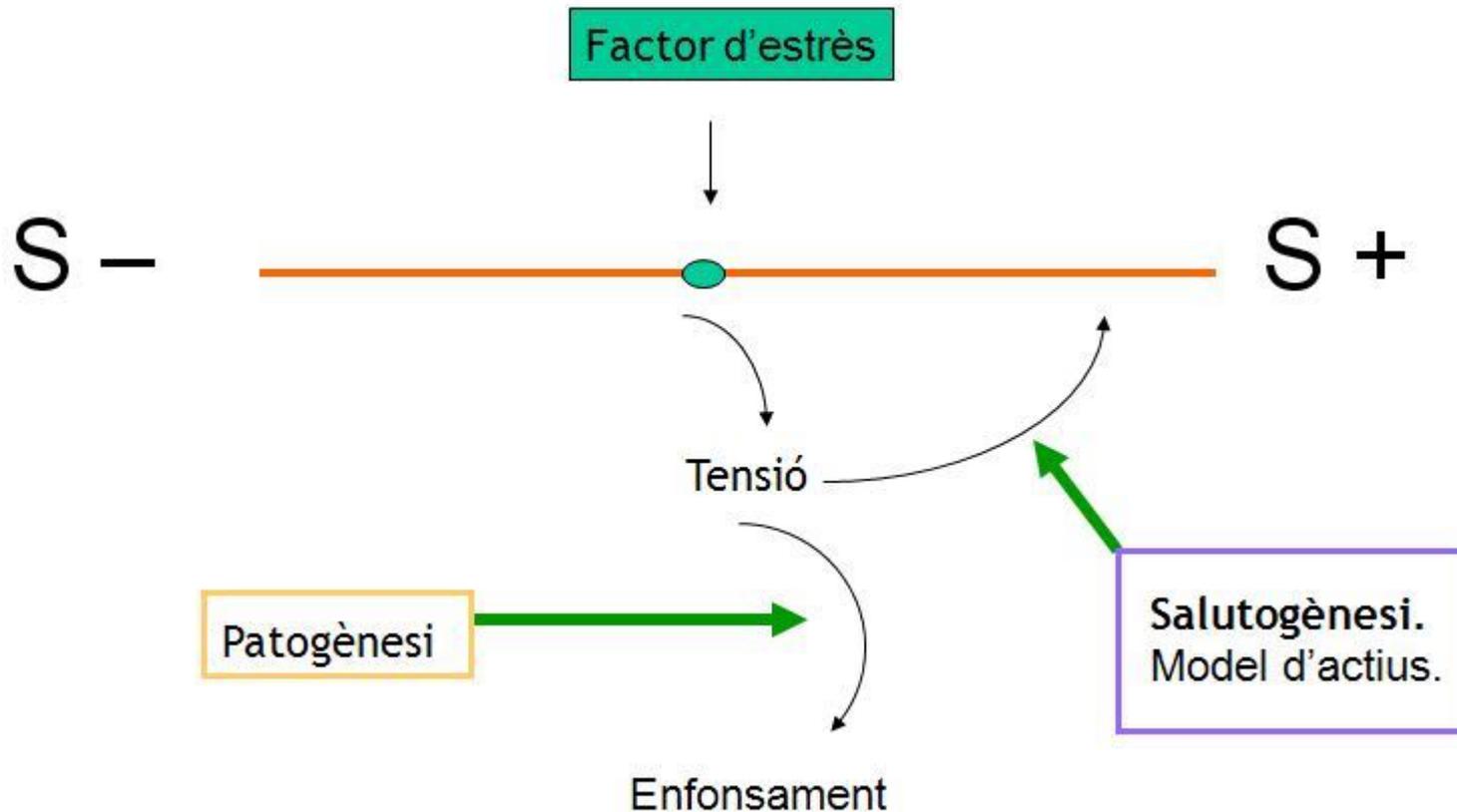


3.1. Què crea salut?

(Aaron Antonovsky, anys 70)

Tres conceptes examen:
El concepte de salut ha evolucionat
Els informes Dever i Lalonde
El model salutogènic

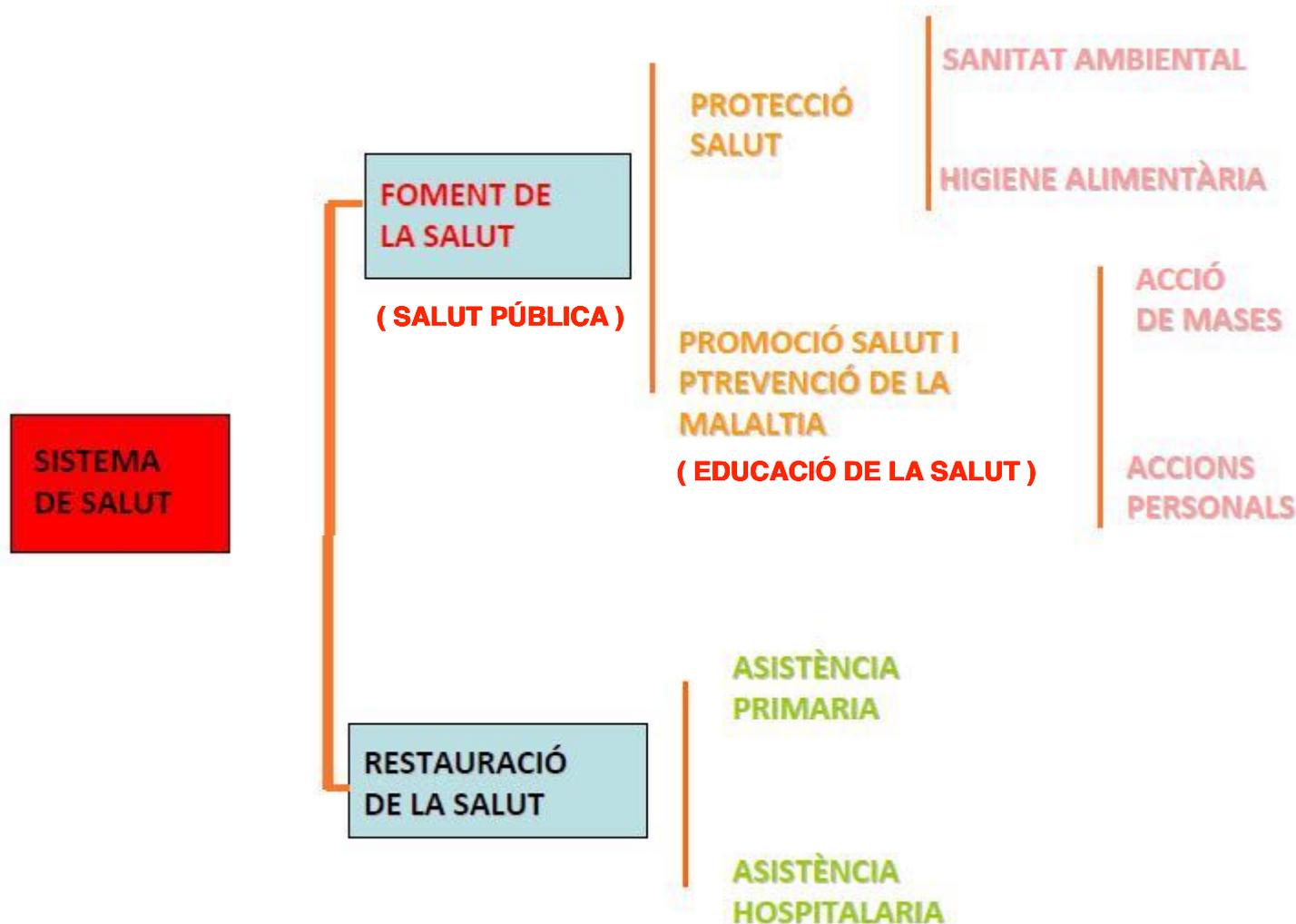
MODEL SALUTOGÈNIC - intenta explicar que fa que les persones estiguin saludables.



3.1. Salutogènesi (origen de la salut)

- “Hem de mirar allò que crea salut més que en les limitacions i causes de malalties”

4. Sistema sanitari i activitats



4.1. Què és la Salut Pública?

Capacitat per identificar



Potencial per intervenir

4.1. Definició de Salut Pública

Ciència i art de prevenir la malaltia i la discapacitat, perllongar la vida i fomentar la salut física i mental mitjançant esforços organitzats de la comunitat per al sanejament de l'ambient, control de malalties, educació per a la salut, organització de serveis per al diagnòstic, tractament i rehabilitació, així com el desenvolupament de la maquinària social que asseguri a cada individu en una comunitat un nivell de vida adequat per al manteniment de la salut.

Milton Terris

4.1. Funcions de la SP

- Vigilància epidemiològica
- Protecció de la salut (vacunes, seguretat alimentària...)
- Prevenció de la malaltia (cribatge de malalties,...)
- **Promoció i educació per a la salut**
- Garantir la prestació de determinats serveis preventius personals
- Coordinar activitats i recursos sanitaris en l'àmbit territorial corresponent

Activitat: Poseu un exemple d'activitat per cada una d'aquestes funcions

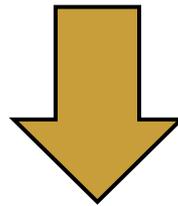
4.2. Promoció de la salut (PdS)

- Apareix a mitjans dels anys 80 com una disciplina integrada dins la salut Pública gràcies a:
 - ▣ Aportacions de **diferents autors** com M. Terris, I. Illich i altres que van fomentar el debat en diferents contextos internacionals.
 - ▣ Resultats obtinguts dels estudis de **Lalonde i Dever**.
 - ▣ **Moviments socials** com el feminisme, l'ecologisme o l'acció sindical
 - ▣ Constatació epidemiològica d'una millora de la qualitat de vida de les persones mitjançant la intervenció sobre els **estils de vida i el medi ambient**

4.2. Definició de PdS

La PROMOCIÓ DE LA SALUT...

- És un procés que permet a les persones augmentar el control sobre la seva salut i millorar-la.



Com?

Educació per a la salut

4.3. Concepte d'educació per a la salut

“Suma d'experiències que influeixen favorablement en els hàbits, actituds i coneixements relacionats amb la salut de l'individu i de la comunitat”

Wood, 1926

Volem aportar més informació (coneixements) del que els es o no saludable
Canviar les actituds
Donar habilitats per poder-ho fer

“Acció exercida sobre els individus per aconseguir modificar els seus comportaments”

OMS, 1969

4.3. Concepte d'educació per a la salut

“Tota combinació d'experiències d'aprenentatge planificades destinada a facilitar els canvis voluntaris de comportaments saludables”

L.W. Green, 1980

“Oportunitats d'aprenentatge creades conscientment i que suposen una forma de comunicació per a millorar l'alfabetització sanitària, inclosa la millora dels coneixements de la població en relació a la salut i el desenvolupament d'habilitats personals que condueixin a la salut de l'individu i la comunitat”

OMS, 1999

5. Àmbits d'actuació

- L'EpS té dos grans àmbits d'actuació:
 1. Persones que presenten algun problema de salut o població malalta
 2. Persones que gaudeixen de salut o població sana

5.1 Objectius de l'EpS

- Fer de la salut un patrimoni de la col·lectivitat
- Modificar conductes negatives relacionades amb la salut
- Promoure conductes positives relacionades amb la salut
- Promoure canvis ambientals que afavoreixin els canvis positius
- Capacitar als individus per tal que puguin participar en la presa de decisions sobre la salut de la seva comunitat

5.2. Camps d'aplicació de l'EpS

| LLOC | ACTIVITATS | PROFESSIONALS |
|-----------|--|---|
| ESCOLA | Informació Inculcar opinions i actituds Fomentar autoresponsabilitzat | MESTRES I DOCENTS |
| EMPRESA | Informar sobre riscos específics Prevenió accidents Participació de tots | SERVEIS SALUT LABORAL |
| COMUNITAT | Fomentar i protegir la salut La salut com a valor positiu Presa de decisions en salut Identificar, informar i motivar sobre riscos Estimular screenings i diagnòstics preventius | SANITARIS SOICOSANITARIS POLITICS ECONOMISTES..... |
| PACIENTS | Conèixer i dominar la malaltia Evitar complicacions Participació activa Counselling Acompliment terapèutic | SANITARIS |

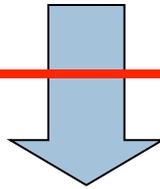
BLOC 2. ÀMBITS D'ACTUACIÓ EN EDUCACIÓ PER A LA SALUT

D'on veníem?

- Evolució del concepte de salut i el seu impacte sobre les polítiques de salut.
- **Factors determinants de la salut (Informes Lalonde i Dever)**
- Factors determinants dels estils de vida
- Història de l'evolució de la Salut Pública
- Organització del sistema de Salut Pública, i el lloc de la PdS i l'EpS

Conferència internacional de **Alma-Ata (1978)**

- **Eixos d'actuació:**
 - ▣ Disminuir les desigualtats en salut de la població
 - ▣ Participació de la població en la resolució dels seus problemes de salut
 - ▣ Col·laboració de professionals, no estrictament sanitaris



Protagonisme de l'Atenció Primària
(es potencien la promoció i la protecció de la salut)

Conferències mundials de Promoció de la salut

1986. I Conferència Mundial a Ottawa (Canadà) **IMPORTANT**

1988. II Conferència Mundial a Adelaida (Austràlia)

1991. III Conferència Mundial a Sundsvall (Suècia)

1997. IV Conferència Mundial a Yakarta (Indonèsia) **IMPORTANT**

2000. V Conferència Mundial a Mèxic (Mèxic)

2005. VI Conferència Mundial Bangkok (Tailàndia)

2007. VII Conferència Mundial a Vancouver (Canadà)

I Conferència Mundial a Ottawa

- Cita quines són les condicions i recursos fonamentals per la salut, segons la Declaració d'Ottawa.
- Cita i resumeix què impliquen les accions de PdS, segons la Declaració d'Ottawa.

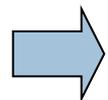
I Conferència Mundial a Ottawa

- Condicions i recursos fonamentals per la salut:
 - Pau
 - Vivenda
 - Educació
 - Aliment
 - Ingressos econòmics
 - Ecosistema estable
 - Recursos sostenibles
 - Justícia social i equitat

I Conferència Mundial a Ottawa

□ Declaració d'Ottawa per a la PdS defineix que les accions de PdS impliquen:

1. Elaborar i establir polítiques públiques saludables
2. Crear entorns favorables
3. Reforçar l'acció comunitària
4. Adquirir aptituds i recursos individuals
5. Reorientar els serveis sanitaris



IV Conferència Mundial a **Yakarta**

- Digues quins són els nous escenaris relacionats directament amb la salut que apareixen en la Declaració de Yakarta.
- Cita els resultats de l'experiència de l'aplicació de les accions de la carta d'Ottawa.
- Cita i resumeix les cinc prioritats pel segle XXI, segons la Declaració de Yakarta.

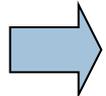
IV Conferència Mundial a Jakarta

- Nous escenaris: urbanització, sedentarisme, noves malalties, globalització, comerç, tecnologies de la comunicació, degradació del medi ambient,...

- Resultats de l'experiència de l'aplicació de les accions de la carta d'Ottawa:
 - Enfocaments globals
 - Combinació de les cinc estratègies/accions
 - Implementació d'extenses estratègies en llocs determinats
 - Participació com a part essencial
 - Aprendre sobre la salut fomenta la participació

IV Conferència Mundial a **Yakarta**

- **Cinc prioritats pel segle XXI:**
 - ▣ Promoure la responsabilitat social a favor de la salut
 - ▣ Augmentar la inversió per al desenvolupament de la salut
 - ▣ Enfortir i ampliar les col·laboracions amb les institucions
 - ▣ Augmentar les aptituds i els mitjans de la comunitat i responsabilitzar els individus
 - ▣ Assegurar una infraestructura per a la Promoció de la Salut



VII Conferència Mundial a Vancouver

- Portar a la pràctica polítiques públiques favorables a la salut. Les societats que funcionen són les que tenen salut i equitat. Actuar a nivell internacional.
- Enfortir les estructures i els processos a tots els sectors: salut, ensenyament, medi ambient, transport, vivenda,...
- Cap a una pràctica basada en el coneixement.
- Generar mà d'obra competent en Salut Pública i en PdS.
- “Empoderar” les comunitats: vinculació dels programes a la vida quotidiana, a les tradicions locals i amb lideratge comunitari.

PROMOCIÓ DE LA SALUT

“Procés de capacitar a la gent per augmentar el control de la seva salut i així millorar-la.”

□ Principis:

- Implica a la població i inclou l'acció organitzada i espontània en relació a la salut
- Accés ple i continu a la informació
- Actua sobre els determinants de la salut
- Implica responsabilitat dels governs a tots els nivells
- Combina diferents mètodes d'actuació
- Atenció Primària com a àmbit d'acció a nivell sanitari

Objectius de la PdS

1. Desenvolupament de la consciència individual sobre:

- riscos per a la salut
- canvis de conducta necessaris per millorar-la

2. Enfocament intersectorial per a millorar:

- condicions socials
 - condicions econòmiques
- } Estils vida

3. Polítiques de salut / Salut a les polítiques



“la opció més fàcil sigui la més saludable”

Mètodes de la PdS

Els més utilitzats són:

- ▣ Activitats educatives per millorar:

- Coneixements
- Actituds
- Habilitats

**Quan fem activitats d'EpS
volem donar a la gent...**

- ▣ Programes d'intervenció comunitària sobre factors de risc i/o detecció precoç malalties
- ▣ Campanyes informatives (premsa, TV,...)
- ▣ Iniciatives polítiques. Legislació

EDUCACIÓ PER A LA SALUT

Existeixen dos models conceptuals que entenen l'acte d'educar de manera diferent:

1. Model d'intervenció o directiu (etimològicament: EDUCARE) **Model de Green**
2. Model definit etimològicament com EDUCERE
Model de Modolo

Finalitat:

Educar a les persones per tal que canviïn les seves conductes a favor d'obtenir una millor qualitat de vida.

EDUCACIÓ PER A LA SALUT

Existència de dues escoles:

1.- Canvis a nivell individual. Escola anglosaxona influenciada per la psicologia (Green, 1980)

“Tota combinació d’ experiències d’aprenentatge planificada, destinada a facilitar canvis voluntaris de comportaments saludables”

2.- Canvis a nivell comunitari. Escola europea influenciada per la sociologia (Modolo, 1974)

“L’EpS aporta elements als individus per modificar actituds, habilitats i conductes per millorar el nivell de salut de la comunitat”

Bases teòriques de l'EpS

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| PREGUNTES | Quines són les conductes que milloren la salut? | Com es produeix l'adaptació d'una conducta? | Com es pot facilitar l'aprenentatge? | Com es comuniquen les persones? |
| SECTORS D'ACTIVITAT | Ciències de la salut | Ciències del comportament | Ciències de l'educació | Ciències de la comunicació |
| SECTORS D'ACTIVITAT ESPECÍFICS | Promoció de la Salut Prevenició dels problemes de salut Tractament de los problemes | Psicologia Sociologia Antropologia | Pedagogia | Comunicació |

Objectius de l'EpS

- Fer de la salut un patrimoni de la col·lectivitat
- Modificar conductes negatives relacionades amb la salut
- Promoure conductes positives relacionades amb la salut
- Promoure canvis ambientals que afavoreixin els canvis positius
- Capacitar als individus per tal que puguin participar en la presa de decisions sobre la salut de la seva comunitat

Característiques de l'EpS

- Procés paral·lel a qualsevol altra intervenció sanitària i/o educativa
- Conjunt d'aprenentatges que contemplen tres aspectes diferents (informació, desenvolupament d'actituds positives i promoció d'hàbits i comportaments saludables)
- Promoure la responsabilitat individual i col·lectiva per a la presa de decisions (anàlisi alternatives i conseqüències)
- Augmentar la capacitat d'interrelació

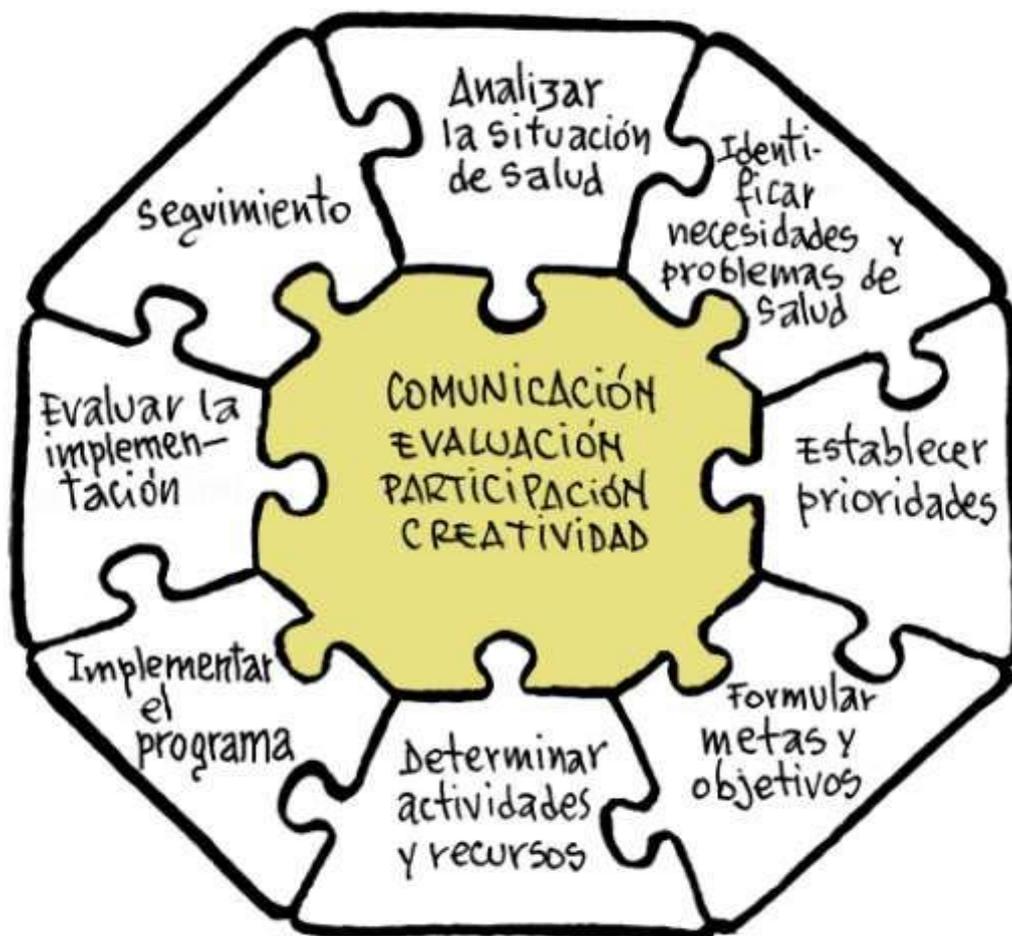
Nivells d'actuació

- **Individual** (personal i/o grups reduïts)
- **Comunitari** (poblacions captives i/o comunitats)
- **Social** (grups socials i/o societat en general)

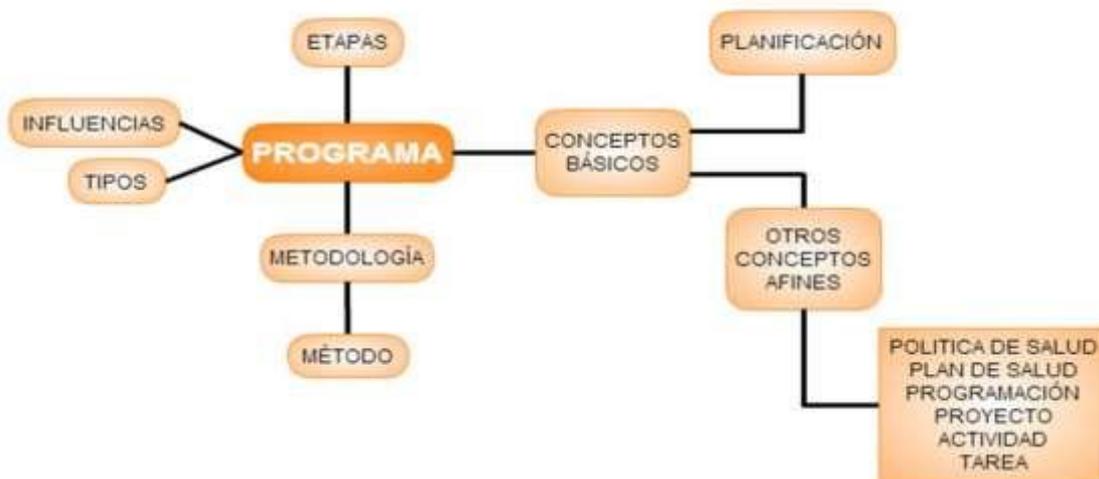
Camps d'actuació

- Empresa
- Escola
- Comunitat/societat
- Sanitat
- Política

TEMA 1: Conceptos Básicos



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



TEMA 1

Querido lector, si estás leyendo éstas líneas significa que te has planteado un interesante reto: elaborar un Programa de Educación para la Salud (EpS). Puede que alguien haya solicitado tu colaboración para realizar un programa concreto con unos objetivos muy definidos; o puede que, en calidad de profesional, hayas identificado una necesidad o problema, por el cual has creído necesario emprender una acción de EpS para resolverlo o mejorarlo.



Metáfora 1: Planificando un viaje.

A partir de ahora y en cada tema, trataremos de explicar el diseño de un programa de Educación para la Salud a partir de una metáfora que nos irá guiando en todos los temas. Será un *viaje*. En la primera metáfora ilustra a una familia que también está a punto de emprender una gran empresa, lo cual implica que van a iniciar su propia empresa en las que les surgirán dudas como: dónde, porqué, con quién,...Todas estas preguntas, las deberán aclarar antes de iniciar el viaje.

En el análisis de la situación inicial, nos será de utilidad conocernos a nosotros mismos (*¿qué sé hacer, qué quiero hacer, tengo que mejorar algún aspecto?*) y saber quiénes serán nuestros compañeros. En qué situación y en qué contexto me encuentro (*¿me darán los días de vacaciones, tengo responsabilidades que delegar antes de irme, con qué cultura y población nos vamos a encontrar en el destino?*). Conocer experiencias previas de otros aventureros, qué obstáculos han encontrado, qué recursos han utilizado para salir adelante y si éstos han sido eficaces.

Por esto, la planificación se convierte en *indispensable*.

Muchas veces uno no sabe por dónde empezar y, menos aún, cómo llegar a los objetivos marcados por lo que se hace imprescindible no dejar, de entrada, nada al azar. Planificar una metodología será la estrategia a seguir en nuestra hoja de ruta. No significa que elaboremos al pie de la letra todas las actividades que nos proponamos, eso dependerá de los imprevistos que vayan apareciendo. Pero sin duda alguna, esta metodología será crucial para disminuir incertidumbres y evitará que nos olvidemos de algo importante. De manera que facilitará una experiencia rica y significativa, a la par que eficiente y eficaz. ¡Así pues, emprendamos el viaje!

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Escribir un concepto de programa de Educación para la Salud (EpS).
- ✓ Razonar el papel y la aplicación de programas para la salud.
- ✓ Conocer el concepto, el contenido y la aplicación de un programa de salud.
- ✓ Valorar el papel de los programas dentro de la EpS.
- ✓ Identificar cada paso o etapa de un programa de salud.
- ✓ Conocer correctamente la metodología de la programación.
- ✓ Saber el significado y el contenido de los conceptos relacionados con la planificación de programas.
- ✓ Aplicar los conocimientos adquiridos a distintas situaciones de salud.
- ✓ Reconocer conceptos relacionados con la planificación de programas.
- ✓ Saber cuáles son los tipos de programas que se trabajan en EpS.

1. ¿PARA QUÉ NECESITAMOS UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

El objetivo principal de un programa de Educación para la Salud es el de mejorar el estado de salud de los individuos y de la población.

En la elaboración de un programa se parte de una necesidad o un problema. Identificado previamente y se decide qué hay que resolver y/o mejorar.

Nos permite:

- Saber qué queremos conseguir y cómo vamos a lograrlo.
- Dónde queremos llegar y cómo vamos a llegar.

Son muchas las instituciones implicadas en la tarea de planificar y gestionar las acciones de EpS. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), los diferentes Ayuntamientos y Colegios profesionales, son algunos ejemplos.

“...todos los estados miembros, deberán contar con programas educativos que proporcionen a la población los conocimientos, las posibilidades y motivaciones necesarias para adquirir y mantener la salud” (Objetivo nº 15 de la OMS)

Como profesionales de la salud, de la educación u otros campos, podemos desarrollar nuestra actividad en diferentes escenarios (institutos, consultas de Atención Primaria, hospital, clínica, residencia, Ayuntamiento, servicio de sanidad, en un barrio, una escuela, una empresa...) desde donde puede ser que:

- Soliciten nuestra ayuda/colaboración para realizar un programa de EpS.
- Nosotros mismos, en calidad de profesionales, creamos necesario emprender una acción de EpS.

Para llevar a término el programa de EpS que estamos empezando a elaborar con la ayuda de ésta guía, deberás:

- ✓ Organizar el propio espacio de trabajo.
- ✓ Planificar el tiempo de trabajo.
- ✓ Seguir las pautas.
- ✓ Personalizar la redacción del programa a la realidad del autor y su contexto.
- ✓ Dominar los contenidos teóricos.
- ✓ Dominar el conocimiento “mecánico”.

Por consiguiente:

- ✓ Propondremos **referencias para la toma de decisiones** que serán formuladas de uno u otro modo en función de la situación en que se apliquen.
- ✓ Diseñaremos, planificaremos, implementaremos y evaluaremos un programa.
- ✓ Estableceremos unas pautas precisas e inalterables que a su vez permitan la flexibilidad necesaria para adaptarse a cada contexto y realidad.

Nuestra acción se va a centrar en un programa de EpS. La mayoría de las veces no sabremos por dónde empezar y, menos aún, cómo llegar a los objetivos marcados, por lo que se hace imprescindible no dejar nada al azar y planificar una estrategia a seguir: **el Método.**

Presentamos esta guía como método y/o metodología para elaborar un programa de EpS. En ella se ofrecen esquemas teóricos de las principales etapas del programa que permitirán una visión global del mismo. Todo enfoque teórico y metodológico sugiere una gestión lógica que debe ser adaptada y aplicada con flexibilidad según el contexto.

De alguna manera necesitamos un programa de EpS, ya que será la herramienta que nos facilitará conseguir nuestros objetivos de salud.

2. ¿QUÉ ES EL MÉTODO?

Método es una palabra que procede del griego *methodos* y del latín *methodium* que significa “camino hacia”, es decir, el camino que se ha de recorrer para llegar ordenadamente a donde queremos llegar.

Continuando con el uso de metáforas, el método es una autopista que tiene unos sólidos quitamiedos en cada uno de los laterales y dentro de la cual tenemos mucho margen de maniobra y podemos cambiar de carril y velocidad tantas veces como queramos, aunque siempre van a estar esos quitamiedos que no nos van a dejar desviarnos y nos van a obligar a ir hacia delante.

El método consiste en un conjunto de acciones ordenadas con las que se pretenden conseguir unos resultados. Ello necesariamente implica:

- ✓ **SABER DÓNDE ESTAMOS** (Análisis de la realidad inicial).
- ✓ **SABER DÓNDE QUEREMOS LLEGAR** (Objetivos).
- ✓ **SABER LLEGAR DE MANERA ORDENADA** (Proceso).

En EpS, el **método** nos permitirá realizar un **programa** encaminado a mejorar el estado de salud de un grupo de personas a partir de una situación concreta y específica.



Figura 1: La importancia del método en los programas de EpS.

“El método como un viaje, un desafío, una travesía, una estrategia que se ensaya para llegar a un fin pensado, imaginado y al mismo tiempo insólito, imprevisto y errante” (Morín, Ciurana, Motta, 2002: 15). Sería como nuestra hoja de ruta.

3. ¿QUÉ ES LA METODOLOGÍA?

Metodología es el modo de enfocar los problemas y buscar las posibles soluciones. En las ciencias sociales, este concepto se aplica también a la manera de realizar el proceso de investigación o el desarrollo de un programa.

El término **METODOLOGÍA** designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas.

Nuestros supuestos **INTERESES** y **PROPÓSITOS** nos llevan a elegir una u otra metodología.

Reflexionar sobre nuestras acciones es una de las mejores formas de llegar a construir nuestra propia metodología.

4. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PLANIFICAR?

La planificación de programas de EpS es un **proceso** mediante el cual, un equipo multidisciplinar elabora una serie de actividades de intervención teniendo en cuenta los recursos y servicios de que dispone para conseguir unos objetivos previamente determinados. En este proceso es fundamental considerar las dificultades, tanto internas como externas, conocidas o previsibles, así como anticipar las formas concretas de evaluación que se van a llevar a cabo en cada una de las fases desde el inicio de la planificación hasta el final de la implementación.

Las estrategias para mejorar el estado de salud de la comunidad se basan en el desarrollo de programas específicos para abordar problemas concretos. En este sentido, la planificación en salud está íntimamente ligada al contexto sociopolítico. A partir de la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, se recomienda la elaboración y aplicación de programas de salud coherentes con la planificación sanitaria de los diferentes países como instrumento para el logro del objetivo global.

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación y aplicación de su atención de salud”

(Artículo IV de la Declaración de Alma-Ata. OMS, 1978)

La planificación forma parte de nuestra vida. Lo hacemos continuamente, la lista de la compra, un viaje, el fin de semana, la economía del hogar para llegar a final de mes...

Actividad

Si debemos diseñar, planificar, implementar y evaluar un programa, empecemos por saber qué es un "programa". Os proponemos la siguiente actividad:

1. Intenta definir el concepto de **PROGRAMA**. Si piensas en alguno que hayas participado desde la infancia hasta la actualidad te resultará más sencillo.
2. Piensa cuál ha sido tu experiencia de participación en algún programa de cualquier ámbito.

5. ¿QUÉ ES ENTONCES UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

Etimológicamente, programar deriva del vocablo griego *prographo*, que significa "yo anuncio por escrito". Desde esta perspectiva, programar es concretar: de forma escrita y organizada, un conjunto de actividades, en función de unos objetivos, para ser realizadas en un futuro.

RECUERDA:

Un programa de salud puede definirse como **el conjunto de etapas ordenadas, organizadas, coherentes, integradas y coordinadas que un equipo se propone llevar a cabo en un plazo de tiempo para alcanzar unos objetivos previamente definidos y para una población determinada, utilizando los recursos adecuados y con la intención de mejorar el estado de salud.**

La metáfora de la escalera (Figura 2) nos puede ayudar a integrar este concepto.

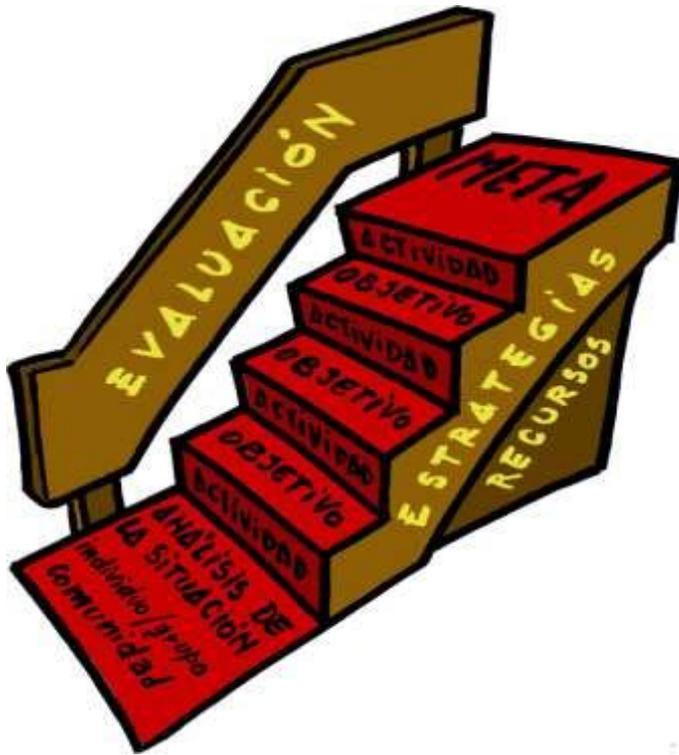


Figura 2: La escalera como metáfora de concepto de un programa.

Los programas deben ser concebidos, como **herramientas** metodológicas de los profesionales de la salud para el trabajo dirigido a la comunidad y a los individuos que la componen. A tal efecto, deben ser **útiles y de fácil manejo**.

“Planificar un programa efectivo es más difícil que ejecutarlo. La planificación, la implementación y la evaluación de los programas están relacionados entre sí, pero las buenas habilidades de la planificación son un requisito previo a los programas dignos de evaluación” (Breckon, Harvey y Lancaste, 1998: 145)

Como ya se ha dicho, la programación es un proceso y como tal, se estructura a partir de una serie de etapas que, a su vez, se interrelacionan de forma cíclica (Figura 3).

Actividad

Enumera los elementos claves que forman parte de un programa

6. ¿QUÉ PASOS DEBO SEGUIR PARA ELABORAR UN PROGRAMA DE EPS?

Sucesión de etapas de un programa de salud:

1. **Análisis de la situación de salud.**
2. **Identificación de necesidades y/o problemas de salud.**
3. **Establecimiento de prioridades.**
4. **Formulación de metas y objetivos.**
5. **Determinación de actividades y recursos.**
6. **Intervención o puesta en práctica del programa.**
7. **Evaluación.**
8. **Seguimiento.**

A pesar de la teoría, es muy frecuente que los programas empiecen a elaborarse en etapas distintas a la primera. Por ejemplo, se puede partir del establecimiento de una prioridad cuando, por motivos laborales o políticos, se focaliza un determinado problema de salud. Se parte de una actividad o de un recurso cuando ya se dispone de él y luego tratamos de justificarlo. Aunque estas situaciones no sean óptimas, son humanas y frecuentes.

El conocimiento de la estructuración de un programa sirve para establecer los fundamentos para la acción.



Figura 3: Etapas de un programa de EpS y su interrelación. (Nota: Hay que poner la versión actualizada)

Esta imagen te acompañará en el transcurso de la guía para situarte en cada tema y etapa.

Además de conocer las etapas de un programa, cosa que iremos explicando de manera práctica y sencilla a lo largo de esta guía, es necesario conocer los determinantes que lo influyen.

Los programas siempre estarán influenciados por factores internos y externos. Todos éstos nos determinarán la puesta en escena de nuestro programa. Puede que debido a ellos tengamos que reenforzar algunas de las actividades: por ello es importante conocerlos y tenerlos presentes en la elaboración “empírica” del programa, para poder minimizar su impacto.

7. ¿CUALES SON LAS INFLUENCIAS QUE AFECTAN UN PROGRAMA?

Influencias internas: Son las fuerzas que deberían favorecerse en cada una de las etapas de un programa de salud.

La participación de cada una de las personas implicadas en el programa y en cada una de las etapas, puesto que al sentirse protagonistas contribuyen eficazmente al éxito global (Empoderamiento). Mediante la participación, los individuos asumen la responsabilidad de su propia salud y controlan los factores que inciden sobre ésta, así como sobre los de la comunidad donde viven. (Sánchez, 2000).

En la declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria queda reflejado:
“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente...”

Empoderamiento: Implica dar poder, herramientas, voz y voto a los ciudadanos para potenciar su salud.

La evaluación continuada de cada una de las etapas, puesto que la permanente reflexión sobre el proceso asegura la eficiencia de la totalidad del programa.

La comunicación en el marco de programas de salud. Hay que tener en cuenta algunos de los elementos fundamentales de la comunicación: el contenido, el contexto y el proceso.

La creatividad. Conviene diseñar el programa de tal forma que provoque una respuesta emocional sobre las personas a las que va dirigido.

Influencias externas: son todos aquellos factores externos que aparecen a lo largo del programa. Por lo general, estos factores deben ser reconocidos y racionalizados para controlar su repercusión.

Algunos de los factores pueden ser:

- ✓ El sistema de salud.
- ✓ Expectativas del profesional.
- ✓ Conocimientos, habilidades y actitudes del usuario.
- ✓ El espacio y el tiempo.
- ✓ Los recursos disponibles.
- ✓ Las estrategias y medios de enseñanza.
- ✓ La influencia de los mass-media (TV, Prensa, Radio...).

- ✓ Las redes sociales.
- ✓ Las decisiones político-sanitaria.

- ✓ En la propuesta de modelo dinámico que ofrecemos, las etapas y las influencias externas e internas están en continua interrelación.
- ✓ Se propone a los profesionales “referencias para la toma de decisiones” cuyo producto final será tan diverso/variado como variados son los individuos, circunstancias y contextos donde se aplique.

- ✓ **NO** debemos tomar esta propuesta como “pasos” a seguir de manera precisa e inalterable.

8. ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA EN CADA ETAPA?

| ETAPAS | CUESTIONES A RESOLVER |
|---|--|
| Análisis de la situación | ¿Por qué?, ¿Por quién?, ¿A quién/es? (Grupo diana), ¿Qué tenemos?, ¿Dónde estamos? |
| Identificación de necesidades y problemas de salud | ¿Cuál es el problema?, ¿Dónde, cómo, por qué surgió el problema?, ¿Cuáles son sus condiciones? |
| Establecer prioridades | ¿Qué hacer?, Justificar ¿por qué A y no B? |
| Formular metas y objetivo | ¿Qué queremos conseguir?, ¿Para qué?, ¿Cuándo se quiere hacer?, ¿Con quién?, ¿Cuánto se quiere hacer? |
| Determinar actividades y recursos (estrategias) | ¿Qué queremos hacer?, ¿Cómo lo haremos?, ¿Con qué se va a hacer?, ¿Con quién/es?, ¿A qué precio?, ¿Contra qué?, ¿Contra quienes? |
| Intervención | ¿Dónde se va a hacer?, ¿Cuándo se va a hacer? |
| Evaluación de la intervención | ¿Cómo lo hemos hecho?, ¿Cómo podemos hacerlo la próxima vez?, ¿Qué resultados o impacto se han conseguido?, ¿Qué se ha hecho?, ¿Cómo mejorar? |
| Seguimiento | ¿Cómo sigue el programa?, ¿Cómo vamos a llevarlo a la práctica y hacer su seguimiento?, ¿Cómo garantizar que le efecto positivo del programa no desaparezca o disminuya? |

TABLA 1: Preguntas claves para cada etapa.

9. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEBERÁ TENER UN PROGRAMA DE EPS?

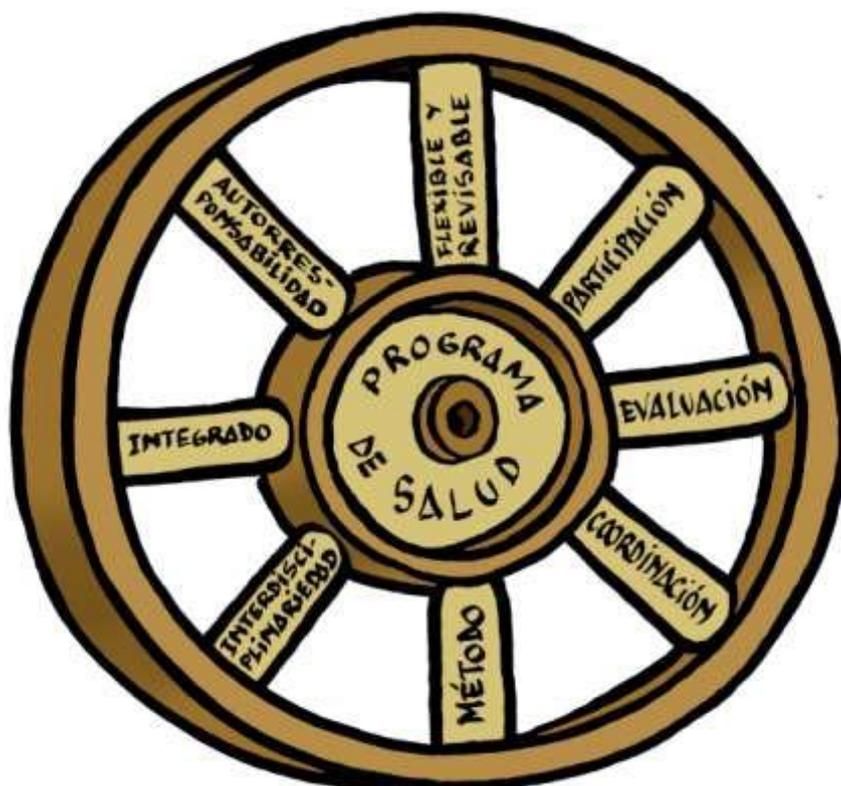


Figura 4: Características de un programa.

- Participación del individuo, de su familia y la comunidad (Empoderamiento).
- Participación y coordinación de todos los sectores implicados (Interdisciplinar).
- Preparado, programado y organizado sistemáticamente, estableciendo claramente los pasos a seguir (Metodología).
- Debe fomentar la autorresponsabilidad.
- Flexible y revisable a posibles cambios.
- Desde un equipo interdisciplinar
- Permanente evaluación (Feed-back).
- Integrados dentro de otras actividades de desarrollo de la comunidad.

10. ¿CON QUÉ TIPOS DE PROGRAMAS PODEMOS TRABAJAR EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

Podemos clasificar los programas de salud según tres grandes dimensiones. En función de:

- . La *población* (niños, jóvenes, adultos, tercera edad, etc).
- . Del *escenario* dónde éste tendrá lugar (escuela, comunidad, CAP, hospital, etc).
- . Del *problema de salud* que vayamos a tratar (salud bucodental, enfermedades de transmisión sexual, etc).

La forma más común de organizar los programas dentro de un plan de salud es *por grupos de edad y por aspectos generales en diferentes escenarios*:

- 1. Dirigidos a un grupo de población:** programa del niño, de la mujer, del anciano...
- 2. Dirigidos a problemas de salud:** programa de salud mental, enfermedades cardiovasculares...o **factores de riesgo:** Tabaco, alcohol,...
- 3. Dirigidos a un medio concreto:** programa de salud escolar, de atención domiciliaria, de medio ambiente...

En la figura 5 se observa que el programa cambiará de manera radical según las tres dimensiones que escojamos. Así pues, no plantearemos igual un programa sobre enfermedades infecciosas en un entorno laboral y dirigido a una población adulta, que el mismo problema trabajado por adolescentes en el instituto. Si volvemos a la tabla 1 veremos que gran parte de las preguntas que te proponíamos para analizar y determinar cada etapa, se van a contestar de manera diferente y probablemente van a cambiar los objetivos, las actividades, etc; según las dimensiones que escojamos.



Figura 5: Dimensiones de un programa de salud.

RECUERDA

La planificación de un programa no es más que una metodología de trabajo

ACTIVIDAD

¿Qué te sugieren los siguientes conceptos y que tienen de diferentes?

Política de salud, Plan de salud, Planificación, Programación, Programa, Proyecto, Actividad y Tarea.

11. ¿QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE POLÍTICA DE SALUD, PLAN DE SALUD, PLANIFICAR, PROGRAMA, PROYECTO, ACTIVIDAD y TAREA?

A la hora de planificar aparecen un conjunto de términos relacionados. Aunque todos estos términos se puedan confundir y se utilicen a veces como sinónimos, veremos que todos tienen diferentes significados.

La siguiente imagen facilitará una visión global del lugar de cada uno de los niveles de concreción.



Figura 6: Secuencia y relación de los conceptos en planificación.

A continuación, explicaremos diferentes conceptos relacionados con la planificación a mayor o menor escala.

POLÍTICA DE SALUD

Es la formulación de unas metas para el mejoramiento de la situación sanitaria, de las prioridades entre esas metas y de las orientaciones generales para alcanzarlas. Así, se encarga de establecer las normas generales y la orientación que debe seguir una organización o institución, por lo que consta de variados y complejos aspectos políticos que están involucrados en el proceso de toma de decisiones en el sector sanitario. De estas grandes líneas de organización del sector sanitario se elaborará, posteriormente, el plan de salud y los programas que se consideren prioritarios. Ejemplo: Salud para todos en el Siglo XXI. OMS.

PLAN DE SALUD

Se trata de la formulación, ordenación y articulación dinámica del conjunto de programas estratégicos y recursos que deben aplicarse en una magnitud dada y en un área y tiempo determinados en función de la política de salud. Como desarrollo de una política de salud, se convierte en un instrumento de planificación y de gestión destinado a ser utilizado por las administraciones sanitarias. Dentro del plan de salud, los problemas se consideran de forma integral e intersectorial y, a menudo, se concretan estableciendo programas troncales y multifactoriales que marcan las directrices y facilitan instrumentos que permiten el desarrollo de programas territoriales. El plan de salud suele marcarse a largo plazo, de 5 a 10 años (por ejemplo, el plan de detección precoz de la diabetes no diagnosticada en España) y sus características son: que es de carácter global, que fija objetivos y metas generales y que identifica los medios que se emplearían para obtener esos objetivos y esas metas (programación, preparación de presupuestos, ejecución y evaluación). Ejemplo: Plan de Salud de Catalunya.

PLANIFICACIÓN

Es la etapa que describe el proceso de actuación del programa en base a los resultados obtenidos en la fase del diagnóstico comunitario y de acuerdo con las intervenciones previas sobre el problema que se aborda. Para ello, es clave la toma de decisiones, es decir, todo aquello que un profesional hace y que le ayuda a guiar su acción futura (qué debe hacerse, hacia dónde ir y el porqué). Define de manera clara las estrategias de actuación procurando orientar el uso de recursos financieros hacia el logro, en un determinado período de tiempo, de objetivos y metas establecidas previamente, así como de las transformaciones del sistema para hacerlo posible. La planificación debe estar basada en las necesidades de salud de la población y es un proceso continuo y dinámico.

Como dice Begin (1979: 19): “planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo y cómo evaluar lo que se hará antes de la acción”.

PROGRAMACIÓN

Se trata de un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades dirigidas a alcanzar unos objetivos concretos en una población, utilizando los recursos adecuados y con la intención de mejorar el estado de salud. La programación es parte integral del proceso de planificación. Se lleva a término a través de un equipo.

El **programa** constituye un conjunto de actividades ordenadas, organizadas, coherentes, integradas y coordinadas que un equipo se propone llevar a cabo para alcanzar unos objetivos previamente definidos y para una población determinada, en relación a un problema de salud concreto, utilizando los recursos adecuados y con la intención de mejorar el estado de salud. En todo proyecto o programa **deben constar los objetivos, las actividades, los recursos y la evaluación**. Suele ser a medio plazo (de 1 a 5 años) y sus objetivos generales tienen una duración de 3 a 5 años. Se caracteriza por ser más específico, por fijar objetivos y metas concretas y porque identifica los proyectos que lo componen. Los programas serán diferentes según la situación socioeconómica e epidemiológica de cada país. Es el nivel más específico y operativo de la planificación sanitaria, ya que tiene por finalidad la solución de problemas concretos y es, en definitiva, el nivel de planificación en que, con mayor frecuencia, puede participar el profesional de la salud.

“Un programa de salud está constituido por un conjunto de recursos reunidos y aplicados para proporcionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y el espacio en vista a conseguir los objetivos determinados en relación a un problema de salud en particular” (Pineault, R. 1979: 7)

PROYECTO

Es una unidad de acción más concreta que el programa, que intenta dar respuestas a necesidades, alternativas y mejoras más inmediatas y concretas. (Merino, 1997)

Debe orientarse a la obtención de un producto final que garantice la consecución de los objetivos propuestos en el plan. Se desarrolla a corto plazo (menos de un año) y sus objetivos específicos deben alcanzarse entre 1 y 3 años. Se caracteriza por ser el plan de acción más concreto, porque fija objetivos específicos y metas a corto plazo y porque da un detalle de las acciones para obtener los objetivos y metas (por ejemplo, el personal sanitario de un CAP elabora un proyecto para localizar a personas no diagnosticadas de DM pero con factores de riesgo susceptibles de poseer una diabetes ignorada). Ej: Campamento de verano para niños con diabetes (Taller/Curso,...).

El **subprograma** englobaría todas aquellas actividades dirigidas a conseguir o solucionar problemas específicos.

“Es el conjunto de actuaciones que se desean emprender para alcanzar unos objetivos determinados y específicos” (Diccionario de la CC.EE, 1983).

Un proyecto no es más que un instrumento aplicable a cualquier ámbito del quehacer humano y que permite una mejor racionalización de las diferentes actividades y tareas.

ACTIVIDAD

Es la acción o conjunto de acciones que se llevan a cabo para conseguir los objetivos de un proyecto. Describe las operaciones, tareas y medidas administrativas correspondientes a los comportamientos de los profesionales en el marco de su trabajo. **Es sinónimo de *servicio*** (por ejemplo, sesión de grupo para convivir con la diabetes con normalidad).

Los seminarios, talleres, juego de roles. Intervenciones grupales.

Dentro de un programa de prevención de consumo de tabaco en adolescentes; una actividad sería una intervención grupal con los padres.

TAREA

Nos referimos a acciones muy concretas necesarias para llevar a cabo cualquier actividad o sesión formativa.

Ejemplo: una charla, una técnica concreta, técnicas de cepillado, toma del índice de masa corporal, análisis de glucemia.

O siguiendo con el ejemplo anterior, una charla informativa con los padres o hacer un listado y posterior puesta en común de actitudes ante el descubrimiento de tener un hijo fumador; serían tareas concretas.

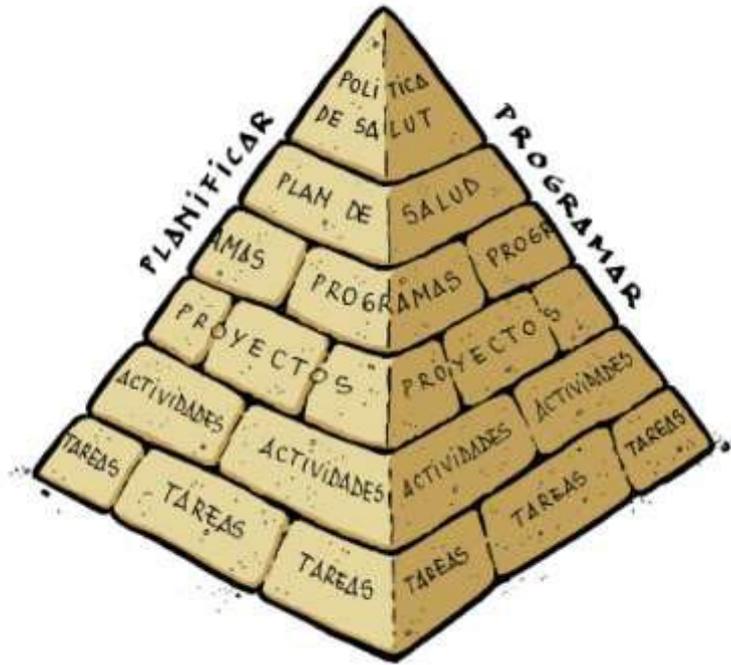


Figura 7: Jerarquía y niveles de concreción de los diversos conceptos.

Como podemos observar en la figura 7, políticas y planes de salud hay pocos. A medida que concretamos aumenta la cantidad de programas y proyectos y nos encontramos al final con muchas actividades y sobre todo con tareas.

EJEMPLO DEL CAPÍTULO: EL PROGRAMA THAO-SALUD INFANTIL

En esta guía vamos a acabar cada capítulo poniéndote un ejemplo real de un Programa de Salud Comunitaria que actualmente se está implementando en multitud de municipios españoles: El Programa Thao-Salud Infantil. Ésto te permitirá leer de forma resumida y aplicada todos los contenidos relevantes que se han tratado dentro del capítulo. ¿Empezamos?

El Programa Thao-Salud Infantil es un programa de base comunitaria, implementado a través de los municipios, que tiene como principal objetivo prevenir la obesidad infantil mediante la promoción de hábitos saludables entre la población infantil (de 0 a 12 años) y sus familias. Fomenta una alimentación variada, equilibrada y placentera, incentiva la práctica de la actividad física lúdica y regular y favorece el abordaje de otros determinantes clave como las horas de descanso y los aspectos psicológicos y emocionales.

Se implementa en los municipios por una parte gracias a la implicación política del alcalde o alcaldesa y sus concejales, y por la otra a través de la figura técnica del ayuntamiento que se denomina *coordinador/a local Thao*. Este coordinador forma un equipo local Thao (multidisciplinar) que integra a todos los agentes sociales clave que intervienen de manera activa en la vida comunitaria. Actualmente, Thao se está implementando en 74 municipios españoles de 8 comunidades autónomas y llega a más de 150.000 niños y niñas.

La dirección del Programa Thao es gestionada por la Coordinación Nacional (Fundación Thao) que desarrolla la metodología basada en tres pilares:

- 1) las acciones planificadas a largo plazo, incluyendo los materiales gráficos e informativos, la formación inicial y periódica de los/las coordinadores/as locales y el apoyo continuado por parte de los municipios;
- 2) el plan de evaluación anual;
- 3) la comunicación permanente y la visibilidad mediática. Las estrategias y los contenidos del Programa son validados por un comité de expertos multidisciplinar.

Además la Coordinación Nacional gestiona las empresas patrocinadoras, la red de municipios, las instituciones vinculadas, así como las universidades y los equipos de investigación que participan en el Programa Thao.

¿QUE HEMOS APRENDIDO?

Al final de cada capítulo te proponemos que vayas contestando algunas preguntas referentes a los contenidos que se han explicado. El objetivo es que poco a poco vayas elaborando tu Programa de Educación para la Salud con la ayuda de esta guía.

Y AHORA, ANTES DE CONTINUAR MARCO CON UNA X SI ...

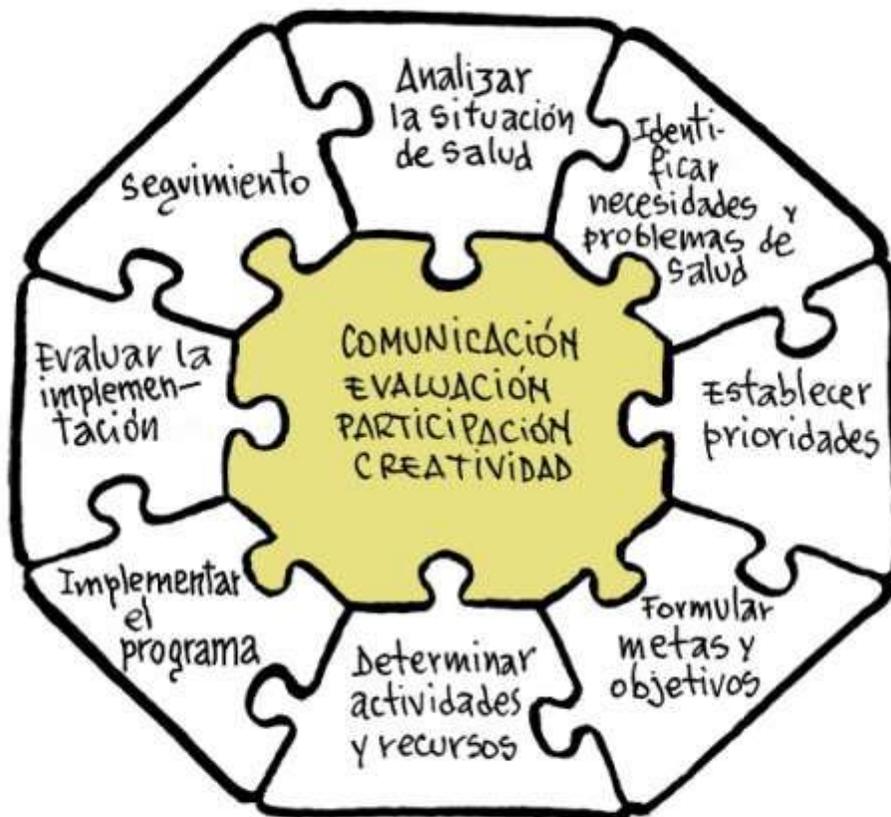
- ¿Sabrías escribir un concepto de Programa de Educación para la salud (EpS)
- ¿Razonarías el papel y la aplicación de programas para la salud?
- ¿Conoces el concepto, el contenido y la aplicación de un programa de salud?.
- ¿Cómo valorarías el papel de los programas dentro de la EpS?
- ¿Sabrías identificar cada paso o etapa de un programa de Salud?
- ¿Conoces correctamente la metodología de la programación?
- ¿Sabes el significado y el contenido de los conceptos relacionados con la planificación de programas?
- ¿Sabe aplicar los conocimientos adquiridos a distintas situaciones de salud?
- ¿Reconoceráis conceptos relacionados con la planificación de programas?
- ¿Sabes cuáles son los tipos de programas que se trabajan en EpS?

MI PROGRAMA:

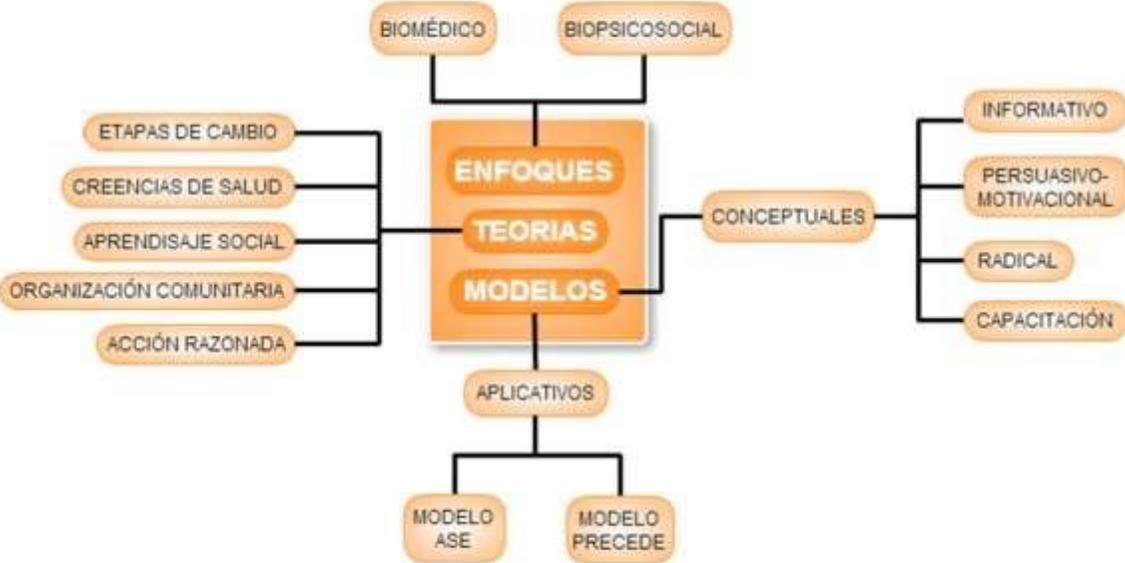
NOTAS

- ✓ Posible título del programa.
- ✓ Tipo de programa.
- ✓ ¿Qué pretendes (meta)?
- ✓ ¿Dónde se hará?
- ✓ ¿Con qué población?
- ✓ ¿Quién lo coordinará (equipo)?
- ✓ ¿Qué metodología utilizarás?
- ✓ ¿Tendrá algún soporte o patrocinio externo?

TEMA 2: Enfoques, modelos y teorías en educación para la salud

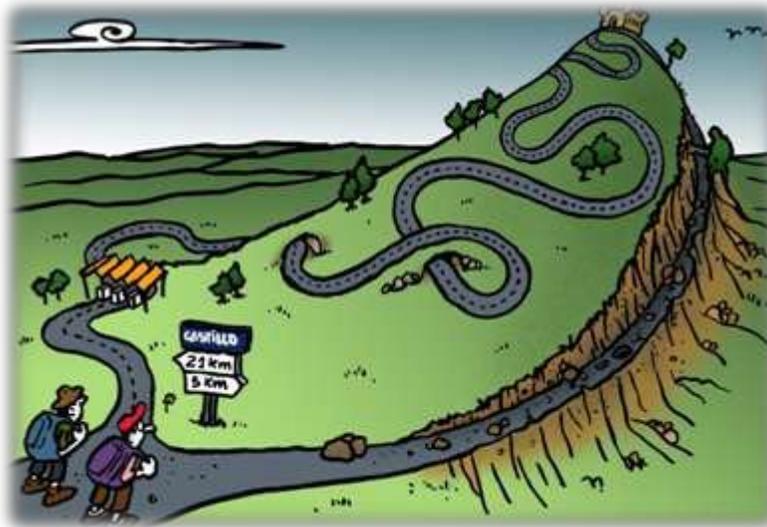


MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



TEMA 2

PRESENTACIÓN DEL TEMA



Metáfora 2: ¿ Hacia dónde nos dirigimos?

Una vez hemos decidido iniciar nuestro viaje tenemos que decidir hacia dónde queremos ir y qué camino elegir. La metáfora ilustra dos viajeros frente dos caminos que llevan al mismo destino. Cada camino tiene su distancia y dificultad: uno de los caminos es más largo pero con una carretera llana, difícil de seguir por la multitud de desvíos que hay que hacer y más costosa, el otro camino es mucho más corto, con riesgos (caída de piedras desde las montañas, baches,...) y el más fácil, aparentemente, para conseguir nuestra meta más rápidamente.

Lo que queremos ilustrarte es que en ocasiones, durante la elaboración de tu proyecto, tendrás que elegir un camino largo, con dificultades y teniendo que trabajar ciertos aspectos. Comparándolo con la metáfora, horas de disfrute de las vacaciones, decisiones que hay que tomar durante el trayecto, etc. pero el resultado final es el que importa, llegar al lugar de destino con los mejores resultados posibles.

En prevención, educación y promoción de la salud, los avances en la formulación teórica que respaldan las investigaciones e intervenciones en la práctica, han ocurrido directa e indirectamente mediante la aplicación de teorías y modelos desarrollados en las más diversas disciplinas, áreas del conocimiento y campos profesionales. Especialmente

relevantes son los aportes teórico-conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosociales, lo que ha determinado la dominancia de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con la salud.

A menudo encontraréis en la literatura que estos modelos también se les nombra modelos sociocognitivos o psicosociales. No os preocupéis, es lo mismo.

Se utilizan términos como enfoques, teorías y modelos; como marcos para organizar e integrar información. Son estructuras conceptuales elaboradas y aplicables para guiar la práctica y la investigación en EpS.

Estos conceptos se entrelazan entre sí y hacen una melaza con diferentes términos y definiciones.

Primero de todo hablaremos de dos grandes enfoques (algunos los llaman paradigmas): el enfoque biomédico y el enfoque biopsicosocial. Posteriormente, hablaremos de un modelo general de salud pública que nos va a permitir ordenar y dar sentido a las fases de diagnóstico, diseño, planificación, implementación y evaluación de un programa de Educación para la Salud. Estas etapas son esenciales en el proceso de desarrollo de un programa de educación para la Salud. A su vez, destacaremos algunos modelos más concretos que nos van a ayudar a definir todos los elementos necesarios para llevar a cabo el programa con éxito como: las etapas de cambio, el modelo de creencias sobre la salud, la teoría de aprendizaje social, el modelo ASE y la teoría de organización comunitaria.

También de cuatro modelos de intervención: el informativo, el persuasivo-motivacional, el radical y el modelo orientado a la capacitación.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Conocer, identificar y saber aplicar los diferentes modelos y teorías que podrás utilizar para la elaboración de un programa de EpS.
- ✓ Identificar los enfoques que les puedes dar al programa.
- ✓ Conocer el método PRECEDE.
- ✓ Saber evaluar la influencia de los modelos y métodos en la elaboración del programa.

1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR ENFOQUE BIOMÉDICO Y ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL?

EL ENFOQUE BIOMÉDICO

Nació a finales del siglo XIX. Define la salud como la ausencia de enfermedad, por lo tanto, las personas se dividen entre sanas y enfermas. Siendo una enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar por procedimientos basados en el método científico-natural. Bajo éste, la medicina se adhirió al modelo de la ciencia empírica, se establecieron nuevas formas de clasificar las enfermedades y se dejó de especular acerca de la causa de los malestares del enfermo.

Las características básicas del enfoque biomédico son:

- ✓ *Basarse en una concepción patologista*: el objetivo es la de descubrir y curar enfermedades que se estudian como entidades existentes, estableciendo unas causas y un tratamiento apropiados.
- ✓ *Ser reduccionista*: los trastornos extremadamente complejos se reducen a sus componentes más elementales y se va delimitando una entidad independiente del individuo que la padece y del contexto sociocultural en el que vive.
- ✓ *Ser curativo*: el éxito profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.
- ✓ *Ser objetivo*: la relación entre el profesional y el paciente debe ser objetiva, tomando el modelo de las ciencias que se ocupan de objetos inertes.
- ✓ *Ser cartesiano*: la idea cartesiana de la división mente/cuerpo determina que los profesionales se ocupen solamente de lo somático.
- ✓ *Diagnosticar biológicamente*: el diagnóstico se hace en base a procedimientos de tipo biológico que pueden incluir una gama amplia de instrumentos de tecnología sofisticada, mientras que lo que provoca el sufrimiento humano deja de estar dentro del campo de la medicina científica.
- ✓ *Estar territorializado*: se establecen especialidades que adquieren valor normativo acerca de su territorialidad y la persona queda destrozada en partes.

- ✓ *Aplicar tratamientos externos:* el médico es la autoridad que prescribe tratamientos descontextualizados del estilo de vida del paciente, que debe recibirlos pasivamente.

El enfoque biomédico es actualmente dominante en la práctica sanitaria. Ha permitido grandes avances en el conocimiento y el desarrollo tecnológico vinculado a la industria de la salud. No obstante, la exclusión de los aspectos psicosociales distorsiona la perspectiva e interfiere en la atención del paciente. La figura 8 sintetiza de manera gráfica este enfoque.



Figura 8: Enfoque Biomédico.

EL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

Fue propuesto a mediados del siglo XX, a finales de los años setenta. Surgió para superar las limitaciones del enfoque biomédico.

Las características básicas del enfoque biopsicosocial son:

- ✓ *Entender la salud y la enfermedad como un continuo:* la salud no es un estado, sino un proceso multidimensional en que actúan permanentemente sistemas variados.

- ✓ *Centrarse en el paciente:* la función del profesional sanitario ya no sería sólo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.
- ✓ *Diagnosticar de manera contextualizada:* hay que desarrollar modelos que incluyan la complejidad de la salud, no solamente biológica sino también psicosocial, sin fragmentar a la persona para su estudio.
- ✓ *Entender al profesional de la salud como facilitador:* el profesional participa junto con el paciente y la familia en la definición del problema, de manera que al ser partícipe del trabajo relacional modifica lo que está observando.

Se podría decir que el enfoque biomédico se ocupa de las enfermedades que tienen (o padecen) las personas, trata que el individuo cambie porque él es el único responsable de la causa de su enfermedad, y a su vez se le destacan los beneficios físicos que provocan ciertos cambios en las conductas de salud. Por otra parte, el enfoque biopsicosocial se centra en las personas que tienen (o padecen) enfermedades, indica que debe cambiar el contexto y las comunidades donde viven las familias, que tienen o pueden tener enfermedades y al usuario se le invita a participar en sus decisiones de Salud y se le destacan los beneficios psicológicos y sociales de cambiar. Son dos perspectivas radicalmente distintas y ambas son vigentes en la actualidad, en mayor o menor medida. La figura 9, nos muestra gráficamente el enfoque biopsicosocial.

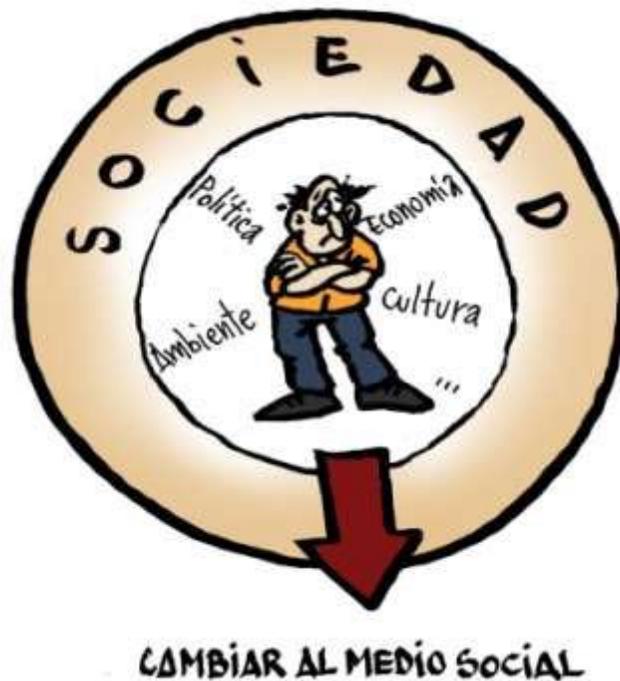


Figura 9.: Enfoque biopsicosocial.

2. ¿QUÉ MODELOS EXISTEN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

En la EpS, en función de los objetivos, el enfoque metodológico de las actividades y la ideología subyacente, se pueden distinguir cuatro modelos conceptuales: el modelo informativo, el modelo persuasivo, el modelo radical y el modelo orientado a la capacitación. En la bibliografía los podemos encontrar con otras nominaciones pero con características similares.

El modelo informativo

Se fundamenta en el enfoque biomédico y en la educación tradicional. Es un modelo perceptivo, autoritario y paternalista. Los usuarios deben cumplir las normas prescritas por los profesionales sanitarios que son los únicos que creen poseer el conocimiento sobre la salud. Prioriza la información y actúa sobre el individuo sin considerar los factores socioculturales y ambientales. Aunque es el modelo más criticado, es también el más

utilizado. Este modelo está basado fundamentalmente en la transmisión de conocimientos con intención normativa y prescriptiva del entendido al profano.

La salud se consigue aprendiendo unas normas de higiene y de comportamiento, sin tener en cuenta para nada la sociedad donde se elaboran esos comportamientos. Se cree que la información y la simple transmisión de conocimientos modifica los hábitos y conciben la salud como “algo individual” con poderes extraños.



Figura 10: Modelo informativo.

El modelo persuasivo-motivacional

Nace en la década de 1960 como una crítica al modelo informativo. Se basa en la necesidad de modificar los hábitos insanos y en la búsqueda de técnicas para motivar y producir cambios conductuales. Incluye la aportación de la psicología y otras ciencias sociales: pedagogía, antropología, sociología, etc. Se han definido muchas teorías sobre la forma en que se originan los comportamientos y por qué se modifican, aunque ninguna de ellas ha conseguido demostrar en su totalidad la eficacia y efectividad dada la complejidad de las variables que intervienen en un proceso de EpS.

A diferencia del modelo informativo, tiene en cuenta los aspectos socioculturales, pero los utiliza como instrumento para motivar y llegar mejor a través de los mensajes persuasivos, por lo que continúa siendo un modelo preceptivo que da toda la iniciativa al educador.



Figura 11: Modelo persuasivo-motivacional.

El modelo radical

Este modelo se centra fundamentalmente en los factores socioeconómicos y culturales que genera la salud o la enfermedad y disminuye la carga de responsabilidad individual, ya que se ha comprobado que las intervenciones basadas en la conducta tienen un impacto reducido y limitado en las personas más motivadas e instruidas.

El objetivo es disminuir las desigualdades sociales modificando las estructuras socioeconómicas. Sólo cuando las personas tuvieran los mismos recursos para la salud sería justo incidir en la responsabilidad individual. Es imprescindible la participación comunitaria, puesto que es necesario desarrollar una conciencia social que luche contra las fuerzas sociopolíticas y económicas que configuran el medioambiente e influyen en la salud.

Ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad. La estructura social es el objeto de su intervención. No se preocupa tanto de los conocimientos ni de los efectos en términos de comportamiento, sino de la interacción dialéctica entre las personas, su realidad, el desarrollo de habilidades y conciencia social.



Figura 12: Modelo radical.

El modelo orientado a la capacitación

Ante la ineficacia de los modelos de EpS centrados en los individuos y la imposibilidad de llevar a cabo una revolución social, en la actualidad se tiende a un modelo que integre lo mejor de cada uno y tenga en cuenta la influencia de los aspectos socioeconómicos y culturales en la salud:

- *Del modelo informativo:* la importancia de una información objetiva y veraz basada en la evidencia científica, sin dramatismos, que dote a las personas de una actitud crítica y las capacite para tomar decisiones informadas.
- *Del modelo persuasivo:* la importancia de la motivación para lograr un cambio de actitud, basada en refuerzos positivos, sin utilizar la coacción o el miedo.
- *Del modelo radical:* el tener en cuenta la importancia de los factores socioeconómicos y culturales y la necesidad de un trabajo interdisciplinario capaz de abordar todas las variables que influyen en la salud individual y colectiva.

3. ¿QUÉ TEORÍAS SE APLICAN EN LOS PROGRAMAS DE EPS?

Es muy conocida la frase “No hay nada más práctico que una buena teoría”. Las teorías nos ayudan a entender e interpretar la realidad y actuar sobre ésta de forma eficaz.

En educación para la salud, el trabajar a partir de las teorías fundamentadas y experimentadas, ayuda a situar el foco de las intervenciones allí donde se puede sacar más partido a la relación esfuerzo/resultado.

Se presentan a continuación cuatro de las teorías más utilizadas en educación para la salud, con la finalidad de facilitar la comprensión de posibles intervenciones, tanto a nivel individual (etapas de cambio, creencias en salud), grupal (aprendizaje social) y comunitario (organización comunitaria).

TEORÍAS DE ETAPAS DE CAMBIO

También llamado Modelo transteórico de gran valor pedagógico propuesto por Prochaska y DiClemente que desarrolla un proceso de cambio caracterizado por una serie de etapas diferentes que pueden durar años o meses. Es por tanto un modelo dinámico de cambio conductual. Se creó como modelo para comprender el abordaje eficaz de las drogodependencias, pero finalmente se trata de un modelo que nos ayuda a planificar las intervenciones que trabajan la motivación para el cambio en las conductas de salud. En función de si los individuos se encuentran en una etapa u otra la intervención motivacional será diferente, de esta manera la probabilidad de éxito aumenta y se aproxima a que el cambio se pueda activar.

La ventaja de esta teoría es que en caso que haya retrocesos en el proceso de cambio, no siempre es necesario reiniciarlo. Se puede retomar la etapa donde las cosas funcionaron y se reevalúan las llevadas a cabo.

Las fases o etapas son:

1. **Precontemplación:** no hay conciencia del problema o intención de cambio.
2. **Contemplación:** conciencia del riesgo. Piensa en cambiar en un futuro próximo pero aún no ha movilizado ni su interés ni sus recursos hacia el cambio.
3. **Preparación para el cambio o determinación:** ya hace planes para empezar el cambio en poco tiempo y empieza a movilizar recursos para prepararse para el cambio.

4. **Acción:** empieza cambios concretos y específicos.
5. **Mantenimiento:** fase importantísima. Ya se han producido cambios y el principal objetivo de la intervención aún no se ha cumplido ya que una vez conseguidos los cambios, éstos se deben mantener en el tiempo. Ninguna intervención puede ser considerada exitosa si no consigue que los cambios perduren a lo largo del tiempo.
6. **Salida permanente:** cambio consolidado en el repertorio conductual de la person
7. **Recaída:** la persona abandona la conducta/hábito de salud que había incorporado y corre el riesgo de retornar al estado motivacional inicial.

ACTIVIDAD: En qué Etapa de Cambio se encuentra una persona si te responde:

1. No estoy seguro de querer dejar de fumar o desearía fumar menos. (Contemplación)
2. He dejado de fumar hace un mes. (Mantenimiento)
3. No quiero dejar de fumar. (Precontemplación)
4. El 28 de Mayo voy a dejar el tabaco y ya estoy pensando en qué voy hacer con todo el dinero que me voy a ahorrar. (Preparación para la acción)
5. Quiero dejar de fumar, pero más adelante. (Contemplación)
6. Quiero dejar de fumar pero necesito ayuda. (Acción)
7. He vuelto a fumar otra vez. (Recaída)

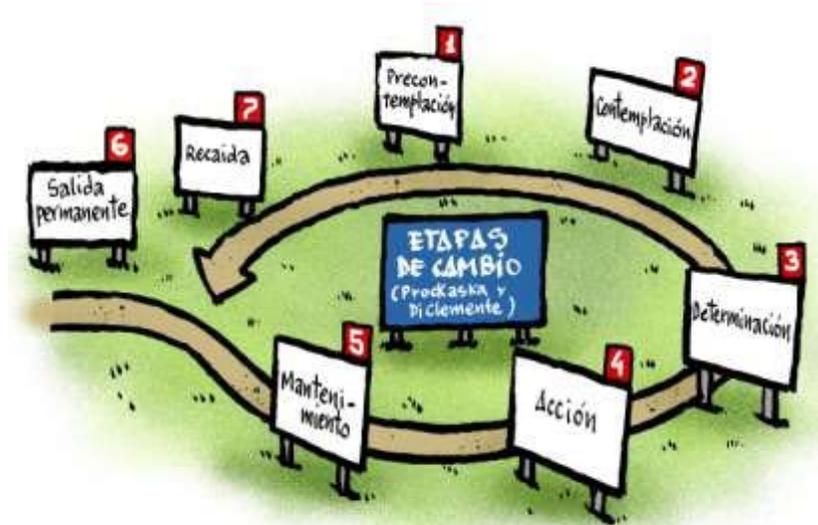


Figura 13: Teoría de Etapas de Cambio.

TEORÍA DE CREENCIAS DE SALUD

Fue creado originalmente por un grupo de psicólogos sociales del servicio de Salud Pública de Estados Unidos (Hochbaum, 1958). Posteriormente fue mejorado y difundido por Rosentock (1960) y actualmente el más utilizado fue el adaptado por Janz y Becker en 1954.

Los comportamientos relacionados con la salud que se explican en el Modelo psicosocial son los más sistemáticamente usados y citados para explicar acciones de prevención de enfermedades, respuestas a síntomas y a enfermedades, así como otros diversos patrones comportamentales con efectos en salud.

Este modelo teórico de orientación cognitiva afirma que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones y en la relación que adopta con la salud. Los aspectos que influyen son la susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad y las variables sociodemográficas como influencia indirecta. Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la gente falla en adherirse a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta.

Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de:

- ✓ Grado de motivación e información que tengas sobre tu salud.
- ✓ Autoperibirse como potencialmente vulnerable ante la enfermedad.
- ✓ Percibir la condición como amenazante.
- ✓ Estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz.
- ✓ Percibir con poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.

En su origen esta teoría culpabiliza a la víctima ya que se centra en las conductas individuales sin tener en cuenta la vulnerabilidad en la toma de decisiones frente a una realidad social o un contexto desfavorable.

Los pasos de este enfoque teórico de orientación cognitiva defienden que los individuos tornen sus decisiones respecto a la salud, debido a que un estímulo puede poner de manifiesto las creencias de la persona e iniciar un proceso de cambio en función de:

1. **Susceptibilidad percibida:** percepción personal acerca de las posibilidades de está afectado por una acción o conducta determinada. Ej. Si no adelgazo tengo muchas probabilidades de tener hipertensión.
2. **Severidad o gravedad percibida:** opinión personal de la gravedad respecto a la situación y sus consecuencias. Ej. La hipertensión me puede provocar problemas cardiovasculares.
3. **Beneficios percibidos:** opinión personal acerca de la eficacia de la acción para evitar o reducir el riesgo. Ej. Si bajo peso tendré menos riesgos de tener hipertensión y problemas cardiovasculares.
4. **Dificultades o barreras percibidas:** opinión personal acerca de los costes o dificultades para asumir la acción recomendada. Ej. Es mejor hacer dieta y ejercicio habitualmente que recuperarse de un problema cardiovascular.
5. **Indicaciones para la acción:** son las estrategias que se asumen. Ej. Hago dieta sana y ejercicio tres veces por semana.
6. **Autoeficacia:** confianza en la propia capacidad para llevar a cabo la acción. Ej. Llevo dos semanas. Yo puedo hacerlo.



Figura 14: Teoría de Creencias en Salud.

TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL

Según Bandura (1982), “El valor de una teoría se juzga por el poder de producir cambios psicológicos que tienen los procedimientos desarrollados a partir de ella”. En este caso, se trata de identificar mediante argumentos (fiables y experimentados) y el valor predictivo los determinantes de la conducta humana y los mecanismos cuya intervención son responsables de los cambios de comportamiento. Al desarrollarse y analizarse la teoría de la conducta, se llegó a la conclusión que los determinantes de la conducta residen en las fuerzas del medio.

En esta teoría, la conducta humana se explica en términos de un modelo dinámico e interactivo con tres bases: los factores personales, las influencias ambientales y la conducta, que interactúan constantemente entre si. Una premisa básica de la teoría es que las personas aprenden no solamente de sus propias experiencias, sino también de la observación de las acciones de los otros, así como del resultado de las suyas. De hecho, este modelo propone una manera de entender cómo piensa la gente respecto a sus comportamientos de salud y qué factores determinan su comportamiento.

Los conceptos claves de este modelo son los siguientes:

- 1. Determinismo recíproco:** los cambios en el comportamiento son consecuencia de la interacción entre la persona y el entorno. El cambio es bidireccional.
- 2. Capacidad conductual:** conjunto de conocimientos y técnicas necesarias para llevar a cabo una conducta. Los cambios requieren información y entrenamiento.
- 3. Expectativas:** creencias sobre los resultados probables de la acción.
- 4. Autoeficacia:** confianza que un individuo tiene en sí mismo para actuar y persistir en la acción.
- 5. Aprendizaje observacional:** creencias basadas en la observación de otras personas y/o resultados físicos visibles. Identifica conductas realizadas por otras personas significativas como modelo de aprendizaje.
- 6. Refuerzo:** respuesta a la conducta de una persona que incrementan o disminuyen las probabilidades de que ésta se lleve a cabo o no.

La utilización de esta teoría en el EpS tendría que poner el foco en:

1. La información
2. El desarrollo y mejora de las habilidades sociales y de autocontrol.
3. La potenciación de la autoeficacia.
4. El soporte social.



Figura 15: Aprendizaje social.

TEORÍA DE LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Tiene su origen en teorías de redes y apoyo social. Parte de perspectivas ecológicas y de sistemas sociales. Es clave la participación activa de la comunidad en todas las fases de la planificación para la solución de sus necesidades y problemas de salud.

Algunos de los conceptos claves de esta teoría son:

1. **Potenciación:** proceso para incrementar el dominio y el poder sobre sí mismo o sobre la propia comunidad para producir un cambio.
2. **Competencia comunitaria:** capacidad comunitaria para solucionar problemas de manera efectiva.
3. **Participación y relevancia:** los que aprenden deben ser participantes activos y el trabajo debería realizarse desde la propia realidad de las individuos
4. **Selección de problemas:** identificar problemas solucionables, simples y específicos como foco de la acción.
5. **Conciencia crítica:** desarrollar la comprensión de las causas originales de los problemas



Figura 16: Organización comunitaria.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Propuesta por Fishben y Ajzen (1975). Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y la conducta. Señala específicamente que “el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo”. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar la conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.

4. MODELO ASE

Conocido como modelo integrado de la moderna EpS o modelo ASE, acrónimo de las palabras inglesas, “Attitude, Social influence y Efficacy”. Fue descrito por los profesores H. De Vries y G. Kok del Departamento de EpS de la University of Maastricht. Este modelo está basado en la Teoría del Aprendizaje Social, conocida actualmente como

Teoría Cognitivo Social del prestigioso psicólogo americano Albert Bandura y como la Teoría de la Acción Razonada, de los americanos Fishbein & Ajzen. De esta manera se puede considerar como un modelo que integra y resume las teorías explicadas en los apartados anteriores.

Según este modelo, fundamentado en la investigación, hay tres elementos esenciales: actitudes, influencia social y autoeficacia; que combinados predicen la intención, la cual, a su vez, predice la conducta, siempre y cuando dotemos de habilidades y eliminemos las barreras (tanto personales como sociales, políticas, etc.). Las variables externas (fuera del modelo), como la edad, el sexo, la profesión, el status cultural y económico, influyen la conducta a través de estos tres determinantes y de la intención.

La combinación de estos tres elementos, constituye, según los autores, las creencias que determinan una conducta dada. Por tanto, la evaluación anticipada de estos tres componentes de las creencias nos permitirá predecir la intención de obrar y la propia conducta, así como augurar el éxito o el fracaso de un cambio de comportamiento buscado.

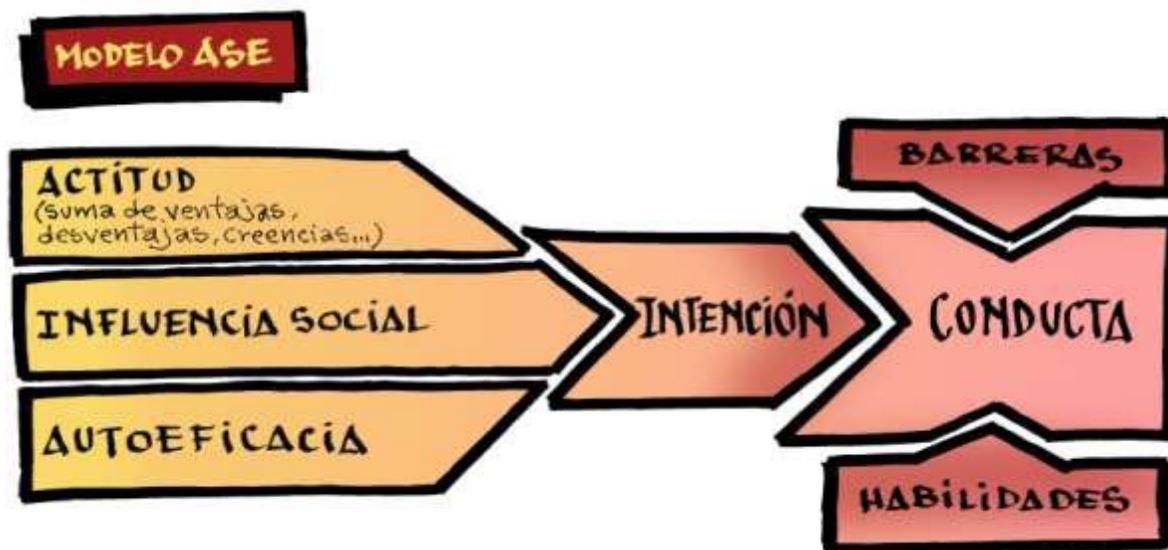


Figura 17: Modelo ASE

5. ¿QUÉ ES EL MODELO PRECEDE?

Es el modelo de planificación de programas de educación para la salud creado por Lawrence Green y Marshall Kreuter. (Figura 18). El término PRECEDE viene de las iniciales en inglés (*Predisposing, Reinforeing, Enabling, Conctructs in Eduactional Diagnosin and Evaluation*: Predisponer, reforzar, facilitar las causas a través del diagnóstico y evaluación educacional). Además, la palabra PRECEDE, implica que el uso de este modelo se hace mucho antes de implementar un programa.

Las políticas y regulaciones en el campo de la salud deberían ir de la mano de los programas que se implementen. De esta manera serán más sencillos y congruentes los cambios que se produzcan sobre la población diana.

Se trata de un modelo que nos va a guiar en todos los pasos a dar para hacer un buen diagnóstico de la problemática de salud, y un abordaje completo a través de las fases que nos guiarán en el diseño, planificación, implementación y evaluación del programa de Educación para la Salud.

Una de las contribuciones más significativas del modelo PRECEDE-PROCEED en la Educación para la Salud, es el ir más allá de los factores individuales y poner en evidencia la necesidad de alterar factores sociales, organizacionales y ambientales (del entorno) que afectan la conducta saludable.

Se apoya en el principio de que la mayoría de cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. Este principio se refleja en un sistemático proceso de planificación que intenta empoderar a los individuos hacia la comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de problemas con el fin de mejorar la calidad de vida.

Es sumamente práctico, pues varios estudios demuestran que los cambios en el comportamiento perduran más cuando las personas han participado activamente en éstos y la toma de decisiones acerca del cambio se hace a lo largo del proceso. De esta manera los individuos toman hábitos saludables a través del cambio de comportamiento.

4.1 ¿CUÁLES SON LAS FASES DEL MODELO PRECEDE?

El modelo PRECEDE se encuentra conformado por siete fases, las cuales mencionaremos a continuación:

FASE 1: DIAGNOSTICO SOCIAL

En esta primera fase se identifican los problemas sociales que afectan la calidad de vida de la comunidad a la cual va dirigida la intervención. Ya que ésta juega un papel importante en los problemas de salud. Hay muchas investigaciones que nos demuestran que si se mejora la calidad de vida se logra reducir los problemas de salud.

En esta fase se pueden utilizar varios tipos de indicadores. Por una parte, indicadores sociales cuantificables: tasa de paro, absentismo, nivel educativo, presencia de servicios sociales, etc.; y por otra parte, indicadores subjetivos: aislamiento social y cultural, hostilidad, discriminación, etc. Así pues, para determinar los problemas sociales, se puede hacer una revisión bibliográfica especializada, utilizar los datos existentes o consultar a los miembros de la población diana acerca de los factores más importantes que les impiden mejorar sus condiciones de vida.

FASE 2: DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO

En esta fase el profesional debe preguntarse cuáles son los problemas de salud que contribuyen a la problemática social identificada en la etapa anterior y distinguirlos. De hecho, es raro que se pueda establecer una identificación global de los problemas sociales y de salud de una comunidad para, a continuación, determinar aquel o aquellos más importantes. La mayoría de las veces, los pasos empiezan a partir del problema de salud que motive el interés, de la experiencia que se tenga, o en función de los recursos económicos.

Los problemas de salud se analizan en términos de tasas de morbilidad, mortalidad y fecundidad entre otras. Es necesario considerar también la incidencia, prevalencia, distribución, intensidad y duración de los problemas de salud de la comunidad a tratar. Una vez que se tiene noción de los problemas de salud de la comunidad, se establecen prioridades en conjunto con sus miembros.

Es necesario recordar que la percepción de los usuarios sobre los problemas de salud puede ser muy diferente a la de los profesionales o proveedores de servicios.

Una vez identificado el problema de salud a estudiar, el objetivo que pretende alcanzar el programa educativo puede redactarse en términos claros y medibles (por ejemplo, seis meses después del inicio del programa, el 50% de los sujetos incluidos en el grupo “intervención educativa” tendrán una glicemia normal, contra solamente el 20% de los del grupo control”)

FASE 3: DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL

En esta etapa, deben identificarse las conductas que dificultan o facilitan conseguir el resultado deseado en términos de salud. Los objetivos del educador para la salud son cambiar las conductas “negativas” y/o reforzar los comportamientos “positivos”. Consecuentemente, cada conducta debe clasificarse en función de su importancia y de su facilidad para ser modificada.

En esta fase se analizan dos variables importantes: las causas no conductuales y las causas conductuales. Las causas no conductuales “son factores personales que contribuyen a los problemas de salud, pero que no pueden ser controlados por la comunidad” (Green y col). Éstas pueden ser identificadas para que puedan ser tomadas en cuenta como determinantes, aún cuando no pueden ser modificadas por medio de la educación para la salud. Por ejemplo, la edad y los factores genéticos no pueden ser afectados con técnicas de educación para la salud.

Las causas conductuales son las conductas que causan o hacen más probable la aparición de una enfermedad o condición de salud determinadas. Éstas deberán ser analizadas cuidadosamente ya que serán las metas a las que va a estar dirigida la intervención de educación para la salud. Las causas conductuales están basadas en la idea de que “la salud es el resultado de las acciones de cada persona 24 horas al día y 7 días a la semana” (Green y col.).

En esta etapa, los objetivos también deben escribirse en términos cuantificables, lo que permitirá evaluar el impacto del programa educativo para cada uno de los objetivos. (por ejemplo: los diabéticos no-insulinodependientes del grupo “intervención educativa”

disminuirán su consumo de lípidos en un 50% a lo largo de los tres meses siguientes al inicio del programa en relación al consumo de lípidos del grupo control que recibirá el tratamiento habitual. Otro ejemplo sería, los niños y niñas participantes en el Programa Thao-Salud Infantil aumentará un 50 % el consumo de frutas, verduras y legumbres en el próximo año en el que se llevará a cabo una campaña de promoción de estos productos.

FASE 4: DIAGNÓSTICO EDUCATIVO

En esta fase se clasifican los factores que tienen influencia en las conductas analizadas en la fase anterior, a través; de cuestionarios o entrevistas. Consiste en determinar los motivos de la conducta, definida en la etapa anterior, en la población diana. Los motivos se clasifican en tres grupos: factores que predisponen, que facilitan y por último lo que refuerzan la/s conducta/s seleccionada/s.

Los factores que predisponen son factores preexistentes en el comportamiento que ofrecen una motivación para la conducta. En este grupo, se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, las normas culturales, los valores, etc.

Los factores favorecedores (o facilitadores) son los factores que hacen posible la existencia de una conducta determinada. (por ejemplo, un paciente no puede acudir a la consulta del médico en el hospital si no hay ningún medio de transporte disponible Otro ejemplo: un niño o niña incorporará el hábito de desplazarse en bici si dispone de éste medio de transporte (1 factor facilitador) y de la seguridad vial suficiente para hacerlo (1 factor facilitador).

Los factores de refuerzo son aquellos que están relacionados con la ayuda que el sujeto recibirá cuando adopte un comportamiento sea negativo, sea positivo. Esta ayuda puede venir de la familia, de los amigos, de los profesionales de la salud, etc. (Por ejemplo, una padre o madre que premia con una excursión a la montaña a su hijo/a que ha desayunado cada día una pieza de fruta).

FASE 5: DESARROLLO DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Una vez seleccionados los factores que predisponen, facilitan, y refuerzan la conducta se elabora el programa educativo. El criterio de decisión debe estar basado en la importancia relativa que tienen estos factores en la influencia de las conductas y los recursos disponibles para influir en el problema de salud a tratar.

FASE 6: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Ya tenemos la población diana, el problema de salud, las conductas asociadas y los factores predisponentes, favorecedores y de refuerzo asociados a estos comportamientos. Ahora toca definir una estrategia educativa apropiada. En general, ninguna técnica o método, por popular que sea, es adecuado a todas las poblaciones. Además, ninguna técnica o método considerados aisladamente son tan eficaces como una combinación de varias estrategias. Cuantos más factores se hayan tomado en consideración y cuanto más larga sea la duración del programa, más posibilidades hay de que el programa tenga un efecto duradero.

Las intervenciones deben ser seleccionadas cuidadosamente, de acuerdo con los recursos, personal disponible y la participación activa de la comunidad. También habrá que tener en cuenta los objetivos de cambio conductual nos hemos propuesto en las fases anteriores.

FASE 7: EVALUACIÓN

Aunque el modelo conlleva una evaluación continua en todas sus fases. En esta última fase se centra en la evaluación de tres grandes apartados:

- 1. Del proceso:** consiste en evaluar todo aquello que se lleva a cabo durante la implementación del programa, para modificarlo y mejorarlo durante la propia implementación. La pregunta a plantearse es: ¿Qué aspectos del programa funcionan y cuáles son susceptibles de mejora o refuerzo?
- 2. Del impacto:** consiste en evaluar los efectos que tiene el programa en el conocimiento, creencias, actitudes y conductas de las personas. Es decir, en este punto evaluamos aquellos determinantes que nos hemos propuesto modificar y que predicen el resultado de salud deseado, es lo que habremos definido como objetivos intermedios de nuestra intervención. La pregunta a plantearse es: ¿La intervención ha producido efectos sobre los determinantes que predicen la aparición de la problemática de salud que deseo abordar?
- 3. De los resultados:** consiste en evaluar los efectos del programa en indicadores de morbilidad y mortalidad. La pregunta a plantearse es: ¿Hemos conseguido modificar la

magnitud o frecuencia de aparición de la problemática de salud que nos hemos propuesto abordar?

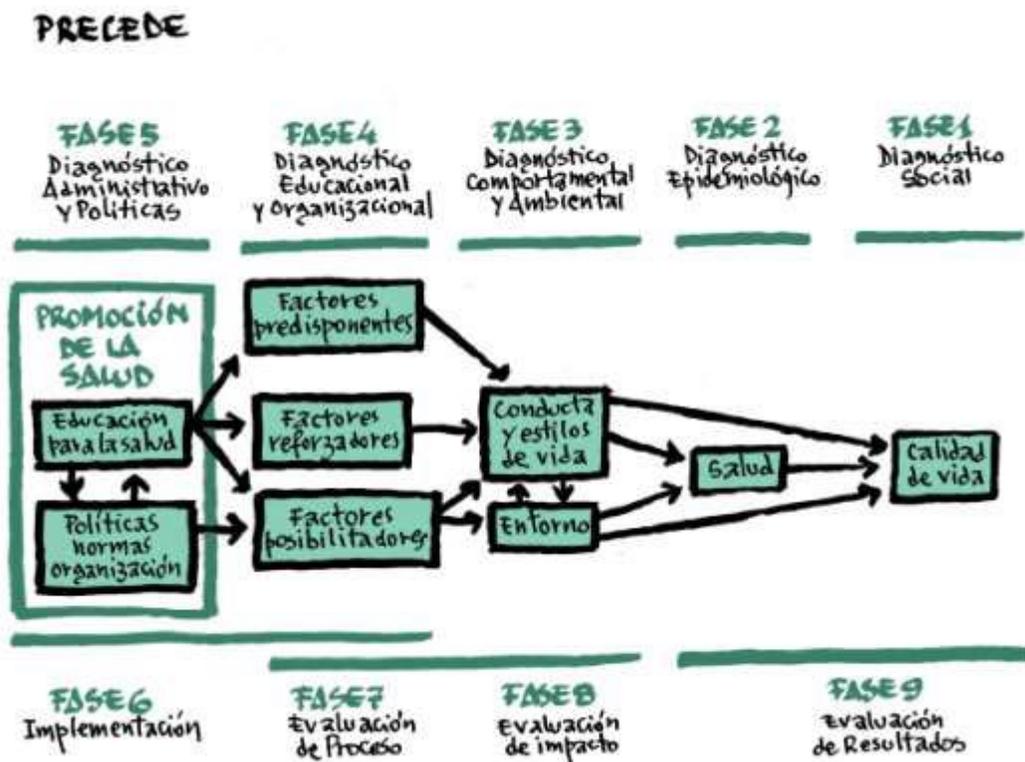


Figura 18: Fases PRECEDE - PROCEED

Este modelo de diagnóstico conductual que planifica, ejecuta y evalúa programas de EpS, produce un espacio en el cual los profesionales de la salud construyen el aprendizaje de su rol de promotor/educador en base a sus propias necesidades, experiencias e intereses. Se busca que el aprendizaje sea conformado como significativo y por su sentido que resulte perdurable.

Enfoques, modelos y teorías en educación para la salud que adopta el Programa Thao-Salud Infantil

El modelo de intervención Thao está basado en las fases definidas por el modelo PRECEDE-PROCEED de diagnóstico, diseño, planificación, implementación y evaluación de programas de Educación para la Salud. Tiene en cuenta las fases de diagnóstico social, epidemiológico, define los determinantes conductuales y del entorno que se propone abordar, hace explícitos aquellos factores psicosociales que predicen las conductas de salud y la manera de abordarlos, y lleva a cabo un plan de implementación y evaluación basado en este modelo.

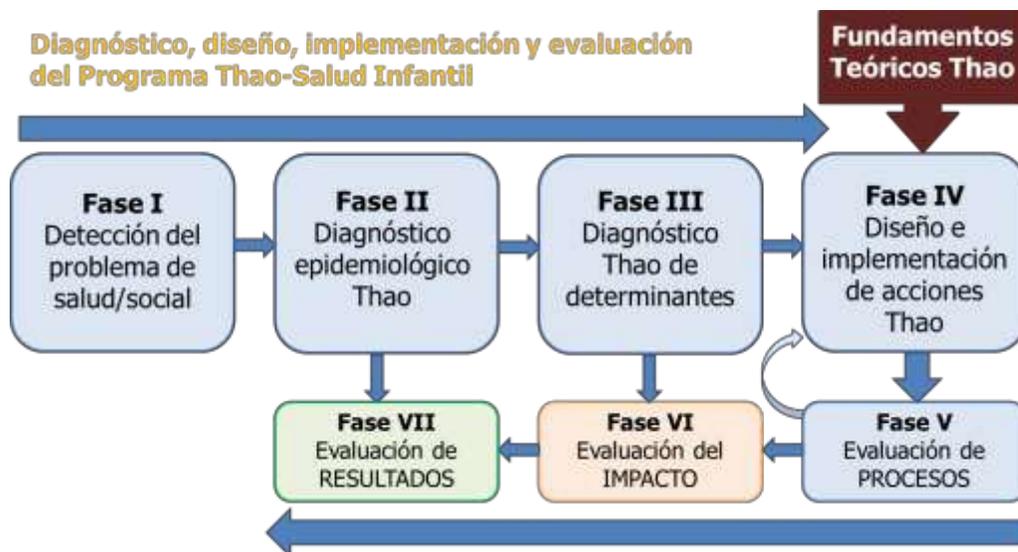


Figura 19: Modelo general del Programa Thao.

Por otra parte las acciones del programa Thao se construyen en base a una pirámide de tres perspectivas teóricas como son:

- ✓ El modelo ASE de determinantes sociocognitivos de las conductas de Salud.

- ✓ La teoría de la Organización Comunitaria.
- ✓ Y los modelos de Marketing Social.

A su vez esta pirámide teórica se conecta entre sí mediante el enfoque emocional que utiliza Thao en todas sus acciones. El principio básico es que si en el interior de los niños y niñas se consiguen despertar ciertas emociones fruto de la participación en acciones Thao, estaremos más cerca de conseguir y/o mantener los cambios conductuales que se marca el Programa Thao como objetivo.

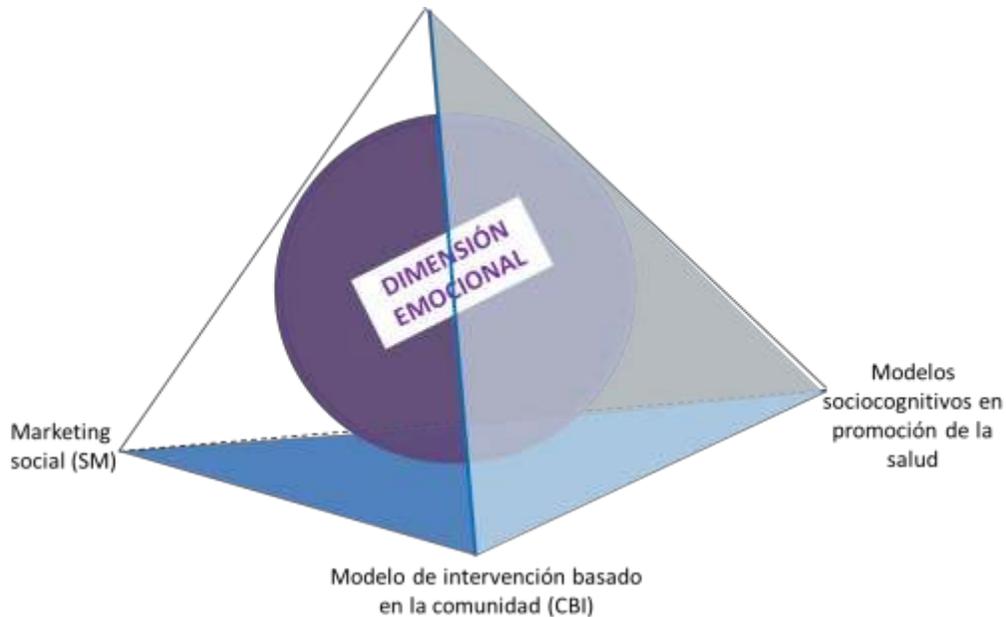
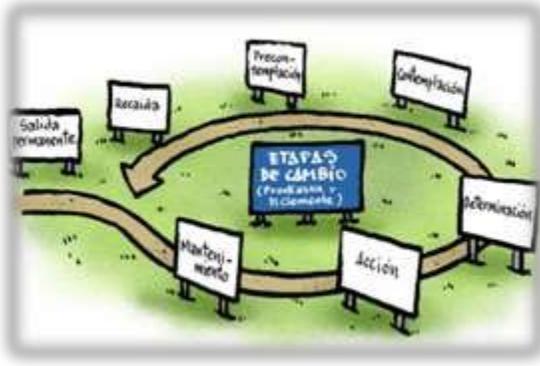


Figura 20: Pirámide teórica del Programa Thao-Salud Infantil.

Y AHORA ANTES DE CONTINUAR,

- ✓ ¿Sabrías definir los diferentes modelos y teorías en EpS?
- ✓ ¿Cómo intervienen en la EpS la implementación de los diferentes modelos y teorías?
- ✓ ¿Cómo usarías el método PRECEDE en la elaboración de tu programa?

TEORÍA DE ETAPAS DE CAMBIO O MODELO TRANSTEORICO (Prochaska i DiClemente)



Esta teoría propone etapas de cambio, que pueden durar años o meses, para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. En caso que haya retrocesos, se puede retomar la etapa donde las cosas funcionaron y se reevalúan las llevadas a cabo.

| FASES/ ETAPAS | QUE ES? | QUE HACER? | EJEMPLOS |
|----------------------------|---|--|---|
| 1. PRE-CONTEMPLACIÓN | No hay conciencia del problema o intención de cambio. | Brindar información personalizada sobre riesgos y beneficios, para aumentar el grado de conciencia y la necesidad de cambio del individuo. | Fumo 3 cajas de tabaco al día, es poco comparado con lo que otros fuman. // Fumo muy poco. Cuando ceno, me sirvo muchas porciones. Es saludable. |
| 2. CONTEMPLACIÓN | Conciencia del riesgo. No existe intención de cambio. | Crear motivación y alentar a realizar cambios específicos. | Reconozco que el tabaco es nocivo para mi salud, pero; no estoy seguro de querer dejar de fumar. // Quizás me convenga abandonar el hábito tabáquico. Sé que debo tener en cuenta mi obesidad, pero; me gusta satisfacer mi apetito. |
| 3. CONCIENCIA DEL RIESGO | Piensa en cambiar en un futuro próximo | Aportar recursos y aumentar la autoeficacia del individuo. | Desearía fumar menos. // Me agradecería bajar de peso paulatinamente. |
| 4. DECISIÓN/ DETERMINACIÓN | Ya hace planes para empezar el cambio en poco tiempo. | Ayudar a organizar planes concretos con metas graduales. | Cuando nazca mi hijo dejaré de fumar. // Pedí unos materiales que me van a ayudar a dejar de fumar. Hablaré con la nutricionista para que me informe como puedo bajar de peso. |
| 5. ACCIÓN | Empieza cambios concretos | Ayudar con apoyo social, buscar soluciones al | Me he apuntado a un grupo de ayuda para dejar de fumar. // He |

| | | | |
|----------------------|--|---|--|
| | y específicos. | problema, reforzando y retroalimentando. | pasado todo el día sin fumar. He programado clases de baile y salgo a caminar a diario.// Sigo la dieta recomendada por la nutricionista. |
| 6. MANTENIMIENTO | Cambio más consistentes pero con miedo a recaídas. | Ayudar a hacer frente al problema, detectar situaciones de riesgo y dar herramientas para solucionarlas. | Tengo una semana sin fumar tabaco y me siento ansiosa cuando veo a alguien hacerlo. He bajado de peso, pero en ocasiones; me apetece comer alimentos que me han retirado de la dieta. |
| 7. SALIDA PERMANENTE | Cambio consolidado | Recordar los beneficios del proceso de cambio y generar motivación hacia otros que están intentando superar el mismo proceso. | Tengo 6 años sin fumar. // Desde que dejé de fumar he ahorrado suficiente dinero para estas vacaciones que siempre había querido hacer.// Al retomar mi peso ideal, puedo realizar largas caminatas sin agotarme fácilmente. |
| 8. RECAÍDA | Retoma problema | Aumentar la autoeficacia y señalar que el intento no ha sido en vano. Crear motivación para retomar la fase de determinación. | He vuelto a fumar.// He estado comiendo alimentos fuera de la dieta recomendada y no he vuelto a realizar actividad física. |

TEORÍA DE CREENCIAS DE SALUD (Hochbaum y Rosenstock)



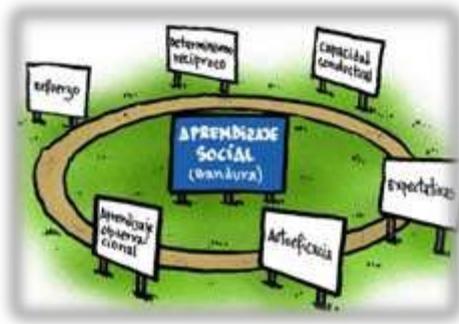
Esta teoría defiende que las creencias de las personas influyen en la toma de decisiones y la relación que uno adopta con la salud. Integra teorías cognitivas y conductuales que afirman que la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad depende de:

- ✓ Grado de motivación e información que tenga sobre su salud
- ✓ Autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad
- ✓ Percibir la condición como amenazante
- ✓ Estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz
- ✓ Percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.

Haría imágenes de una persona realizando cada fase de la teoría e imaginando cambios y actitudes

| FASES | QUE ES? | QUE HACER? | EJEMPLOS |
|--------------------------------|--|--|--|
| 1. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA | Percepción personal acerca de las posibilidades de estar afectado por una acción o conducta determinada | Facilitar información objetiva sobre el problema en cuestión. | Si no adelgazo tengo muchas probabilidades de tener hipertensión.// La deficiente higiene bucal permitirá la formación de Cálculo dental. |
| 2. SEVERIDAD PERCIBIDA | Opinión personal de la gravedad respecto a la situación y sus consecuencias. | Hacer reflexionar al individuo sobre cómo le afecta negativamente este problema y cómo podría afectarle a los individuos que tiene más cercanos. | La hipertensión me puede provocar problemas cardiovasculares. El Cálculo dental me creará problemas en las encías y en los tejidos que soportan mis dientes. |
| 3. BENEFICIOS PERCIBIDOS | Opinión personal acerca de la eficacia de la acción para evitar el problema, reducir el riesgo o la gravedad de la afección. | Determinar las acciones a seguir para reducir o evitar el problema. Especificar los aspectos que se quieren lograr. | Si bajo de peso tendré menos riesgos de tener hipertensión y problemas cardiovasculares.// Si cuido mi higiene bucal no se creará el Cálculo dental y no tendré problemas de encías ni en los tejidos que soportan mis dientes. |
| 4. BARRERAS PERCIBIDAS | Opinión personal acerca de los costes o dificultades para asumir la acción recomendada. | Aumentar la autoeficacia de la persona y facilitar herramientas para afrontar situaciones de riesgo. | Es mejor hacer dieta y ejercicio habitualmente que recuperarse de un problema cardiovascular.// Es mejor cuidar la higiene bucal que tener problemas de encías y tejidos de soporte de los dientes. |
| 5. INDICACIONES PARA LA ACCIÓN | Son las estrategias que se asumen | Pautar estrategias y acciones compatibles con las rutinas de la persona afectada. | Hago dieta sana y ejercicio tres veces por semana.// Cepillo mis dientes mínimo 3 veces al día (después de cada comida) y utilizo la seda dental. |
| 6. AUTOEFICACIA | (Autoconfianza) Confianza en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o tomar medidas | Incentivar al individuo con pequeñas recompensas (felicitaciones, revisión de los progresos hechos, etc) | Llevo dos semanas. Yo puedo hacerlo.// Me han felicitado en la revisión con el Odontólogo. No he tenido inconvenientes en realizarme otro tratamiento que necesito en mi boca. |

TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL (Bandura 1982)



Este modelo propone una manera de entender cómo piensa la gente respecto a sus comportamientos de salud y que factores determinan su comportamiento. Defiende que los determinantes de la conducta residen en las fuerzas del medio. Las personas aprenden no solamente de sus propias experiencias, sino también de la observación de las acciones de los otros, así como del resultado de sus acciones. La conducta humana se explica en términos de un modelo dinámico e interactivo con tres bases: los factores personales, las influencias ambientales y la conducta, que interactúan constantemente entre sí

Ejemplos a través de historietas

| FASES | QUE ES? | QUE HACER? | EJEMPLOS |
|---------------------------|---|---|---|
| 1. DETERMINISMO RECÍPROCO | Los cambios en el comportamiento son consecuencia de la interacción entre la persona y el entorno. El cambio es bidireccional. | Para estimular un comportamiento saludable, (incluir a las personas más cercanas y modificar el entorno si es necesario.) variar los factores externos del ambiente que rodea la persona. | Dentro de casa no se fuma./Le he pedido a mi amiga que no fume delante mío.// Celebramos todo tipo de reuniones familiares sin comprar ningún tipo de alcohol en casa. Todos conocemos la situación y los apoyamos. |
| 2. CAPACIDAD CONDUCTUAL | Conjunto de conocimientos y técnicas necesarias para llevar a cabo una conducta. Los cambios requieren información y entrenamiento. | Impartir información para corregir creencias equivocadas. Enseñar y practicar habilidades para evitar situaciones de riesgo y llevar a cabo conductas saludables. | En vez de fumarme un cigarro de buena mañana, me levanto temprano y salgo a correr.// Intento mantener la mente ocupada realizando actividades que me permitan alejarme de la adicción al alcohol. |
| 3. EXPECTATIVAS | Creencias sobre los resultados probables de la acción | Resolver dudas y reforzar el conocimiento sobre los efectos beneficiosos de adoptar una nueva conducta. | Si dejo de fumar tendré menos probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón/ o me voy a cansar menos.// Al dejar el alcohol estaré sobrio y seré parte de cada etapa del crecimiento de mis hijos. |
| 4. AUTOEFICACIA | Confianza que un individuo tiene en si mismo para actuar y persistir en la acción. | Resaltar el poder de decisión del individuo. Brindarle apoyo en todo momento y recursos para afrontar el nuevo reto. Introducir lentamente los nuevos comportamientos para aumentar la confianza del individuo. | Ya llevo un mes sin fumar y ahora salgo a la terraza del bar sin que me importe el humo de los demás fumadores.// Ahora no me da ansiedad el ver tomar a otros bebidas alcohólicas, sé lo que he alcanzado hasta el momento y me enorgullezco de haberlo logrado. |

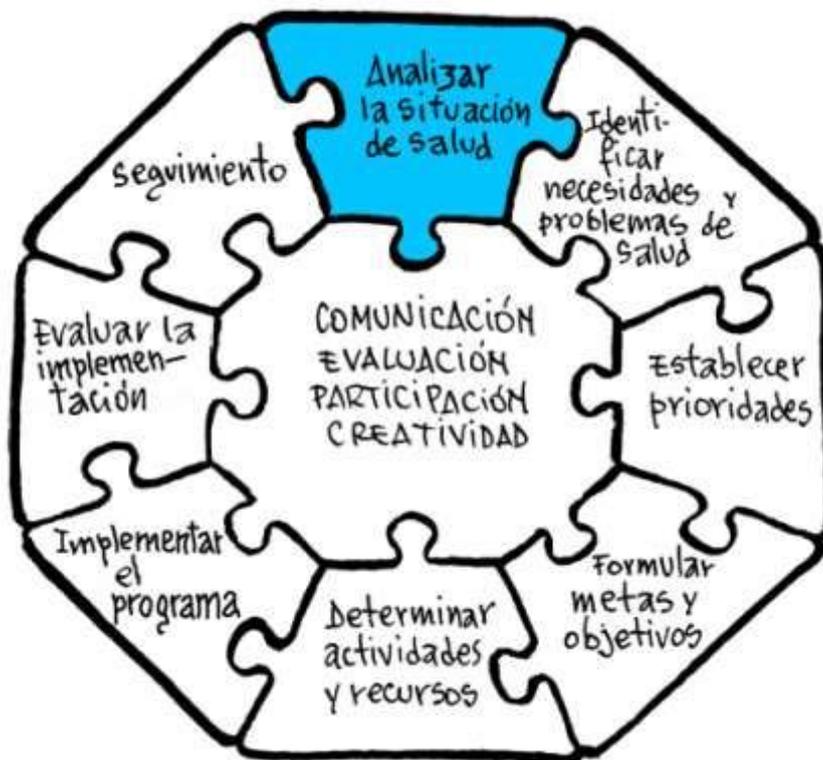
| | | | |
|------------------------------|--|---|---|
| 5. APRENDIZAJE OBSERVACIONAL | Creencias basadas en la observación de otras personas y/o resultados físicos visibles; identifica conductas realizadas por otras personas significativas como modelo de aprendizaje. | Seleccionar modelos saludables próximos al individuo, y describir cuales son las conductas y resultados físicos que se observan. La imitación es de las formas más efectivas de enseñar comportamientos saludables. | Mi amiga que dejo de fumar no se ha engordado nada y encima ahora se ha aficionado a la montaña.// Tengo amigos que también han dejado la adicción al alcohol, ahora nos reunimos con nuestras familias a hacer deporte cada tarde. |
| 6. REFUERZO | Respuesta a la conducta de una persona que incrementan o disminuyen las probabilidades de que se lleve a cabo o no. | Evitar refuerzos negativos y fomentar pequeñas recompensas y alabanzas en cada meta que se vaya logrando. | Hoy me ha felicitado mi pareja porque llevo una semana sin fumar y lo celebraremos yendo a cenar fuera. // Realizamos deporte en familia, ahora estamos más unidos. |

TEORÍA DE LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Esta teoría defiende la participación activa de la comunidad en todas las fases de la planificación como clave para la solución de sus necesidades y problemas de salud. Tiene su origen en teorías de redes y apoyo social. Parte de perspectivas ecológicas y de sistemas sociales.

| FASES | QUE ES? | QUE HACER? | EJEMPLOS |
|-------------------------------|--|---|--|
| 1. POTENCIACIÓN | Proceso para incrementar el dominio y el poder sobre sí mismo o sobre la propia comunidad, para producir un cambio | Facilitar un lugar de encuentro y derivar competencias a la comunidad. Que ésta reconozca problemas comunes y, conjuntos, puedan movilizar recursos y elaborar y llevar a cabo planes para resolverlos. | Todo el barrio cree que la delincuencia juvenil ha aumentado en los últimos meses. // Se han determinado recientemente en nuestra localidad muchos casos de embarazos juveniles no deseados. |
| 2. COMPETENCIA COMUNITARIA | Capacidad comunitaria para solucionar problemas de manera efectiva. | Revisar e intentar modificar/potenciar las competencias de la comunidad. | El ayuntamiento nos ha cedido las instalaciones del colegio para llevar a cabo actividades. // Se reúnen líderes comunitarios y religiosos, el AMPA de los colegios cercanos, grupos juveniles, representantes del CAP más cercano y personal encargado del Ayuntamiento para realizar actividades que permitan hacer seguimiento al problema. |
| 3. PARTICIPACIÓN Y RELEVANCIA | Los que aprenden deben ser participantes activos y el trabajo debería desde la propia realidad de los individuos. | Formar asociaciones comunitarias dónde los mismos miembros sean los propulsores de los cambios. A veces es mejor formar un líder de la comunidad para que adquiera habilidades y conocimientos para hacerse cargo de un programa. | Los jóvenes del barrio han organizado un torneo de futbol abierto a todos en el patio del colegio. // Se organiza entre la comunidad grupos de líderes juveniles que permitan ser los oídos, los ojos y la voz de los afectad@s para generar cambio en ell@s y en los demás grupos de jóvenes. |
| 4. SELECCIÓN DE PROBLEMAS | Identificar problemas solucionables, simples y específicos como foco de la acción. | Con la ayuda de diferentes técnicas para la detección de necesidades; detectar y priorizar aquellos problemas que afecten a más gente, sean más graves y a la vez, sean relativamente fáciles de modificar. | La delincuencia es un problema grave que nos afecta a todos los ciudadanos. // Se prioriza generar acciones que disminuyan la desinformación sobre los métodos de anticoncepción, la irresponsabilidad de tener relaciones sexuales sin protección y demás factores influyentes en el problema. |
| 5. CONCIENCIA CRÍTICA | Desarrollar la comprensión de las causas originales de los problemas. | Analizar todos los factores que influyan en el problema en cuestión para entenderlo mejor y así buscar una estrategia para modificarlo. | La delincuencia se debe a la falta de (empleo) motivación de los jóvenes delante de esta crisis dónde hay trabajo para muy pocos // Comprender que el problema es multifactorial y que depende de cada caso en particular, como: Desinformación, irresponsabilidad, vivir nuevas experiencias, ser obligado@s por los grupos de amigos o por l@s novio@s (intimidación), imitación, falta de apoyo familiar, baja autoestima.... |

TEMA 3: Análisis de la situación



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



TEMA 3



Metáfora 3: ¿Cómo es el país que vamos a visitar?

Y seguimos con nuestro viaje...

Para que nuestro viaje sea exitoso, será necesario que previamente busquemos información sobre el lugar que vamos a visitar.

Dicho análisis nos ayudará a conocer la realidad de la zona, de los recursos que disponemos, la población que lo habita, su historia, sus costumbres, etc...

La recopilación de toda la información es esencial, ya que nos ayudará a preparar correctamente las maletas, a buscar la mejor ruta, a conocer los lugares más singulares, a optimizar el tiempo de la estancia... ¡ y a disfrutar plenamente de nuestro viaje!

Antes de plantear cualquier tipo de intervención, individual o grupal, es necesario conocer la situación de partida. La primera fase en la que nos encontramos es la de **analizar la situación y las características de esa población o grupo**, integrando aspectos de otras disciplinas como la epidemiología, demografía, sociología o antropología.

En esta fase **debemos usar métodos y medios para la recogida de datos** tales como las bases de datos oficiales ya existentes, encuestas, entrevistas, técnicas, grupos nominales... **El trabajo en equipo y la participación de la comunidad** en el proceso de recogida de datos resultarán fundamentales.

Además esta participación permitirá que la comunidad se sienta parte del proceso de cambio desde el inicio.

La realización de un análisis de salud es un proceso largo, en permanente revisión y actualización. Reviste una complejidad dado al gran volumen de información que se puede llegar a manejar. Es clave sistematizar esa información, seleccionar aquella que resulte indispensable y basarnos en los modelos teóricos existentes para descifrarla, comprenderla y clasificarla pensando en que momento de desarrollo del programa nos va a resultar necesaria.

| |
|---|
| EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD ES EL PUNTO DE PARTIDA DE LA PLANIFICACIÓN |
|---|

Determinar la problemática de una población objetivo, mediante la aplicación de la metodología del diagnóstico de situación, para obtener los elementos fundamentales para la elaboración de programas dirigidos a la prevención, control y erradicación de enfermedades y fomentar la salud de esta población.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Identificar las características de la población y de su medio.
- ✓ Identificar los factores que pueden influir y determinar la salud.
- ✓ Identificar y seleccionar las distintas fuentes de información.
- ✓ Conocer la magnitud de la problemática que queremos abordar (cifras de prevalencia, incidencia, tasas de morbi-mortalidad).
- ✓ Describir los conocimientos y actitudes de la población e identificar cómo pueden estar influyendo en el estilo de vida / estado de salud de la población diana.
- ✓ Conocer las pautas para coordinar las diversas actividades de salud existentes en la comunidad.
- ✓ Localizar y enumerar los servicios existentes.
- ✓ Estudiar los recursos humanos y asistenciales.
- ✓ Definir y “conocer” el perfil epidemiológico y comunitario de la comunidad.
- ✓ Valorar el papel de la observación crítica en el estudio de la comunidad.
- ✓ Diseñar, seleccionar y utilizar estrategias para obtención de información.
- ✓ Analizar, interpretar y procesar los datos.

1. ¿QUÉ NECESITO EN PRIMER LUGAR?

Debemos conocer y analizar la situación así como las características de la población o grupo con los que vamos a trabajar.

Para lo cual, realizaremos una recogida de información a través de:

- Observación y estudio de la comunidad.
- Opiniones y vivencias expresadas por la población.
- Datos objetivos que nos permitan conocer la magnitud de la problemática a abordar.

Para ello es importante identificar las fuentes de información adecuadas para cada situación. Éstas pueden surgir de un actor social clave, un profesional del territorio, una organización o entidad, o un grupo de personas.

A menudo existen redes ya creadas en el territorio que nos pueden facilitar en gran medida este trabajo inicial. Identificarlas va a resultar relevante para el desarrollo futuro del programa.

CLAVES PARA IDENTIFICAR LAS REDES YA CREADAS

- ✓ Nunca despreciar un contacto, una conversación con una persona de la comunidad con la que queremos trabajar. Hay personas que quizás consideramos como externas a nuestros objetivos que pueden acabar siendo centrales.
- ✓ Expresar nuestras inquietudes y nuestro desconocimiento de partida de la comunidad con la que queremos trabajar. Como profesionales no debemos saberlo todo siempre. Este aspecto resulta especialmente relevante para aquellos profesionales sanitarios que trabajan a menudo en un centro de salud asistencial ya que en su entorno de trabajo habitual en todo momento actúan como expertos y a menudo no son permeables a los comentarios de las personas con las que interactúan.
- ✓ Cuestionar sobre si se han hecho trabajos previos similares o si ya se dispone de información que quizás la comunidad no identifica como importante y que puede acabar siéndolo.
- ✓ Comentar nuestras intenciones con las instituciones y profesionales referentes del territorio. A menudo el sentimiento paternalista de las instituciones y profesionales puede ser que sientan “atacado” su territorio y que nos intenten excluir o bloquear ante la comunidad con la que queremos trabajar.
- ✓ Adoptar en todo momento una actitud de escucha activa y de comprensión ante la situación o situaciones que está viviendo la comunidad.

Antes de plantear cualquier tipo de intervención, individual o grupal, es necesario conocer la situación de partida.

RECUERDA...

Conocer ya es actuar. ¡Nuestra intervención sobre la población ya ha comenzado!

En este inicio de viaje vamos a hacer una actividad apasionante, nos vamos a subir a un globo aerostático y con unos prismáticos bien empuñados y un completo mapa de la zona que sobrevolamos, vamos a mirar la comunidad sobre la que queremos intervenir y que estamos analizando desde unos metros por encima del suelo. En función de los aspectos que queramos observar vamos a situar el globo a más metros de altura para captar dinámicas y situaciones generales o vamos a acercarnos para analizar cuestiones concretas.

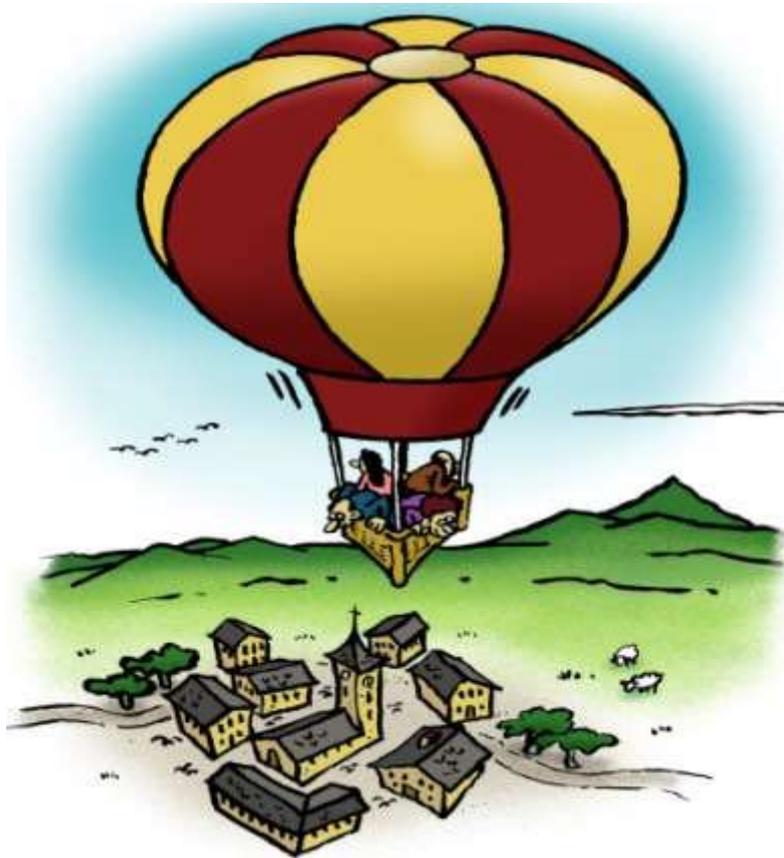


Figura 21: Metáfora del análisis de la realidad.

2. ¿CÓMO DISEÑAMOS EL ESTUDIO DEL ANÁLISIS DE LA REALIDAD?

En la siguiente imagen podemos observar algunos elementos a tener en cuenta en la planificación del análisis de la realidad.

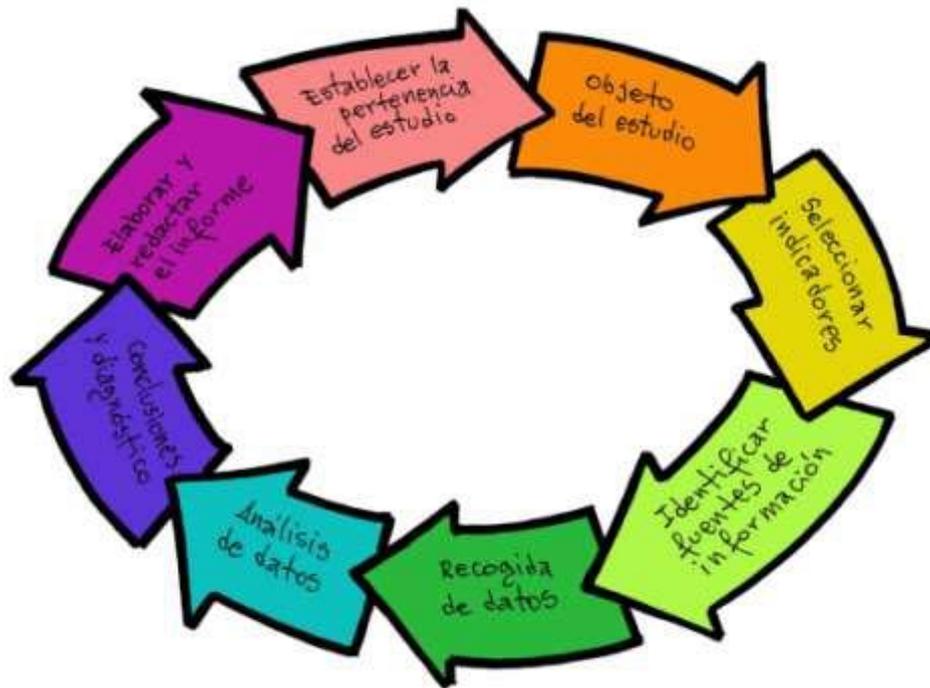


Figura 22: elementos a tener en cuenta en la planificación del análisis de la realidad.

Para realizar el diseño de un análisis de la situación de salud existen varios puntos que deben tenerse en consideración:

| ELEMENTOS | CUESTIONES |
|--|---|
| Determinar la pertinencia del estudio | ¿Qué se desea saber y por qué? ¿Existen otros trabajos que aporten datos suficientes? ¿Qué dice la evidencia científica? |
| Objeto de estudio | ¿A quién va dirigido? ¿Global? A toda la población ¿A grupos de riesgo? Hipertensos, diabéticos, fumadores, ... ¿A grupos de edad? Escolares, ancianos... ¿A grupos específicos? Mujeres, maestros, personal sanitario, ... |
| Seleccionar indicadores | ¿Qué informaciones serán necesarias? |
| Identificar las fuentes de información | Establecer los costes de recogida de datos y de su análisis en base a los recursos materiales, humanos y tiempo. |
| Recogida de datos | ¿Cuáles? Buscar información pertinente, adaptada al problema, manejable y determinar instrumentos para la recogida de información. ¿Cómo? ¿Qué metodología se utilizará? Utilización de datos estadísticos, revisión bibliográfica, entrevistas, cuestionarios y observación. ¿Quién? Implicar a la población en la recogida de datos les hará sentirse parte del proceso de cambio. |
| Análisis de los datos | No delegar exclusivamente a los técnicos. Promover la participación comunitaria |
| Resultados y conclusiones | ¿Cómo? Consensual, recobrar la subjetividad y valorarla |
| Elaborar y redactar el informe | Especificación de los problemas y de las necesidades de salud, de recursos y de servicios. Debe especificarse la metodología de trabajo utilizada para realizar el estudio. |

TABLA 2: Elementos y cuestiones a realizar antes de diseñar un análisis de la situación de salud.

3. ¿QUÉ ES EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD?

El análisis de la situación de salud de una comunidad es la **etapa básica y fundamental para la elaboración de los programas de educación para la salud**. Antes de plantear cualquier tipo de intervención, individual, grupal o comunitaria, es necesario conocer la situación de partida.

Los objetivos del análisis de la situación de salud son reconocer el ámbito sociodemográfico y de salud de una comunidad, identificar los principales problemas de salud, fundamentar la priorización de dichos problemas y facilitar la toma de decisiones sobre el desarrollo de nuestro programa.



Figura 23: Esquema de la recogida de información para el análisis de la realidad.

La participación comunitaria es importante porque facilita el análisis de los problemas y búsqueda conjunta de posibles vías de intervención, permitirá conocer la importancia que la comunidad da a esos problemas y el rechazo o aceptación de las intervenciones educativas.

OBJETIVOS DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

- ✓ Reconocer el ámbito sociodemográfico y de salud de una comunidad.
- ✓ Identificar los principales problemas de salud.
- ✓ Fundamentar la priorización de dichos problemas.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones sobre el desarrollo de nuestro programa.
- ✓ Identificar las redes existentes en el territorio, estimularlas y fomentar la creación de las redes necesarias para el desarrollo del programa, ya desde la fase de recogida de información.
- ✓ Realizar el diagnóstico de salud.



CONOCER ANTES DE ACTUAR

RECUERDA...

Para llevar a cabo un buen análisis de la situación de salud de una comunidad, es necesario tener un conocimiento integral del entorno y competencias en metodología (**marco y método de trabajo en el que basamos**).

No podemos estudiar a la comunidad fuera de su ecosistema o medio ambiente en el que se interrelaciona.

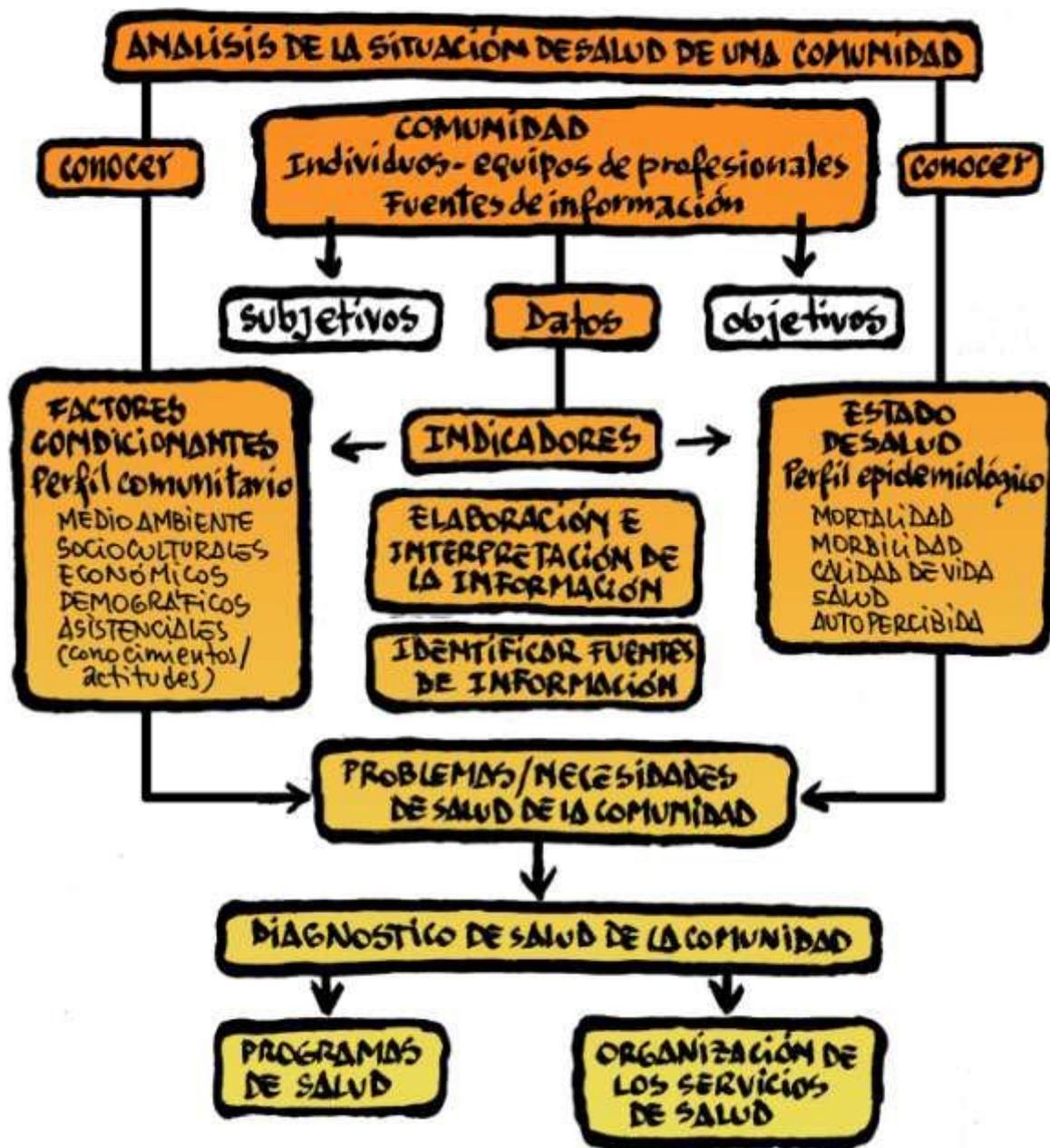


Figura 24: Análisis de la situación de salud de una comunidad

4. ¿CÓMO PODEMOS ENFOCAR EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD?

El análisis en el contexto de la zona o área básica consiste en el proceso sistemático de recogida de información sobre las características demográficas y sociales, la situación de salud, los recursos y los servicios disponibles.

Podemos abordar el análisis desde dos dimensiones:

A) Descriptiva:

Los elementos descriptivos son la base para identificar las necesidades de salud. En esta etapa se lleva a cabo **un análisis de la realidad**.

B) Analítica:

La capacidad analítica es imprescindible para **extraer la información necesaria a partir de los datos recogidos**. En esta fase se trata de recoger el mayor número posible de **indicadores** acerca de los **factores condicionantes** de la situación de salud de la comunidad y de su estado de salud.

ALGUNOS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES

¿Cómo es la población? ¿Dónde vive?

¿Cómo y de qué vive? ¿Quiénes viven?

- Demográficos
- Económicos
- Estructura urbana
- Medioambientales
- Socioculturales
- Asistenciales
- Conductuales

ALGUNOS DE LOS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

¿Cuál es su salud?

¿De qué enferman?

¿De qué mueren?

¿Qué recursos tienen?

- Mortalidad.
- Morbilidad.
- Calidad de vida.
- Salud autopercebida.

Figura 25: Factores e indicadores

5. ¿QUÉ ES UN DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD (DSC)?

ACTIVIDAD

- Después de leer los siguientes conceptos y definiciones sobre el Diagnóstico de Salud de una comunidad, enumera individualmente o en grupo, algunas aplicaciones del mismo.
- Pensando en tu posible programa de EpS: ¿Para qué te servirá el Diagnóstico de Salud de la Comunidad?

“El DSC es el proceso de recogida de datos y su posterior elaboración en información que nos permitirá conocer cuáles son las necesidades de salud de la población que los servicios sanitarios deben atender, así como su evolución a lo largo del tiempo. Además debe permitir una discriminación de los problemas y necesidades de salud según su importancia y, en consecuencia, el establecimiento de prioridades”.

(Kark, S.L., 1981)

“El DSC no es una estrategia a través de la cual se recoge toda la información disponible sobre la salud de una comunidad y los factores relacionados con ella. Debe orientarse de manera pragmática, decidiendo previamente que información conviene obtener, hasta que punto es factible su obtención y si su coste resulta aceptable”.

(Antón, J.M.; Company, A., 1984)

“DSC: conocer mínimamente las principales causa de morbi-mortalidad, es decir, de qué enferma y muere la población a la que atendemos, para aproximarnos a su nivel de salud y analizar qué factores están influyendo o condicionando dicha morbi-mortalidad (factores condicionantes).

(Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985)

“El Diagnóstico de la situación de salud constituye parte imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitaria, cuyo desarrollo ha de permitir el mejoramiento del nivel de salud de la población mediante acciones programadas dirigidas a la solución de problemas y a la satisfacción de las necesidades reales de salud”.

(Ministerio de Sanidad y Consumo/INS, 1987)

“DSC: entendido éste como el proceso de estudio sistemático de una comunidad del que se obtiene una descripción y análisis de las necesidades de salud y de los factores que la determinan o favorecen. El DSC constituye la primera fase del proceso de planificación, ya que proporciona la información necesaria para elegir los objetivos de acción y las estrategias; además, define un nivel basal con el que confrontar la situación tras la intervención de forma que conozcamos cómo evoluciona la misma”.

(A.M.Zurro.; JF.Cano. 1989)

“La definición de diagnóstico comunitario de un problema de salud debe entenderse como el concepto que permite un conocimiento exhaustivo de una situación de salud en la comunidad y que puede aportar un grado de conocimiento suficiente para iniciar una intervención sobre el problema”.

(J.L. de Peray.; C.Caja. 1993)

6. ¿PARA QUÉ UN DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD?

El Diagnóstico de Salud nos servirá para:

- Dar información general y particular.
- Conocer las necesidades y problemas de salud de una comunidad.
- Señalar las prioridades en materia de salud.
- Evaluar los recursos sanitarios existentes.
- Situar el punto de partida para la planificación y programación en salud.
- Evaluar la eficacia de dichos planes y programas.
- Dirigir la estrategia a la acción → programas.
- Orienta los servicios hacia los principales problemas de salud de la comunidad.
- Conseguir información general y particular en el estudio de algún problema específico.
- La evaluación, tanto a nivel particular (programa), como general (planificación).
- Identificar aquellas situaciones de salud que son prioritarias abordar.
- Vincularnos y generar empatía con la comunidad.
- Identificar y vincular a las personas e instituciones clave para el desarrollo del programa.
- Optimizar los recursos económicos.

RECUERDA...

“El DSC debe ser tomado como un instrumento y no como una finalidad en sí mismo, por lo que puede ser muy útil aunque esté incompleto o tenga deficiencias”

(J.M. Argimón. Editorial. Rev. Atención Primaria. Vol.5, nº4, 1988)

Como más completo sea el Diagnóstico de Salud de la Comunidad más facilidades vamos a tener a posteriori para desarrollar el programa de salud.

Ten presente alguna de las características que debe tener el DSC

Ten present algunas de las características que debe tener el DSC:

1. Es un proceso continuo y dinámico (el entorno es cambiante).
2. Su naturaleza es:
 - Multidisciplinar (políticos, economistas, sanitarios...).
 - Multidimensional (contexto sociopolítico).
3. Requisitos para llevarse a cabo:
 - Dentro de un equipo de salud.
 - Periódicamente.
 - Requiere la participación activa de la comunidad.

El objetivo general del análisis de la situación de salud es el Diagnóstico de Salud de la Comunidad. Un diagnóstico acertado siempre es requisito imprescindible para fijar unos objetivos adecuados que facilitaran que la intervención resulte eficaz.. Los problemas y las necesidades de salud constituyen el fundamento del DSC que, a su vez, es la base de la elaboración de los programas y de la organización de los servicios de salud. No tiene sentido realizar un estudio de necesidades si no es para intervenir sobre los problemas encontrados.

Conocer y escuchar a los futuros "grupos diana", entrar, sumergirse en su realidad y sabe cómo son, cómo piensan, cómo hablan, qué sienten, qué saben y qué ignoran del tema y del programa que se les quiere proponer, cómo lo están viviendo y percibiendo...(Kaplan)

7. ¿QUÉ SON LOS INDICADORES DE SALUD?

Los indicadores de salud son la herramienta de medición más empleada para valorar el estado de salud de una población y los determinantes que la condicionan. Se elaboran a partir de datos observables y permiten conocer la presencia o ausencia de un determinado atributo de salud. Para estimar la situación es necesario conocer un conjunto numeroso de indicadores, buscando siempre el equilibrio entre lo ideal y lo factible. Nos sirven para comparar entre el estado de salud actual y un estado de salud deseado.

Un indicador es una variable cuya medición nos permite estimar un nivel de vida, económico, etc. con la finalidad de detectar las necesidades de salud de una población. No es suficiente el estudio de los parámetros (indicadores) sanitarios, debiéndose analizar también el entorno socioeconómico y el nivel cultural de la misma.

La selección de indicadores dependerá de la población que nos planteemos como objeto de estudio, de los indicadores utilizados en otras situaciones similares previas, del grado de desarrollo de la zona, de las fuentes de datos, de los medios...

8. ¿CÓMO DEBEN SER LOS INDICADORES?

- ✓ Fácilmente accesibles.
- ✓ Tener un coste bajo.
- ✓ Estar basados en información preexistente, en su mayor parte.
- ✓ Utilizar información relevante, es decir, directamente relacionada con los procesos de salud de la comunidad.

9. ¿CÓMO DEBEN SER LOS DATOS RECOGIDOS?

- ✓ Los datos recogidos deben proceder de diferentes fuentes de información y de distintos tipos de registros, de fuentes tanto objetivas como subjetivas, así como de individuos de la comunidad y de equipos profesionales de diferentes ámbitos.
- ✓ Deben ser, también lo más equilibrados posibles respecto a los factores condicionantes o al estado de salud a que se refieran, para que no se dé el caso de que alguno o algunos de los aspectos concentren un gran número de indicaciones, bien porque son más fáciles de recoger o por el sesgo del equipo responsable, mientras que otros aspectos queden menos representados por falta de indicadores.

Algunos de los estados de salud y factores condicionantes son los siguientes:

A. DATOS DE SALUD

- Mortalidad.
- Morbilidad.
- Calidad de vida.
- Salud autopercebida.

B. DATOS DEMOGRÁFICOS

- Densidad de la población.
- Distribución de la población por grupo edad/sexo.
- Índice de dependencia demográfica.
- Saldo migratorio.
- Distribución urbano-rural.
- Natalidad.
- Crecimiento demográfico.

C. DATOS SOBRE ESTRUCTURA URBANA

- Variables geográficas.
- Vivienda:
 - Hacinamiento (persona/habitación).
 - Antigüedad.
 - Propiedad o alquiler.
 - % de equipamientos (agua potable, calefacción...).
- Infraestructura:
 - Suministro de agua y sistema de potabilización.
 - Saneamiento.
 - Control de basuras.
- Proceso histórico de configuración urbana y situación actual.
- Red viaria de carreteras y transporte.
- Distribución del suelo (urbana/rural/industrial...).
- Equipamientos sociales: zonas verdes, distribución geográfica, bomberos, hospitales, CAP, escuelas, etc.

D. DATOS MEDIOAMBIENTALES

- Agua: potable, residuales, abastecimiento, sistemas de red...
- Eliminación de basuras.
- Industrias peligrosas.
- Contaminación.
- Aire.
- Flora y fauna.

E. DATOS SOCIOCULTURALES

- Educación. Nivel de estudios.
- Grupos étnicos.
- Grupos ideológicos (religiosos).
- Grupos lingüísticos.
- Tasas de alfabetización.
- Alimentación.
- Asociacionismo.
- Actividades culturales.
- Valores y comportamientos.

F. DATOS SOBRE RECURSOS ASISTENCIALES

- Sanitarios: profesionales, centros, organización, actividades.
- Infraestructura y equipamientos.
- Actividades recreativas.
- Organización y participación de la comunidad.

G. DATOS CONDUCTUALES

- Tipos de comportamientos.
- Hábitos y costumbres.
- Historia.
- Etnias.
- Religión.
- Nutrición y alimentación.
- Ejercicio.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Ritmo diario y descanso.

H. DATOS SOCIOECONÓMICOS

- Tipo de economía.
- Renta Nacional.
- Producto Nacional Bruto.
- Población activa-paro. Ocupación.
- Actividad económica de la zona.

En función de la naturaleza y las características de la necesidad a abordar algunos de estos indicadores nos serán imprescindibles y otros completamente redundantes.



Figura 26: Datos

“La salud empieza en el hogar, en las escuelas, en los campos y en la fábricas. Es ahí, en los lugares donde las personas viven y trabajan donde se forja o se rompe” (H. Manhler)

10. ¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DE INDICADORES?

1. **Forma “directa”:** medir los estados de salud individuales (encuesta de salud).
Ejemplo: Entrevista (cara a cara, telefónica, electrónica).
2. **Forma “indirecta”:** uso de indicadores indirectos de pérdida de salud (datos de morbi-mortalidad).
3. **Técnicas de consenso:**
 - ✓ Técnica Delphi
 - ✓ Técnica grupo nomina
 - ✓ Brainstorming

11. ¿CÓMO PODEMOS RECOGER LA INFORMACIÓN?

Fuentes de información:



Figura 27: Fuentes de información.

12. ¿QUÉ FUENTES E INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN EXISTEN?

Para la obtención de información hay que dirigirse a fuentes **primarias** y **secundarias**. Las primarias recogen la información directamente de los individuos implicados, mientras que todo aquello que se encuentra registrado en documentos son datos secundarios, como por ejemplo: la información demográfica, particularmente, las estadísticas vitales, la documentación sobre los pacientes tratados en dispensarios, ambulatorios, médicos privados, hospitales, sanatorios, etc.

PRINCIPALES MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS DE LAS FUENTES PRIMARIAS

- Observación directa
- Entrevista personal e informadores clave
- Técnicas grupales
- Grupos focales
- Análisis de documentos
- Encuestas
- Cuestionarios
- Consultas a expertos

Fuentes secundarias:

- Datos recogidos por agencias gubernamentales a nivel Estatal, Autonómico y local.
- Datos de agencias y organizaciones no gubernamentales.
- Datos de registros existentes.
- Datos de la literatura.

Algunas de las fuentes a las que recurrir para obtener la información necesaria a la hora de analizar la situación de salud de una comunidad podrían ser:

- Registros: estado, autonómicos, locales, áreas de gestión, etc.
- Cuestionarios.
- Entrevistas.
- Reuniones con diferentes sectores.
- Plan general de ordenación urbana.
- Encuestas de equipamiento familiar.
- Censo de población.
- Servicios de salud pública.
- Memorias de las Diputaciones.
- Memorias Municipales.
- OMS.
- Ministerio de Sanidad.
- Padrón Municipal.
- Boletín de Enfermedades de declaración obligatoria.
- Estadísticas vitales.
- Altas hospitalarias.
- Interrupciones voluntarias del embarazo.
- Memoria estadística del INE.
- Certificados de defunción.
- Revisión bibliográfica.
- Exámenes de salud.
- Colegios profesionales.
- Contacto directo con la población.
- Trabajo de campo.
- Registro de publicaciones de Instituciones.

- Bibliotecas: servidores.
- Observación:
 - Medio físico.
 - Comportamientos.

RECUERDA...

La información **cuantitativa** que se puede obtener utilizando como fuente de información a la propia comunidad mediante su implicación consigue un doble objetivo:

- ✓ Obtener información de valor que nos ayude a comprender los “porqués” de cada situación.
- ✓ Dar voz y parte activa a la comunidad y a sus actores clave desde su inicio.

13. ¿CUÁLES SON LAS TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN MÁS COMUNES?

TÉCNICA DELPHI

¿En qué consiste?

En analizar la opinión de varios expertos sobre un mismo tema, utilizándolo para la identificación de problemas, factores de resistencia al cambio, toma de decisiones y establecimiento de planes de acción.

¿Quiénes están implicados?

- ✓ Grupo de usuarios: personas que esperan algún resultado útil a sus objetivos.
- ✓ Equipo monitor y de diseño: elabora los cuestionarios y analiza las respuestas.
- ✓ Grupo de expertos o informadores clave: personas seleccionadas para responder a los cuestionarios. Pueden o no pertenecer al grupo de usuarios.

¿Cuál es el procedimiento a seguir?

1. Formulación del asunto clave o problema.

Se trata de limitar el tema de estudio. ¿Qué información se desea?

Hay que definir con exactitud qué queremos saber y en qué términos se presentará a los participantes, para que den una información precisa y concisa.

2. Selección de los expertos.

Se trata de elegir un repertorio de informadores clave, cuya opinión será solicitada a través de los cuestionarios.

Para la selección, es necesario fijar los criterios oportunos:

- Experiencia en el área correspondiente.
- Conocimientos profesionales en el tema.
- Especialidad que posee.
- Categoría profesional.
- Centro donde realiza su trabajo.
- Otros: interés, disponibilidad, provecho que puede obtener de su participación, motivación,...

Una vez definidas las características de los participantes, se determina el tamaño del grupo, el cual se intentará limitar al mínimo. Si el grupo es homogéneo serán suficientes entre 10-30 personas, pero si provienen de grupos de referencia diferentes, habrá que aumentar el número.

3. Composición y envío de la carta de introducción y del primer cuestionario.

El primer cuestionario debe ir acompañado de una carta de agradecimiento a la persona por su participación, explicación sobre la importancia de su ayuda y la posterior utilización de los resultados, así como las instrucciones sobre las etapas a seguir y la fijación de la fecha de respuesta.

El cuestionario constará de preguntas abiertas que buscan diversos enfoques y aspectos. Se garantizará el anonimato y la confidencialidad de las respuestas, ya que a cada ejemplar de cuestionario se le asigna un número al azar y a cada participante un código de identificación, con los cuales se tratará la información.

4. Análisis de los resultados del primer cuestionario.

Se sistematiza y categoriza la información recogida.

5. Composición y envío del segundo cuestionario.

Incluye preguntas abiertas y cerradas basadas en la información obtenida en el primer cuestionario.

Se presentan las alternativas recogidas, en preguntas categorizadas y se pide al participante que manifieste su acuerdo o desacuerdo en cada una de las cuestiones.

La carta que lo acompaña da las instrucciones sobre el procedimiento y trata de animar a los participantes a seguir la experiencia.

6. Composición y envío del tercer cuestionario.

Incluye preguntas cerradas, ordenadas, procedentes de la información obtenida en los cuestionarios anteriores y requieren una respuesta numérica. Cada pregunta indica el grado de consenso y la situación del experto en torno a la media. Si hay mucha desviación respecto a la media se piden las razones.

7. Cuarto cuestionario.

Una vez obtenidos los argumentos de las discrepancias de todos los expertos, se añade al cuestionario anterior la tabulación de los datos, para que se vean los acuerdos y divergencias, así como las razones expuestas.

Los expertos pueden argumentar en contra de las opiniones que siguen discrepando respecto a la tendencia central.

8. Último cuestionario.

Se vuelven a tabular y ordenar las respuestas y se confecciona un último cuestionario que requiere la postura definitiva de los expertos.

9. Redacción del informe final.

Devueltos los cuestionarios, se someten a tratamiento estadístico. Se analizan las respuestas y se realiza su distribución para cada cuestión.

Este análisis puede basarse en:

- La obtención del porcentaje de respuestas válidas nos proporciona el resumen de la información.
- La utilización de la media aritmética ponderada y la desviación típica nos proporciona la dispersión y el grado de homogeneidad de las respuestas.

Además, la tabulación de los datos puede proporcionarnos más información sobre:

- El nivel de consenso o divergencia existente entre los informadores seleccionados.
- El grado de interés que suscita el tema, a través por ejemplo del nivel de participación.
- Los bloques de ideas afines.
- La distribución de las respuestas obtenidas.
- La homogeneidad o heterogeneidad de opinión del grupo de informadores.
- Los niveles de adhesión o rechazo.
- El grado de sensibilización provocado por algunas de las preguntas.

¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?

Ventajas:

- Deja tiempo para la reflexión.
- El anonimato del procedimiento evita que los participantes estén influidos por otros miembros.
- El participante es libre de responder en el momento que le conviene, en el intervalo de fechas límites.
- Pueden participar personas que viven más alejadas, ya que no tienen que desplazarse.

Inconvenientes:

- La principal dificultad está ligada a la duración del proceso, que es relativamente largo y existe el riesgo que no se disponga de datos.

TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL

¿En qué consiste?

En identificar los problemas y necesidades, así como la búsqueda de soluciones y clasificarlos por orden de importancia a través de una discusión estructurada de un grupo de expertos en el tema a tratar. Es ante todo, un proceso estructurado de intercambio de información. También es útil para la determinación de prioridades, para el desarrollo del plan, así como para la evaluación de programas.

¿Qué se debe realizar previamente?

- Determinar, con el equipo de planificación, el objetivo de la reunión.
- Definir el nivel de abstracción o la especificidad investigada.
- Desarrollar diferentes alternativas de la pregunta.
- Ensayar estas preguntas con un grupo piloto.
- Seleccionar a los participantes. Estos deben ser expertos e interesarse en el tema de estudio. No debe haber mucha heterogeneidad en el grupo y debe ser mayor de siete o diez individuos.

¿Cuál es el procedimiento a seguir?

1. **Formulación:** Se trata de enunciar a los participantes la cuestión o situación que les requiera pensar en dimensiones de un problema o en tipos de soluciones. La pregunta formulada debe ser abierta.
2. **Generación de ideas:** Una vez formulada la pregunta, se pide a cada participante que responda en silencio y de forma individual con frases breves. El moderador debe incitar a los miembros del grupo a escribir lo que naturalmente se les viene a la mente, en un tiempo limitado, en torno a 10 o 15 minutos.
3. **Registro de ideas:** Se pide a cada participante, de forma ordenada, que enuncie una de las ideas contenidas en su lista. El moderador escribe la idea en una hoja grande de papel y procede así con la siguiente persona hasta agotar todas las ideas. Puede durar entre 30 y 60 minutos. Es posible anotar una idea que surge con la lectura de las anteriores, pero no está permitido ni comentarlas, ni discutir las, ni agruparlas. Sólo se trata de que se enumeren con las mismas palabras del participante.
4. **Discusión:** Tiene por objetivo clarificar, añadir o eliminar algunas ideas. Cada participante puede explicar, clarificar, reelaborar y/o defender cualquiera de las ideas presentadas. Se pueden añadir, eliminar, combinar y condensar ideas. Es importante hacer ver que este proceso es tarea del grupo, y no sólo de quien aportó la idea.

5. **Votación preliminar:** Se pide a cada participante que seleccione las cinco mejores ideas, según su criterio y que las escriban, por separado, en tarjetas numeradas. A continuación, se pide que las ordenen por orden de importancia, acordando que la cifra más alta será para la idea más importante y así sucesivamente. Todo ello se realiza de forma individual y anónima. El procedimiento finaliza con la recogida de las tarjetas y el registro de las ideas más votadas en un rotafolios.

6. **Discusión del resumen:** Se realiza una discusión en base a la votación preliminar, para clarificar ideas y analizar incongruencias. Se da la oportunidad de comentar nuevamente las propuestas que aparezcan excesiva o mínimamente votadas y se alude a la posibilidad de que cada uno tenga una información diferente sobre las mismas cuestiones. Finalmente se realiza una votación final más exacta.

¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?

Ventajas:

- Es un método útil ante una situación compleja de tomas de decisiones.
- Permite la participación de individuos con experiencias diversas.
- Da la oportunidad a todos los participantes de expresar sus opiniones.
- Produce un gran número de ideas sin necesitar manipulaciones matemáticas o estadísticas complicadas.
- Puede utilizarse en diferentes etapas del proceso de planificación; por ejemplo, para definir criterios, dar prioridad a determinados problemas, generar soluciones, evaluar resultados.

Inconvenientes:

- Falta de precisión.

TÉCNICA DEL BRAINSTORMING

¿En qué consiste?

En la exposición de manera informal y libre de todas las ideas y ocurrencias en torno a un tema o problema planteado a los miembros de un grupo. Es una técnica creativa grupal, útil para generar ideas. Se recomienda para el análisis de problemas y para explorar alternativas de intervención.

¿Qué principios requiere?

- Evitar toda forma de valoración durante la sesión y la creencia de que la cantidad de ideas acarrea la calidad.
- Los miembros del grupo no deben tener en cuenta la aceptabilidad o la importancia de las ideas emitidas.
- El animador debe dar la consigna de emitir el mayor número posible de ideas, forzando así a los participantes a sobrepasar el nivel de las ideas convencionales para llegar a las ideas originales y nuevas.
- Las personas que compongan el grupo, entre 10 y 15, tienen que tener conocimientos o experiencia sobre el tema de estudio.

¿Cuál es el procedimiento a seguir?

1. Preparación y motivación por parte del formador.

En primer lugar, hay que determinar el problema, delimitándolo, precisándolo y clarificándolo.

En segundo lugar, hay que presentar las metas y reglas de la técnica al grupo. Las primeras hacen referencia a promover ideas variadas, producir el mayor número de ideas y ser lo más imaginativo y original posible. Las segundas derivan de los principios básicos, como la prohibición de toda crítica de ideas, ya que toda idea es bienvenida aunque parezca absurda.

Esta fase debe durar unos 10 minutos aproximadamente.

2. Desarrollo: Producción de ideas.

Es la fase fundamental, en que el grupo durante un periodo de tiempo entre 20 y 30 minutos produce ideas libremente. Es aconsejable que estén presente tanto el coordinador que estimule la producción de ideas, como un secretario que tome nota de las mismas tal y como vayan surgiendo.

3. Evaluación de las ideas.

Con un sentido crítico se analiza la viabilidad y practicidad de cada una de las ideas, entre 20 y 30 minutos. Para ello, lo más usual es ofrecer criterios y establecer categorías de clasificación de las ideas de las más a las menos importantes.

¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?

Ventajas:

- En comparación con otros grupos en que se permite la crítica, el grupo de brainstorming es el más innovador y los resultados son de mejor calidad.
- Es una técnica simple y accesible.
- No requiere mucho tiempo por parte de los participantes.

Inconvenientes:

- Puede parecer menos formal y por tanto menos serio a los ojos de los participantes.
- Puede resultar difícil la consigna de no hacer ninguna valoración.
- Es necesario un grupo de 10-15 personas.

FÓRUM COMUNITARIO

¿En qué consiste?

En una asamblea abierta a todos los miembros de una comunidad determinada.

Se distingue de otros métodos por el hecho de que no limita ninguna forma la participación. Cada miembro de la comunidad es considerado como un recurso importante y se le anima a venir y expresarse públicamente sobre un tema determinado.

El fórum puede hacerse solo o en combinación con otros métodos. Cuando se emplea solo, sirve para identificar los problemas y las necesidades de salud. Tras la aplicación de otros métodos (grupo nominal, grupo Delphi,...), sirve entonces para definir mejor la naturaleza de las necesidades de algunos grupos identificados como de mayor riesgo.

¿Cuál es el procedimiento a seguir?

El procedimiento tiene por objetivo favorecer la expresión del mayor número de opiniones sobre el tema de estudio. Cuanto más amplia es la representación de la comunidad más creíbles son los resultados. Para ello, deben utilizarse diferentes

medios de comunicación que anuncien claramente el lugar, la fecha, la hora, el objetivo y el nombre de los organizadores del fórum.

La asamblea se realiza en territorio neutral, presidida por un presidente, el cual ha sido elegido entre los miembros más respetados de la comunidad. Tendrá una duración de 3 a 4 horas a fin de permitir que se exprese el mayor número de personas. Las ideas y los comentarios deberán ser registrados.

Una vez finalizada, puede enviarse una carta a los participantes para agradecerles su participación e informales sobre las sesiones inmediatas al fórum. Los individuos que hayan notificado su disponibilidad para la continuación del proceso, deben ser convocados lo antes posible, para evitar su desinterés.

¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?

Ventajas:

- Es económico y relativamente fácil de organizar.
- Permite la expresión y sensibilización de una amplia gama de necesidades de la comunidad.
- Proporciona a los organizadores la posibilidad de identificar a los que están interesados en la planificación y en la puesta en marcha de programas susceptibles de satisfacer estas necesidades.

Inconvenientes:

- La imagen de las necesidades que se ofrece no concuerda con el conjunto de las necesidades de la comunidad, ya que no todos los miembros participan o se expresan en el fórum.
- El interés y entusiasmo suscitado por el fórum pueden crear expectativas irreales relativas a los programas a realizar.

LAS ENCUESTAS

¿En qué consiste?

El sistema por encuesta consiste en reproducir nuevas estadísticas sobre la población en estudio. Es un medio muy utilizado. El censo de la población cada diez años y los diversos sondeos de opinión son dos ejemplos de ello.

Con respecto al estudio de las necesidades de salud, la encuesta es ventajosa porque permite reunir a los que no utilizan los servicios de salud, además es la mejor fuente de información sobre la morbilidad sentida. Tanto si se realiza a nivel de todo el país o de toda la comunidad, trata habitualmente sobre una muestra representativa de la población.

¿Cuáles son las etapas para la realización de una encuesta a la población?

a. Planificación

El estudio de las necesidades realizado por encuesta comienza por la definición de objetivos, la creación del grupo responsable del estudio, así como la definición de la población o del grupo de individuos a estudiar.

b. Preparación operacional de la recogida de datos

Comprende:

- La determinación de los datos a recoger y de los instrumentos de medida.
- La selección de las técnicas y procedimientos de muestreo, de recogida, de procesamiento, de presentación y de análisis de los datos.
- La construcción de los calendarios y cuestionarios de entrevista y la elección del método de contacto con los encuestados.
- La búsqueda y formación de los encuestadores.
- La realización de un pre-test para evaluar la calidad de los encuestadores y para clarificar los ítems y las preguntas.
- La determinación del procedimiento a seguir referente a las ausencias y a los no contestados.

c. Recogida de datos

Se realiza la entrevista a los encuestados, verificando los cuestionarios y complementando las notas de la entrevista.

d. Tratamiento, análisis e interpretación de los datos

Se codifican, registran y reagrupan los datos en forma de tablas que permitan mediante la utilización de métodos estadísticos establecer relaciones entre las variables y proceder a la interpretación de los datos.

e. Presentación de los resultados y recomendaciones

Se redacta un informe, en el que debe contener no sólo los resultados y la metodología utilizada, sino también las conclusiones y las recomendaciones a las que

conlleve la encuesta. Tanto si se trata de tablas, gráficos o diagramas, la presentación de los resultados van dirigidos a las audiencias, por lo que se deben presentar de forma atractiva y fáciles de entender.

La presentación de las recomendaciones concernientes a las prioridades y las sugerencias a dar deberán responder a los mismos objetivos, insistiendo sobre la sustancia de los resultados.

¿Cómo se determina la muestra?

Es de utilidad responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la unidad de análisis? El individuo, la familia, el domicilio o la organización.
- ¿Cuáles son los límites de la zona de interés? Una región geográfica natural, la región atendida por un establecimiento de salud o una unidad sociopolítica, por ejemplo una ciudad, una comarca o una región administrativa.
- ¿Hay algunos grupos de particular interés en el estudio? Etnias, personas de edad avanzada, pacientes de una institución determinada,...
- ¿La recogida de la información se hará por correo, por teléfono, o por entrevista? Con esta pregunta se podrán definir los costes asociados a la encuesta. Por ejemplo las entrevistas personales generan mayor coste que las entrevistas telefónicas, que permiten economizar los gastos de desplazamientos.
- ¿La muestra representa a la población? Para determinar el tamaño de la muestra se debe tener en cuenta las características de la población. Un grupo homogéneo puede no necesitar más que una pequeña muestra, en comparación a un grupo heterogéneo en que hay una gran diversidad de individuos. La naturaleza de la información también hace variar el tamaño. Si es compleja y tiene numerosas respuestas posibles, debido a que hay grandes variaciones entre los individuos, el tamaño de la muestra deberá ser mayor a fin de que sea representativa de la población.

¿De qué depende la forma de recogida de datos?

La elección dependerá de:

- La información que se dispone de los sujetos en estudio (nombre, dirección, teléfono,...).
- Las habilidades de lectura y de escritura, así como el nivel de interés y de motivación de la población.

- La forma de las preguntas (abiertas o cerradas) y el número de elecciones posibles para cada una. Existen dos tipos de preguntas:
 - *Preguntas abiertas*: piden que responda libremente por lo que permiten obtener respuestas inesperadas, y proporcionan una información mucho más rica, ya que no limitan al encuestado a unas categorías previamente establecidas.
 - *Preguntas cerradas*: piden al encuestado que puntúe los ítems de una lista establecida. Tienen la ventaja de requerir menos tiempo, tanto para responder al cuestionario como analizar e interpretar los resultados.
- El contenido de las preguntas, es decir, la naturaleza, el número y la complejidad de las informaciones solicitadas.
- Las tasas de respuestas deseadas.
- Los costes, en función del tiempo necesario para realizar los cuestionarios, dispersarlos y el tiempo necesario para recoger la información.

¿Qué formas de recogida de datos utilizan un cuestionario? y ¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes de cada una de ellas?

| LA ENTREVISTA PERSONAL | |
|------------------------|--|
| Ventajas | La más flexible. Tasa de respuesta elevada. Identifica al participante. Clarificación de las respuestas posibles. Respuestas espontaneas. Posibilidad de controlar el orden de las preguntas. |
| Inconvenientes | La más costosa. Posibilidad de trampa por parte de los entrevistadores. Posibles sesgos en las respuestas por querer complacer al entrevistador. Posible sesgo debido a la edad, al sexo o a la raza del entrevistador. |

| ENCUESTA POR TELÉFONO | |
|-----------------------|---|
| Ventajas | <p>Menos costosa que la encuesta personal.</p> <p>Menos exigente para los encuestadores que la encuesta personal.</p> <p>Mejor tasa de respuesta que por correspondencia.</p> <p>Método rápido.</p> <p>Posibilidad de solicitar la participación, de hacer clarificar una respuesta.</p> <p>Posibilidad de controlar el orden de las preguntas.</p> |
| Inconvenientes | <p>Sólo se incluye a los que tienen teléfono y que aparecen en el listín.</p> <p>Suele percibirse como una petición.</p> <p>Conversación breve (5- 10 min).</p> <p>El tono de voz puede introducir sesgos.</p> |

Nota: cuando se trata de una encuesta personal o por teléfono, el cuestionario es objeto de una entrevista, la cual puede ser estandarizada o estructurada, que contenga tanto preguntas para respuestas definidas, como preguntas para respuestas libres. También es posible utilizar una entrevista no estructurada o parcialmente estructurada.

| ENCUESTA POR CORREO | |
|---------------------|--|
| Ventajas | <p>Menos costosa que la encuesta personal.</p> <p>Posibilidad de tener una tasa de respuesta superior en las preguntas indiscretas.</p> <p>Accesibilidad más fácil a individuos muy ocupados.</p> <p>Posibilidad de consultar.</p> <p>Tiempo de respuesta más largo.</p> |
| | Tasa de respuesta muy baja. |

| | |
|-----------------------|--|
| Inconvenientes | Posibilidad de perder cuestionarios. Imposibilidad de controlar el orden de respuesta a las preguntas. El cuestionario debe ser breve. No se conoce la identidad del entrevistado. Difícil de obtener en los plazos previstos. |
|-----------------------|--|

| CUESTIONARIO EN GRUPO | |
|------------------------------|---|
| Ventajas | Tasa alta de cooperación. Posibilidad de explicar el estudio y responder a las preguntas al respecto sobre el cuestionario. Coste bajo. |
| Inconvenientes | Dificultad en reagrupar a los entrevistados. |

¿Cuáles son sus ventajas e inconvenientes?

Ventajas:

- Método útil para la planificación sanitaria, ya que puede dar una información fiable y válida sobre los problemas y las necesidades de salud y de servicios.
- La información proviene de la propia fuente, sin intermediarios.
- Las diferentes formas de recogida de datos, hace de la encuesta un método flexible y adaptable a las diferentes situaciones y características de los sujetos en estudio.

Inconvenientes:

- Es el más costoso de los métodos de estudio de necesidades.
- Algunas personas rehúsan dejarse entrevistar o no devuelven los cuestionarios, lo que perjudica a la validez externa de los resultados.
- Las encuestas complejas presentan más problemas de definición, de conceptualización y de operacionalización.

EN ESTE CAPÍTULO HEMOS APRENDIDO A... (Revisar en función de los objetivos)

Determinar la problemática de una población objetivo, mediante la aplicación de la metodología del diagnóstico de situación, para obtener los elementos fundamentales para la elaboración de programas dirigidos a la prevención, control y erradicación de enfermedades y fomentar la salud de esta población.

Hay que conocer la importancia de realizar un adecuado diagnóstico de salud:

- ✓ Identificar las características de la población y de su medio.
- ✓ Identificar los factores que pueden influir y condicionar la salud.
- ✓ Identificar conocimientos y actitudes de la población.
- ✓ Conocer los factores de riesgo.
- ✓ Localizar los recursos humanos y servicios existentes.
- ✓ Definir una acción adaptada a la realidad local.
- ✓ Aprender a apreciar la oportunidad de realizar o no una acción.
- ✓ Coordinar su iniciativa con las otras actividades de salud, existentes.
- ✓ Conocer los conocimientos y actitudes de la población.

EJEMPLO THAO

El análisis de la situación de salud del Programa Thao-Salud Infantil

Como ya se ha comentado el Programa Thao-Salud Infantil es un programa que se implementa en el ámbito municipal. El inicio del trabajo de los profesionales de la Fundación Thao se puede dar por dos motivos:

. Contacto con el municipio estimulado por la Fundación Thao.

. Contacto del municipio con la Fundación Thao ya que en este se identifica una necesidad.

Es obvio que el segundo motivo es el idóneo para el inicio del despliegue de la fase de análisis de la situación de salud y para el desarrollo posterior del programa ya que significará que el Ayuntamiento ha detectado una necesidad, que se plantea abordarla y que considera la mejor manera de abordarla la implementación en el municipio del Programa Thao. En esta situación la obtención de la información necesaria para realizar un adecuado análisis de la situación de salud será sencilla ya que el propio Ayuntamiento nos abrirá las puertas a las instituciones locales y nos contactará con los profesionales y actores clave del municipio para iniciar el análisis. En el supuesto de existencia de redes municipales ya creadas dedicadas a la mejora del estado de salud de la población, tendremos mucho más sencilla la incorporación a estas redes que nos permitirán la obtención de la información relevante y necesaria para la consecución de esta fase inicial.

En el caso contrario y que el Ayuntamiento no tenga una especial motivación hacia el despliegue del Programa, el primer objetivo va a ser convencer a los responsables del Ayuntamiento sobre la importancia de la promoción de estilos de vida saludables con la población infantil y sus familias. A posteriori, se iniciaran las reuniones con los responsables técnicos del Ayuntamiento que si ven con buenos ojos la implementación del Programa Thao (a nivel técnico habitualmente hay una alta valoración de la estrategia) van a ser las primeras personas que nos van a facilitar la posibilidad de realizar un buen análisis de la situación de salud. Estos nos van a identificar algunas fuentes de información, la existencia de estudios o intervenciones en el mismo sentido previas, nos darán contacto con los responsables de las instituciones a nivel local como las escuelas, los centros de salud, los centros cívicos, las bibliotecas, los mercados, etc. que son los ámbitos desde los que vamos a poder completar el diagnóstico de salud de la comunidad. En los contactos con personas clave y profesionales de los mencionados ámbitos vamos a tener que estar muy atentos ya que cualquier información puede resultar interesante y cualquier persona del tejido

social del municipio nos puede ayudar a construir la gran red necesaria para que el proyecto penetre en la población. Vamos a tener que explicar en qué consiste el Programa pero también escuchar mucho.

Anexo 1: INFORMACIÓN Y ALGUNAS FUENTES DE DATOS PARA UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

| INFORMACIÓN QUE HAY QUE RECOGER | FUENTES |
|--|--|
| <p>1. MARCO REFERENCIAL</p> <p>a) Geográfico Localización Clima (temperatura, nubosidad, etc.) Comunicaciones Altitud, longitud y latitud Vegetación, últimos, etc.</p> <p>b) Demográfico Estructura por edad y sexo Natalidad, mortalidad, migraciones Índices de Sundbarg, Swaroop, etc.</p> <p>c) Socioeconómico Sectores de producción Renta per cápita Nivel educativo Partidos, sindicatos, asociaciones Tensiones sociales Prácticas religiosas Estructura de gobierno</p> | <p>Enciclopedias Libros de geografía Publicaciones locales (municipios, diputaciones, comunidades autónomas) Erudito local (entrevista) Nomenclátor (INE)</p> <p>Registro civil Censo de población (INE) Movimiento natural de la población</p> <p>Anuario de BANESTO Renta Nacional de España (Banco de Bilbao)</p> <p>Indicadores estadísticos regionales (INE) Censo de población (INE)</p> <p>Anuario El País Encuesta de presupuestos familiares (INE) Directamente mediante entrevistas con líderes comunitarios, sindicales, religiosos o políticos</p> |
| <p>2. SERVICIOS DE SALUD</p> <p>a) Cuidados personales Recursos Forma de financiamiento Satisfacción de la población</p> | <p>Encuestas ad hoc Libros de reclamaciones, etc. Anuarios del INE Colegios profesionales INSALUD</p> |

| | |
|---|---|
| | Boletín de indicadores sanitarios Publicaciones médicas Comunidades autónomas Catálogo de hospitales |
| b) Higiene del medio | Servicios provinciales de salud |
| Abastecimiento de aguas | Ayuntamientos |
| Eliminación residuales | Estudios específicos (MOPU, cuencas hidrográficas, etc.) |
| Basuras | |
| Contaminación | |
| 4. ESTADO DE SALUD | |
| a) Mortalidad | Movimiento natural de población |
| Por sexos y edades | Registro civil |
| Por causas | |
| b) Morbilidad | Boletín epidemiológico semanal, boletín epidemiológico regional |
| EDO | Encuesta de morbilidad hospitalaria |
| Morbilidad hospitalaria | Directamente libros de alta hospitalaria |
| Accidentes laborales y enfermedades profesionales | Gabinetes provinciales de seguridad e higiene en el trabajo |
| | |
| De atención primaria | INSALUT (ILT y definitivas) Registros de de terminadas patologías (cáncer, etc.) Consultorios (encuestas, etc.) |

Gómez LI, AIBAR C. *Planificación y programación sanitarias en: medicina preventiva y salud pública (Varios autores)*. Barcelona 1988.

ANEXO 2:

NOTA: DECIDIR FORMATO DE TABLA.

| |
|--|
| Pirámide de edad |
| Descripción de la población por sexo en los diferentes grupos de edad. |
| Relación de dependencia |
| $\frac{\text{Población de 0 – 14 años} + \text{Población de 65 años y más}}{\text{Población de 15 – 64 años}} * 100$ |

| |
|--|
| Tasa bruta de natalidad |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacimientos durante el año}}{\text{Población a la mitad del año}} * 1000$ |
| Tasa bruta de mortalidad |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes durante el año}}{\text{Población a la mitad del año}} * 1000$ |
| Tasa de crecimiento natural |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacimientos} - \text{N}^\circ \text{ de muertes durante el año}}{\text{Población a la mitad del año}} * 1000$ |
| Tasa de crecimiento demográfico |
| $\frac{\text{Tasa de crecimiento natural} + \text{Tasa neta de inmigración}}{\text{Población a la mitad del año}} * 100$ |
| Tasa global de fecundidad |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacimientos durante el año}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 - 49 años en la mitad del año}} * 1000$ |
| Tasa bruta de reproducción |
| Nº medio de niñas que nacerían de un grupo de 1000 mujeres en edad de procrear, si éstas sobrevivieran hasta los 50 años y si estuvieran sometidas a las tasas actuales de fecundidad según la edad. |
| Tasa neta de inmigración |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de inmigrantes} - \text{N}^\circ \text{ de emigrantes durante el año}}{\text{Población a la mitad del año}} * 100$ |
| Relación de dependencia de los jóvenes |
| $\frac{\text{Población de 0 - 14 años}}{\text{Población de 15 - 64 años}} * 100$ |
| Relación de dependencia de los ancianos |
| $\frac{\text{Población de 65 años y más}}{\text{Población de 15 - 64 años}} * 100$ |
| Tasa de actividad |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de individuos activos de 15 años y más}}{\text{Población total de 15 años y más}} * 100$ |
| Tasa de paro |
| $\frac{\text{N}^\circ \text{ de parados}}{\text{Población activa total de 15 años y más}} * 100$ |

TEMA 4: Identificamos necesidades y problemas de salud

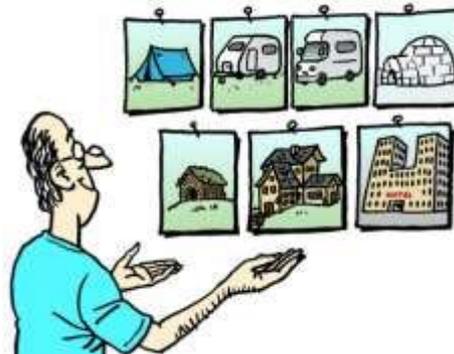


MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



HAY QUE CORREGIR LOS CUADROS EN ROJO

TEMA 4



Metáfora 4: ¿Qué necesidades?

Emprender un viaje implica ilusión y motivación, por eso es imprescindible meditar todos los detalles. A lo largo del viaje irán surgiendo necesidades y problemas ya desde la planificación y sobretodo en el transcurso del viaje. Estas necesidades y problemas se tendrán que identificar, priorizar y abordar. Debemos tener en cuenta

que pueden ser a nivel físico, económico, material, de cualquiera o de todos los compañeros/as de viaje a la vez.

En esta fase del viaje vamos a preparar los conjuntos de ropa para cada ocasión en función de los retos que nos plantee cada momento. Aunque hagamos un muy buen diseño y planificación de nuestra bolsa de viaje, siempre pueden surgir imprevistos (días de lluvia, frío/calor inesperado) que nos haga cambiar la configuración de la maleta.

Para tener un estado de salud óptimo en todas las etapas de la vida es preciso saber en cada una de ellas cuales son las necesidades de la población, los recursos sanitarios y económicos disponibles para solucionar estas necesidades y/o problemas. La determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud, requiere también un análisis de los servicios y de los recursos disponibles. Para hacerlo, hay que hacer una evaluación de las necesidades, es decir, el inventario, la evaluación y la estimación de estas. Las necesidades pueden percibirse y valorarse de manera diferente según las características socioculturales y personales.

¿Cuáles son las necesidades y los problemas de salud de la población? ¿Son conocidas? ¿Por qué son necesidades? ¿Por qué es un problema de salud? ¿Para quién es una necesidad o un problema? ¿Qué resulta un problema?

¿Cuál es exactamente la situación? ¿A quién le concierne? ¿Qué se ha hecho ya? ¿Es necesario cambiar el problema?

¿Qué informaciones existen? ¿Quién las defiende? ¿Con quién hablar para obtenerlas? ¿Con quién trabajar?

¿Se podrían evitar o disminuir los problemas derivados de estas necesidades?

No se trata simplemente de identificar las necesidades sino encontrar por qué se generan esas necesidades para actuar sobre la raíz de las mismas.

AL FINAL TENDRÍAS QUE...

- ✓ Definir qué significa “necesidad” y “problema”.
- ✓ Enumerar y describir los diversos tipos de necesidades.
- ✓ Facilitar la implicación de la comunidad en la identificación y priorización de necesidades de salud.
- ✓ Encontrar e interpretar datos sociodemográficos, sanitarios o de salud para la zona o población sobre la que se pretende intervenir.
- ✓ Identificar los criterios de priorización de problemas.
- ✓ Profundizar en la búsqueda de información en el caso de que necesitemos entender mejor el problema.
- ✓ Analizar qué factores influyen sobre el problema en la comunidad y ordenarlos para poder determinar puntos de intervención. (Los factores de riesgo a menudo también se nombran como determinantes).

“La determinación del estado de salud pasa por la consideración de la expresión de los individuos y de los grupos sobre su salud, por escucharlos y no solamente por fotografiarlos” Simposio de París (1985)

Los programas están destinados a **satisfacer las necesidades y los problemas de salud** de la población. Pueden estar enfocados a la prevención de todo tipo de enfermedades o al eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud.

La identificación de las necesidades y los problemas de salud de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud. Requiere también un análisis de los servicios y de los recursos disponibles. El análisis de la situación actual permite estimar las necesidades y los problemas, no sólo las de salud, sino también las de servicios y de recursos.

¿Los términos problema y necesidad son elementos sinónimos o distintos?

Una necesidad existe cuando se percibe una diferencia entre lo que consideramos normal o saludable y lo observado. La necesidad expresa la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa y el estado actual o real.

Decimos que existe un problema de salud cuando existe un estado deficiente de salud, o un trastorno o una perturbación que es observable por el individuo, por el profesional del equipo de salud o por la comunidad. Es un estado de enfermedad percibido por el individuo y definido por el profesional de salud.

Una necesidad debe ser una condición indispensable a la existencia duradera de una sociedad humana; si la no-satisfacción de esa condición significa la desintegración o la destrucción de la sociedad, se trata de una necesidad. (Galtung)

La necesidad sería de alguna manera la traducción del problema en términos operativos. Lo que se requiere para solucionar un problema identificado. La existencia de necesidades puede concebirse incluso en una situación en la que no hay problemas. Ejemplo: una futura madre o un recién nacido, no presentan problemas pero tienen necesidades en materia de promoción, prevención, protección del entorno, cuidados y atenciones. Necesidad es lo que hace falta para mantener la salud en su estado actual, estado que corresponde a una situación deseable. Si no hay satisfacción puede haber problema.



Figura 28: Pirámide de Maslow o jerarquía de las necesidades humanas.

El concepto de necesidad podemos abordarlo desde diferentes enfoques. Cuando el concepto de necesidad es *instrumental*, se necesitan servicios sanitarios para lograr modificar el estado de salud de los individuos. Esto obliga a medir la necesidad de atención sanitaria en términos de la salud que pretendemos afectar. Por otra parte, la necesidad es un concepto *relativo*, no absoluto. Algunos servicios serán más necesarios que otros en función del valor que otorguemos a las mejoras en la salud de diferentes individuos con diferentes características.

La necesidad es así mismo un concepto subjetivo dependiendo de quién valore, si el usuario, el profesional sanitario, el político,...

1. ¿QUÉ TIPOS DE NECESIDADES PODEMOS DISTINGUIR?

Podemos distinguir 5 tipos de necesidad:

1. **Necesidad normativa:** es la que define el experto, el profesional, el administrador, en relación a una determinada norma deseable u óptima. Aquel o aquellos que no responden a esta norma son considerados en estado de necesidad. Así, definida, refleja necesariamente el estado actual de los conocimientos y de los valores de aquellos que la determinan. Por ejemplo: los valores de hipertensión definidos por consenso científico.
2. **Necesidad sentida: (felt need):** se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud. Por ejemplo: las personas que sin saber cómo detectan que tienen una falta de calcio y se lo comentan al médico para que le de algún suplemento.
3. **Necesidad expresada:** equivale a la demanda de cuidados y de servicios, a la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios. En efecto, algunos individuos no recurren a los servicios aunque sientan una necesidad; otros no perciben que tienen una necesidad aunque la tengan; finalmente, algunos expresan esta necesidad, pero no necesariamente ven esta demanda satisfecha o por lo menos en la forma en que ellos esperaban. Por ejemplo: personas hipocondríacas, debemos saber manejarlas para que sientan que son satisfechas sus necesidades expresadas.
4. **Necesidad comparativa:** la que resulta por comparación entre diversos colectivos. Grupos de población con características similares y diferente oferta de servicios. (Por ejemplo: presencia de una estrategia de promoción de la salud en un territorio y no en el territorio contiguo de similares características)
5. **Necesidad latente:** no son percibidas ni por la población ni por el personal sanitario, o no se hacen evidentes si no es gracias a un análisis crítico del origen de determinados problemas de salud. Por ejemplo: a menudo cuando realizamos un estudio de necesidades detectamos situaciones que se pueden abordar a nivel preventivo sin que lleguen a ser una necesidad real.

Los programas de salud para la comunidad deben estar basados en las necesidades de la población.

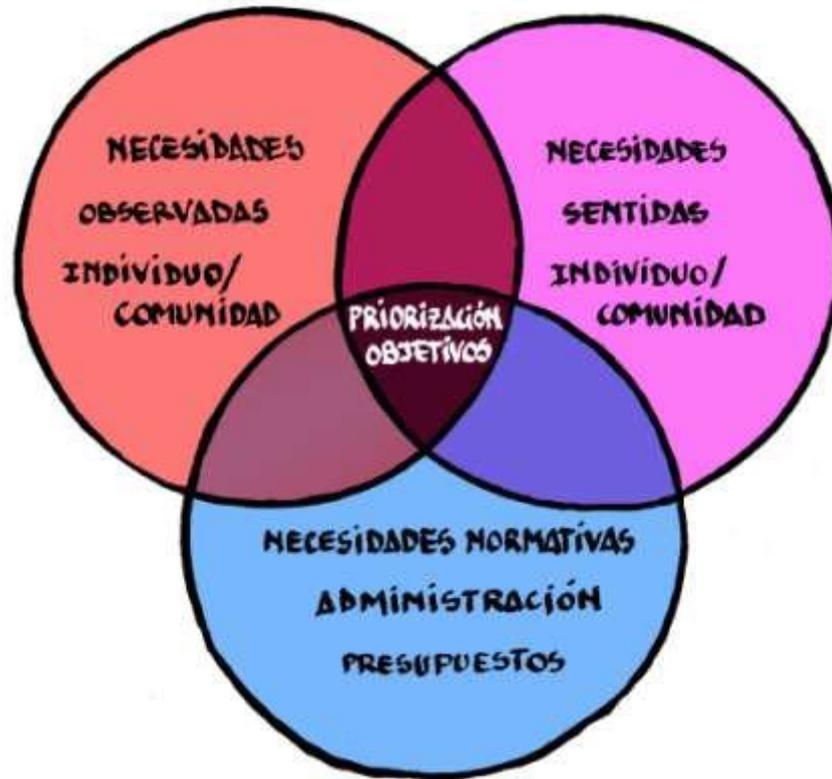


Figura 29: Priorización de necesidades

Existen relaciones entre algunos determinantes de las categorías de necesidades. En lo que se refiere en el campo de la salud, los factores principales serán la estructura de la personalidad, la etapa vital y la situación familiar, la historia sanitaria personal y familiar, la clase socioeconómica y el grupo étnico y cultural, el sistema de salud de la comunidad y el sistema social en general.

Necesidad es lo que hace falta para mantener la salud en su estado actual, estado que corresponde a una situación deseable.

El estado de salud también puede ser descrito teniendo en cuenta diferentes códigos de morbilidad.



Figura 30: "Iceberg" de los problemas de salud de la comunidad.

Un buen diagnóstico de necesidades resulta un elemento esencial para cualquier programa preventivo y educativo que pretenda ser eficaz. Además, debe permitir anticiparlas antes incluso de que existan.

1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR UN PROBLEMA DE SALUD?

Un problema de salud es un estado de salud deficiente, trastorno o perturbación observable. Se considera problema de salud a una o varias enfermedades o unas condiciones de salud determinadas en los individuos originadas o supuestamente originadas en un contexto causal reconocido, y cuyas consecuencias para el individuo o la sociedad, reclaman una solución. Estado de salud considerado deficiente por el individuo, el profesional de la salud o la colectividad. Cualquier situación que se produce en la comunidad con una perturbación en la salud y del bienestar.

Los problemas de salud en Cataluña según la mortalidad por causas en el 2011 de mayor a menor son: cáncer, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del sistema nervioso, trastornos mentales,

enfermedades del aparato digestivo, enfermedades endocrinas, enfermedades del aparato genitourinario y enfermedades infecciosas.

La epidemiología ocupa un lugar indispensable en la planificación de la educación sanitaria, ya que nos ayuda a identificar los problemas de salud más frecuentes. Por una parte, la epidemiología descriptiva, que describe un problema de salud, su magnitud, distribución y frecuencia en la población según las diferentes variables de personas, tiempo y lugar. Por ello se basa en una serie de medidas, los indicadores de salud de la población expresados como razón, proporción y tasa. Así la importancia o magnitud del problema viene dada por las tasas de mortalidad, y APVP o años potenciales de vida perdidos. A su vez, la epidemiología también investiga los factores causales de los problemas de salud de la población.

La frecuencia del problema de salud se expresa mediante la incidencia, que refiere el número de casos nuevos en un grupo de la población a riesgo para un periodo de tiempo, y la prevalencia o números de casos existentes en una población en un período de tiempo o en un tiempo concreto.

2. ¿DEBEMOS DE VALORAR LAS NECESIDADES? ¿QUÉ PROBLEMAS DEBE DE ABORDAR EL PROGRAMA?

La valoración de necesidades se realiza para tener una imagen global de los problemas de salud de la comunidad y así orientar las opciones acerca de la intervención que deberían planificarse y organizarse. También hay intervenciones dirigidas a abordar necesidades y a prevenir problemas futuros en la actualidad no existentes.

Se recogen datos y opiniones para poder adoptar las decisiones más correctas. Para tomar mejor dichas decisiones, es necesario también conocer los criterios en base a los cuales se adoptarán.

La valoración de las necesidades puede ser parte del propio proceso de intervención y una forma de suscitar el interés de la comunidad e iniciar su implicación activa.

Nos encontramos con dos tipos de valoraciones de las necesidades: las realizadas por los individuos y las de los profesionales de la salud, y éstas a veces no coinciden.

He intentado expresar en la siguiente tabla las relaciones entre algunos determinantes de las categorías de necesidades. En lo que concierne al campo de la salud, los factores principales serán la estructura de la personalidad, la etapa vital y la situación familiar, la historia sanitaria personal y familiar, la clase socioeconómica y el grupo

étnico y cultural, el sistema de salud de la comunidad y el sistema social en general. Esta lista, evidentemente, no es exhaustiva. Estos factores determinarán la representación de la salud y de la enfermedad, el saber sanitario, incluyendo el conocimiento del sistema de salud, los sentimientos de derechos y de responsabilidades frente a la salud propia, etc. Estos factores, a su vez, diferenciarán las categorías de necesidades: necesidades expresadas, sentidas y latentes.

| NECESIDADES DE SALUD | | |
|--|--|-------------|
| DETERMINANTES | REPRESENTACIONES | NECESIDADES |
| Personalidad. | Representación de la salud. | Latentes. |
| Etapas de la vida. | Conocimientos sanitarios. | Sentidas. |
| Historia sanitaria. | Modelo Salud/Medicina. | Expresadas. |
| Situación familiar. | Modelo de relaciones con los profesionales. | |
| Clase socio-económica. | Sentimiento de derechos y responsabilidades frente a la salud. | |
| Grupo étnico- cultura. | Etc. | |
| Sistema de salud (accesibilidad, S.S.P). | | |

Tabla 3: Determinantes de las necesidades de salud (Bury)

La epidemiología ocupa un lugar indispensable en la planificación de la educación sanitaria. Por una parte, la epidemiología descriptiva, que describe un problema de salud, su magnitud, distribución y frecuencia en la población según las diferentes variables de personas, tiempo y lugar. Para ello se basa en una serie de medidas, los indicadores de salud de la población expresados como razón, proporción y tasa. Así la importancia o magnitud del problema viene dada por las tasas de mortalidad, y APVP o años potenciales de vida perdidos. La frecuencia del problema de salud se expresa mediante la incidencia que refiere el número de casos nuevos en un grupo de la población de riesgo durante un período de tiempo, y la prevalencia o número de casos existentes en una población en un período de tiempo o en un tiempo concreto.

Para tener un estado de salud óptimo en todas las etapas de la vida es preciso saber en cada una de ellas cuales son las necesidades de la población, los recursos sanitarios y económicos disponibles para solucionar estas necesidades y/o problemas. La determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud, requiere también un análisis de los servicios y de los recursos disponibles.

Para hacerlo, hay que hacer una evaluación de las necesidades, es decir, el inventario, la evaluación y la estimación de las necesidades.

Las necesidades pueden percibirse y valorarse de manera diferente según las características socioculturales y personales.

| FACTORES CONDICIONANTES | ENFERMEDAD | CONSECUENCIAS |
|---|---|---|
| Ausencia de fluoración del agua | Elevada proporción de la población con múltiples caries | Morbilidad aumentada |
| Alimentación inadecuada | | Repercusión psico-física |
| Falta de higiene bucodental | | Costes |
| Falta de educación para la salud | | Aumento de la demanda de servicios de salud |
| Deficiente atención odontológica y escasa cobertura sanitaria | | |
| Otros de origen desconocido | | |

Tabla 4: Identificación y análisis de los problemas de salud. (ICS)

Actividad1.- ¿Cuál puede ser la distinción entre problema y necesidad?

| NECESIDAD | PROBLEMA |
|-----------|----------|
| | |

2.- Identifica las necesidades y problemas de salud. Describa brevemente de qué manera cambiará la situación actual si el programa de educación para la salud es satisfactorio ¿De dónde y cómo conseguirás información? ¿Con quién pondrás en común los resultados? ¿Qué recomendaciones se te ocurren como consecuencia de la detección de necesidades de intervención en EpS?

3.- Identifica un problema de salud en tu comunidad. Analiza el problema identificando: incidencia (cuántas personas presentan el problema), grupo de población de riesgo (p.ej. edad, sexo, trabajo, nivel socioeconómico), lugar de la comunidad donde problema es más frecuente. ¿Qué intervenciones concretas podrían realizar las enfermeras en la comunidad para evitar o resolver el problema?

Actividad: ADIVINANDO NECESIDADES

(Johnston MP, Rifkin SB. Health care together. Training exercises for health workers in community based programmes. London: MacMillan, 1987)

Conocer las necesidades de la comunidad (geográfica o relacional) es una tarea difícil, pero esencial.

- Busque un compañero.

- Escriba tres necesidades o intereses que crea usted que tiene su compañero, sin hablar con él.
- Su compañero leerá las tres necesidades o intereses que usted escribió y que creía que él tenía, y le dice las que realmente tiene.

¿Adivinó usted correctamente sus necesidades o intereses?

¿Qué diferencias había entre lo que usted creía y lo que sentía su compañero?

Hay una tendencia a pensar que los demás tienen las mismas necesidades o intereses que nosotros. Es de gran ayuda para conocer las necesidades o intereses de los otros tener una comunicación directa con ellos.

EJEMPLO: EL DESARROLLO DE UN ESTUDIO DE LAS NECESIDADES

Nosotros (profesionales, asociaciones de usuarios) tenemos la impresión que el estado de salud de la población del barrio del Alto de la Cabra, próximo a la aglomeración de Cynan, es deplorable y se degrada.

| | |
|---|----------------------------------|
| Es necesario | La constatación |
| Queremos | Hacer algo, pero ¿qué? El deseo |
| Precisiones de inicio: | ¿De qué se trata? |
| ¿Cuál es exactamente la situación? | |
| ¿A quién le concierne? | |
| ¿Qué se ha hecho ya? | |
| ¿Sobre qué se puede basar la respuesta a estas preguntas? | Estudio del medio, observación, |
| ¿Qué informaciones existen? ¿Quién las defiende? | conversaciones, problemas en las |
| ¿Con quién hablar para obtenerlas? ¿Con quién trabajar? | informaciones. |
| Ya tenemos un boceto de la situación, pero todavía quedan muchos puntos oscuros. Hay que ir más allá, preguntar de manera más sistemática sobre ciertos aspectos de la salud y de la vida del barrio. | Necesidad de encuestas |
| Objetivo de la encuesta: conocer mejor | Formulación de los problemas |
| El estado de salud de las personas (¿cuáles?) | |
| Ciertos problemas (¿cuáles?) | |
| A los usuarios (¿qué dicen?, ¿qué piden?) | |
| A los profesionales de la salud (¿qué dicen?, ¿qué piden?) | |
| Etc. | |
| Formulario de la encuesta | Las encuestas |
| Elección de los métodos | ver la 4ª y 5ª parte |
| Muestreo | |
| Etc. | |

Resultados:

Conocimiento de las necesidades y de los problemas

¡Uf! ¡Al final, vamos a empezar a actuar!

Pero no, todo esto ya es acción (ver sexta parte)

“Promoción de la salud: Metodología”. Simposio celebrado en París, 14-15 mayo de 1985, 6 vol., La Documentación Francesa, nº 1-9, París, 1986.

Y AHORA, ANTES DE CONTINUAR MARCA CON UNA x SI...

- Sabes que es y diferenciar una necesidad y un problema de salud
- Conoces los diversos tipos de necesidades
- Si sabes cómo se identifica y prioriza las necesidades de salud
- Identificarías los criterios que se utilizan para seleccionar un problema prioritario.

LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL PROGRAMA THAO-SALUD INFANTIL

El Programa Thao inicia el diagnóstico de necesidades desde el inicio de las reuniones con los responsables del Ayuntamiento y con los actores clave del municipio. En estas reuniones se inicia la identificación sobre todo de las necesidades sentidas, expresadas, comparativas y latentes.

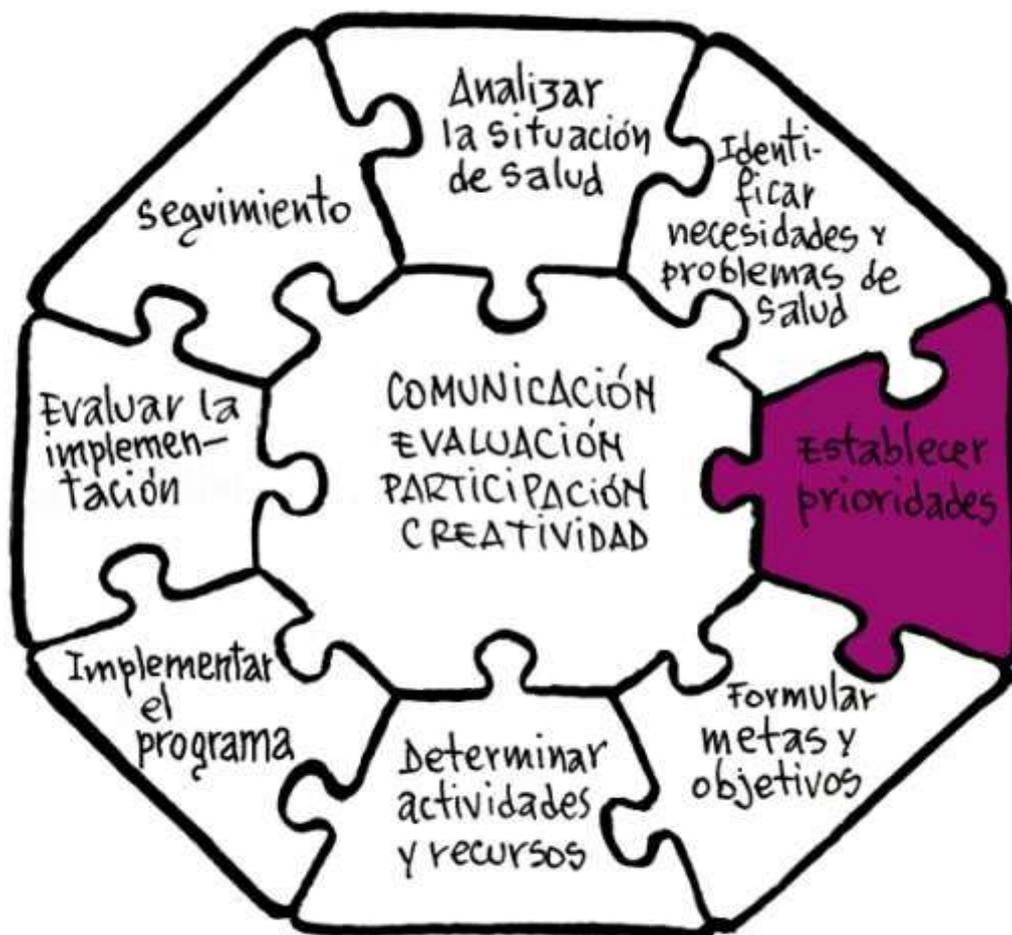
En estos contactos se identifica con que barrios o escuelas vamos a tener más dificultades de trabajo, con que entidades podemos trabajar conjuntamente para conseguir los objetivos del programa, y que centros de salud identifican como más prioritario la promoción de estilos de vida saludables con la población infantil y sus familias. A su vez en estas reuniones se dispone de la oportunidad de identificar si los actores sociales clave del municipio identifican el sobrepeso y la obesidad infantil y el deterioro de los estilos de vida como una problemática o no. En el caso de que lo identifiquen como una problemática el acceso a la población y la transmisión de mensajes de salud será mucho más sencilla, en el caso de que no sea identificado

como una problemática en primera instancia deberemos ocuparnos de aumentar la sensibilidad social alrededor de la problemática para que sea identificado como tal. Para conseguir este último objetivo nos puede ayudar mucho la evaluación basal.

Posteriormente y en una primera fase de trabajo Thao en el municipio se realiza una evaluación basal sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil (3-12 años) del municipio, datos que se estratifican según escuelas, sexos y rangos de edad con el objetivo de identificar dónde son más prevalentes los problemas de salud y hacia donde hay que dirigir las intervenciones de forma prioritaria. Antes de evaluar a los niños y niñas se solicita el consentimiento informado de los padres y madres. Una vez obtenido este consentimiento informado se recogen los datos de peso, altura, circunferencia de cintura, sexo y edad que nos permitirán completar este primer diagnóstico.

También en esta primera fase se realiza una evaluación de los estilos de vida de la población infantil (8-12 años) de 4º, 5º y 6º de educación primaria. Concretamente se evalúan los hábitos de alimentación, las actitudes hacia la alimentación, los hábitos de actividad física, el sedentarismo y la calidad de vida. El análisis exhaustivo de estos determinantes y su relación con el sobrepeso y la obesidad infantil nos da aún más información sobre como dirigir la intervención.

TEMA 5: Establecemos prioridades



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



Preparándose para su viaje la familia se da cuenta que necesitan muchas cosas, por esto tienen que revisar cada objeto que colocan en la maleta. Quieren llevarse la ropa y objetos que les permitan protegerse de las intemperies, afrontar de forma cómoda las actividades que van a realizar, y pensando siempre en las necesidades de cada miembro de la familia. De todas formas el espacio en la maleta es limitado y por este motivo van a tener que priorizar lo que es realmente necesario y lo que es más prescindible. Lo mismo sucede cuando planteamos la implementación de un programa de salud, las necesidades y los problemas son muchos, pero no se pueden resolver todas en el mismo tiempo: hay que priorizar. La priorización se realiza en función de la importancia, de los recursos disponibles, de las necesidades existentes y de la urgencia de abordar cada una de éstas.



Metáfora 5: Nos llevamos todo lo necesario.

Aun siendo una etapa importante, la sola presencia de necesidades y problemas no será suficientemente indicativa a la hora de tomar acciones si no se realiza un profundo análisis de cada uno de los mismos. Este análisis debe permitir identificar los verdaderos problemas de salud para posteriormente priorizarlos, teniendo un adecuado y suficiente conocimiento de estos.

En esta etapa se trata de:

- Ordenar y analizar las informaciones recibidas en la etapa precedente.
- Definir los indicadores y los criterios que permitan decidir lo que es deseable, realizable, necesario y prioritario.
- Aprender a apreciar la pertinencia de la elección y la factibilidad de las soluciones.

En la etapa anterior se han identificado las necesidades y/o problemas de salud. Con el análisis de las causas y consecuencias se valorará la importancia de los problemas y las necesidades de actuación. En esta fase se trata de priorizar aquellos problemas sobre los que se va a realizar la intervención educativa.

A partir de una correcta elaboración e interpretación de la información es más fácil deducir los principales problemas y las necesidades de salud de la comunidad. Aunque parezcan evidentes, es muy importante especificarlos por escrito con la mayor claridad posible ya que en la siguiente fase puede ayudarnos a formular las metas y objetivos de la intervención de forma adecuada.

Una vez identificados los problemas y las necesidades, es imprescindible algún procedimiento de priorización, dada la imposibilidad real de intervenir sobre todas a la vez. Sea cual sea el método de priorización que se utilice, hay que llegar a un acuerdo de todo el grupo sobre el significado y la ponderación de los criterios de priorización.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Saber qué significa priorizar.
- ✓ Enumerar los criterios de priorización.
- ✓ Saber qué métodos utilizar para priorizar.
- ✓ Saber analizar y valorar un problema prioritario.

1. ¿QUÉ ES PRIORIZAR?

Priorizar nos permite identificar los principales problemas para llevar a cabo intervenciones oportunas o bien iniciar procesos de investigación. Se trata de decidir sobre el orden (jerarquizar) de importancia de los distintos problemas o necesidades de salud que han surgido en la etapa anterior.

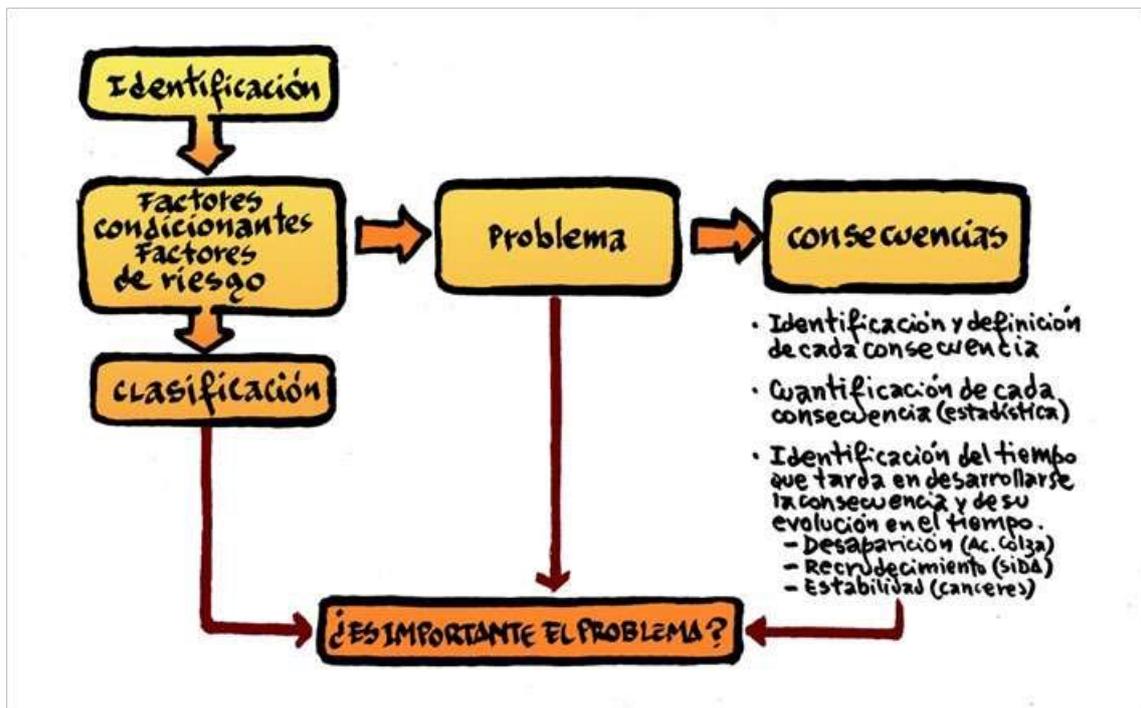


Figura 31: Factores y consecuencias de un problema de salud.

Se prioriza en función de unos criterios o indicadores, seleccionados conjuntamente por el equipo de salud y la comunidad. En esta fase resulta clave implicar y hacer sentir parte activa del proceso de diseño de la intervención a una parte representativa de la población diana a la que vamos a dirigirla.

La necesidad de establecer prioridades surge porque los problemas de salud son muchos y los recursos limitados.

La determinación de las prioridades debe partir de una especificación de las estrategias a desarrollar para resolver los problemas importantes. Allí donde una solución disponible es aplicable, es necesario invertir en su puesta en marcha y desarrollar los programas de salud necesarios, pero en los demás casos, es conveniente pasar por distintas etapas de investigación con el fin de comprender mejor el problema e identificar la vía más eficiente de intervenir. En estas etapas de investigación resulta importante tener en cuenta la información que podemos obtener

mediante metodologías cuantitativas y cualitativas ya que ambas nos permitirán conocer diferentes aspectos de interés.

De esta manera existen dos tipos de prioridades:

| Prioridades de acción | Prioridades de investigación |
|--|---|
| Los problemas y soluciones que pueden ser objeto de acciones inmediatas. | Los problemas y soluciones que deben investigarse antes de ser implementadas porque no se conocen suficientemente las causas. |

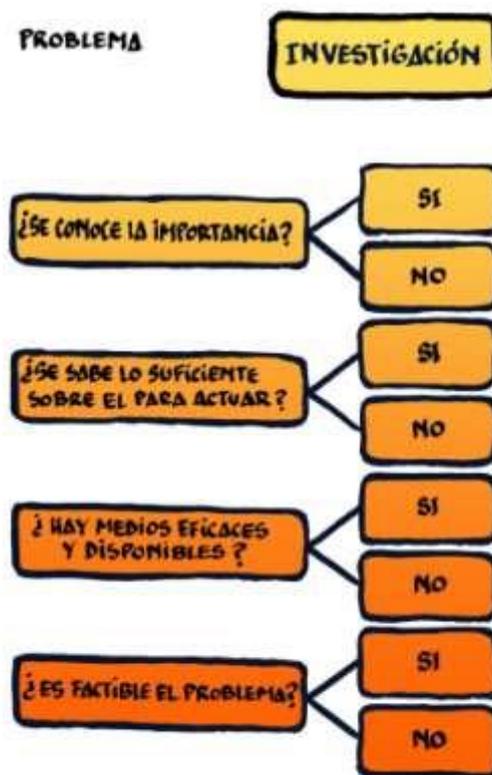


Figura 32: Algoritmo de decisiones para determinar la intervención o investigación de un problema.

Cambiar el último punto por “¿Es factible intervenir sobre el problema?”

El anterior esquema nos permite visualizar de forma clara y rápida las cuestiones que nos interesa abordar. Durante la investigación previa deberemos estar atentos y planificarla para dar respuesta a cuestiones mucho más cualitativas como “porqué” o “cómo” intervenir, ya que resulta clave para después diseñar una intervención totalmente ajustada a la realidad.

Consideraciones previas para establecer prioridades

¿Cuál es el problema más grave?

¿Qué reportará mayores ventajas?

¿Qué problemas podemos resolver con los recursos disponibles?

¿Qué es lo que más preocupa a las personas?

Etapas del proceso de determinación de prioridades (Donabedian, 1973):

Definición de los criterios de selección.

Preselección de problemas si hay muchos.

Estimación y comparación de problemas según los criterios seleccionados.

Análisis de la importancia del problema y la capacidad del programa.

2. ¿QUÉ CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PODEMOS SELECCIONAR?

Los criterios o componentes de los métodos de establecimiento de las prioridades difieren naturalmente según los autores. La estimación de la importancia de un problema está realizada sobre la base de consideraciones sanitarias, sociales, económicas y administrativas.

Presentamos un listado de criterios para priorización del problema y seleccionamos como ejemplo los del Método Hanlon (Magnitud Y severidad del problema, eficacia de la solución y la factibilidad del programa o de la intervención. Tabla 1) por ser ésta una herramienta muy útil y sencilla de utilizar. Aunque su enfoque está basado en la necesidad normativa (la de los expertos), sin contar de forma explícita con el punto de vista de la población afectada.

Listado de criterios de priorización:

- Magnitud o extensión del problema (prevalencia, incidencia,...).
- Severidad o gravedad del problema (calidad de vida, años de vida perdidos,...).
- Evolución del problema.
- Existencia de soluciones eficaces.
- Tiempo disponible.
- El colectivo afectado (niños, adolescentes, jóvenes, ancianos,...grupos específicos...).
- Compromisos locales.
- Repercusiones, opiniones y aceptación por parte de la población.
- La eficacia (que cumpla con los objetivos), efectividad (que pueda aplicarse a un gran número de individuos) y eficiencia (que pueda llevarse a cabo con un mínimo gasto personal y de medios) de los programas de salud comunitarios.
- La factibilidad y adecuación de la intervención propuesta: a nivel legal, político, económico, organizativo, sociocultural y ético.
- La disponibilidad de recursos.
- Las políticas de salud y los valores comunitarios.
- El impacto social y económico del problema de salud en la comunidad.
- Que sea aceptado por la comunidad en la que se va a llevar a cabo.

Los criterios deben permitir definir lo que es:

NECESARIO

DESEABLE

REALIZABLE

| Componentes del método de Hanlon (1984) | |
|--|--|
| Magnitud del problema (0 a 10) | <p>Se refiere a la frecuencia del problema en el seno de la población.</p> <p>Puede tratarse de los individuos directamente afectados o de los que son susceptibles de estarlo.</p> |
| La severidad del problema (0 a 10) | <p>Se estima a partir de las cuestiones siguientes:</p> <p>¿Este problema está considerado como grave?</p> <p>¿De cuantas muertes prematuras, años potenciales de vida perdidos es responsable?</p> <p>¿Cuál es la importancia de la incapacidad temporal o permanente que tiene asociada, del malestar, del dolor (días de trabajo perdidos, internamiento)?</p> <p>¿Conlleva pérdida de autonomía, perturbación del desarrollo del individuo, desorganización familiar, carga social? ¿Existe un peligro para la salud y la seguridad de otros miembros de la comunidad?</p> <p>¿Cómo afecta a la calidad de vida de la población?</p> <p>¿Hay riesgos ecológicos y ambientales asociados?</p> <p>¿Este problema tiene más peso en ciertos grupos de población?</p> <p>¿Cuáles son los costes y el tiempo asociados al tratamiento y a la rehabilitación de las personas afectadas por este problema?</p> <p>Se tiene en cuenta las tasas de mortalidad, morbilidad, incapacidad y costes asociados al problema.</p> |
| La eficacia de la solución (0.5 ó 1.5) | <p>Ha de ser considerada en términos de eficacia técnica sobre todo en el ámbito de la educación para la salud. Normalmente es el componente más elástico. (0.5 problema difícil de solucionar. 1.5 problema fácil de solucionar)</p> |
| La factibilidad (1-sí- ó 0-no-) | <p>Es la cuestión más compleja. Hanlon (1984) describe este componente con las siglas PEARL, que corresponden a un grupo de factores que no están directamente relacionados con las necesidades actuales, o a la eficacia, pero que determinan si un programa o una actividad particulares pueden aplicarse:</p> <p style="padding-left: 40px;">P = Pertinencia.</p> <p style="padding-left: 40px;">E = Factibilidad Económica.</p> <p style="padding-left: 40px;">A = Aceptabilidad.</p> <p style="padding-left: 40px;">R = Disponibilidad de Recursos.</p> <p style="padding-left: 40px;">L = Legalidad.</p> |

Tabla 5: Componentes del método de Hanlon (1984)

La elección de las prioridades se debe apoyar en indicadores objetivos y cuantitativos. Aunque en casi todos los métodos existe un grado de subjetividad, se recomienda utilizar técnicas de consenso como ejemplo la técnica conocida como grupo nominal.

Otros métodos para determinar prioridades:

a. Priorización de Navarra:

MAGNITUD: Mortalidad y morbilidad.

PRIORIDAD: M x T x V

TRANSCENDENCIA: Opinión de la población y socioeconómico (pérdida de producción).

VULNERABILIDAD: Preventiva y curativa.

b. Método de la parrilla de análisis (Pineault y Develuy, 1989):

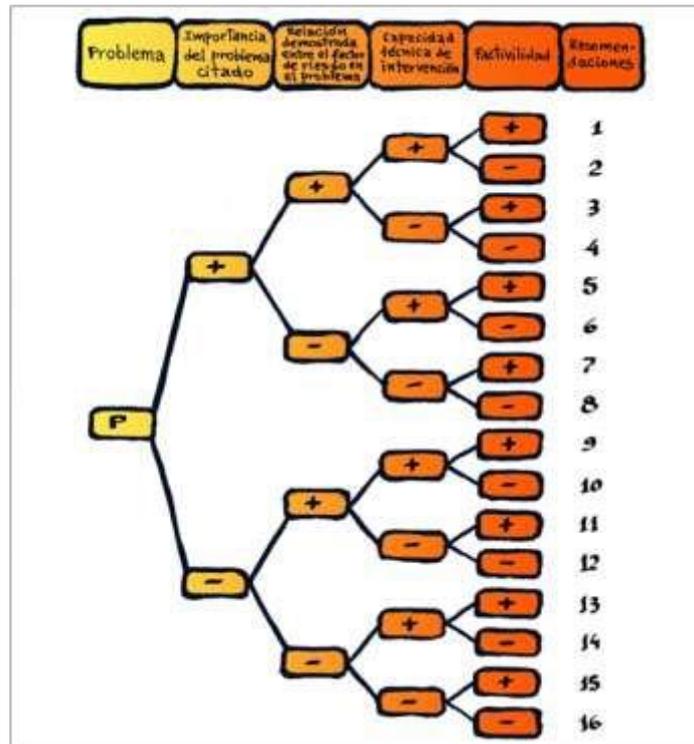


Figura 33: Parrilla de análisis para recomendar prioridades.

3. ¿CÓMO SE VALORA? ¿CÓMO SE ANALIZA?

El problema

Una vez identificados y priorizados los problemas de salud, se debe analizar y valorar el problema a abordar. La valoración o análisis del problema será lo que finalmente oriente sobre la pertinencia del programa y sobre sus contenidos.

La determinación del problema surge del análisis de la realidad cuyo objetivo es conocer dónde, cómo y por qué se generan los problemas de salud. Implica conocer su origen y la relación con las personas que lo padecen. Lo que nos interesa es conocer cuáles son los comportamientos de los individuos, grupos o comunidad que están implicados en los problemas y cuáles son los factores determinantes de estos comportamientos. De modo que a través de una acción educativa puedan modificarse, produciendo una mejora de la magnitud y gravedad del problema.

Una vez priorizado un problema, la primera tarea a realizar será su valoración, que incluye:

a. Factores condicionantes del problema.

En este momento se seleccionarán los indicadores más apropiados para el conocimiento y control del problema y analizaremos los diversos factores que contribuyen a su aparición. Puede facilitar un análisis más sistematizado de estos factores recurrir a los modelos psicosociales de determinantes de las conductas de salud que nos ayudan a identificar qué grupos de factores resulta importante tener en cuenta para modificar la/s conducta/s que nos hemos marcado como objetivo abordar. De esta manera deberemos tener en cuenta grupos de determinantes como: actitudes, conocimientos, creencias, influencia social, autoeficacia, barreras y habilidades. También factores ligados al ambiente.

Los datos de la población y la bibliografía serán fuentes de información importantes. Nos ayudarán a conocer si los factores condicionantes son modificables y cuáles son las medidas más eficaces y eficientes para hacerlo y en qué plazos.

El modelo de Dahlgren & Whitehead (1991) nos puede ayudar en este apartado ya que resume de forma muy visual y explicativa los grandes grupos de determinantes de la salud de las personas y los diferentes niveles en los que podemos encontrar estos determinantes.

Dahlgren G & Whitehead M (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies, Stockholm (Mimeo)



Figura 34: Modelo de Dahlgren & Whitehead (1991).

b. Consecuencias para la salud.

Indicar las consecuencias previsibles del problema en cuanto a la atención sanitaria o el bienestar y la calidad de vida la población.

c. Consecuencias socio-sanitarias.

Las medidas preventivas que ya se han llevado a cabo en alguna ocasión y el nivel de impacto que han producido sobre la población. Nos vamos a preguntar cómo podemos mejorar la intervención ya existente para producir el mayor impacto posible en la población sobre la que consideramos prioritaria intervenir en un contexto social y cultural determinado.

d. Identificación de la población diana.

Se trata de definir quién es el grupo sobre el cual vamos a actuar. Tanto en su faceta demográfica (extensión y características) como epidemiológica.

Recordemos la importancia de fomentar la participación activa de la población diana para definir conjuntamente los problemas y las causas que los originan.

Al final del análisis del problema tendríamos que tener:

- ✓ La definición del problema.
- ✓ Los motivos de por qué se trata de un problema.
- ✓ A quién o quienes afecta.
- ✓ Qué factores influyen en su aparición.
- ✓ Si es necesario y prioritario cambiarlo.
- ✓ Qué se puede hacer para cambiarlo.

Esta valoración servirá para la justificación del programa y la determinación de sus objetivos y actividades. En las siguientes tablas se presentan propuestas de esquemas para la valoración de un problema de salud.

| FACTORES CONDICIONANTES | CONSECUENCIAS PARA LA SALUD | CONSECUENCIAS SOCIO SANITARIAS | ACTITUDES OBSERVADAS EN LA POBLACIÓN |
|---|---|--|---|
|  |  |  |  |

Tabla 6-a: Elementos a tener en cuenta en la valoración de un problema.

| PROBLEMA DE SALUD | FACTORES DE RIESGO | | MEDIDAS PREVENTIVAS | |
|-------------------|--------------------|-------|---------------------|----------------|
| | Individuales | Medio | Sobre las personas | Sobre el medio |
| | | | | |

Tabla 6-b: Elementos a tener en cuenta en la valoración de un problema.

PROBLEMA DE SALUD:

| FACTORES CONDICIONANTES | INDICADORES | CONSECUENCIAS PREVISIBLES ATENCION SANITARIA |
|------------------------------|-------------|--|
| MEDIO AMBIENTE | | |
| ESTILO DE VIDA | | |
| BIOLOGIA HUMANA | | |
| SISTEMA ASISTENCIA SANITARIA | | |

Tabla 6-c: Elementos a tener en cuenta en la valoración de un problema.

ACTIVIDAD 1

Se crea un Equipo de Atención Primaria (EAP) en un barrio del casco antiguo de una ciudad pequeña.

El equipo está formado por: 10 profesionales médicos, 10 profesionales de enfermería, 1 auxiliar, 1 trabajador/a social y 3 auxiliares de gestión administrativa.

La población total del barrio es de 25.000 habitantes, con una pirámide de edad en la que hay un 50% de personas mayores de 65 años, de las cuales un 20% viven solos/as. Los edificios no reúnen condiciones adecuadas: no tienen calefacción ni ascensor. El 25% de estas personas tienen un único ingreso que proviene de ayudas institucionales, que representa unos 300€ al mes.

La prevalencia de enfermedades crónicas en este barrio es de:

- . 25% HTA.
- . 3% Diabetes Mellitus.
- . 50% Obesidad.
- . 15% Enfermedad respiratoria crónica.

Definir el problema de salud más importante.

ACTIVIDAD 2

¿Cuál de estos problemas de salud (ordenados por orden de prevalencia) de un CAP "X" crees más importantes para intervenir desde la atención comunitaria?

- . Enfermedades cardiovasculares.
- . Neoplasias.
- . Accidentes de tráfico en jóvenes (25 - 34 años).
- . Enfermedades respiratorias.
- . Artrosis y otras enfermedades degenerativas.
- . HTA no controlada.

- . Hipercolesterolemia en edad adulta.
- . Diabetes.
- . Sida.
- . Caries dental en la edad pediátrica.
- . Ansiedad y depresión.

Y AHORA ANTES DE CONTINUAR MARCA CON UNA X SI...

- ✓ Entre varios problemas de salud, ¿sabrías cómo priorizar el más importante?
- ✓ Enumera 4 criterios básicos para priorizar un problema de salud.
- ✓ ¿Sabrías aplicar el método Hanlon para priorizar un problema de salud?
- ✓ ¿Qué criterios usarías para analizar y valorar un programa de salud seleccionado?

EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN EL PROGRAMA THAO-SALUD INFANTIL

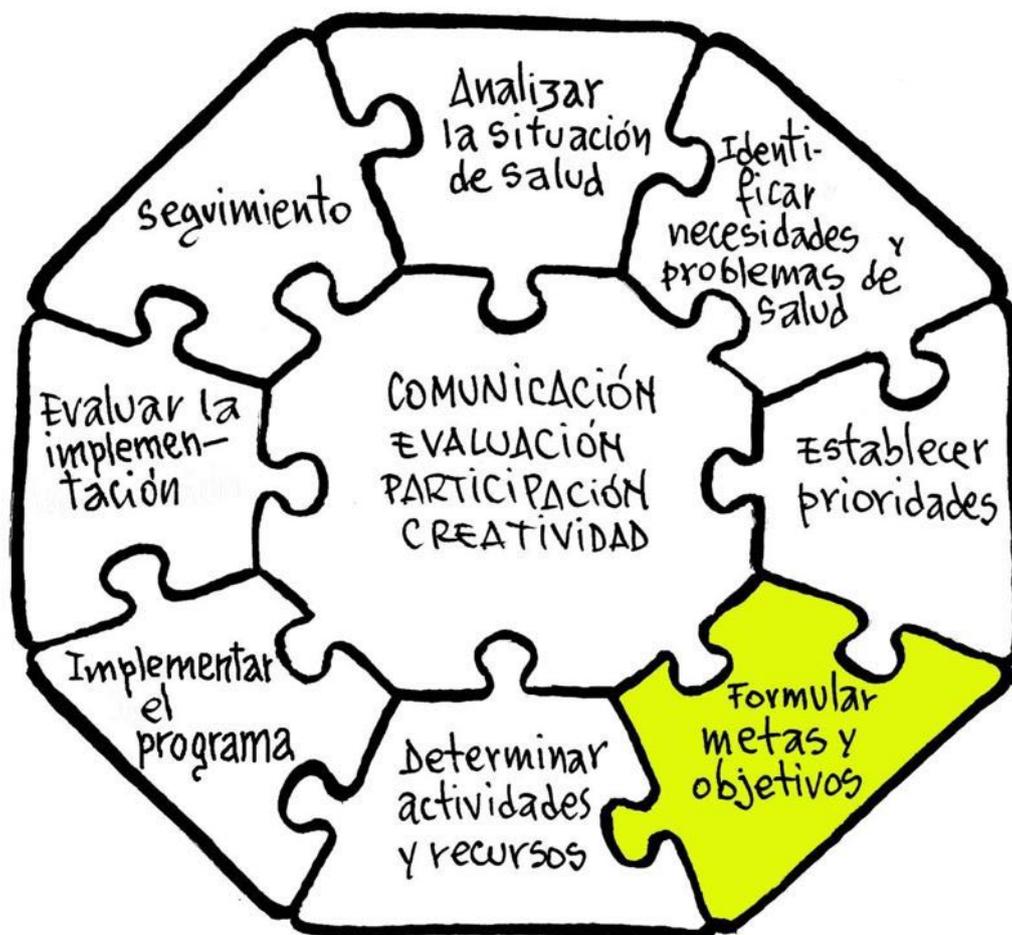
En el capítulo anterior definimos a groso modo las variables y metodología utilizada en el Programa Thao-Salud Infantil para realizar la evaluación basal tanto de las variables antropométricas como de estilo de vida. Este protocolo permite estratificar los datos según escuela, género y franjas por lo que dispondremos de una información muy desagregada de la magnitud de la problemática y los factores de riesgo que la precipitan. Esta información va a resultar clave en el establecimiento de las prioridades de intervención del Programa Thao. Este establecimiento de prioridades lo va a realizar conjuntamente el equipo de la Fundación Thao y el equipo local Thao liderado por el/la coordinador/a local Thao. Como es obvio el equipo local va a conocer mucho más el territorio en el que nos disponemos a intervenir y va a tener un peso muy importante en el establecimiento de prioridades que a su vez vamos a basar en los datos obtenidos mediante la evaluación basal. De esta manera y en función de los recursos existentes en el municipio vamos a analizar a cuantas escuelas podemos alcanzar con el programa de actividades educativas Thao, qué número de pósters para las escuelas vamos a imprimir, cuántos dípticos para familias vamos a distribuir a lo largo de la campaña y si podemos asumir su coste, o con qué frecuencia, entornos y en qué áreas geográficas vamos a priorizar nuestras actividades más comunitarias. La opinión de los profesionales que trabajan en el territorio (educadores infantiles, profesorado, equipos de pediatría, gestores del mercado, entidades deportivas, etc.) también va a resultar esencial y a tener muy en cuenta en el proceso de priorización.

El hecho de disponer de información objetiva fruto de la evaluación basal y de la información procedente de informantes clave del entorno de los niños y niñas y sus familias, nos va a permitir realizar una priorización totalmente ajustada a las necesidades de la población en la que estamos interviniendo. En consecuencia de una

adecuada priorización vamos a conseguir que la magnitud de la problemática (obesidad infantil) y sus consecuencias sobre la población sean mucho menores en un menor período de tiempo y con una inversión de recursos adecuada (eficiencia de la intervención).

El hecho de conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil estratificada por las variables citadas nos va a dirigir a aquellas escuelas con una mayor problemática. Además, el hecho de disponer de información de los determinantes de estilo de vida nos va a permitir incidir directamente sobre aquellos factores de riesgo que están precipitando de forma clara la problemática. Para conocer y confirmar en qué áreas actuar y cómo incidir sobre estos factores determinantes va a resultar substancial la información proporcionada por los actores sociales clave.

TEMA 6: Formulamos metas y objetivos



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



Metáfora 6: Formulamos de dónde venimos y hacia dónde vamos.

¡Llegamos a un punto clave de la planificación del viaje! Tenemos que decidir qué aspectos queremos descubrir de nuestro lugar de destino, las excursiones, ciudades, museos y restaurantes que queremos visitar y cuándo los queremos visitar. Para formular y ajustar correctamente los objetivos y metas de nuestro viaje deberemos tener en cuenta cuáles son los condicionantes del grupo de personas con el que viajamos, sus intereses, el presupuesto del que disponemos, los horarios de visita de

cada lugar, la climatología prevista y el tiempo que debemos invertir para desplazarnos de un lugar a otro, entre otros factores que afectaran a que los objetivos sean unos u otros.

Es por tanto un momento central y de gran importancia ya que si los objetivos y metas están bien formulados, teniendo en cuenta todos los factores que influyen, la probabilidad de que el viaje sea más agradable y provechoso será mayor.

Esta etapa nos conducirá a:

Definir los objetivos, desarrollar las estrategias con la participación de la población implicada y en función de:

- ✓ Los colaboradores contactados.
- ✓ Las dificultades identificadas.
- ✓ Los recursos disponibles.

Al grupo salud le quedan por definir sus objetivos de acción y su estrategia.

Reconocidos los grupos de población expuestos a riesgos y determinadas las prioridades y los grupos afectados por la acción emprendida, se trata ahora de definir los objetivos.

La programación de actividades de promoción y educación para la salud requiere una metodología adecuada para conseguir el fin que se proponen. La promoción y educación para la salud pretenden proporcionar las herramientas necesarias para conseguir modificar conductas y los determinantes psicosociales de estas conductas: modificar actitudes, aportar conocimientos y practicar habilidades entre otros. De forma que las personas que participen en estos programas consigan mayor calidad de vida y contribuyan a mejorar la calidad de vida de los demás. La modificación o fortalecimiento de determinadas conductas predice la evolución de determinados indicadores de resultados como la calidad de vida.

El Capítulo 5 “Formular metas y objetivos” de nuestra Guía Didáctica es una herramienta que explica cómo se elaboran/confeccionan los objetivos de un programa de Educación para la Salud.

No siempre los profesionales que se dedican a este tipo de actividades disponen de recursos metodológicos, materiales suficientes y prácticas para llevar a cabo su trabajo. Este capítulo pretende ser una guía para el diseño/confección de las metas y objetivos de un programa en Educación para la Salud.

“Si usted no sabe adónde va, probablemente no llegará a ninguna parte” (Mager, 1979)

En este tema también será importante la participación y compromiso del usuario. Los objetivos también tienen que ser escogidos por uno mismo. Es la fase en la que trasladamos todo lo estudiado y aprendido anteriormente y lo llevamos a la concreción y planificación. Si las anteriores fases se han llevado a cabo con rigor, resultará mucho más sencillo formular los objetivos de forma adecuada y que éstos estén 100% dirigidos a la consecución de las mejoras o cambios esperados.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Definir qué es un objetivo.
- ✓ Enumerar y describir diversos tipos de objetivos.
- ✓ Identificar criterios de formulación de objetivos.
- ✓ Identificar normas de formulación de objetivos.
- ✓ Enumerar las cualidades que debe tener un objetivo
- ✓ Formular objetivos correctamente

1- ¿QUÉ ES UN OBJETIVO?

La formulación de objetivos es un proceso que se dirige a iniciar la acción y evidentemente a evaluar el efecto. La definición de objeto constituye una de las condiciones para la evaluación y es de vital importancia para el desarrollo del programa en términos de eficiencia y eficacia.

El objetivo es un enunciado que describe los resultados esperados, antes que el procedimiento, la estrategia y las acciones para alcanzar esos resultados. Además permitirá evaluar el programa. Los objetivos no son acciones.

El objetivo puede cubrir el conjunto del programa o una parte del mismo: puede ser general o más o menos detallado. Se habla entonces de objetivo general, intermedio o específico.

La EpS pretende principalmente cambiar comportamientos relacionados con la salud. El profesional deseará cuestiones tan específicas como que un paciente/usuario sea capaz de enumerar cinco alimentos que contengan vitamina "C", o tan globales como crear una mayor conciencia hacia un problema de salud en una comunidad definida. A esta forma de proceder se llama definición de los objetivos.

Encontramos también términos como fin o meta en los programas de EpS. Se entiende por meta o fin programa la razón de ser. El objeto del plan. La meta o fin otorga al programa una dirección. Es el enunciado general que indica hacia donde se dirige el programa. El enunciado es más amplio que el objetivo general. Ej, Salud para todos en el Siglo XXI. Una meta o fin que nos guía aunque sea difícil conseguirla. En nuestro caso limitaremos el término meta o finalidad a la dirección última y global del programa.

Los objetivos deben ser coherentes con los principios y la finalidad de la Educación para la Salud, es decir, deben ir encaminados a conseguir un cambio en los comportamientos y no exclusivamente a transmitir informaciones o a difundir conocimientos. Deben perseguir la eliminación o disminución de los factores de riesgo para prevenir enfermedades o potenciar la salud.

Los objetivos son elementos claves del programa, ya que:

- Determinan las actividades.
- Plantean los recursos necesarios.
- Marcan criterios de evaluación.

Con el siguiente esquema podemos concluir qué entendemos por objetivo:



"HTA CONTROLADA" → Es un resultado

¿que tendrá que hacer el usuario/paciente para conseguirlo?

- Conocer la HTA
- Tipos de dieta
- Ejercicio
- ...

"Todo esto son objetivos de aprendizaje"

“El verdadero interés de la determinación de los objetivos es que es esencialmente un proceso de gestión que pretende iniciar la acción y evidentemente evaluar sus efectos” (Pineault, 1989)

2. ¿POR QUÉ OBJETIVOS?

- a. Punto de partida de todo el programa.
- b. Saber dónde queremos llegar y qué queremos conseguir (Obj. Generales).
- c. Pero no es suficiente, también tenemos que conocer ¿Cómo vamos a llegar? ¿Qué necesitamos para llegar a dónde queremos llegar? Una adecuada definición de objetivos nos facilita el desarrollo de toda intervención.
- d. No hay evaluación correcta sin objetivos claros.

3. ¿QUÉ TIPOS DE OBJETIVOS PODEMOS ENCONTRAR EN LOS PROGRAMAS DE EPS?

Hay tres tipos de objetivos: (figura 35).

. **El general (o propósito):** representa una meta que se fija en términos de “estado de salud a alcanzar” por y para la población.

Se denominan también objetivos de salud y hacen referencia a indicadores de resultados en salud.

Se trata pues del resultado global perseguido. Se corresponden con los estados o comportamientos esperados en la población objetivo. Tiene una relación directa con la meta del programa.

El número de los objetivos generales puede variar.

Ej.: Disminuir la morbilidad, la mortalidad o la incapacidad por ejemplo de la HTA.

Disminuir en un 30 % la HTA.

Disminuir en un 20 % la prevalencia de caries de la población escolar de Lleida en 5 años.

Es evidente que para conseguir estos objetivos generales deberemos modificar ciertos comportamientos de la población antes y por eso es imprescindible definir adecuadamente cada uno de los pasos intermedios.

. **El intermedio (o subprograma):** representa lo que se desea realmente emprender o hacer. Corresponden a los estados o comportamientos esperados en la población objetivo. Derivan del objetivo general. Estos objetivos están relacionados con el comportamiento asociado al problema de salud. A menudo se tienen claros y se definen los comportamientos a modificar, pero también es importante pensar en los comportamientos que queremos reforzar, ya que nos ayudaran a la consecución de los objetivos generales y al logro de las metas.

Ej.: Modificar comportamientos relacionados con la HTA: el estrés, la dieta, el ejercicio, el tabaquismo, no seguir tratamiento,...

Conseguir que el 80 % de los escolares realicen una higiene bucal correcta como mínimo dos veces al día en el plazo de un curso escolar.

Conseguir que el 60 % de los escolares reduzcan la ingesta de azúcares refinados en un 25 % en el plazo de un curso escolar.

. **El específico:** corresponde a la tarea específica que uno asume para realizar concretamente la acción o actividad que será organizada en las estrategias. Se dirigen a abordar todos aquellos determinantes psicosociales de las conductas de Sslud. Pueden ser de conocimientos, actitudes, influencia social, autoeficacia, habilidade.s o barreras y predisponen, facilitan y refuerzan el cambio de comportamiento. (Ver PRECEDE. Tema 2).

Ej.: Hacer sentir capaz a la población sobre la que intervenimos de preparar recetas con alimentos que contengan vitamina C.

Para que el proceso de aprendizaje sea completo la enseñanza debe comprender tres niveles:

- . El **saber**, es decir, la adquisición de conocimientos.
- . El **saber hacer** o desarrollo de actividades, es decir, las habilidades.
- . El **saber estar** que corresponde a la adquisición de actitudes.

Es conveniente elaborar objetivos para cada uno de estos niveles. Su clasificación con arreglo al grado de complejidad se llama taxonomía y lo veremos más adelante.

Ejemplo:

Saber: Al final del curso escolar el 90% de los escolares sabrán enumerar 8 factores de riesgo modificables que contribuyen a la aparición de la caries dental.

Saber hacer: Al final del curso escolar el 80 % de los escolares demostrarán que saben realizar el cepillado dental.

Saber estar: Al final del curso el 70 % de los escolares estarán sensibilizados respecto a la necesidad de mantener una buena higiene dental.



Figura 35: Tipos de objetivos.

Una de las dificultades relacionadas con la formulación de objetivos es la determinación del tipo de resultados que se espera alcanzar en términos de salud o de comportamientos. Lo importante es que los objetivos sean formulados en función de una secuencia jerárquica que vaya de objetivos de salud a objetivos de comportamiento o de estados deseados:

1. Enunciar primero los objetivos de salud relacionados con indicadores sanitarios o de salud. Ejemplo: reducción de la mortalidad, disminución de la enfermedad, incremento de la calidad de vida.
2. Enunciar los objetivos de comportamientos o estados deseados, en relación con los objetivos de salud. Ejemplo: disminución consumo tabaco, alcohol, incremento de las horas de sueño,...
3. Enunciar los objetivos que favorezcan la predisposición, la facilitación y el refuerzo de los comportamientos y estados deseados. Ejemplo: sentirme capaz de realizar cambios en mi comportamiento, que mi familia me premie y refuerce positivamente cada vez que llevo a cabo el comportamiento deseado o que el Ayuntamiento facilite el acceso a determinados servicios/entornos de salud...

En el esquema podemos observar que en los programas nos podremos encontrar con un gran objetivo general, de éste se derivan varios intermedios y de éstos muchos más específicos y concretos.

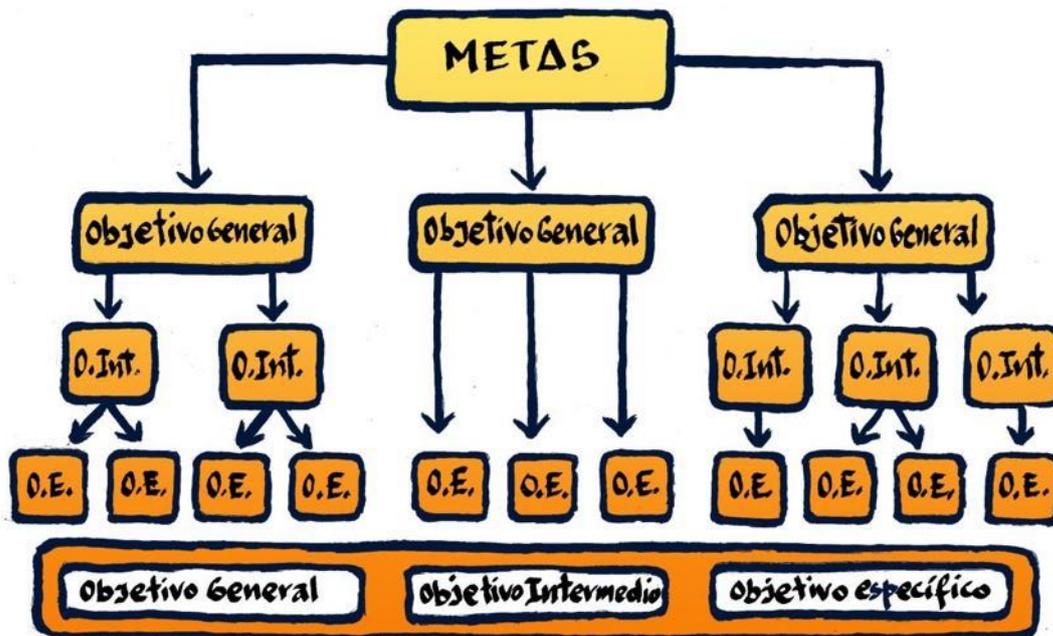


Figura 36: Se muestran la proporción entre los objetivos generales, intermedios (O. Int.) y específicos (O.E.).

4. ¿QUÉ CUALIDADES DEBE TENER UN OBJETIVO?

Utilizaremos la teoría llamada SMART y las letras de este acrónimo se corresponden con la primera letra en inglés de:

- **Specific / específico:** Un objetivo debe ser específico, claro y conciso. Se deben definir los objetivos en detalle para llegar a su logro. Debemos ser concretos y no utilizar verbos que evocan a cierta indefinición y que són difíciles de medir como: coordinar, soportar o facilitar. Son mucho más adecuados verbos como: incrementar, proporcionar, publicar o entrenar, entre otros.
¿Qué vamos a hacer exactamente?
¿A quién va a ir dirigido?
- **Measurable / medible:** Los objetivos deberían ser cuantitativamente o descriptivamente medibles. Se deben crear mecanismos de evaluación que permitan monitorizar el progreso en la consecución de cada uno de los objetivos. Estos mecanismos de evaluación debe ser factible ponerlos en

práctica. Las fuentes de datos o los instrumentos utilizados deben especificarse en el objetivo.

¿Se puede cuantificar la consecución del objetivo?

¿Podemos asumir poner en marcha estos mecanismos de evaluación?

- **Achievable – Attainable / alcanzable:** Un objetivo siempre debe ser alcanzable en función de los recursos del proyecto. De lo contrario el sentimiento de frustración puede bloquear a las personas que participan en el desarrollo del proyecto. Sucederá lo mismo si el objetivo es alcanzable pero en un largo periodo de tiempo, ya que las personas deben ir recibiendo refuerzos que les permitan mantener el nivel de motivación.

- **Relevant / relevante:** Los objetivos deben estar alineados con las metas o estrategias a largo plazo. Para saber si un objetivo es relevante o no debemos conocer bien la literatura científica, los ejemplos de buenas prácticas y las teorías del cambio que vas a utilizar en cada intervención.

¿El objetivo va a tener un efecto sobre la estrategia o meta deseada?

- **Time bound / concreto en el tiempo:** en la definición del objetivo se debe especificar un periodo de tiempo razonable para su consecución. Para ello se debe tener en cuenta el entorno en el que se debe conseguir el cambio, el alcance del cambio esperado, cómo se ajustó dentro del plan de trabajo y la intervención en general.

¿Cuándo tenemos que haber logrado el objetivo?

Puedes utilizar la siguiente estructura para formular los objetivos SMART de tu programa:

_____ (Qué / Quién – Específico),
desde _____ hasta _____
(Medida: número, tasa, porcentaje de cambio y datos basales –
medible) _____ antes del (Cuándo – concreto en el tiempo).

Es muy importante dedicar tiempo a pensar en los objetivos y redactarlos de manera adecuada ya que es clave para el posterior desarrollo del programa de Educación para la Salud. Además se trata de un proceso que permite identificar los elementos de evaluación, el nombre de los indicadores de resultados y las medidas de evaluación del proceso de implementación.



Figura 37: Cualidades de un objetivos específico. (Revisarlo y adaptarlo)

5. ¿QUÉ ELEMENTOS CLAVES DEBEN CONTENER EN SU FORMULACIÓN LOS OBJETIVOS?

Enunciando los objetivos deben precisarse los siguientes elementos:

- . **El acto o la acción:** Descripción de la tarea esperada bajo forma de verbo en ACTIVO y observable.
- . **El contenido u objeto:** Delimitar la materia, el tema, el asunto del acto o acción. El elemento de conocimiento que constituye el objeto de la acción.
- . **La condición:** Descripción de la situación necesaria en que el acto debe producirse. Cómo se desarrollará la acción, en que momento y con ayuda de qué medios.

Las condiciones corresponden a los acontecimientos que rodean la realización de la acción. Puede tratarse de personas presentes, de lugar o de objetos utilizados.

Ej: Con la ayuda de una silla de bebé para coche, el individuo instala a su hijo según las normas de seguridad específicas que dan las instrucciones de la silla.

En este ejemplo la condición es con la ayuda de una silla de bebé para el coche.

. **El criterio:** Definición del nivel aceptable de actuación que se debe alcanzar. Determina la calidad de la acción.

Los criterios de una acción determinan si ésta es suficientemente adecuada para mejorar la salud. Son la cantidad, la precisión o la rapidez de la acción.

Ej. Criterio de cantidad: Disminuir el consumo de 30 cigarrillos a 10 cigarrillos día.

En este ejemplo, la acción es el consumo de tabaco y el criterio de cantidad es de 30 cigarrillos a 10 cigarrillos.

Ej. Criterio de precisión: Colocar al bebé en sillita de coche y atarlo según las normas de seguridad.

En este ejemplo colocar al bebé es la acción y el criterio de precisión es según las normas de seguridad.

Ej. Criterio de rapidez: Correr los 100 metros en menos de 12 segundos.

En este ejemplo correr 100 metros es la acción y en menos de 12 segundos es el criterio de rapidez.

Ejemplo:

“Identificar al menos dos síntomas de emergencia de un ataque cardiaco entre un listado de 5 situaciones”

Acción: Identificar.

Contenido: Un ataque cardiaco.

Condición: Cinco situaciones.

Criterio: Dos síntomas.

Un error frecuente consiste en confundir los objetivos con las actividades, pero el objetivo debe definir siempre un resultado buscado y es previo a las acciones, actividades, que se deben iniciar para alcanzarlo. Para la consecución de un mismo objetivo pueden haber diferentes acciones a emprender.

“El verdadero interés de la determinación de los objetivos es que es esencialmente un proceso de gestión que pretende iniciar la acción y evidentemente evaluar sus efectos” (Pineault, 1989)

6. ¿CÓMO FORMULAMOS UN OBJETIVO? O PREGUNTAS A LAS QUE PUEDEN RESPONDER UN OBJETIVO PARA SU CORRECTA FORMULACIÓN

En la figura 38 podemos observar las preguntas a las que pueden responder un objetivo para su correcta formulación.



Figura 38: Preguntas para la formulación de un objetivo.

La definición correcta de un objetivo, ya sea general, intermedio o específico, debe contestar a las siguientes preguntas:

¿Qué? Describe el resultado que se debe alcanzar en la población objeto.

¿Quién? A qué población se dirige el programa, la población diana.

¿Cómo? Describe cómo conseguir el resultado deseado.

¿Dónde? Describe el ámbito de aplicación del programa.

¿Cuándo? Especifica la fecha en que debe haberse alcanzado el resultado.

¿Cuánto? El objetivo debe definir los criterios y las normas que permitirán apreciar el grado de éxito o de fracaso.

Existe una relación directa entre los objetivos, las estrategias y métodos de intervención y la evaluación.

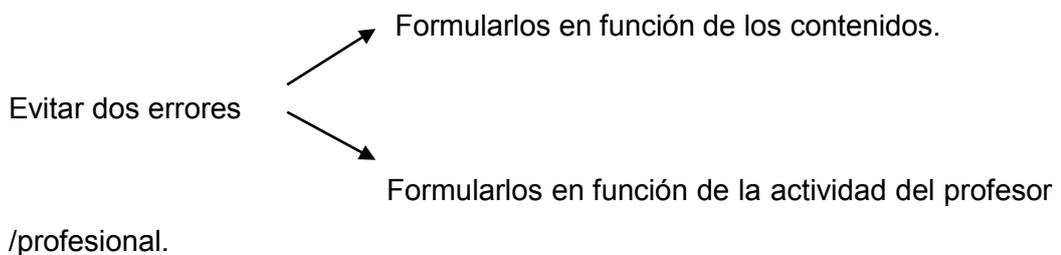


Figura 39: Interrelación entre objetivos, estrategias y métodos, intervención y evaluación.

Para formular los objetivos se debe tener presente:

. Referirse al cambio esperado del aprendizaje, por lo tanto, tienen relación directa con la evaluación.

. Formularlos siempre en función de lo que el alumno/paciente/usuarios/grupo debe hacer.



El sujeto siempre es el USUARIO/ALUMNO

. Referirse siempre a conductas observables, medibles, cuantificables y por tanto, evaluables.

. Concretarse siempre sobre el cambio de comportamiento del alumno/usuario/grupo.

. Utilizar un verbo activo. Ej: nombrar, hacer, preparar, comparar,...

. Técnicamente, para formular objetivos específicos, es importante y decisivo:

- ✓ Que quede bien claro el quién (siempre el alumno), el qué (verbo activo), el cómo (recursos y técnicas), el cuánto (nivel mínimo y máximo) y el cuándo (periodo de tiempo en el que se plantea la consecución del objetivo).
- ✓ Que la acción del alumno/usuario sea expresada con un verbo activo.
- ✓ Que se piense en la forma cómo el alumno/usuario puede demostrar lo aprendido en una conducta observable.
- ✓ Que se tenga en cuenta también las preguntas que se pueden hacer para comprobar el grado de aprendizaje logrado por el alumno/usuario.
- ✓ Que se haga referencia, por lo menos, al nivel mínimo. Y, si se incluye el nivel deseable, se señale el cuánto.
- ✓ Que se mencionen también los recursos técnicos para lograrlos (libros, fichas, ejercicios en el aula o en casa, individuales o en equipo, escritos u orales, etc)

7. ¿QUÉ VERBOS SE RECOMIENDAN PARA REDACTAR OBJETIVOS?

La taxonomía de Bloom es una herramienta destinada a clasificar de forma jerárquica los distintos niveles de adquisición de conocimiento en este caso. En orden ascendente tenemos:

- **Conocimientos:** Memorizar la información y repetirla sin tener que comprender necesariamente su significado.
- **Comprensión:** Resumir la información, explicarla a otra persona.
- **Aplicación:** Aplicarla a una situación real.
- **Análisis:** Análisis de las ventajas y los inconvenientes.

- **Síntesis:** Toma de decisión y síntesis de los conocimientos adquiridos, comprendidos e integrados.
- **Evaluación:** Análisis continuado a partir de criterios específicos.

Para redactar objetivos (en nuestro caso según la taxonomía cognitiva de Bloom), se recomienda el uso de los verbos reseñados a continuación:

| NIVEL | VERBOS |
|-------------------------|--|
| 1. Conocimiento: | Definir, reconocer, describir, identificar, enumerar, nombrar, subrayar, seleccionar, asociar, etc. |
| 2. Comprensión: | Convertir, distinguir, estimar, explicar, generalizar, dar ejemplos, deducir, predecir, redefinir, resumir. |
| 3. Aplicación: | Demostrar, descubrir, manipular, modificar, operar, preparar, producir, relacionar, demostrar, resolver, usar. |
| 4. Análisis: | Separar, diferenciar, discriminar, distinguir, identificar, ilustrar, deducir, señalar, relacionar, coleccionar, subdividir. |
| 5. Síntesis: | Clasificar, combinar, compilar, componer, planear, explicar, producir, modificar, organizar, reconstruir, relacionar, resumir. |
| 6. Evaluación: | Apreciar, comparar, concluir, contrastar, criticar, describir, discriminar, justificar, interpretar, relacionar, resumir. |

Tabla 7: Verbos para redactar objetivos.

También se presenta objetivos de aprendizaje a nivel psicomotor u afectivo: **(explicar mejor la conexión de estos apartados)**

. Un objetivo de aprendizaje psicomotor corresponde a un objetivo que se propone la adquisición de una habilidad psicomotora.

. Los objetivos de aprendizaje afectivos describen estados afectivos en la persona.

Presentamos también dos listas más para su consulta y uso a la hora de seleccionar verbos para formular los distintos objetivos:

VERBOS ACTIVOS PARA LA FORMULACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

| | | |
|---------------------------|--------------|-----------------|
| Abstenerse | Dar parte | Explicar |
| Actuar | Decidir | Explorar |
| Adherir | Defender | Exponer |
| Administrar | Definir | Facilitar |
| Alentar | Delimitar | Formular |
| Analizar | Demostrar | Hacer construir |
| Anotar | Describir | Hacer una lista |
| Aplicar | Desarrollar | Guardar |
| Asistir | Determinar | Guiar |
| Asumir la responsabilidad | Diagnosticar | Identificar |
| Ayudar | Decir | Impedir |
| Calcular | Dibujar | Implantar |
| Cambiar | Dirigir | Inferir |
| Colaborar | Discutir | Informar |
| Colocar | Distinguir | Inscribir |
| Comparar | Distribuir | Interpretar |
| Compartir | Escoger | Intervenir |
| Completar | Escribir | Introducir |
| Conducir | Efectuar | Justificar |
| Conservar | Ejecutar | Leer |
| Contrastar | Emplear | Manejar |
| Contribuir | Enseñar | Mantener |
| Controlar | Enunciar | Medir |
| Cooperar | Enumerar | Movilizar |
| Corregir | Enviar | Modificar |
| Crear | Especificar | Mostrar |
| Criticar | Establecer | Narrar |
| Cuidar | Evitar | Nombrar |
| Dar | Examinar | Obtener |

Oponer
Organizar
Participar
Perseguir
Planificar
Practicar
Predecir
Preparar
Prevenir
Prever
Promover
Pronosticar
Proteger
Quitar
Recoger
Referir
Registrar
Rellenar
Repartir
Resolver
Resumir
Reunir
Salvaguardar
Seleccionar
Sintetizar
Socorrer
Suministrar
Suplir
Tener
Tener en cuenta
Trabajar
Tranquilizar
Trasladar
Trazar

Utilizar
Etc.

Tabla 8: Verbos activos para la formulación de objetivos específicos.

Ponerlo en cuatro columnas

Lista de verbos para redactar objetivos

| <u>RELATIVOS A HECHOS, CONCEPTOS Y SISTEMAS CONCEPTUALES</u> | <u>RELATIVOS A ACTITUDES, VALORES Y NORMAS</u> | <u>RELATIVOS A HABILIDADES</u> | |
|---|---|---------------------------------------|----------------------|
| Identificar | Adaptarse | Manejar | Usar |
| Generalizar | Adquirir el hábito de | Aplicar | Representar |
| Comentar | Apreciar | Experimentar | Elaborar |
| Interpretar | Cooperar | Demostrar | Planificar |
| Comparar | Criticar | Componer | Analizar |
| Dibujar | Esforzarse para | Describir | Distinguir |
| Indicar | Habitarse a | Delimitar | Establecer hipótesis |
| Enumerar | Mostrar/tener interés para | Representar | Situar |
| Señalar | Mostrarse sensible hacia | Formular | Diseñar |
| Resumir | Ser responsable | Seleccionar | Experimentar |
| Distinguir | Formar parte/participar en | Manipular | |
| Inferir | Responder positivamente hacia | Comparar | Cuantificar |
| Clasificar | Valorar | Ordenar | Leer |
| Describir | Aceptar | Definir | Sintetizar |
| Sacar conclusiones | Aprovechar | Explicitar | Resumir |
| Explicar | Adquirir una actitud positiva | Confeccionar | Comentar |
| Relacionar | Comportarse positivamente | Recolectar | Construir |
| Situar | Colaborar en | Probar | Observar |
| Memorizar | Ser consciente de | Reconstruir | Simular |
| Analizar | Interesarse por | Identificar | Ejecutar |
| Aplicar | Mostrarse positivo | Diferenciar | Explicitar |
| | Mostrar conductas activas | Precisar | Caracterizar |
| | Preocuparse por | Dramatizar | Formular preguntas |
| | Responsabilizarse de | Elegir | Organizar |
| | Reaccionar positivamente | Contrastar | Localizar |
| | Ser constante en | Comprobar | Controlar |
| | Trabajar positivamente | Relacionar | Clasificar |
| | Tolerar | Producir oral/escrito | Interpretar |
| | Tener una actitud positiva | Crear | Enunciar |
| | | Exponer | Debatir |

Tabla 9: Verbos para redactar objetivos.

Ejemplos:

A nivel cognitivo: El paciente será capaz de enumerar tres síntomas de su enfermedad (anemia, infarto, bronquitis,...).

La paciente explicará con sus propias palabras tres causas posibles de su enfermedad.

A nivel afectivo: La paciente será capaz de aceptar su nuevo rol de madre con confianza: (expresará con palabras su aceptación, querrá participar en los cuidados, etc.).

A nivel psicomotor: Después del taller el padre/madre será capaz de reproducir correctamente (precisar según lo explicado) la técnica de preparación del biberón.

Ejemplo:

Secuencia de metas y objetivos de salud de un programa de seguridad vial para niños de 0-4 años.

META DEL PROGRAMA

De aquí al año 2000, la mortalidad y la morbilidad asociadas a los accidentes de carretera para los niños de 0 a 4 años deberían reducirse en un 25% (en relación a los datos de 1985) por medio de intervenciones dirigidas hacia la utilización de dispositivos de retención para los niños pasajeros.

OBJETIVO GENERAL

1. De aquí a 1995, el 70% de los automóviles que transporten pasajeros menores de cinco años utilizarán adecuadamente, y en todo momento, dispositivos de retención que cumplan con las normas oficiales de seguridad.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

- 1.1. De aquí a 1990, el 80% de los automovilistas que transporten pasajeros menores de cinco años comprarán, alquilarán, pedirán prestado o recibirán de

regalo un dispositivo de retención conforme a las normas oficiales de seguridad.

- 1.2. De aquí a 1990, el 80% de los automovilistas que transporten pasajeros menores de cinco años podrán demostrar lo que es la utilización adecuada de un dispositivo de retención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1.1. De aquí a 1988, el 90% de los profesionales de salud que intervienen sobre padres podrán identificar los lugares en los que su clientela puede adquirir, alquilar o comprar un dispositivo de seguridad.
- 1.1.2. De aquí a 1988, el 80% de las embarazadas del territorio identificarán los lugares en los que se puede adquirir un dispositivo de seguridad.
- 1.1.3. De aquí a 1988, el 80% de los padres de niños de 0 a 5 años, del territorio, podrán identificar los lugares en los que puede adquirirse un dispositivo de seguridad.
- 1.2.1. De aquí a 1988, el 90% de los profesionales de salud que intervienen sobre padres podrán demostrar la utilización adecuada de los diversos dispositivos de seguridad.
- 1.2.2. De aquí a 1988, el 80% de las embarazadas y sus cónyuges podrán demostrar lo que es la utilización adecuada de un dispositivo de seguridad.
- 1.2.3. De aquí a 1988, el 80% de las embarazadas y sus cónyuges podrán identificar los lugares en los que pueden instalarse los mecanismos de anclaje para los dispositivos de seguridad.

Fuente: adaptado de Eriksen, M.P. y Gielen, A.C.: "The Application of Health Education Principales to Automobile chils Restrait Programs". *Health Education Quartely*, vol.10, nº1, Spring 1983, pp.30-55.

Rochon, A.: *Le projet P.O.U.S.S.I.N.*, Departement de santé communautaire, Cité de la Santé, Laval, Québec, 1986.

Y AHORA, ANTES DE CONTINUAR MARCA CON UNA X SI...

- Sabes definir el concepto de objetivo.
- Sabes diferenciar un objetivos general, intermedio y específico.
- Conoces las cualidades que debe tener un objetivo.
- Aplicas los criterios a la hora de formular un objetivo.

Este capítulo nos ha permitido conocer y aprender las distintas etapas relacionadas con la confección/formulación de las metas y objetivos de un programa en Educación para la Salud. Partimos de la base de que las metas y objetivos de un programa en Educación de la Salud son un pilar importante del funcionamiento, de los resultados esperados, utilidad y grado de éxito.

Y ahora vamos a pasar al siguiente capítulo de la Guía Didáctica que es: “**Determinar Actividades y Recursos**”.

Algunos ejemplos Para añadir (o no) y revisar

Exponemos algunos objetivos de programas y algunas reflexiones (en rojo) para ser objetivos correctamente formulados.

- ✓ Aumentar ¿cuánto? el nivel de salud y bienestar físico ¿qué se entiende por nivel de salud y bienestar físico? de los diabéticos mediante al educación grupal
- ✓ Lograr ¿quién? que los asistentes adquieran un mejor conocimiento ¿qué significa? del riesgo de sus enfermedad y forma de autocuidado.
- ✓ Informar, discutir y analizar teórica y prácticamente lo que supone la problemática del pie diabético. ¿para?
- ✓ Intentaremos ¿quién? reducir ¿cuánto? el número de crisis asmáticas y su intensidad.!

Ejemplos:

“Conseguir un calendario vacunal correcto en el 80% de todos los/as niños/as nacidos/as en 2012”.

“Aumentar la cobertura vacunal de la población infantil inmigrante del barrio X del 42% al 80% , durante el tiempo de intervención”.

“De aquí al año 2020, se reducirá en un 15% la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, a través de un programa dirigido hacia el control del tabaquismo, la hipertensión arterial, de la hipercolesterolemia y del sedentarismo”.

“Seis meses después del inicio del programa, el 50% de los sujetos incluidos en el grupo *intervención educativa* tendrán una glicemia normal, contra, solamente el 20 % de los del grupo control”.

Vacunaciones.

- . A los 3 años de funcionamiento del programa, el 80% de la población del Área Básica y de edades comprendidas entre 0 y 14 años, inclusive, tendrán debidamente registrado su estado vacunal.
- . De la población registrada, el 90% tendrá criterios de bien vacunado para su edad.

Salud bucodental.

- . A los 5 años de funcionamiento del programa, el índice CAO en la población infantil censada y comprendida entre los 6 y los 9 años habrá disminuido de 1/2 a 1 punto.
- . A los 3 años de funcionamiento del programa, el 80% de los niños del Área Básica entre 6 y 9 años de edad habrán sido examinados al menos 1 vez.

Intervención en pacientes con la enfermedad tromboembólica venosa (ETE)

Objetivo general:

Al finalizar el programa, el 95 % de los participantes conocerá la técnica de administración de heparina subcutánea y su repercusión en la profilaxis de la ETE

Objetivo intermedio:

El 95 % comprenderá la importancia de realizar una movilización precoz

Objetivo específico:

El 90% de los participantes será capaz de auto administrarse la heparina subcutánea realizando una técnica adecuada

El 80 % valorará la necesidad de adaptar adecuadamente el tratamiento de manera sistemática hasta indicación médica

Intervención en pacientes con la hipertensión arterial (HTA)

Objetivo general:

Al finalizar el programa el 95% de los participantes conocerán que es la hipertensión, sus consecuencias a largo plazo, signos y síntomas de alarma, composición de una dieta saludable.

Objetivo intermedio:

El 95% comprenderá la importancia de conocer las complicaciones de la HTA.

Objetivo específico:

El 90% de los participantes será capaz de reconocer los signos y síntomas de la HTA y tomar medidas a tomar en el caso.

El 90% explicaran los alimentos que deben aumentar en su consumo (verduras, frutas, ricos en fibra, y los que deben disminuir (grasa, azucares, alcohol).

El 85% explicaran las consecuencias de no controlarse la tensión arterial.

Programa de salud bucal de la población escolar

Objetivo general:

Disminuir la prevalencia de caries de la población escolar de Tresp en un 15%, en el plazo de 5 años.

Objetivo intermedio:

Conseguir que el 60% de los escolares realicen una higiene bucal correcta, como mínimo dos veces al día, en el plazo de un curso escolar.

Objetivos específicos:

Al final del curso escolar el 90% de los estudiantes sabrán enumerar los factores de riesgo modificables que contribuyen a la aparición de la caries dental.

Al final del curso escolar el 80% de los alumnos demostraran que saben realizar el cepillado dental.

Al final del curso escolar el 60% de los alumnos estarán sensibilizados respecto a la necesidad de mantener una buena higiene dental.

EJEMPLO con el Programa Thao-Salud Infantil

Secuencia de metas y objetivos de salud del Programa Thao-Salud Infantil, un programa comunitario de prevención de la obesidad infantil a través de la promoción de estilos de vida saludables en niños y niñas de 0 a 12 años y sus familias.

Se basará la formulación de la meta y los objetivos con el caso concreto de un municipio que inicia de nuevo el Programa Thao-Salud Infantil.

Meta del Programa.

En los próximos 10 años se reducirá en un 10%, respecto la evaluación basal al inicio de la implementación del Programa Thao-Salud Infantil, la prevalencia de sobrepeso y obesidad para la población infantil de 3 a 12 años del municipio.

Objetivo General.

1. En los próximos 4 años se reducirá en un 4%, respecto la evaluación basal, la prevalencia de sobrepeso y obesidad para la cohorte de población infantil que tiene de 3 a 8 años de edad al inicio de la implementación del Programa Thao-Salud Infantil.

Objetivos Intermedios.

- 1.1. En los próximos 3 años de implementación del Programa Thao mejorará en 1 punto la adherencia a la dieta mediterránea, medida mediante el índice de KidMed, en los niños y niñas que al inicio de la implementación del Programa Thao cursan 4º de educación primaria en alguno de los colegios del municipio.
- 1.2. En los próximos 3 años de implementación del Programa Thao mejorará en 0,20 puntos el nivel de actividad física, medido mediante el cuestionario PAQ-C, en los niños y niñas que al inicio de la implementación del Programa Thao cursan 4º de educación primaria en alguno de los colegios del municipio.

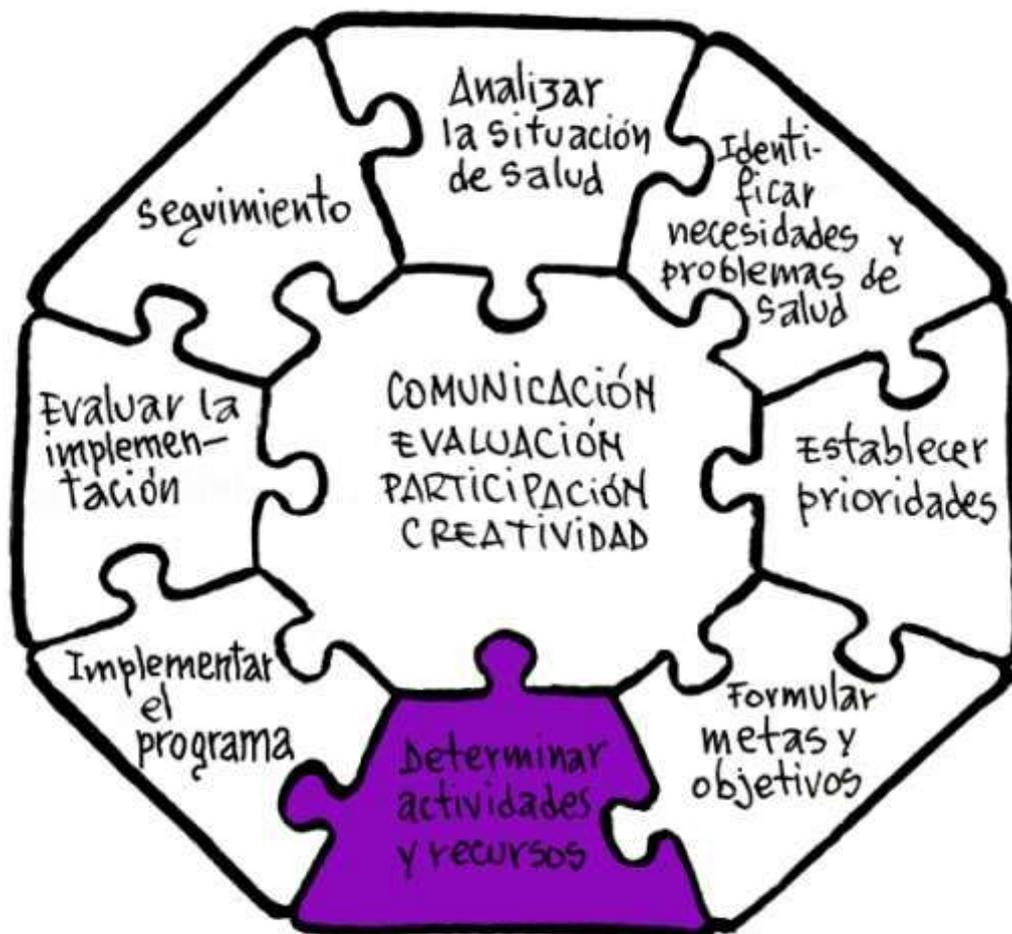
Objetivos Específicos.

- 1.1.4. Durante el primer año de implementación del Programa Thao-Salud Infantil se implementarán 15 acciones de promoción de la dieta mediterránea a nivel escolar, familiar y comunitario que producirán una mejoría de 0,50 puntos en la adherencia a la dieta mediterránea, medida mediante el índice KidMed en

la población infantil que cursan 4º o 5º de educación primaria en alguno de los colegios del municipio. (Correspondiente al objetivo intermedio 2.1).

TEMA 7: Determinar

actividades y recursos



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



Metáfora 7: ¿Qué queremos hacer?

La familia emprenderá su viaje. Dentro de su programación contempló actividades que satisfacen a todos los miembros que la componen.

Finalmente han decidido hacer una ruta de senderismo donde también hay un centro de interpretación de la naturaleza con juegos interactivos y así todos estarán contentos.

Para llegar deciden coger el autobús que los lleva hasta el parque, donde pasarán todo el día. Decidirán el momento del regreso en función de cómo se lo estén pasando. En el caso de que no les gusten algunas de las actividades que tienen planificadas también han contemplado otros recursos paralelos que les permitirán igualmente disfrutar de la experiencia y adaptarse a ella constantemente.

En este capítulo explicaremos qué tipo de actividades y programas se pueden emplear en función del diagnóstico, de los interlocutores y de los recursos de que se dispongan. Se podrán realizar una o varias actividades para la consecución de un mismo objetivo, estableciendo el plan y calendario de las diferentes etapas de la acción.

Después de saber los objetivos se plantearán las actividades y recursos necesarios para conseguirlos. Siempre deberemos tener en cuenta el objetivo general, cómo se articula éste a través de los objetivos intermedios y cómo se materializan éstos a través de los objetivos específicos. Los últimos son los que nos ayudarán a identificar las actividades y recursos necesarios para crear una intervención eficaz.

En este capítulo explicaremos que tipo de actividades se pueden emplear en función del diagnóstico, de los interlocutores y de los recursos de que se dispongan. Se podrán realizar una o varias actividades para la realización de un mismo objetivo, estableciendo el plan y el calendario de las diferentes etapas de la acción.

La estrategia de las actividades significa el paso "del conocimiento a la práctica", se trata de movilizar los recursos con el fin de cumplir los objetivos.

Precisamente los objetivos suponen un recurso muy valioso para mediar en ese paso del conocimiento a la práctica.

Se puede definir como la organización y la ampliación de los elementos que contribuyen a su realización.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Definir qué cuestiones nos tenemos que plantear antes de preparar una actividad.
- ✓ Definir qué niveles de influencia se han de tener en cuenta al elaborar una actividad.
- ✓ Definir las etapas de una actividad.
- ✓ Escribir una actividad para niños hasta 12 años.
- ✓ Escribir una actividad para adolescentes.
- ✓ Escribir una actividad para adultos.
- ✓ Describir cómo confeccionar un presupuesto.
- ✓ Enumerar fuentes de prevención para la elaboración de actividades.
- ✓ Enumerar varias estrategias de intervención.

1. ¿QUÉ METODOLOGÍA SEGUIR PARA DISEÑAR Y PROGRAMAR ACTIVIDADES DE Eps?

Definidos los objetivos el siguiente paso es determinar y establecer las actividades que deberán llevarse a cabo para alcanzarlos. Se necesita crear, buscar los recursos y organizarnos para la acción.

Las *actividades de un programa de salud* son aquellas que han de realizarse para el logro de los objetivos y están dirigidas a la población diana.

La determinación de actividades es uno de los aspectos clave en la elaboración de todo programa y determinará su eficacia. Exige consultar bibliografía adecuada y actualizada y no pueden establecerse en base a suposiciones.

Una vez definidas las actividades de un programa es necesario establecer como han de realizarse éstas entre los diferentes profesionales implicados de forma adecuada y uniforme, crear una infraestructura de recogida de datos, capacitar al personal que lo requiera (programas de formación y actualización) y establecer coordinación con distintas instituciones sanitarias y/o sociales, etc. Será muy importante en esta fase nutrir las redes que ya hemos empezado a constituir en las fases anteriores.

ACTIVIDAD

¿Realizaríais la misma actividad sobre Salud Sexual con jóvenes de 4º de ESO que con los padres y madres de estos alumnos? .

Para contestar tenéis que tener claros una serie de ítems que os presentamos a continuación.

Para determinar las actividades se responderá a las siguientes cuestiones. Las respuestas constituyen el eje de la planificación de los programas de salud y cada una de ellas exige un desarrollo específico. Este esquema puede servir de guía en el proceso de reflexión y planificación.

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| ¿PARA QUIÉN? ¿A QUIENES? | INDIVIDUOS COBERTURA | Personal / profesionales Población diana |
| ¿QUÉ? ¿PARA QUÉ? | OBJETIVO | Saber lo que quieres Qué se va a hacer |
| ¿POR QUÉ? | MOTIVO | Saber porqué lo quieres Finalidad Intenciones |
| ¿CUÁNDO? | TIEMPO | Para cuándo (implica orden y división del trabajo) El momento en que debe realizarse la actividad. Fechas de inicio, final y tiempo necesario |
| ¿QUÉ HACER? | PROCEDIMIENTOS ESTRATÉGIAS | Identificar las etapas previas a cada actividad. Lo que hay que hacer, la naturaleza de la tarea, su calidad y cantidad |
| ¿QUÉ CONOCIMIENTOS? | CONTENIDOS | Selección Utilidad Interés |
| ¿CÓMO? | TÉCNICAS METODOLOGÍA DOCENTE ACTIVIDADES | Métodos /procedimientos habituales/estrategias Como debe estar hecho, material técnico o educativo utilizado, descripción exacta de tareas |
| ¿QUIÉN? ¿CON QUIÉN? | RESPONSABLES EQUIPO COORDINADOR | Participación. Sistema de coordinación Especificar claramente las responsabilidades Asegurarse de que todos saben lo que tienen que hacer y cuándo tienen que hacerlo |

| | | |
|----------------------------------|-------------|--|
| ¿DÓNDE? | LUGAR | Contexto. Localización física Circunstancias |
| ¿QUÉ SE NECESITA? ¿CON QUÉ? | RECURSOS | Capacidad de decisión Contactar con las organizaciones implicadas Definir los recursos materiales, humanos y económicos que son necesarios |
| ¿EN QUÉ ORDEN? | CRONOGRAMA | Ordenar las actividades de manera cronológica |
| ¿CONTRA QUÉ? ¿CONTRA QUIENES? | OBSTACULOS | Institucionales, personales, económicos, políticos, legislativos o insuficientes recursos |
| ¿LO HE CONSEGUIDO? | EVALUACIÓN | Estructura: recursos Proceso: metodología Resultados: objetivos |
| ¿QUÉ SEGUIMIENTO? | SEGUIMIENTO | Recursos, medios, criterios de evaluación para el seguimiento del proyecto |

Tabla 8: Preguntas para la planificación de actividades.

Se presentan las mismas preguntas con la presentación gráfica del siguiente esquema:

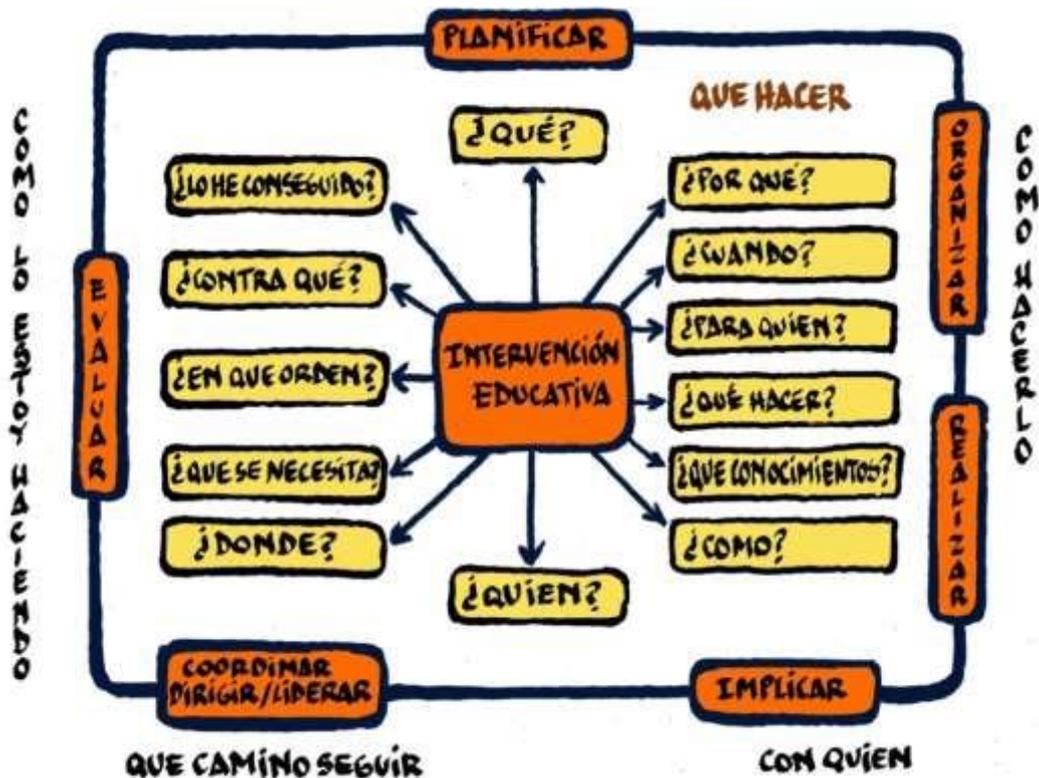


Figura 40: Esquemas con las preguntas para la planificación de actividades.

2. ¿EN QUÉ ÁMBITOS DE SALUD REALIZAMOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES?

Los programas de Educación para la Salud tienen más éxito si se contemplan desde la “perspectiva ecológica”. Este modelo plantea que para que las intervenciones de Educación para la Salud sean eficaces se han de contemplar cinco niveles que influyen en las conductas y condiciones relacionadas con la salud.

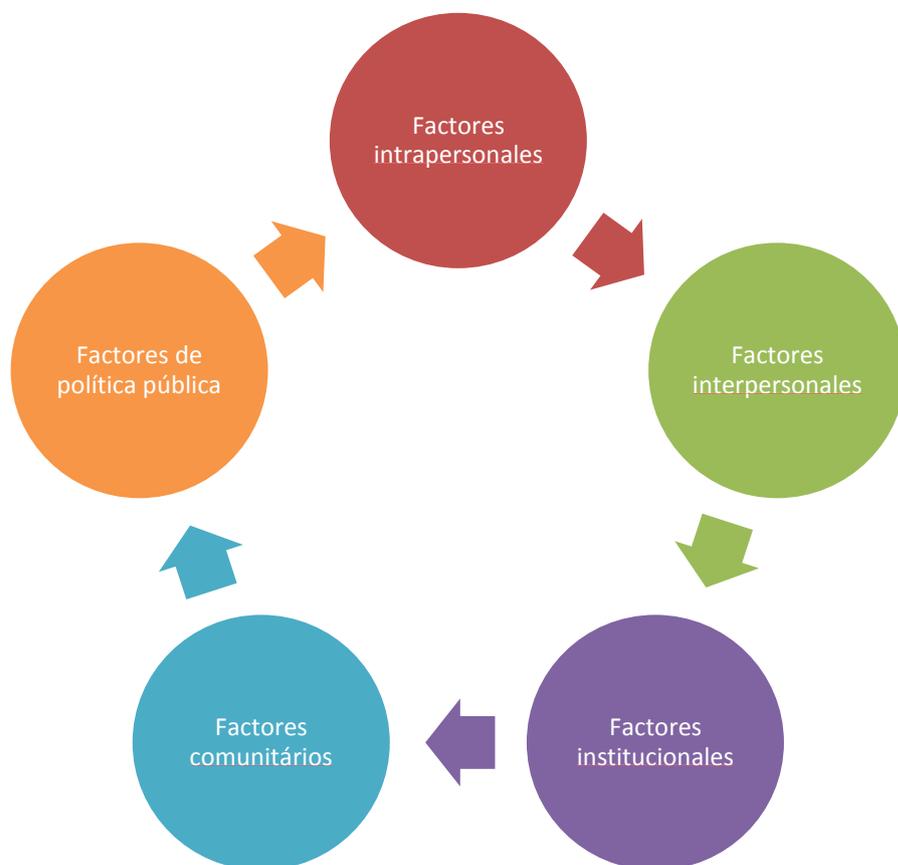


Figura 41: Perspectiva Ecológica. (Font: J.F. McKenzie. B.L. Neiger. R. Thackeray, 2009:217)

Practicaremos este modelo con el siguiente ejemplo:

“Programa para prevenir el consumo de tabaco en adolescentes de 1º de ESO”.

Al diseñar las actividades del Programa se tendrá en cuenta diversos factores:

. **Intrapersonales (o individuales).** Una mayoría de adolescentes sabe a esa edad que fumar es malo para la salud y a pesar de eso una minoría ha fumado en alguna ocasión y un grupo reducido fuma habitualmente.

. **Interpersonales** contemplarían las creencias que existen entre ellos sobre ser “mayor” unida a fumar y la no percepción de riesgo característica de esta etapa.

. **Institucionales** se verían reforzados al implementarse en los espacios del Centro Educativo la prohibición de fumar mediante carteles en las dependencias del instituto.

. **Comunitarios** tendrían que ver con ordenanzas municipales que prohíben fumar en los espacios públicos de la ciudad.

. **De política pública** irían encaminados a incrementar el impuesto del tabaco, financiar los tratamientos de deshabituación y realizar campañas de sensibilización sobre los peligros de fumar.

2. ¿QUÉ ACTIVIDADES PODEMOS HACER?

Buscar también de Promoción

Las actividades de EpS pueden ir encaminadas a tres niveles diferentes:

Prevención Primaria.

Las actividades irán dirigidas a actuar sobre las causas de los problemas de salud.

La tarea del/la educador/a en salud es facilitar el aprendizaje para disminuir los factores de riesgo y/o aumentar los factores de protección. . A su vez también deberá trabajar otros determinantes clave que influyen en las conductas de Salud.

Por ejemplo: En un programa dirigido a prevenir el consumo de tabaco en adolescentes, disminuir los factores de riesgo, trabajando actividades relacionadas con la información de los efectos del tabaco, la presión de grupo, la autoestima y los mensajes subliminarios.

Y aumentaremos los factores de protección indicando en las dependencias del instituto y en la puerta con carteles, la prohibición de fumar.

Otro factor de protección sería trabajar con los padres alguna actividad formativa relacionada con el tema.

Prevención Secundaria.

Las actividades irán dirigidas a detectar y tratar los problemas de salud (violencia de género, accidentes domésticos, enfermedades cardiovasculares.....)

En este caso el/la educador/a facilitará el aprendizaje de conductas destinadas a detectar problemas de salud.

Por ejemplo: A partir de un “Programa para detectar casos de violencia de género”, dirigido a enfermeras de Atención Primaria.

El educador formará a las enfermeras de un centro de salud mediante actividades relacionadas con el tema que ayuden a detectar estos casos en las consultas de atención primaria.

Al mismo tiempo aumentaremos los factores de protección comprometiendo al centro de salud a implementar un protocolo de detección de víctimas de violencia de género y darlo a conocer a todos los profesionales.

Prevención Terciaria.

Las actividades irán dirigidas a prevenir recaídas y complicaciones de un problema de salud.

El/la educador/a facilitará el aprendizaje de conductas destinadas a evitar las recaídas y las complicaciones del problema de salud concreto que se trate.

Por ejemplo: En un “Programa de educación física dirigido a personas con diabetes tipo 2”, donde el objetivo es el descenso o mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre para evitar complicaciones.

El educador conjuntamente con el “paciente experto” realizará actividades en el aula del centro de salud relacionadas con los conceptos teóricos de la diabetes y posteriormente las actividades se realizarán en los alrededores del centro de salud donde facilitará el aprendizaje de rutas y ejercicios saludables.

Aumentaremos los factores de protección proponiendo al Ayuntamiento la colocación de máquinas saludables en una de las zonas verdes del barrio.

FONT: A. Rochon (1991)

ACTIVIDAD

En el Mercado semanal que se hace en la ciudad de Banefa las enfermeras del Centro de salud proponen poner una parada mensual con información y realización de talleres sobre los siguientes temas: Prevención de accidentes domésticos en las personas ancianas ,lactancia materna, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos, prevención del cáncer de piel, hábitos alimentarios saludables, asesoramiento sobre ejercicio físico, prevención de accidentes en la infancia y ocio saludable.

¿En qué tipo de prevención están interviniendo?

3. ¿QUÉ DEBES RECORDAR DE LOS ELEMENTOS DE UN PLAN DE ACTIVIDADES?

1. Ordenar las actividades de manera cronológica.
2. Identificar las etapas previas a cada actividad, por ejemplo: petición del material necesario, formación de los profesionales, etc.
3. Hacer una lista de actividades, precisando las fechas de comienzo y de finalización.
4. Definir los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios.
5. Especificar claramente las responsabilidades de cada uno.
6. Contractar con las organizaciones implicadas en las actividades y asegurarse de su colaboración.
7. Estudiar los problemas y especificarlos.
8. Asegurarse de que cada uno sabe lo que tiene que hacer y cómo hacerlo.

Además de estos puntos reseñados por Pinault, debe comprobarse que los indicadores y los criterios de evaluación estén disponibles y es importante reseñar en un libro de incidencias las decisiones y medidas seleccionadas. (Pinault, 1989: 310)

5. ¿CÓMO ORGANIZAR LAS ESTRATEGIAS: ACTIVIDADES

Tabla 9: Ejemplo de organización de una actividad. (Debajo de la tabla)

| ORGANIZACIÓN DE LA ACCIÓN | | | | | | |
|---------------------------|---------------|---|------------------------|----------|--------------------------------------|---------------------|
| ¿Qué acción emprendemos? | | Emisión de radio..... el 25 enero..... | | | | |
| Tareas | ¿Qué implica? | ¿Quién las realiza? | ¿Cómo, por qué medios? | ¿Cuándo? | ¿Qué recursos son necesarios tierra? | Control de la tarea |

ACTIVIDADES PARA NIÑOS Y NIÑAS HASTA 12 AÑOS

POBLACIÓN

- Niños y niñas
- Niños y niñas

LUGAR

- Escuela
- Centros infantiles de tiempo libre
- Cine
- Teatro
- Centro de salud
- Hospital
- Calle

RECURSOS PERSONALES

- Maestros/as
- Monitores/as de tiempo libre
- Educadores/as de salud
- Actores y actrices

RECURSOS MATERIALES

- DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD
- Marionetas
- Papel, cartulinas
- Alimentos, utensilios de cocina
- Ordenador
- Pelotas, cuerdas, ropa...

ACTIVIDAD

- Talleres
- Cineforum
- Teatro
- Juegos

EVALUACIÓN

- Niños y niñas
- Profesionales que asisten a la actividad
- Educadores/as de salud

ACTIVIDADES PARA ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS

POBLACIÓN

- Adolescentes

• Niños y niñas

LUGAR

- Escuela
- Centros juveniles de tiempo libre
- Cine
- Teatro
- Centro de salud
- Hospital
- Calle
- Consulta sexual joven

RECURSOS PERSONALES

- Profesores
- Técnicos de juventud
- Monitores/as de tiempo libre
- Educadores/as de salud
- Actores y actrices

RECURSOS MATERIALES

- DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD
- Papel, cartulinas
- Alimentos, utensilios de cocina
- Ordenador
- Pelotas, cuerdas, ropa...
- Métodos anticonceptivos

ACTIVIDAD

- Talleres
- Cineforum
- Teatro
- Juegos
- Exposiciones
- Juegos interactivos

EVALUACIÓN

- Adolescentes
- Profesionales que asisten a la actividad
- Educadores/as de salud

ACTIVIDADES PARA ADULTOS

POBLACIÓN

- ASOCIACIONES PADRES Y MADRES
- EMBARAZADAS Y PUERPERAS
- GRUPOS DE CUIDADORES/AS
- GRUPOS PATOLOGIAS CRÓNICAS
- GRUPOS CULTURALES
- GRUPOS PROFESIONALES

LUGAR

- Centros escolares
- Centros cívicos. Casales de barrio
- Cine
- Teatro
- Centro de salud. Residencias sociosanitarias
- Hospital
- Calle
- Mercado

RECURSOS PERSONALES

- Educadores/as de salud
- Actores y actrices
- Técnicos municipales
- Actores y actrices

RECURSOS MATERIALES

- DEPENDIENDO DE LA ACTIVIDAD
- Marionetas
- Papel, cartulinas
- Alimentos, utensilios de cocina
- Ordenador
- Pelotas, cuerdas, ropa...
- Exposiciones.

ACTIVIDAD

- Escuela
- Talleres infantiles de tiempo libre
- Cineforum
- Teatro
- Juegos de salud
- Circuitos actividad física
- Calle

EVALUACIÓN

- Participantes en la actividad
- Profesionales que asisten a la actividad
- Educadore/as de salud
- Actores y actrices

Me cuesta ver la transición desde el punto anterior. No sé porque aparece esta estructura en esta parte del capítulo. Igualmente, si se quieren dirigir actividades de educación para la salud a niños y niñas de 3 a 12 años habrá que incluir indispensablemente a los padres y madres ya que son la figura que está al cargo de los hábitos de salud de los niños y niñas. Por lo tanto las actividades también deberán ir dirigidas al público adulto.

Las actividades de Educación para la salud el/la educador/a puede realizarlas solo/a y también en coordinación con otros profesionales, o también puede simplemente asesorar sobre materiales o técnicas adecuadas para que otros profesionales realicen las actividades de un programa.

ACTIVIDAD

Rellena el cuadro siguiendo las pautas marcadas.

Las actividades del programa, que se propondrán en su planificación, están representadas por las acciones que permitirán el logro del objetivo propuesto. Cada objetivo puede requerir más de una actividad, y éstas deben seleccionarse en función de su eficacia, efectividad y eficiencia.

Al planificar las actividades se debe precisar:

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | POBLACIÓN DIANA | TIEMPO |
|------------|-------------|-----------------|--------|
| Objetivo 1 | Actividad 1 | | |
| | Actividad 2 | | |
| | Actividad 3 | | |

Tabla 10:

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

| | Métodos: | Estrategias |
|------------|------------------------|------------------------|
| Objetivo 1 | Ej. Aprendizaje activo | Ej. Grupo de discusión |
| Objetivo 2 | | |
| Objetivo 3 | | |

Tabla 11:

Podremos hacer una de las dos

Creo que antes debe haber una introducción al aparatado ya que no se entiende la transición desde el apartado anterior.

6. ¿QUÉ ESTRATEGIAS PODEMOS APLICAR?

Estrategias Participativas en la Formación de Profesionales de la Salud: Tipos y Ejemplos

Sabiendo que son innumerables las técnicas que trabajan con el aprendizaje grupal y que una misma técnica puede ser encontrada en la literatura con diversos nombres, el presente manual utilizará algunas de las estrategias de enseñanzas más útiles y adecuadas para esta fase inicial de conocimiento, nombrando cada una con sus diversas designaciones.

Antes de empezar es importante citar los puntos clave para no equivocarse al elegir la técnica que va a marcar el desarrollo de las actividades. Para eso, es imprescindible responder las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuáles son MIS OBJETIVOS?
- ✓ ¿Cuáles son los OBJETIVOS DE APRENDIZAJE que se plantean conseguir con esa técnica?
- ✓ ¿Cuántas personas van a participar de la dinámica?
- ✓ ¿Tengo el local y material adecuado?
- ✓ ¿El monitor tiene la destreza apropiada para desarrollar de forma satisfactoria la técnica elegida?

. ROLE-PLAYING, DESEMPEÑO DE PAPELES O JUEGO DE ROL

Es la representación de una situación real (un caso típico) con el objetivo de que sea vivenciado por los participantes de la forma más real posible, haciendo que todos reflexionen y comprendan a través de un conocimiento experiencial como intervenir en una situación de la vida real.

Para iniciar esta actividad, primero se debe definir bien el problema que se va a tratar, figurar los personajes y dejar que los papeles sean elegidos por los propios sujetos (voluntariamente). Si es posible trabajar también con escenario,

eso puede ayudar a que todos estén motivados y participando activamente de la didáctica.

Los alumnos deberán representar sus papeles y al final explicar la experiencia vivida, sus impresiones y el estado de ánimo. Si no es posible la representación por todo el grupo, se puede hacer un sub-grupo de observadores, éstos al final serán los responsables de realizar el análisis y discusión.

Objetivos:

- ✓ Desarrollar la capacidad de comprender las relaciones humanas.
- ✓ Ejercitar la conducta que habrá de seguirse en la vida real.
- ✓ Desinhibir el un grupo a expresar sus opiniones, sentimientos y actitudes.

Ejemplo: EpS en Salud sexua.l

. Tema: Embarazo en la adolescencia.

. Grupo: Alumnos de 3º ESO.

. Participantes: Adolescente embarazada, novio, la familia (padres, hermanos, abuelos, primos y tíos), mejores amigos y vecinos.

. Tiempo: 45-90min (10 para motivar y explicar la técnica, 20-30 para la representación, y el resto para la evaluación).

. LLUVIA DE IDEAS, BRAINSTORMING, TOMETA DE IDEAS O TORBELLINO DE IDEAS

Es una técnica basada en la manifestación de manera informal y libre de todas las ideas posibles, en torno a un tema o problema planteado.

Uno de las exigencias de esta técnica es que el grupo no tenga más de 12 personas. Si el grupo es más grande se puede dividir en 2 y elegir alguien para que sea monitor en el otro grupo.

El monitor debe estimular al grupo a expresar sus ideas sin miedos, aunque sean imposibles y descabelladas. En esta técnica está prohibida la crítica y autocrítica y lo importante es la cantidad de ideas generadas y su originalidad. Al final se intentan combinar las ideas para dar forma al plan de solución del problema.

Objetivos:

- ✓ Estimular la creatividad e imaginación.
- ✓ Aprender a escuchar.
- ✓ Buscar soluciones a un problema que parece atascado.

Ejemplo: EpS en Tabaquismo.

. Tema: A pesar de los gastos, estudios, dedicación, campañas y proyectos realizados en los últimos años en la ciudad de Lleida para intentar disminuir y combatir el tabaquismo, no se han notado avances significativos. El equipo de salud pública se encuentra frustrado y desmotivado, ya no tienen más ideas ni creatividad para solucionar este problema.

. Grupo: Funcionarios de Salud Pública de Lleida.

. Participantes: Máximo 12 personas.

. Tiempo: 60-90min (10 para motivar y explicar la técnica, 20-30 para generar ideas, y el resto para la evaluación).

. ESTUDIO DE CASO, EL ESTUDIO O MÉTODO DEL CASO

El estudio de caso consiste en detallar una situación real (un caso) de forma exhaustiva. Está indicado para la formación de adultos en temas en los que no hay verdades absolutas y en los que una buena parte del aprendizaje se produce mediante la participación activa de los participantes y de la acción del propio grupo, no debiendo este tener más de 20 participantes.

Para iniciar el formador debe proporcionar a los estudiantes un informe, donde se describe el problema. Los estudiantes deben leer el informe, identificando los temas más relevantes y buscando las posibles alternativas para tratarlo. En seguida hay que animar a todos (por turno de palabra con tiempo cronometrado) a expresar su opinión. Siempre que puede el formador hace síntesis parciales, pero sin imponer su opinión. Al final no se obtiene una conclusión única, si no que reconoce cuáles son las conclusiones que el grupo considera mejores para solucionar el caso estudiado.

Objetivo:

- ✓ Formar y perfeccionar a los participantes en la capacidad de identificación de problemas, análisis y síntesis de situaciones, y de búsqueda de posibilidades alternativas.

Ejemplo: EpS en otras Culturas.

. Tema: Mutilación/ablación genital femenina, un problema actual en los centros de salud de Lleida. ¿Cómo aconsejar y tratar este problema vivido principalmente por inmigrantes provenientes de África?

. Grupo: Ginecólogos y Enfermeros del Hospital de Lleida.

. Participantes: 12 a 20 personas.

. Tiempo: Depende de la complejidad del problema.

. PHILLIPS 6/6

Un grupo se divide en subgrupos de seis personas que discuten durante seis minutos un tema para llegar a una conclusión (6x6). Es decir, una vez explicados los objetivos, cada integrante tendrá 1 minuto para exponer sus ideas, al final de los 6 primeros minutos el grupo tendrá que establecer su conclusión, y a partir de los informes de todos los subgrupos se extrae una conclusión general. No es obligatorio que al final haya un consenso grupal.

Objetivo:

- ✓ Conseguir rápidamente propuestas consensuadas por parte de todo el grupo (participación activa de todos).
- ✓ Conocer rápidamente el nivel de conocimiento de los sujetos sobre un tema.

Ejemplo: EpS en la SIDA.

. Tema: ¿Qué conoces sobre la SIDA?

. Grupo: Portadores del VIH en un grupo de apoyo.

. Participantes: 4 a 6 subgrupos cada uno con 6 personas.

. Tiempo: 45min (10 para motivar y explicar la técnica, 6 para discusión del tema entre los subgrupos, 20-30 para generar la conclusión final).

. CUCHICHEO O DIÁLOGO SIMULTÁNEO

- ✓ Esta técnica es muy parecida con el Phillips 6/6, las diferencias son:
- ✓ Los miembros del grupo se dividen en parejas.
- ✓ El monitor debe determinar el tiempo de discusión.
- ✓ Al final debe haber un consenso grupal.

. TÉCNICA DEL RIESGO

El monitor formula con claridad una situación que tenga relación con los participantes y que puedan relacionar con temores. Los participantes deben ir reflexionando y expresando con libertad sus ideas y punto de vista.

Objetivo:

Eliminar o reducir los riesgos o temores que puedan tener ante una situación nueva.

Ejemplo: EpS en la Universidad

- . Tema: ¿Cuáles son sus temores relacionados con el mercado de trabajo y futuras responsabilidades laborales?
- . Grupo: Alumnos del último año de Fisioterapia.
- . Tiempo: 60-90min (10 para motivar y explicar la técnica, 20-30 para expresar los temores y el resto para las conclusiones)

. DEBATE DIRIGIDO

Esta técnica tiene la intención de promover el intercambio de ideas sobre un tema previamente estudiado por los sujetos, la cual será realizada bajo una guía de preguntas hechas por el monitor. El tema debe ser cuestionable, con opciones de opiniones diferentes, pero eso no deberá promover ningún conflicto durante el debate, se ha de respetar y aceptar al otro. Es importante que los argumentos sean lógicos y no basados en personalismo.

Objetivo:

- ✓ Trabajar de manera exhaustiva un tema.
- ✓ Es conveniente para agotar el tema, situación o conflicto.

Ejemplo: EpS en la Comunidad.

- . Tema: Trabajar temas relacionados con el saneamiento básico, recogida de basura, educación y ocio de un pueblo.
- . Grupo: Líderes del pueblo (políticos, religiosos y populares).
- . Participantes: Máximo 15 personas.
- . Tiempo: 50-60min.

También se puede citar otras técnicas que se utilizan mucho en las estrategias participativas de formación de grupos:

- . Con apoyo visual y auditivo: Trabajo de dibujo, foto-palabra, radio-fórum, textos, lectura comentada, trabajo papel y lápiz, etc.
- . Sin apoyo: Dramatización, pantomima, títeres, ilusión, teatro creativo, teatro foro, etc.
- . Técnicas de trabajo con grandes grupo: Congreso, asamblea, jornada, conferencia, simposio, panel, mesa redonda, entrevista colectiva, etc.

. LABORATÓRIO VIVENCIAL

Esta técnica tiene la intención de promover el intercambio de ideas sobre un tema previamente estudiado por los sujetos, la cual será realizada bajo una guía de preguntas hechas por el monitor. El tema debe ser cuestionable, con opciones de opiniones diferentes.

Objetivo:

- ✓ Trabajar de manera exhaustiva un tema.

. TÉCNICA DE CUATRO

Cada participante recibirá cuatro fichas de colores diferentes. El monitor determina el significado de cada color (ej. verde = aprobación, azul = aprobación parcial, gris = rechazo parcial y negro = rechazo total). En seguida el profesor realizará una pregunta y los demás tendrán que contestar utilizando una de las fichas de colores. Después cada uno explicará su decisión tomada.

Objetivo:

- ✓ Trabajar de manera exhaustiva un tema.
- ✓ Generar participación de todo el grupo.
- ✓ Conocer la opinión individual sobre un tema específico.

Ejemplo: EpS en el Hospital.

. Tema: La denominada “epidemia bajo las sábanas”, como así se conoce a las úlceras por presión, ha aumentado en las últimas semanas su incidencia en nuestros pacientes. Yo como coordinador de la unidad de úlceras de este hospital, describo este acontecimiento a la falta de recursos económicos y a los ajustes de presupuesto realizados por la administración del hospital.

. Grupo: Profesionales de salud del hospital.

. Tiempo: 50-60min.

. FLASH O RUEDA DE INTERVENCIONES

Cada participante habla por turno, expresando su opinión en relación a un problema o tema (pre-establecido y explicado por el monitor). No se discute hasta

que cada uno haya hablado. Los puntos clave deben ser anotados para al final tratar de intervenir y concluir el tema.

Objetivo:

- ✓ Explorar la participación de todos.
- ✓ Conocer rápidamente el nivel de conocimiento de los sujetos sobre un tema.
- ✓ Solucionar rápidamente un impase.

Ejemplos: EpS en la Comunidad.

. Tema: ¿Cuáles son las necesidades prioritarias de su zona en el momento?

. Grupo: Fiscales de salud pública de Lleida.

. Tiempo: 50-60min.

(AÑADIR LAS TICS, BREVE RESEÑA)

7. ¿CON QUE RECURSOS HAY QUE CONTAR?

BREVE EXPLICACIÓN DE RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y ECONÓMICOS

La decisión de realizar una determinada intervención para enfocar un problema de salud va a estar condicionada por los recursos disponibles. Con frecuencia el principal recurso de un programa es el tiempo que los miembros del equipo han de aportar para desarrollar las actividades. Pero, además, hay que contar con los recursos materiales, económicos y la capacitación del personal para su desarrollo.

Cabe destacar los recursos humanos (equipo) y la importancia de sus papeles dentro del programa. Son elementos más costosos y esenciales para desarrollar el programa de actividades.

8. ¿CÓMO VAMOS A GESTIONAR LOS PROYECTOS?

En el ámbito de las ciencias de la salud nos encontramos que estamos implicados en el diseño de diferentes proyectos sin tener una formación específica para abordar la parte económica de estos.

Nuestra colaboración con entidades que quieren desarrollar algún proyecto, nos va a obligar a que cuando se presenten, éstos deban incluir el apartado económico para que se pueda valorar su ejecución. También al presentarlos a premios y becas.

En este apartado nos aproximaremos de forma sencilla a los puntos básicos que se han de tener en cuenta en el apartado económico cuando nos planteamos diseñar un proyecto de intervención o desarrollar un programa.

La gestión económica consiste en determinar cuáles serán los recursos económicos y humanos necesarios para poder llevar a cabo un proyecto y calcular que coste va a suponer. Incluye también el seguimiento y control de los ingresos y gastos, de los costes que se van generando a medida que se va ejecutando el proyecto, de manera que se puedan detectar posibles desviaciones y se puedan tomar las decisiones necesarias para ajustarlas.

Nos encontramos en muchas ocasiones que la parte económica se deja para el final, aunque se debería haber considerado desde un buen principio dado que si no existen recursos económicos para el desarrollo, o no sabemos que podemos contar con unas fuentes de financiación puede comprometer la puesta en marcha de cualquier actividad.

Será fundamental para empezar a estructurar el coste económico de un proyecto tener una idea muy bien definida de las características del mismo: objetivos, destinatarios, duración, fases y recursos humanos.

En la parte del diseño del proyecto será indispensable una buena definición de las actividades o acciones a realizar, lo cual nos va a facilitar el abordaje de la parte económica.

Concretando en la gestión económica de un proyecto deberemos incluir 2 conceptos básicos:

- . La confección de un presupuesto
- . Las fuentes de financiación

9. ¿CÓMO VAMOS A CONFECCIONAR UN PRESUPUESTO?

¿Cuánto nos va a costar?

En el presupuesto desglosaremos las partidas que serán indispensables para el desarrollo del proyecto. Deberemos detallar los costes que van a ser necesarios para la puesta en marcha de cualquier actividad haciendo una estimación correcta del coste. Estos costes principalmente serán:

- **Costes operativos:** Materiales (de espacio, informáticos, mobiliario, suministros, materiales diversos, prestación de servicios...), humanos y logísticos.
- **Costes transversales:** En el caso que se realice más de un proyecto qué parte mínima corresponde a cada proyecto.
- **Otros costes:** Financieros, préstamos, pólizas...

Como podemos ver en función de la envergadura de nuestro proyecto se incluirán parte o algunos de los costes referenciados anteriormente.

Ejemplo simple de presupuesto:

| PRESUPUESTO | |
|---|------------------|
| CONCEPTO | COSTE |
| Alquiler sala conferencias | 300,00€ |
| Material jornadas: carpeta, bolígrafo, folletos | 500,00€ |
| Ponentes (3x 300) | 900,00€ |
| Ordenador portátil | 499,00€ |
| | |
| | |
| TOTAL | 2,19900 € |

Tabla 12: Ejemplo de presupuesto.

10. ¿DE DÓNDE SACAREMOS EL DINERO PARA LAS ACTIVIDADES?

Las fuentes de financiación

Cualquier emprendedor una vez se ha planteado una idea de negocio lo primero que debe pensar es en la fuente de financiación. En nuestro caso sería similar lo que se

debería hacer. Una vez tenemos la idea de la actividad/proyecto/programa deberíamos ver cómo lo vamos a financiar.

Evidentemente será más fácil saber qué cantidad de financiación vamos a necesitar una vez hayamos confeccionado el presupuesto. Lo que sí debemos tener claro es que para garantizar su ejecución será necesario que haya un equilibrio entre los gastos y los ingresos, si no la viabilidad del proyecto se verá comprometida. Si presentamos un proyecto en el cual no esté previsto este equilibrio será difícil que alguien lo “compre”.

En el apartado anterior hemos hablado de los gastos de ejecución y en este apartado hablaremos de la otra parte de la balanza, de los ingresos.

Y los ingresos para el desarrollo de un proyecto de donde podrán venir?

- **Ingresos propios de la actividad:** Cuotas de los participantes.
- **Ayudas económicas del sector privado:** Becas, aportaciones.
- **Ayudas económicas de la administración:** Subvenciones, becas.
- **Fuentes de financiación bancaria.**
- **Crowdfunding.**

Hasta hace muy poco había muchos proyectos que únicamente se sostenían por la ayuda económica de la administración. Ésto es una vía poco solvente para asegurar la continuidad de un proyecto. En estos momentos los proyectos deben intentar ser sostenibles por ellos mismos sin necesidad de ayuda económica de la administración, ésto requiere que los profesionales que están trabajando en proyectos deban reinventarse con nuevas formas de colaboración con el sector privado con contraprestaciones de interés mútuo que haga que la empresa, y otras iniciativas en otros niveles esté interesada en proyectos que se presenten, ej.crowdfunding o micromecenazgo.

Os vamos a poner un **ejemplo:**

En una escuela de educación infantil y primaria, la Asociación de Padres y Madres y la dirección de la escuela , deciden montar una escuela de padres y madres de ciclo superior 5º y 6º de primaria con la intención de poder trabajar en grupo temas que les puedan interesar relacionados con sus hijos.

Nos hacen la solicitud, indicando que les interesaría tocar los siguientes temas:

- Juguetes, pantallas y ocio saludables.
- ¿Cómo hablar de sexo con sus hijos?

- ¿Cómo hablar de drogas con sus hijos?
- Negociaciones y límites.
- Taller de cocina saludable.

Nuestro equipo de educadores en salud está compuesto por:

- Una enfermera.
- Un educador social.

Nuestro Programa consta de 6 sesiones de dos horas por sesión.

Se contratará a un titellaire para hacer el taller de “Negociaciones y límites”.

El nº de participantes es de 30 personas máximo.

Realizamos el siguiente presupuesto:

| PRESUPUESTO | |
|--|---------------|
| CONCEPTO | COSTE |
| Sala de la escuela | 0€ |
| Material jornadas: carpeta, bolígrafo, folletos, cartulinas, pendrive. | 500€ |
| Ponentes (2x 300) | 1800€ |
| Titellaire | 300€ |
| Gasto teléfono | 30€ |
| Gasto gasolina | 70€ |
| TOTAL | 2700 € |

Tabla 13: Ejemplo de hoja de ingresos y gastos

| Total ingresos | | | Total gastos | | |
|----------------|-------------------------|----------|--------------|-----------------------|----------|
| 2.700,00 € | | | 2.700,00 € | | |
| Fecha | Descripción del ingreso | Cantidad | Fecha | Descripción del gasto | Cantidad |
| 10/02/2012 | Escuela | 500 € | 10/01/12 | Teléfono | 30€ |
| | | | 170/1/12 | | |
| | | | 24/01/12 | | |
| 10/02/2012 | Quotas participantes | 1200€ | 03/02/12 | Gastos gasolina | 70€ |
| | | | 10/02/12 | | |
| | | | 17/02/12 | | |
| | | | 24/02/12 | | |
| | | | 02/03/12 | | |

| | | | | | |
|----------|-----------------|-------|----------|------------|-------|
| | | | 09/03/12 | | |
| 10/02/12 | Beca Diputación | 1000€ | 03/02/12 | Ponentes | 150 € |
| | | | 10/02/12 | Ponentes | 150 € |
| | | | 17/02/12 | Ponentes | 150€ |
| | | | 17/02/12 | Titellaire | 300€ |
| | | | 24/02/12 | Ponentes | 150€ |
| | | | 02/03/12 | Ponentes | 150€ |
| | | | 09/03/12 | Ponentes | 300€ |
| | | | 03/02/12 | Materiales | 500€ |
| | | | | | |

Tabla 14:

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE RECORDAR QUE...

Hay algunas cuestiones que nos debemos plantear cuando elaboramos un presupuesto. Estas nos van a ayudar para pensar y tener claro qué es lo que nos puede hacer falta:

¿Cuánto y qué necesito para realizar mi proyecto?

¿Con los recursos que tengo que puedo ejecutar?

Y AHORA, ANTES DE CONTINUAR MARCA CON UNA X SI...

. ¿Sabrías enumerar qué cuestiones hay que plantear antes de preparar una actividad?

. ¿Enumerarías los niveles de influencia que se han de tener en cuenta al elaborar una actividad?

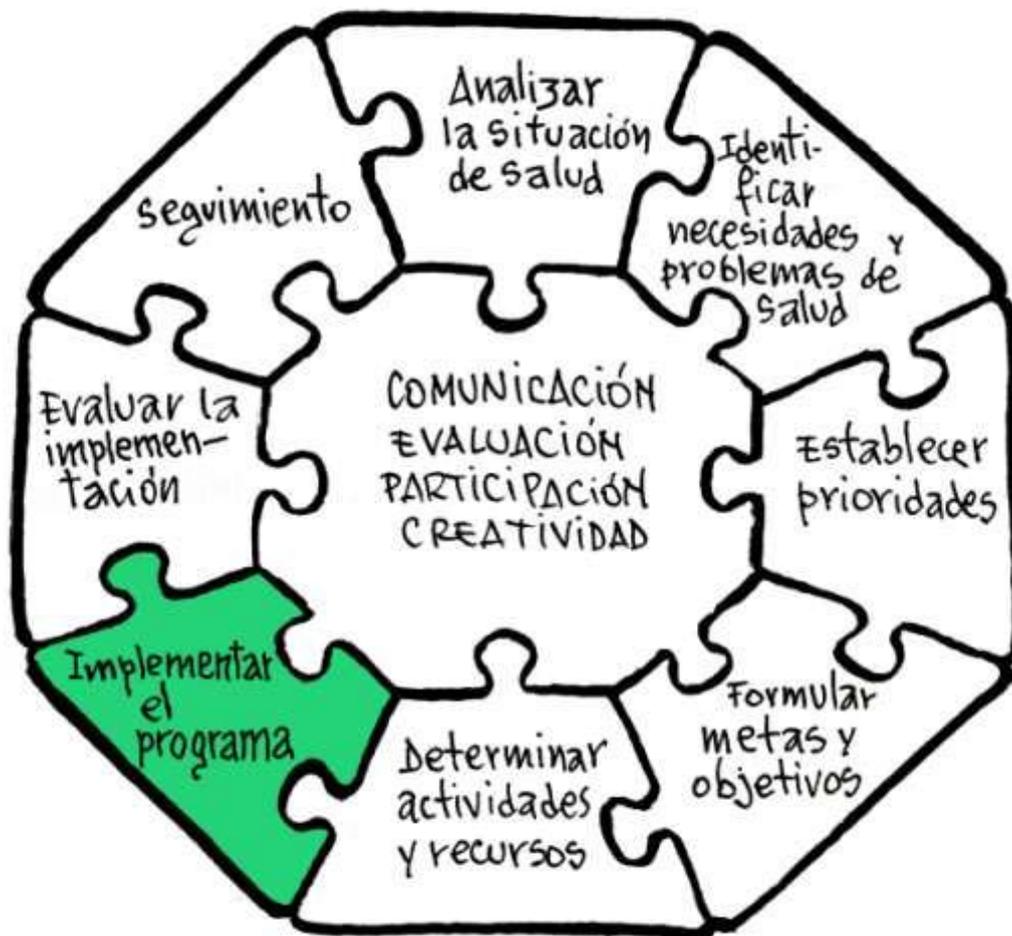
. ¿Sabrías definir las etapas de una actividad?

. ¿Podrías escribir una actividad para niños hasta 12 años?

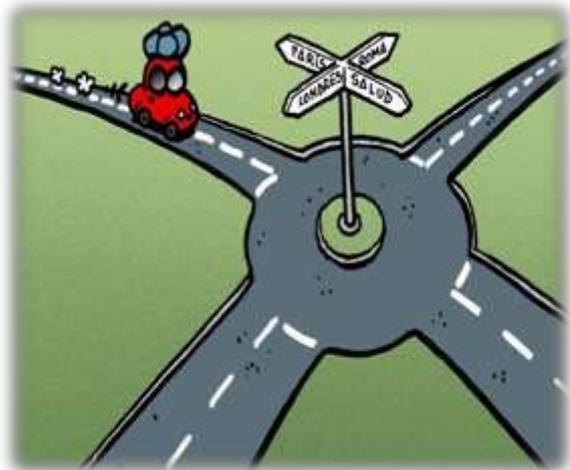
. ¿Y una actividad para adolescentes?

- . ¿Y una actividad para adultos?
- . ¿Sabrías confeccionar un presupuesto?
- . Enumerar fuentes de prevención para la elaboración de actividades.
- . Enumerar varias estrategias de intervención.

TEMA 8: Implementamos



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



Metáfora 8: ¡A viajar!!!

Se pone en marcha nuestro viaje, ya hemos analizado nuestra situación inicial, identificamos nuestras necesidades y problemas, establecimos prioridades, formulamos metas y objetivos, y determinamos las actividades y recursos necesarios. Ahora es momento de empezar y poner en marcha todos los recursos y medios disponibles con una única finalidad.... ¡Alcanzar los objetivos que nos hemos propuesto!

Nos encontramos en el coche dirigiéndonos hacia nuestras anheladas vacaciones, ya sabemos qué camino tomar porque hemos analizado con antelación la situación actual, identificando lo que queremos hacer durante el tiempo libre, hemos prevenido



los posibles problemas que pueden surgir, establecido prioridades según sus necesidades, los recursos con los que contamos para viajar, el sitio que deseamos visitar, las actividades que queremos realizar en familia, sabemos qué queremos y hacia dónde vamos, y sobre todo lo que queremos

hacer y disfrutar.

Ahora al llegar al sitio deseado sólo debemos poner en práctica todo lo que hemos organizado para que sean unas vacaciones inolvidables.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- . Poner en marcha el plan de actividades y el calendario de las diferentes etapas de la acción de acuerdo a su prioridad.
- . Definir las modalidades de organización y coordinación.
- . Precisar la distribución de las tareas y las personas que van a asumirlas y asegurarse que todos saben qué tienen que hacer y cuando hacerlo. (Planificadores, administradores, profesionales, ejecutores de actividades, usuarios, etc.).

- . Emplear adecuadamente el presupuesto en los recursos humanos y materiales estipulados con anterioridad.
- . Asegurarse de contactar con organizaciones implicadas en las actividades y confirmar su colaboración.
- . Comprobar que los indicadores y los criterios de evaluación están disponibles para dar pronta solución a los problemas de implementación que puedan surgir durante la ejecución del programa.

1. ¿EN QUÉ CONSISTE UNA IMPLEMENTACIÓN?

Es una estrategia que consiste en planificar, organizar, coordinar y evaluar los elementos que participan en la realización de una acción teniendo en cuenta las dificultades identificadas.

Implementación. También llamada Ejecución, Intervención de un programa o de un proyecto.

La estrategia de la implementación en salud significa el paso del “conocimiento a la práctica, introduciendo un proceso de cambio en las organizaciones.

Es un elemento clave en los resultados obtenidos por un programa.

En toda intervención individual, grupal o comunitaria es imprescindible distinguir entre aquello que el profesional realiza y el impacto que consigue. Por este motivo y como ya se ha comentado en capítulos anteriores, en los objetivos siempre se debe especificar el cambio esperado y éste se debe contemplar en los indicadores recogidos en el protocolo de evaluación.

“Cómo intervengo” vs “Cómo va funcionando esa intervención”. Como veremos ampliamente en el próximo tema.

Que el escenario individual, grupal o comunitario permita conseguir y/o acelerar los objetivos planteados, dependerá de los procedimientos y técnicas utilizados en la intervención.

2. ¿CUÁLES SON LAS FASES DE LA IMPLEMENTACIÓN?

Durante este capítulo veremos las diferentes fases que permiten ejecutar un programa de salud adecuadamente, teniendo en cuenta los conceptos enunciados en el libro de [Alain Rochon, Educación para la salud, Guía práctica para realizar un proyecto, el cual comprende \(ESQUEMA.1, PAGINA 201\)](#):

- Nivel de implementación de un programa de Salud en una organización.
- Características de implementación de un programa.
- Características del equipo del programa.
- Resolver las dificultades de implementación.

3. ¿A QUÉ LLAMAMOS NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO EN UNA ORGANIZACIÓN?

Son las diferentes etapas que se deben afrontar para que un programa de salud o una de sus partes sean adoptados por una organización.

La implementación del programa de salud será mejor en cuanto todos los niveles sean conseguidos.

Creo que la transición desde el punto anterior no se entiende. Quizás se debería contextualizar más de donde proviene esta información.

La etapa franquear según Charter, posee cuatro niveles de implantación ([ESQUEMA 1, PAGINA 201](#)):

- **Compromiso de la organización:** Es el compromiso formal que adquiere una organización en implicarse en un programa de salud. Motivados por las peticiones de los usuarios, técnicos, administrativos y/o los responsables.
- **Cambios estructurales:** Es el cambio en la asignación de funciones, tareas del personal y recursos de una organización en beneficio del programa de salud.

- **Cambio de roles y tareas del personal:** Las tareas y funciones de los profesionales de la salud se ven modificadas a favor de las actividades del programa de salud.
- **Participación en las actividades formativas:** Los usuarios deben ser receptivos y participativos en las actividades formativas que se realicen durante la implementación del programa de salud.

ACTIVIDAD:

Una prestigiosa ONG va a liderar las próximas campañas para disminuir el riesgo de tabaquismo en la población juvenil, nunca antes habían realizado ningún programa de este tipo debido a que el desarrollo de sus proyectos siempre iba dirigido a la población adulta. De acuerdo a los niveles de implementación de un programa de salud en una organización mencionados (**CHARTER**), ¿Qué deben hacer los integrantes de esta organización no gubernamental para llevar a buen término su campaña contra el tabaquismo?

3. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD?

Es la presencia o ausencia de diversos aspectos de un programa de salud que permitirán o impedirán la participación activa de los usuarios y/o participantes.

Según *Rogers y Shoemaker*, existen cinco aspectos principales, dados en **memotecnia** como **ACCES** (únicamente en francés), para facilitar el aprendizaje (**ESQUEMA 1, PAGINA 201**): **CITAS, MODELO UNIFICARLOS**)

A - Ventaja relativa: El programa de salud es percibido y aceptado por los participantes (no para el equipo del proyecto) como una ventaja.

C - Compatibilidad: El programa de salud es compatible con la realidad y valores de los participantes.

C - Complejidad: El programa de salud es sencillo de entender y llevar a cabo, lo que permite una mayor participación por parte de participantes y personal a cargo de la implementación.

E - Potencial de experimentación o potencial de ensayo: Donde los participantes no se sienten obligados en el ingreso al programa de salud porque es de libre elección.

S - Observabilidad: El programa de salud goza de mayor aceptación cuando es divulgado, conocido por el entorno comunitario, se oye hablar de él y se puede seguir su evolución.

Además de las características de implementación de un programa de salud, que no son más que las características propias del programa, también es fundamental para los participantes encontrar en el equipo ciertos aspectos que logren su adhesión.

4. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DEL PROGRAMA DE SALUD?

Abordamos en este punto los distintos aspectos que debería poseer el equipo de trabajo y que van a facilitar el ingreso de participantes al programa de salud y la eficacia del mismo (ESQUEMA 1). (ESQUEMA 1, PAGINA 201).

Seis características principales (según Mc Guire, Rogers y Zaltman, Duhl) con la sigla **CADEAU**, explican mejor las características del equipo del proyecto:

C - Credibilidad: La experiencia, el conocimiento, la objetividad y las competencias en el tema a tratar permiten que los participantes perciban al equipo como expertos y se adhieran al programa de salud.

A - Adaptabilidad: Un equipo de programa es responsable y reconoce que todo puede ser modificable permitiendo lograr en mayor grado la consecución de los objetivos establecidos. Por ello resulta de vital importancia planificar un protocolo adecuado de evaluación de proceso.

D - Disponibilidad: El equipo debe encontrarse disponible frente a los participantes, es accesible.

E - Escucha: El equipo escucha los problemas y resistencias de los participantes hacia el programa de salud, logrando identificar las causas y permitiendo modificar si es necesario los elementos que se necesiten.

A- Afabilidad: La amabilidad, la empatía y las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo y con los participantes permite la adhesión al programa de salud.

U- Utilidad: El equipo que gestiona el programa de salud es útil en todos los aspectos para los participantes. Son el soporte y guía de quienes se adhieren.

Después de resolver las primeras tres fases que permiten ejecutar un programa de salud adecuadamente, entendemos que aunque las desarrollemos acertadamente siempre se desarrollan dificultades a lo largo de la implementación que deben resolverse durante la marcha.

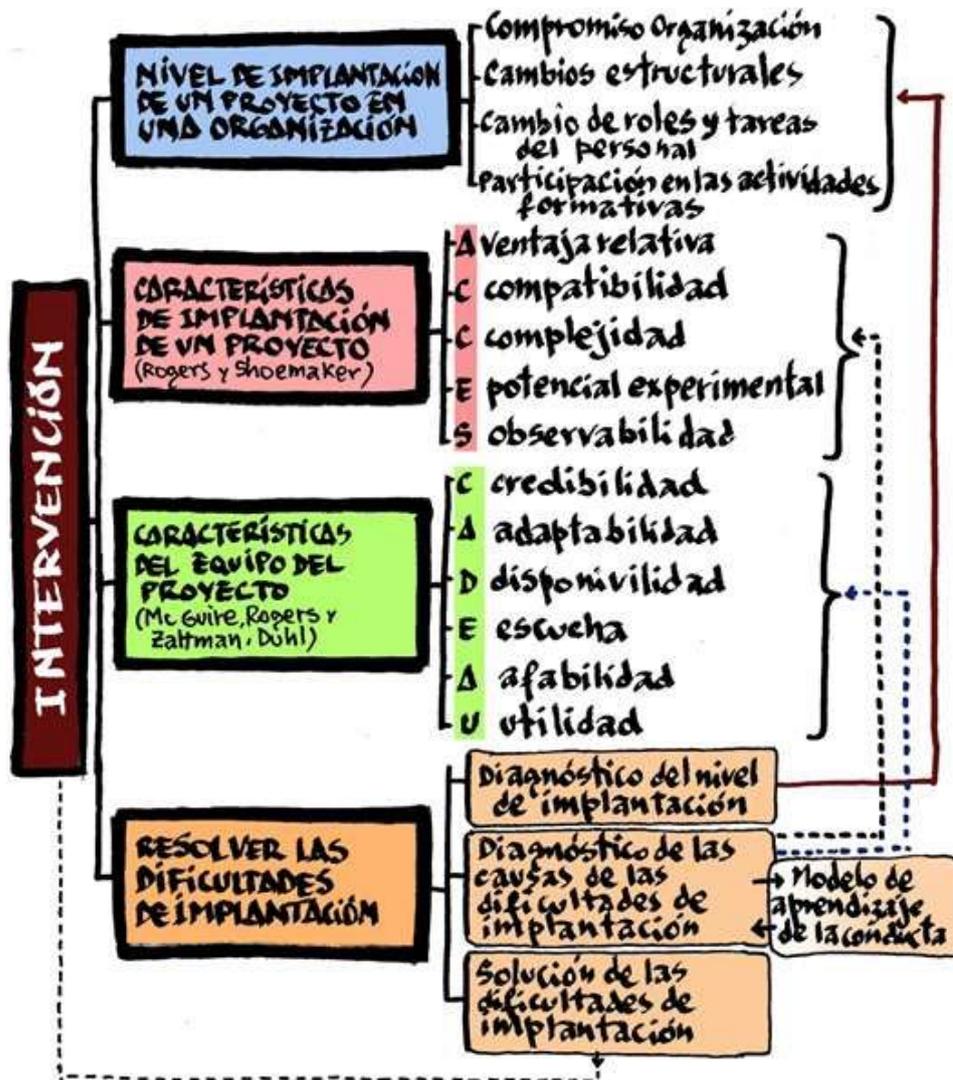


Figura 42: Mapa conceptual de la Intervención en un proyecto dentro de una organización.

En la ilustración-esquema se deberían cambiar conceptos como "IMPLANTACIÓN" por "Implementación" y valorar si merece la pena cambiar "PROYECTO" por "PROGRAMA DE SALUD".

5. ¿CÓMO SE RESUELVEN LAS DIFICULTADES DE IMPLEMENTACIÓN?

Para lograr resolver las dificultades de implementación es necesario realizar el diagnóstico del nivel de implementación del programa de salud en una organización (primer nivel), posteriormente se realiza el diagnóstico de las causas de las dificultades de implementación (características de implementación de una programa de salud, características del equipo del programa de salud y modelo de aprendizaje de la conducta) y la solución de las dificultades de implementación.

Para realizar los Diagnóstico del nivel de implementación de un programa de Salud en una organización se deben realizar las siguientes preguntas: (Figura 43 y 44).



Figura 43: Cómo realizar Diagnóstico del nivel de implantación de un proyecto en una organización. Igual para la anterior ilustración-esquema.

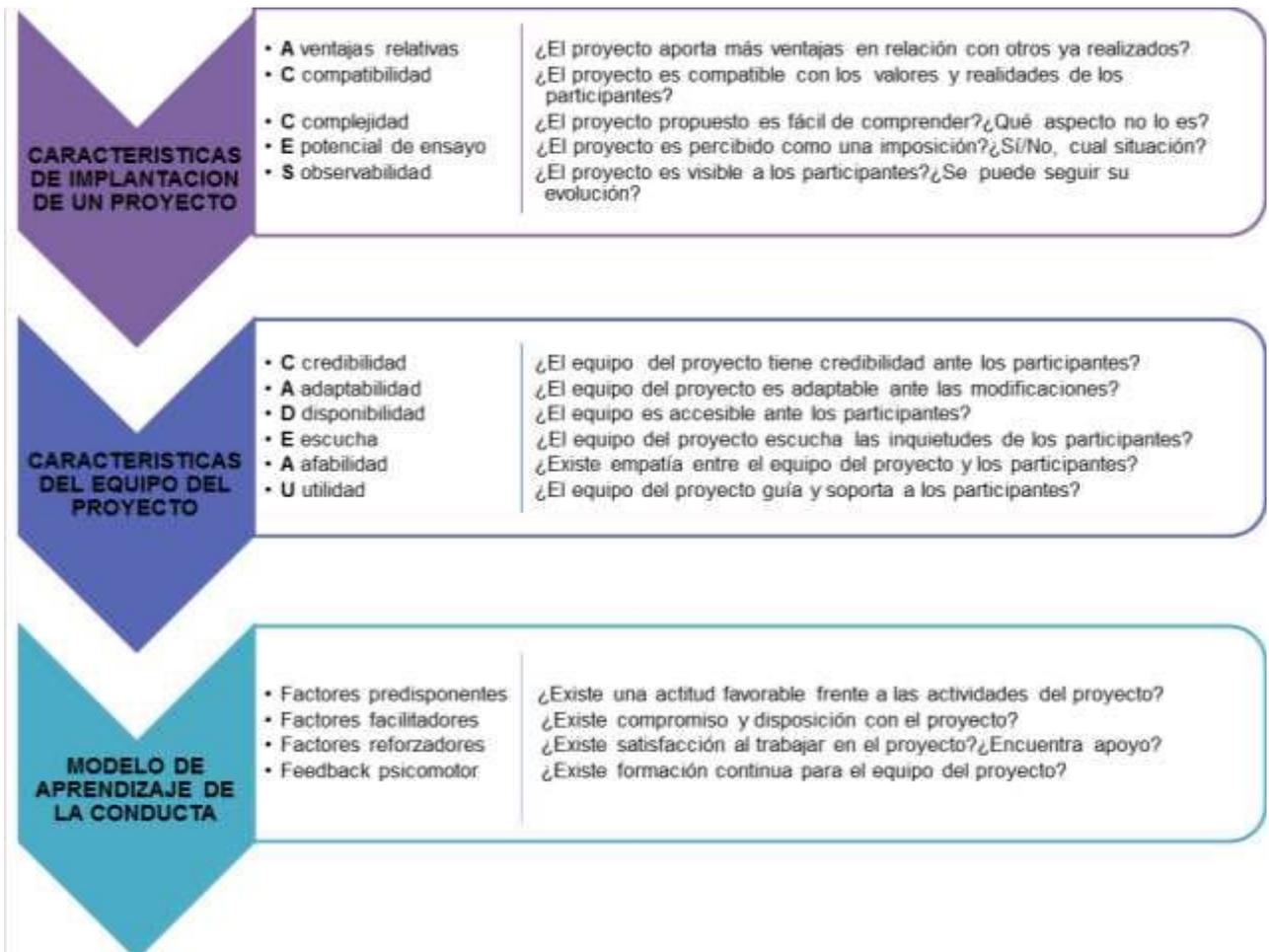


Figura 44: Diagnóstico de las causas de las dificultades de implementación.

Igual para la anterior ilustración-esquema.

6. ¿QUÉ SE DEBE TENER EN CUENTA?



Figura 45: Agentes de intervención de un programa de salud.

Siempre debemos tener presente que para desarrollar un proyecto la comunidad es una parte fundamental, por lo que no debe desligarse de las entidades que le brindan recursos fundamentales como lo son las Instituciones gubernamentales (Ministerios, Gobierno Autónomo, Ayuntamiento, Diputación, Administración sanitaria, etc.), las instituciones que les brindan los servicios (Servicio sanitario, farmacias, servicio de empleo, instituciones educativas, centros culturales y deportivos, etc.) y las asociaciones (parroquias, sindicatos, clubes deportivos, organizaciones de comunidades legales y no legalmente constituidas etc.) que otorgan a los líderes comunitarios el apoyo y los espacios para llevar a cabo las iniciativas de la misma.

Su adecuada y constante interrelación permitirá el éxito del programa de Salud dentro de la comunidad, debido a que nos aportarán información desde sus diversas perspectivas, además; de ayudar a la difusión e implementación en otras poblaciones que podrían utilizarla como ejemplo dentro de sus futuros programas. (Figura 45).

También es importante reconocer el nivel de implicación de los profesionales que hacen parte de la institución organizadora del programa de salud, el cual,

varía de acuerdo al interés y a las necesidades individuales y/o grupales existentes.



Figura 46: Nivel de implicación de profesionales en la implementación de un programa de salud.

Sobre todo cuando los programa de salud abordan un problema de interés común y la iniciativa parte del consenso del grupo organizador, existirá una mayor posibilidad de que sea enriquecedor y que la gran mayoría de los integrantes formen parte del grupo interesado permitiendo que se ponga en marcha con éxito (Figura 46).

7. ¿CÓMO SE REALIZA LA CONVOCATORIA A LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE SALUD?

Debe ser abierta al público en general, especificar un tema concreto en el que no existan exclusiones de ningún tipo, todas las entidades implicadas deben ser invitadas de manera formal (Instituciones gubernamentales, entidades prestadoras de servicios y asociaciones y/o comunidades relacionadas) para que asistan con interés y sea exitosa.

Las invitaciones y la promoción de las acciones del programa de salud (pósters, folletos, información telefónica o vía email) debe ser realizada con todos los datos de la actividad a realizar: fecha, hora, lugar, nombre de la actividad, organizadores,

ponente. Lo más aconsejable es que se desarrolle en un lugar conocido por la comunidad y que no implique compromiso con ninguna entidad en particular (ideal en centros comunitarios). De las primeras acciones dependerá el éxito del proyecto, por ello, debe ser organizada de forma sencilla, responder a los intereses de los participantes y asegurar la máxima participación.

Es necesario realizar un formato donde se describa de forma organizada las características fundamentales de la reunión para así tener evidencias de las actividades realizadas a los diferentes grupos, los hallazgos, evaluaciones y posibles seguimientos desarrollados en los mismos.

Recordemos que las acciones de implementación es el momento en que ponemos en marcha un proyecto, por ello debe ser organizado para que pueda llevarse a cabo con la participación de la comunidad logrando de esta forma los mejores resultados en beneficio de la misma.

| GESTION DE REUNIONES | | | | | | |
|----------------------|------|-----------|------------|------------|-------------|-------------------------|
| Tipo intervención: | | | | | | |
| Ponente: | | | | | | |
| Duración: | | | Población: | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Lugar/fecha/hora | Tema | Objetivos | | Recursos | Metodología | Criterios de evaluación |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Seguimiento: | | | | Hallazgos: | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Firma Ponente: | | | | | | |

Tabla 15: Formato guía para desarrollar una gestión de reuniones o cronograma de actividades dentro de la implementación.

Ya desarrollada la intervención del proyecto es necesario conocer el impacto que ha tenido en la comunidad y los cambios que se han visualizado a partir de la primera reunión de ejecución del programa. Por ello, es necesario conocer por qué se debe realizar una evaluación, los criterios necesarios para realizarla adecuadamente y los pasos a seguir después de conocer los resultados de la misma.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE SABER...

- ✓ Poner en marcha el plan de actividades y el calendario de las diferentes etapas de la acción de acuerdo a su prioridad.
- ✓ Definir las modalidades de organización y coordinación.
- ✓ Precisar la distribución de las tareas y las personas que van a asumirlas y asegurarse que todos saben lo que tienen que hacer y cuándo hacerlo. (Planificadores, administradores, profesionales, ejecutores de actividades, usuarios, etc.).
- ✓ Emplear adecuadamente el presupuesto en los recursos humanos y materiales estipulados con anterioridad.
- ✓ Asegurarse de contactar a las organizaciones implicadas a las actividades y de confirmar su colaboración.
- ✓ Comprobar que los indicadores y los criterios de evaluación están disponibles para dar una solución a los problemas de implementación que puedan surgir durante la ejecución del programa de salud.

Ejemplo: el modelo de implementación del Programa Thao-Salud Infantil

El Programa Thao-Salud Infantil basa su estrategia de implementación en los municipios en tres ejes: acciones, evaluación y comunicación.

El primer eje son las acciones planificadas y a largo plazo. Al inicio se realiza el lanzamiento oficial del Programa Thao en el municipio y se distribuyen materiales educativos para los colegios (carteles “4 sabores”, cartel “7 grupos de alimentos”, cartel “guía alimentaria”), cartel genérico para el municipio y díptico para las familias. Se realizan reuniones de difusión del proyecto que buscan la generación de sinergias con el territorio y la creación del equipo local Thao. También se inicia la comunicación de las acciones a través de thaoweb.com y de las redes sociales del Programa Thao. El objetivo principal de esta primera fase es dar a conocer el Programa Thao en el municipio y comunicar la adhesión de éste a toda la red Thao.

Después del lanzamiento, comienza la “temporada temática Thao”, coincidiendo con el inicio del curso escolar, su arrancada consiste en un completo plan de acciones dirigido a trabajar de forma intensiva y coordinada un mismo mensaje concreto y visible sobre una familia de alimentos o una actividad saludable. La Fundación Thao crea materiales y propuestas de acción para los diferentes sectores clave: cartel para el municipio, dípticos educativos para las familias, fichas taller pedagógicas para las escuelas infantiles y de primaria, circular informativa para los centros de salud y fichas-acción para comerciantes, productores locales, restauradores, entre otros. El objetivo es dar continuidad al mensaje entre los diferentes sectores para reforzar los hábitos saludables o generar motivación hacia el cambio en la población diana: población infantil y familias.

Inicialmente se desarrollaban dos temporadas temáticas por año y actualmente las temporadas Thao tienen una duración de un curso escolar. Se han implementado las siguientes temáticas: fruta, agua, farináceos, frutas y verduras, lácteos, actividad física, pescado y marisco, ahorro y cocina fácil y sana. La presente temporada está dedicada a la promoción de la variedad mediterránea y del producto de proximidad. En las tres últimas temporadas se han incluido acciones de promoción de la actividad física.

De manera simultánea, el Programa Thao propone acciones transversales que abordan cuestiones esenciales tales como la revaloración del desayuno, el fomento de la actividad física y el juego en las horas de recreo escolar, la creación de rutas pedestres para ir a la escuela, la promoción de la salud en la asignatura de educación física, diez consejos saludables para los niños y niñas, concursos o materiales para la práctica de actividad física en familia.

Además cada municipio puede incluir dentro Programa Thao otras iniciativas, previo proceso de validación por parte del comité de expertos Thao.

Todas las acciones Thao utilizan como vehículo transmisor del mensaje a los Thaoines, cuatro personajes que vinculan emocionalmente a los niños y niñas con el Programa Thao. Cada uno de ellos representa un rol relevante en el crecimiento de un niño/a: Toe la alimentación equilibrada, variada y placentera, Hui el juego lúdico, Are la actividad física cotidiana y regular y Om la curiosidad y las ganas de aprender. El objetivo es que la población infantil se identifique con cada uno de ellos y se interioricen los mensajes saludables.

El segundo eje esencial del Programa Thao es la evaluación. Anualmente se mide el peso y talla de toda la población infantil de 3 a 12 años previamente autorizada. Paralelamente, con los niños y niñas de 8 a 12 años y mediante una herramienta de evaluación en línea que incluye cuestionarios autoreportados, se evalúan los estilos de vida tales como los hábitos de alimentación, la actividad física o la calidad de vida

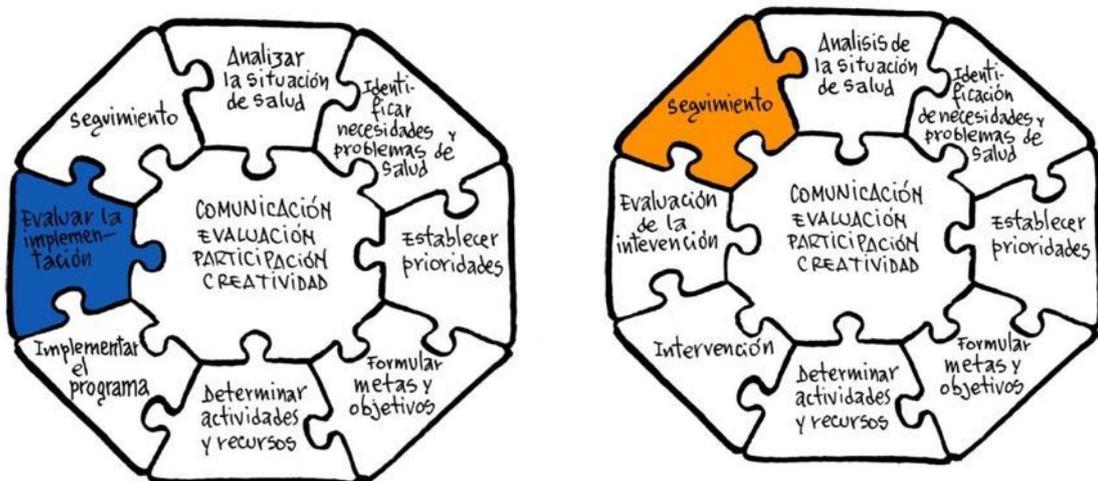
El tercer eje de implementación del Programa Thao es la comunicación. Resulta esencial utilizar todos los recursos disponibles de comunicación para fomentar una mayor sensibilidad social hacia la problemática y favorecer la adopción de estilos de vida saludables (García-Marco et al., 2011). Se realiza mediante mensajes positivos e ilusionantes sin estigmatizar el sobrepeso y la obesidad. De esta manera, todos los materiales del Programa Thao tienen un atractivo singular, trabajado por publicistas y diseñadores gráficos.

La Fundación Thao propone diferentes acontecimientos mediáticos tanto a nivel local como a nivel global. A nivel nacional se realiza anualmente un congreso Thao con participación de técnicos, políticos, instituciones, académicos, asociaciones, patrocinadores, etc. Dos veces al año se edita una newsletter online que se dirige a toda la base de datos del Programa y también se realizan otras acciones de comunicación online. Una conferencia de prensa nacional anual sirve para presentar resultados del Programa.

Cada municipio, cuando se adhiere al Programa Thao, realiza una presentación oficial, liderada por los responsables políticos, a los medios de comunicación y todos los actores sociales clave. También se propone que cada acción implementada tenga difusión mediática, soportada también por los canales comunicativos de la Fundación Thao (página web thaoweb.com, facebook, youtube, etc.). La presentación anual de resultados de cada municipio también resulta una oportunidad para realizar impactos mediáticos que contribuyan a la consecución de los objetivos.

Tema 9: Evaluamos y realizamos seguimiento

Se deben sintetizar en uno



MAPA CONCEPTUAL DE CONTENIDOS



Metáfora 9: Recordando los mejores momentos.

¡Ya hemos vuelto de nuestro viaje! Pero el trabajo aún no ha terminado: en el viaje ha habido momentos de todo, decisiones acertadas y otras quizás no tanto... es hora de sentarse a mirar las fotos y reflexionar: ¿qué hemos conseguido con este viaje?, ¿hemos llegado dónde queríamos?, ¿por qué sí o por qué no?, ¿hemos tomado siempre el mejor camino?, ¿qué problemas imprevistos hemos tenido?, ¿cómo nos hemos sentido todos durante el viaje?, si tuviéramos que ir de nuevo de viaje, ¿qué cosas cambiaríamos?

Hemos hecho muchas fotos, ahora también es el momento de valorarlas y ordenarlas: ¿Cuáles vamos a seleccionar para mostrar una buena presentación a amigos y familiares? ¿Cuáles imprimiremos para tener un álbum que nos permita recordar este viaje en el futuro?

Es necesario reflexionar sobre estas cuestiones y analizar las respuestas para cambiar nuestros planes sobre la marcha, comprobar si hemos conseguido nuestros objetivos y hacerlo mejor en el futuro; de eso tratan la evaluación y el seguimiento. La evaluación por sí misma no es un fin, sino un medio para continuar y hacerlo cada vez mejor, es la pieza que cierra el círculo de etapas por el que hemos ido aprendiendo a lo largo de los capítulos anteriores.

Cualquier viaje también provoca cambios a nivel personal y de relación familiar. Seguro que hemos aprendido muchas cosas, nos hemos culturizado y hemos sentido sensaciones y emociones sobre las que será agradable recordar y hacer evidente con nuestra familia. A su vez si todos los miembros de la familia han disfrutado del viaje, seguro que habrá aumentado la cohesión familiar, habrá mejorado nuestra comunicación y habremos conocido intereses e inquietudes en estas personas cercanas que nos van a facilitar nuestra interacción futura. Han cambiado tal cantidad de cosas que vale la pena reflexionar y hacer evidente cuales han sido.

Además puede ser que nuestro último viaje solo sea una etapa de un viaje que haremos en 2 o 3 veces y por este motivo es importante conocer los puntos fuertes y débiles y pensar en estrategias de mejora para la siguiente etapa.

AL FINAL DEL TEMA TENDRÍAS QUE...

- ✓ Definir en qué consiste la evaluación.
- ✓ Enumerar las razones por las que la evaluación es imprescindible en cualquier programa de educación para la salud.
- ✓ Identificar los distintos tipos de evaluación que deben realizarse a lo largo de un programa y cuando tiene lugar cada uno.
- ✓ Diferenciar los elementos que se evalúan en la evaluación formativa, en la de procesos, y la evaluación sumativa: de impacto y de resultados.
- ✓ Enumerar técnicas que pueden ser utilizadas en la evaluación.
- ✓ Discutir la importancia de presentar los resultados obtenidos en la evaluación.
- ✓ Definir en qué consiste el seguimiento de un programa de educación para la salud.

REFLEXIONA UN MOMENTO...

¿Qué responderías si te preguntan si sabes evaluar? En realidad eres un experto, pues estamos evaluando constantemente todas nuestras acciones cotidianas desde que nos levantamos. Piensa en qué actividades evaluativas llevas a cabo en tu rutina diaria: ¿Te miras al espejo antes de salir de casa? ¿observas el estado de los productos y su fecha de caducidad cuando vas al supermercado?, ¿valoras qué ropa ponerte según el tiempo que hace? Todo esto son evaluaciones, las hacemos constantemente para tomar las mejores decisiones y obtener los mejores resultados posibles en todas nuestras actividades, lo mismo ocurre con las etapas de un proyecto de educación para la salud.

1. ¿QUÉ ES EVALUAR?

Evaluar significa medir y observar cambios y consecuencias de diferentes acciones cuando se realiza un trabajo, que significa un esfuerzo, y del que se espera obtener unos resultados previamente establecidos en forma de **objetivos**, hay que evaluar si los objetivos han valido la pena, si los **resultados** son los esperados y si los **métodos** empleados han facilitado las cosas o han sido un obstáculo para la consecución de los objetivos planteados. En definitiva, evaluar para rectificar y mejorar constantemente. Siempre hay algo que se puede mejorar, y si se desea progresar, es necesario evaluar lo que se hace.

No tiene sentido desarrollar un programa de educación para la salud que no incluya una mínima evaluación ya que debemos conocer qué sucede, qué efectos provoca y debido a que se producen esos efectos. De hecho la propia evaluación ya es una forma de intervenir ya que genera una sensibilización en la población diana y denota rigor y credibilidad a nuestra acción.

2. ¿POR QUÉ EVALUAMOS?

Independientemente de la naturaleza y dimensión de nuestro programa, la evaluación nos permite mejorar su calidad y comprobar si se han alcanzado los objetivos definidos. Concretamente, debemos evaluar porque:

- ✓ Es una manera de recibir “feed-back” sobre todos los elementos y fases de desarrollo del programa, y así poder modificarlos.
- ✓ Nos va a permitir “rendir cuentas”. En muchos casos con nuestros compañeros, con la dirección, con quiénes nos estén financiando el programa... pero también con la sociedad ya que nuestros programas están dirigidos a la mejora de la salud de los ciudadanos, a producir unos efectos beneficiosos.
- ✓ Medir el grado de pertinencia, idoneidad, efectividad, eficacia y eficiencia de un programa.
 - Efectividad: Determinación del impacto de un programa sobre la población.
 - Eficacia: Determinación del impacto positivo de un programa sobre la población realmente afectada por este programa.
 - Eficiencia: Relación entre los resultados de salud evaluados y los recursos empleados.
- ✓ Facilitar el proceso de toma de decisiones para mejorar y/o modificar un

programa o proyecto.

- ✓ Establecer en qué grado se han producido consecuencias imprevistas.
- ✓ Fomentar un análisis prospectivo sobre cuáles y cómo serán las futuras intervenciones.
- ✓ Obtener unos resultados que nos permitirán comunicarnos con la comunidad científica, la cuál podrá aprender y evolucionar fruto de nuestra experiencia. Al diseñar un programa de educación para la salud nos basamos en la evidencia científica evidente y debemos devolver todo lo que hemos aprendido contribuyendo al progreso de esta evidencia científica.

La evaluación debe ir perfectamente ligada al principio de utilidad. Con nuestra evaluación queremos demostrar la utilidad de nuestro programa y cómo se puede mejorar para que sea aún más útil.

En definitiva queremos comparar nuestro plan de actuación con el que se está realizando en realidad y los resultados esperados, aquellos que habíamos planteado en la **planificación**, con los resultados obtenidos al finalizar la intervención, aquellos que hemos recogido en la fase de **intervención**.

3. ¿QUÉ Y CUÁNDO EVALUAMOS?

Si nos fijamos en el puzzle que nos ha acompañado a lo largo de toda esta guía de educación para la salud nos damos cuenta que la evaluación no solamente aparece aquí, cuando ya estamos a punto de terminar, sino que es también una de las claves centrales, presentes durante todo el programa desde el inicio. Según en qué momento del programa nos encontremos evaluaremos cosas distintas, por eso diferenciamos entre:

- ✓ **Evaluación formativa:** Es la que llevamos a cabo antes del inicio de la implementación del programa de educación para la salud y que nos permite asegurar que la aplicación del mismo y el cumplimiento de objetivos sea el más óptimo posible.
- ✓ **Evaluación o seguimiento del proceso:** Se evalúan las actividades del programa mismo, sin tener en cuenta sus resultados, y se hace a lo largo de todas las etapas, antes de pasar a la siguiente. Nos permite conocer que está funcionando y que no para poder modificar y optimizar constantemente la aplicación del programa.
- ✓ **Evaluación sumativa:** Se evalúa si se han alcanzado los objetivos y se han conseguido cambios en los determinantes del problema de salud deseados

(evaluación de resultados) y si el cambio en los determinantes ha producido una mejora real del problema de salud, en nuestra variable de resultado a nivel población (evaluación del impacto). Que incluye:

- Evaluación de resultados.
- Evaluación del impacto.

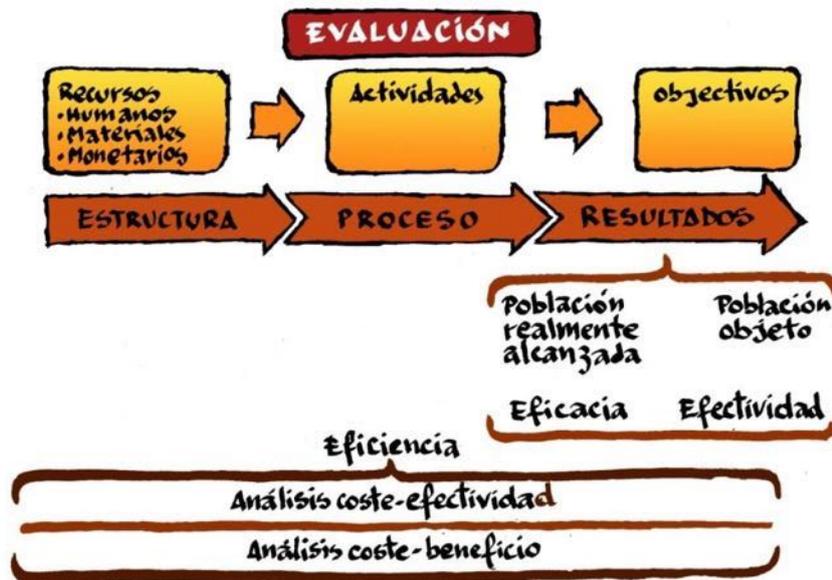
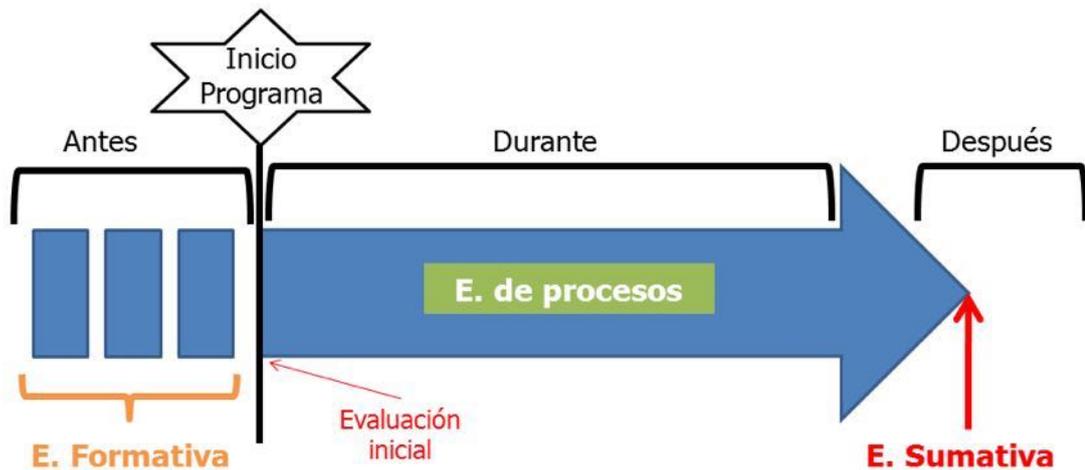


Figura 47: Tipos de evaluación. **Adaptar el esquema a esta clasificación**



Propongo que se utilice como base este esquema que es de creación "ad hoc" para la explicación de los conceptos generales de la evaluación. Este esquema se puede complementar con aclaraciones y especificaciones para hacerlo lo más completo y comprensible posible. Sigue la misma estructura "temporal que el anterior

4. ¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN FORMATIVA?

Incluye todos aquellos pasos que andamos antes de iniciar la implementación del programa de educación para la salud pensando en asegurar la aplicación óptima del mismo y engrandecer al máximo los efectos positivos.

El primer paso es la evaluación de necesidades, comentada a fondo en el tema 2 de esta guía. Debemos identificar las necesidades de la población y seleccionar aquellas sobre las que sea necesaria una intervención prioritaria. En algunas ocasiones las necesidades serán objetivas y derivadas de un estudio epidemiológico y en otras ocasiones serán necesidades expresadas por la población. Este primer paso incluye la búsqueda bibliográfica y trabajo de la evidencia científica existente para conseguir conocer:

- ✓ La magnitud y determinantes del problema de salud que queremos abordar.
- ✓ Las intervenciones más eficaces llevadas a cabo hasta el momento dirigidas a abordar la problemática de salud en la que nos hemos centrado.

El segundo paso contempla la evaluación de la evaluabilidad. Un protocolo de evaluación puede ser muy extenso y muy exhaustivo y por este motivo deberemos identificar qué aspectos debo evaluar imprescindiblemente y mediante qué instrumentos puedo llevar a cabo esta evaluación. No sirve de nada planificar un protocolo de evaluación muy completo que a posteriori no se pueda llevar a cabo. Debe ser factible.

El tercer paso contempla la búsqueda y establecimiento de los modelos teóricos en los que voy a basar mi intervención. Para conseguir que los cambios sobre los determinantes de salud sean eficaces deberé basar la intervención en el abordaje de los determinantes en función de la estructura que nos aportan los modelos teóricos de determinantes psicosociales de la salud. Se trata de modelos estudiados y sintetizados que nos van a ayudar a sistematizar y estructurar los determinantes a abordar con el objetivo de maximizar el efecto de la intervención.

Por último, el cuarto paso propone la prueba piloto de los materiales o actividades que voy a desplegar en mi intervención. Siempre que sea posible llevar a cabo este paso nos va a ser muy útil ya que probar parte o la totalidad de nuestra intervención con un subgrupo de la población diana nos permitirá identificar qué elementos funcionan y los que no y cómo podemos cambiar nuestros materiales y acciones para que el impacto

de la intervención sea óptimo.

5. ¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO?

La evaluación del proceso es la retroalimentación que vamos recibiendo a lo largo de las etapas y que nos permite mejorar el programa sobre la marcha. Veamos el ejemplo de los campesinos.

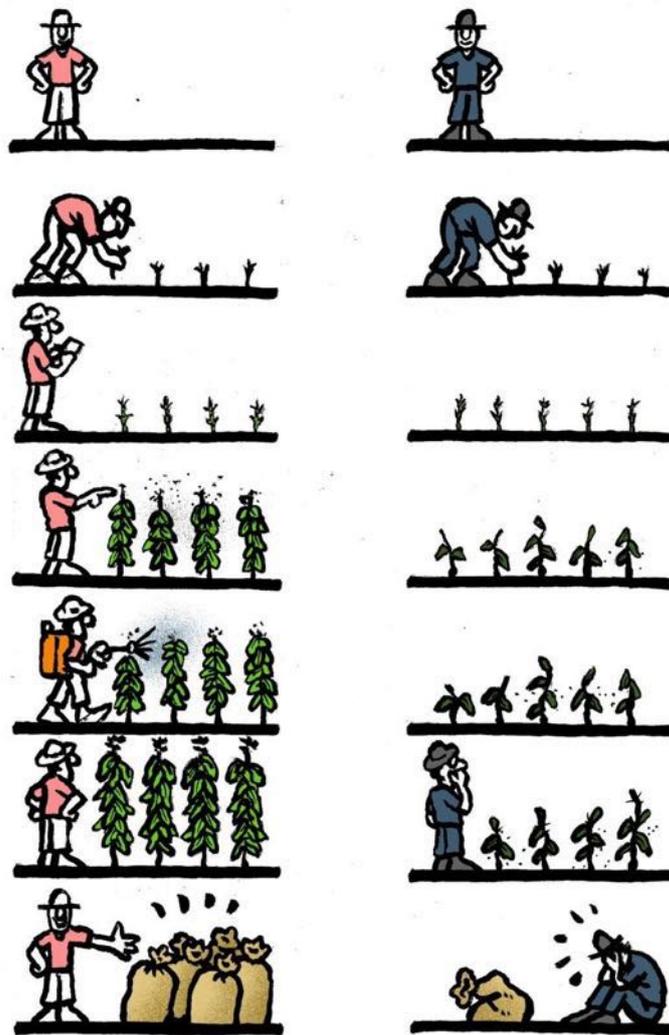


Figura 48: Metáfora de la evaluación del proceso.

El primero vigila/observa regularmente las plantas en su área de cultivo; cuando hay algún problema se da cuenta de él y lo soluciona. El segundo, en cambio, no visita su campo durante el crecimiento de las plantas sino solamente en la cosecha.

Seguimiento del proceso quiere decir OBSERVACIÓN
CONTINUA, REFLEXIÓN y CORRECCIÓN.

Aunque parten del mismo plan inicial, el segundo campesino evalúa los resultados de su cosecha solamente al final, cuando ya es demasiado tarde para mejorar su actuación. Así pues, es necesario que desde el primer momento reservemos un tiempo para la reflexión, cuestionando siempre cómo se está organizando y realizando el programa en cada etapa.

Para seguir adelante debemos ser críticos, evaluar nuestra acción y a menudo dar un paso atrás para continuar progresando.

Más concretamente, iremos comprobando y rectificando:

- ✓ Que el programa llega a las personas a las que está destinado: Durante la planificación se determina un grupo diana, es decir, se concreta a qué personas va dirigido nuestro programa. En el seguimiento tenemos que verificar que este grupo de personas es el que realmente está recibiendo todas las actividades y qué porcentaje del grupo diana representan los participantes.
- ✓ El grado de satisfacción de los participantes: Es importante que la gente que participa en nuestro programa lo valore y nos de su feedback, tanto de cuestiones positivas como de cuestiones a mejorar. Si la población participante está contenta y motivada para continuar, mucho mejor, y si no estaremos conociendo una información de mucho valor que nos permitirá rectificar sobre la marcha. De lo contrario será complicado obtener los efectos deseados al final. Hay distintas cuestiones sobre las que podemos preguntar a los participantes:

- Cuestiones interpersonales: ¿Se sienten bien atendidos?, ¿tienen buena relación con el resto de participantes?, ¿qué opinan del personal que realiza las actividades?
 - Cuestiones relativas al servicio: ¿Qué les parece el lugar donde se realiza el programa?, ¿el horario es el más apropiado?, ¿es fácil llegar?, ¿el programa es demasiado caro?
 - Cuestiones de contenido: ¿Los temas que se tratan son importantes?, ¿el ritmo es demasiado rápido?, ¿es adecuada la forma de presentarlos?, ¿es muy complejo o demasiado básico?
- ✓ Que se están desarrollando todas las actividades según lo previsto: Antes de valorar efectos del programa, es esencial que todos los grupos participaran en todas las actividades.
 - ✓ Cada uno de los componentes del programa es el más idóneo y de mejor calidad posible: Para las distintas actividades del programa se han elaborado o utilizado varios recursos, es necesario observar si son bien aceptados y comprendidos por los participantes para poder modificarlos.

Tratando cada una de estas cuestiones iremos corrigiendo y mejorando cada vez más todos los elementos de nuestro programa. Incluso cuando consideremos que hemos adquirido un grado óptimo de calidad, es necesario seguir evaluando el proceso para no obviar o pasar por alto ninguna mejora posible.

En el caso de que por diferentes motivos como la falta de recursos, nos no permita llevar a cabo un sistema de evaluación de procesos exhaustivo, no debemos descuidar nunca la interacción con los actores sociales clave y las personas de la población diana. Aunque se trate de una interacción informal, nos puede aportar información muy útil y relevante para conseguir los objetivos del programa de salud.

6. ¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN SUMATIVA?

En primer lugar debemos diferenciar entre evaluación del impacto y la de los resultados. La evaluación del impacto se centra en la valoración de los efectos inmediatos del programa y suele corresponderse con los objetivos del programa. Contempla el cambio en los determinantes o factores causales del problema de salud. Por otro lado la evaluación de los resultados se centra en los resultados más a largo plazo y en general se corresponde con la intención más general del programa.

Existe controversia en la literatura sobre lo que nombramos evaluación de impacto y de resultados. Suelen ser términos que se utilizan intercambiados indistintamente. Una vez decido el criterio con el que nos sentimos identificados deberíamos seguir el mismo, ya que al inicio de este capítulo se utilizan en el sentido inverso.

Evaluación de los resultados: Pretende medir los cambios en la población diana ocurridos por nuestra causa o culpa. Y aquí hay dos frentes: qué se mide (conductas, cambios organizativos, conocimientos, observaciones, habilidades...) y cómo se mide (diseño evaluativo e instrumento). Lo que se mide viene determinado por los objetivos generales y operativos del programa.

Por ejemplo, si deseamos que la proporción de usuarios que hace ejercicio físico intenso dos veces por semana pase del 8 al 12%, deberemos medir antes y después la proporción (pre-post). Por este motivo antes de iniciar la implementación del programa de salud será importante haber diseñado el plan de evaluación y llevar a cabo la evaluación basal (pre) que nos permitirá comparar los datos con la evaluación final (post). También podemos haber promovido la ampliación de la oferta de actividades deportivas: mediremos la disponibilidad anterior y posterior. Haber ampliado el horario de acceso al gimnasio, y mediremos la ampliación o no ampliación horaria. Y dado a conocer los beneficios de la actividad física intensa en una sesión con materiales. Mediremos las actitudes favorables a la práctica de ejercicio intenso y los conocimientos sobre el número de sesiones recomendables semanales, antes y después. Estos son los resultados básicos del programa y permiten tomar decisiones. Obviamente, dependiendo de los recursos disponibles, a mayor especificación de la consecución de los objetivos, más información sobre la eficacia del programa.

Otra cuestión fundamental es el diseño evaluativo. Un diseño en el que sólo se mide lo que pasa después de la intervención es francamente débil y es difícil incluso, para el investigador, extraer conclusiones. En general se adoptan diseños pre-post, que miden variables antes y después de la intervención, tanto entre los participantes como por medio de encuestas poblacionales. Si bien son bastante informativos y fáciles de llevar a cabo, presentan una debilidad asociada a esta pregunta: ¿hubiera ocurrido lo mismo sin nuestra intervención? Los diseños con grupo control protegen de esta limitación.

Aunque se lleve a cabo simultáneamente a nuestra intervención, en una campaña nacional de promoción del ejercicio físico dirigida a población general en televisión, el grupo control o de comparación nos informará sobre el alcance de la campaña

nacional y el de intervención sumará ambas intervenciones. Por lo tanto, la diferencia final entre los dos grupos será debida a nuestra intervención.

Ésta es la base de los ensayos clínicos o comunitarios aleatorizados, los diseños más seguros y reconocidos en las ciencias de la salud. Aleatorizar quiere decir asignar al azar a los participantes (individuos o unidades del estudio) a un grupo u otro, de forma que se reparte la variabilidad desconocida y se igualan al máximo los dos grupos. Si bien ésto se puede y debe hacer siguiendo unas normas estrictas tanto en el desarrollo como en la publicación de resultados en la experimentación de fármacos y tecnologías (CONSORT)¹⁰, es prácticamente imposible aplicarlo en ámbitos sociales y de promoción de la salud, en general por problemas de factibilidad, contaminación y éticos.

En el campo de la salud pública y la promoción de la salud, cuando se ha evaluado, se han aplicado con frecuencia diseños cuasi experimentales. En ellos el grupo control, aunque parecido, no se asigna al azar, o bien el grupo control no es ni siquiera muy parecido. Tras un debate intenso en los últimos años, se está avanzando en el establecimiento de una normativa de desarrollo y publicación similar a la CONSORT y denominada TREND, que facilitará extraer conclusiones a partir de este tipo de estudios.

La **evaluación del impacto** es la evaluación más global. Es deseable porque muestra los resultados a largo plazo, y los cambios en salud, sociales, económicos u otros derivados de la intervención. Sin embargo, se puede llevar a cabo muy pocas veces, porque es costosa en tiempo y dinero, y lo hacen organismos internacionales, administraciones o universidades. El informe mencionado antes sobre la efectividad de la promoción de la salud presenta una revisión del impacto económico, social y de salud de de diferentes intervenciones. A menudo también contempla indicadores de resultados como cambios en la prevalencia poblacional de un determinado problema de Salud.

7. ¿QUÉ METODOLOGÍAS PODEMOS USAR PARA EVALUAR?

La evaluación no deja de ser un ejercicio de recolección y análisis de datos, por lo que podemos diferenciar entre distintos tipos de datos según la metodología que usemos para reunirlos:

Cuantitativa: Se miden con cifras los datos y los cambios en los indicadores de salud conseguidos con el proyecto: número de ejemplares de folletos informativos distribuidos, porcentaje de personas asistidas, prevalencia, cambio en las conductas de salud, etc. Características que definen la metodología cuantitativa:

- ✓ Busca la objetividad en la evaluación.
- ✓ Utiliza el método hipotético-deductivo, el diseño experimental.
- ✓ El investigador debe seguir rigurosamente las normas estrictas de la metodología estadística.
- ✓ El énfasis casi exclusivo en los productos o resultados de la enseñanza.
- ✓ Estricto control de las variables intervinientes.
- ✓ Requiere una estabilidad durante todo el proceso de investigación.
- ✓ Se basa en la búsqueda cuantitativa mediante medios e instrumentos objetivos.
- ✓ Suele concentrarse en la diferencia de medidas entre el grupo de control y el grupo experimental.
- ✓ Permite cuantificar la magnitud de los cambios producidos.

Cualitativa: Evaluamos el motivo por el cual se han conseguido los objetivos (Sí/No). Si se han mejorado los servicios sanitarios, el grado de satisfacción conseguido, etc.

Características que definen a la evaluación cualitativa.

- Defiende que la objetividad en la ciencia es siempre relativa.
- El objetivo de la evaluación no se restringe a las conductas o a los resultados a corto plazo.
- La evaluación cualitativa requiere de una metodología sensible a las diferencias, a los acontecimientos observables y a los significados latentes.
- Permite profundizar en los motivos de los cambios acontecidos.
- Es muy pertinente para la fase de evaluación del proceso dado que ésta evoluciona en función de los descubrimientos. También resulta muy adecuada para realizar la prueba piloto o la investigación previa en las fases de diseño

del programa de salud, dentro de la evaluación formativa.

- Su propósito es comprender la situación mediante la consideración de las interpretaciones, intereses y aspiraciones de quienes en ella interactúan.

8. ¿QUÉ INSTRUMENTOS UTILIZAMOS PARA LA EVALUACIÓN?

✓ Instrumentos de evaluación cualitativa:

- Observación sistemática.
- Observación participante.
- Entrevistas en profundidad.
- Encuestas y cuestionarios abiertos.
- Grupos de discusión.
- Técnicas etnográficas.
- Grupos de creación de conocimiento.

✓ Instrumentos de evaluación cuantitativa:

- Observación sistemática.
- Indicadores cuantitativos.
- Cuestionarios.
- Encuestas.
- Parámetros antropométricos.
- Parámetros fisiológicos y genéticos.

(Puede evaluarse desde el usuario y desde el profesional o equipo) [revisar cuadro](#)

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">CONOCIMIENTOS</p> <p>¿Qué hacer? ¿Por qué hacerlo? ¿Cómo hacerlo? ¿Cuándo hacerlo? ¿Quién lo debe hacer?</p> | <p style="text-align: center;">INSTRUMENTOS</p> <p>✓ Encuestas ✓ Juegos ✓ Entrevistas ✓ Examen ✓ Memoria / seguimiento ✓ Diario ✓ “Escucha activa” (Registrar conversaciones) ✓ Redacción narración / historia</p> |
| <p style="text-align: center;">HABILIDADES</p> <p>Lo que se ha de hacer Lo puede hacer Cómo lo hace</p> | <p style="text-align: center;">INSTRUMENTOS</p> <p>✓ Observación ✓ Ejercicios</p> |
| <p style="text-align: center;">ACTITUDES</p> <p>¿Por qué lo hace? ¿Cómo lo vive? ¿Es “sujeto” pasivo? ¿Tiene la iniciativa?</p> | <p style="text-align: center;">INSTRUMENTOS</p> <p>✓ Observación ✓ Escucha ✓ Entrevista ✓ Encuestas ✓ Registros</p> |
| <p style="text-align: center;">COMPORTAMIENTOS</p> <p>¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Cuándo lo hace? ¿Qué no hace?</p> | <p style="text-align: center;">INSTRUMENTOS</p> <p>✓ Observación ✓ Entrevista ✓ Encuestas ✓ Escuchar ✓ Registros ✓ Datos clínicos</p> |

Tabla 16: Cuestiones claves para evaluar e instrumentos.

9. ¿QUÉ HACEMOS UNA VEZ TERMINADA LA EVALUACIÓN Y EL PROGRAMA?

El informe final:

El informe consistirá en sintetizar el proceso seguido desde la fase de detección de necesidades, pasando por la intervención y la evaluación.

Recuerda que el informe no solo debe contener los resultados o las conclusiones positivas.

El objetivo del informe es proporcionar información a las personas interesadas en nuestro programa y dar a conocer los resultados obtenidos a otras personas para que puedan contrastarlos.

Ten en cuenta que este informe recoge todo el proceso por lo tanto empieza a recoger los datos desde la primera fase del programa. Si haces ésto el informe final te resultará más sencillo de realizar.

Es muy importante remarcar el contexto de nuestro programa ya que marcará los objetivos y las actuaciones planteadas, y por supuesto los resultados obtenidos. Si queremos facilitar su comprensión por parte del resto de profesionales que realizan intervenciones en EpS.

Para que un informe final tenga utilidad es importante que se destaquen los elementos de feed-back. Aquellos elementos que nos permitirán evitar en otra ocasión los fallos y las lagunas detectadas en el proyecto. Si cumplimos esta premisa podemos afirmar que nuestro informe final contribuirá a mejorar la realidad y será el mejor camino de perfeccionamiento permanente.

EJEMPLO: EL MODELO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA THAO-SALUD INFANTIL

Como se detalló en los primeros capítulos de la guía el Programa Thao-Salud infantil tiene como principal objetivo la prevención de la obesidad infantil y lo hace a través de la promoción de estilos de vida saludables en niños y niñas de 0 a 12 años y sus familias. Este planteamiento enunciado ya nos hace sospechar qué indicadores de salud será necesario monitorizar, qué instrumentos evaluativos utilizaremos y qué diseño evaluativo llevaremos a cabo.

Evaluación formativa

El Programa Thao realiza un completo plan de evaluación formativa ya que lleva a cabo los diferentes pasos necesarios para completar esta fase la evaluación:

Primero de todo consensua con los municipios qué protocolo de evaluación es viable llevar a cabo y qué indicadores podemos recoger en el tiempo disponible, es decir, lleva a cabo una evaluación de la evaluabilidad. A su vez, tal y como indica su claim "THink Action Obesity", cualquier mensaje o acción que plantea llevar a cabo está basado en la evidencia científica. El Programa Thao, estructura los determinantes a abordar siguiendo la estructura de los modelos psicosociales en promoción de la salud. Por último y antes de poner en marcha, en los municipios Thao, cualquier material o acción se realiza una prueba piloto en un pequeño grupo de la población diana.

Además, al inicio del programa en los nuevos municipios de la red Thao se lleva a cabo una evaluación basal que incluye los indicadores de salud que posteriormente se van a medir durante años sucesivos.

En cuanto a la evaluación del proceso, durante la aplicación del Programa Thao se realizan entrevistas a informantes clave de los municipios, reuniones de seguimiento con los diferentes sectores implicados en la implementación del Programa Thao (equipo local Thao, centros escolares, escuelas infantiles, centros de Salud...), grupos de discusión con los coordinadores locales Thao, observaciones de la implementación de acciones Thao y grupos de creación de conocimiento. El principal objetivo es conocer qué funciona y qué no funciona en el proceso de implementación del Programa Thao y qué vías dispone la Fundación Thao para mejorar aquellos aspectos

que no funcionan. Es evidente, que la mayoría de instrumentos utilizados para llevar a cabo esta evaluación del proceso, son instrumentos cualitativos.

En cuanto a la evaluación sumativa, el Programa Thao contempla un completo protocolo de evaluación de los determinantes del sobrepeso y la obesidad infantil, así como del seguimiento a nivel epidemiológico de la evaluación del estado ponderal como un parámetro importante de salud.

A nivel epidemiológico, el protocolo de evaluación Thao consiste en la medición de peso y altura para determinar el índice de masa corporal y así analizar la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población infantil de 3 a 12 años. Adicionalmente, se incorpora también la medición de la circunferencia de cintura, ya que supone un parámetro antropométrico relevante para monitorizar la evolución en el crecimiento de los niños y niñas.

Previo a la medición de estos parámetros antropométricos se informa debidamente a padres y madres a través de las escuelas y se solicita a éstos la firma del consentimiento informado. Una vez analizados los resultados, se hace llegar individualmente a cada familia un informe sobre el estado ponderal de su hijo o hija.

Asimismo, en una submuestra de niños y niñas de 8 a 12 años se estudian los determinantes del sobrepeso y la obesidad infantil, mediante cuestionarios autocumplimentadas en el propio centro escolar, en el aula de informática.

Los cuestionarios se aplican en niños y niñas con capacidad lecto-escritora (por ello han de tener una edad de 8 años o superior) explorándose una serie de parámetros relacionados con los hábitos de alimentación, actividad física, sedentarismo así como ítems sobre calidad de vida y actitudes psicológicas hacia la alimentación.

Concretamente, se recogen las siguientes variables a través de cuestionarios validados:

| Variables a recoger | Instrumento de medida |
|---|----------------------------------|
| Hábitos de alimentación | KidMed + hábitos (informatizado) |
| Variables psicológicas ante la alimentación | DEB-Q (informatizado) |
| Hábitos de actividad física | PAQ-C (informatizado) |
| Calidad de vida en general | Kidscreen (informatizado) |

Tabla 17: Variables a recoger e instrumentos de medida.

Estos cuestionarios se contestan en el propio colegio a través del aula de informática de cada una de las escuelas participantes y su aplicación se programa el mismo día en que se realizarían las mediciones.

Esta evaluación supone una acción de sensibilización en la población diana ya que previo a la medición se solicita el consentimiento informado de las familias en el que se les informe sobre la importancia de monitorizar este tipo de indicadores de salud. A su vez y una vez recogido todos los indicadores de la evaluación de resultados y del impacto se realiza una presentación de los resultados encontrados a la que asisten tanto agentes sociales clave como familias. Por último a cada una de las familias se les hace entrega de un informe de resultados anual en el que se les indica el resultado en la evaluación de cada uno de los parámetros.

La evaluación de estos determinantes tiene un valor tanto a nivel transversal como a nivel longitudinal.

A nivel transversal nos permite conocer año a año cuál es la magnitud de la problemática en la población y cuáles son los factores que determinan esta problemática. Además y fruto de la primera evaluación basal podemos realizar un diagnóstico exhaustivo de la realidad de la población que permite iniciar la intervención de forma mucho más ajustada a la realidad.

A nivel longitudinal la evaluación del Programa Thao-Salud Infantil contempla una evaluación pre-post constantemente abierta ya que el programa no tiene una fecha de finalización en el municipio. Cada año podemos monitorizar la evolución de los diferentes parámetros comentados teniendo en cuenta que los alumnos que alcanzan la educación secundaria (12- 13 años de edad aproximadamente) dejan de formar parte de la muestra estudiada y que los alumnos que inician la escuela infantil en P-3 (3 años de edad aproximadamente) pasan a ser parte nueva de la muestra cada año.

Resultan datos muy útiles para estudiar la evolución de la problemática y conocer qué vías de mejora disponemos para incrementar la calidad de vida de la población y prevenir la aparición de problemas de salud crónicos ya desde edades tempranas.

El estudio longitudinal anterior no nos permite comparar si la evolución del IMC de niños y niñas era debida al Programa Thao y, por ello, la Fundación Thao decidió realizar una investigación comparativa con municipios que no aplicaran el Programa Thao.

Con esta finalidad, en el año 2011 se solicitó una Beca FIS al Ministerio de Ciencia e Innovación (actualmente Ministerio de Economía y Competitividad), conjuntamente con el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-Hospital del Mar) de Barcelona y la Fundación Thao.

Se consiguió esta Beca FIS para el periodo 2012-2014, con el título “Efectos de una intervención de estilo de vida en la prevención de la obesidad infantil: Un modelo de base comunitaria (estudio POIBC)”. El número de expediente es PI11/01900.

La investigación fue dirigida por el Dr. Helmut Schroeder (investigador sénior del grupo de investigación en riesgo cardiovascular y epidemiología nutricional del IMIM) como investigador principal. Tuvo como finalidad estudiar la eficacia del Programa Thao-Salud Infantil en la incidencia de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas de 8 a 12 años, mediante un estudio en diversos “municipios intervención” y en “municipios control”.

El objetivo fue demostrar que la aplicación del Programa Thao-Salud Infantil reduce el riesgo de obesidad infantil, mejora los hábitos dietéticos y reduce el sedentarismo en la población infantil, entre otros determinantes de salud.

El diseño es de un estudio paralelo, de una intervención de base comunitaria dirigida a mejorar los estilos de vida. En el estudio participaron más de 2.000 niños y niñas, que el primer año de seguimiento tenían entre 8 y 10 años de edad, y sus familias, de cuatro municipios:

- Dos municipios intervención (Sant Boi de Llobregat y Terrassa), donde se implementó el Programa Thao y un plan de evaluación integral (1.070 niños y niñas de 8 a 10 años).
- Dos o tres municipios control (Gavà y Molins de Rei), donde solamente se implementó el plan de evaluación (1.070 niños y niñas de 8 a 10 años).

La intervención consistió en que durante dos cursos escolares se aplicó el Programa Thao.

Tanto en los “municipios intervención” como en los “municipios control” la investigación consistió en recopilar los datos siguientes:

| Niños y niñas | | Familias | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Variables a recoger | Instrumento de medida | Variables a recoger | Instrumento de medida |
| Ingesta alimentaria | Recuerdo 24h informatizado | Socio económicas | Nivel educativo |
| Hábitos de alimentación | KidMed + hábitos | Calidad de dieta | SDQS |
| Hábitos de actividad física | PAQ-C | Actividad física | MLTQ-Short |
| Calidad de vida en general | Kidscreen | Hábitos de sueño (niños) | Sleep-Q |

Tabla 18: Variables a recoger instrumentos de medida.

Como se puede comprobar en esta investigación también se midieron indicadores de salud de los padres y madres ya que también tienen una gran influencia sobre los indicadores de salud de los niños y niñas. Éste es un claro ejemplo de evaluación de la evaluabilidad, ya que en este estudio y debido a la disponibilidad de recursos se pudieron recoger estos datos de las familias que en la evaluación anual en la red de municipios Thao no se pueden recoger.

Hay que destacar que en el marco de esta investigación se crearon las herramientas en línea adaptando los cuestionarios para poder aplicarlos por primera vez a la población infantil, herramienta que actualmente se utiliza en la red de municipios Thao en la evaluación anual que se lleva a cabo.

La duración de la investigación fue de tres años, correspondientes a los dos cursos escolares completos 2012-2013 y 2013-2014.

BLOC 4: BASES TEÒRIQUES DE L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

Educació per a la salut

05/03/2015

Carlota Riera Claret

1. EpS, Objectiu → Estils de Vida

1. PSICOLOGIA → Individu
2. SOCIOLOGIA → Grup
3. ANTROPOLOGIA → Forma de viure



Teories del comportament

2. Determinants de la conducta

1. Factors personals

(característiques individuals)

2. Factors ambientals

(microentorn i macroentorn)

Perfil comunitari

3. Fases d'aprenentatge de la conducta

2. Determinants de la conducta

1. Factors personals

- PSICOLÒGICS
- FÍSICS
- SOCIODEMOGRÀFICS
- ALTRES

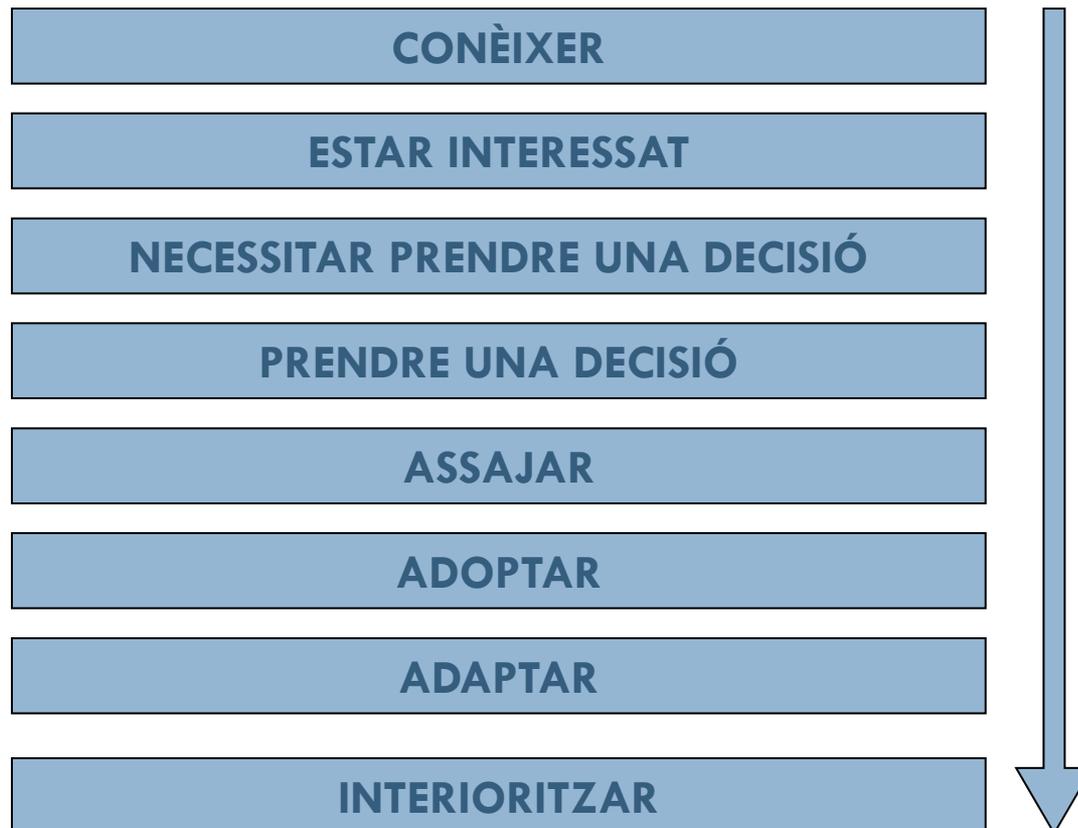
2. Determinants de la conducta

2. Factors ambientals

- RELACIONS INTERPERSONALS
- SERVEIS I RECURSOS
- LLOC DE TREBALL
- LLOC DE RESIDÈNCIA
- OCI

2. Determinants de la conducta

3. Fases d'aprenentatge de la conducta



3. Models d'aprenentatge

1. Teoria de l'adquisició de Rogers
2. **Model d'etapes de canvi (Proshaska)** Important per fomentar el canvi INDIVIDUAL en les
3. Teoria de necessitats de Maslow
4. Teoria del canvi de Kelman
5. **Teoria de l'aprenentatge social de Bandura**
6. Model de creences de salut (Rosentock)
7. **Teoria de l'acció raonada (Ajzen i Fishbein)**
8. **Model ASE (De Vries)**
9. **Salutogenesis (Antonovsky)**

3. Models d'aprenentatge

- Models centrats en el canvi individual (tan sols volem modificar el comportament d'un individu)
Rogers, Rosentock, Proshaska

- Models de canvi interpersonal (quan incorporen factors ambientals del microentorn i del macroentorn, volem canviar un col·lectiu, un grup)
Bandura, Ajzen i Fishbein

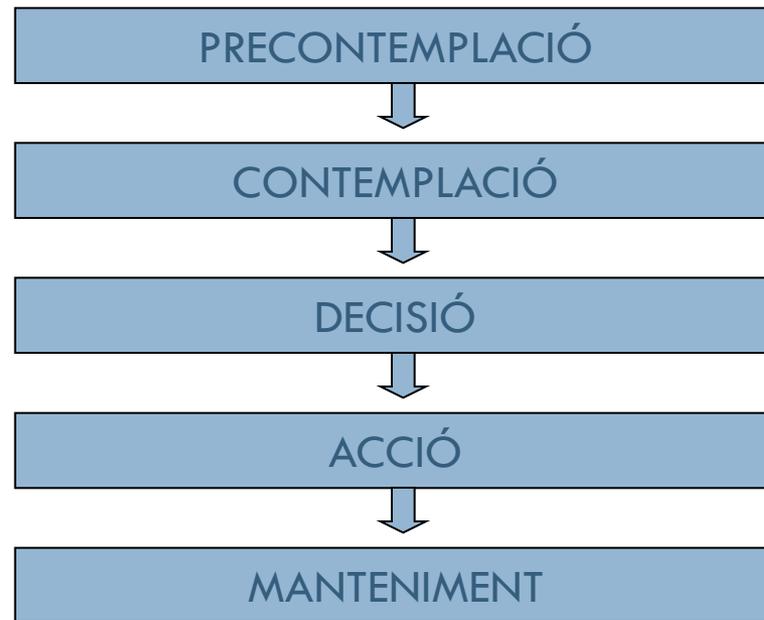
-
- Models centrats en etapes de canvi
Rogers, Proshaska, Maslow

- Models centrats en determinants
Rosentock, Bandura, Ajzen i Fishbein

3.2. Model d'etapes de canvi (Proshaska)

També 5 fases (o nivells motivacionals)

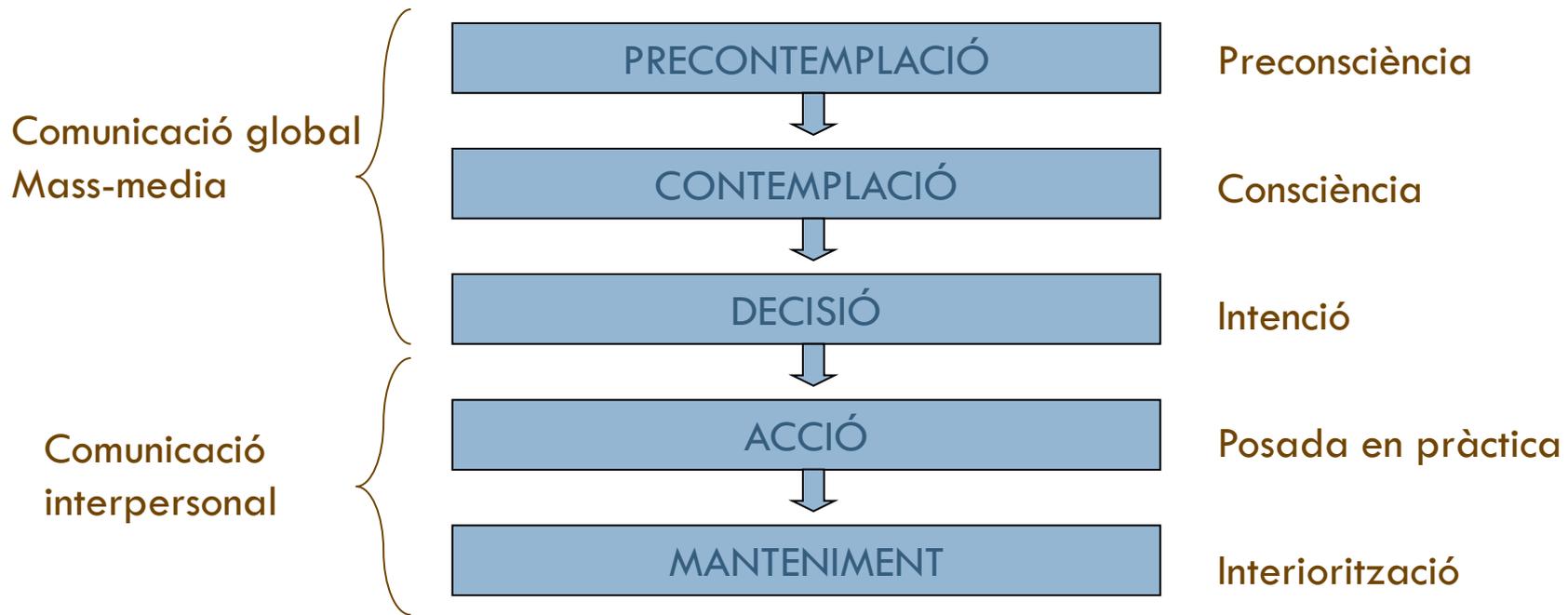
Proshaska RESUMEIX A 5 fases, les fases d'aprenentatge de la conducta



3.2. Model d'etapes de canvi

(Proshaska)

usat en ETAPES DE CANVI si coneixem que una persona està en una determinada etapa podem adaptar el missatge p

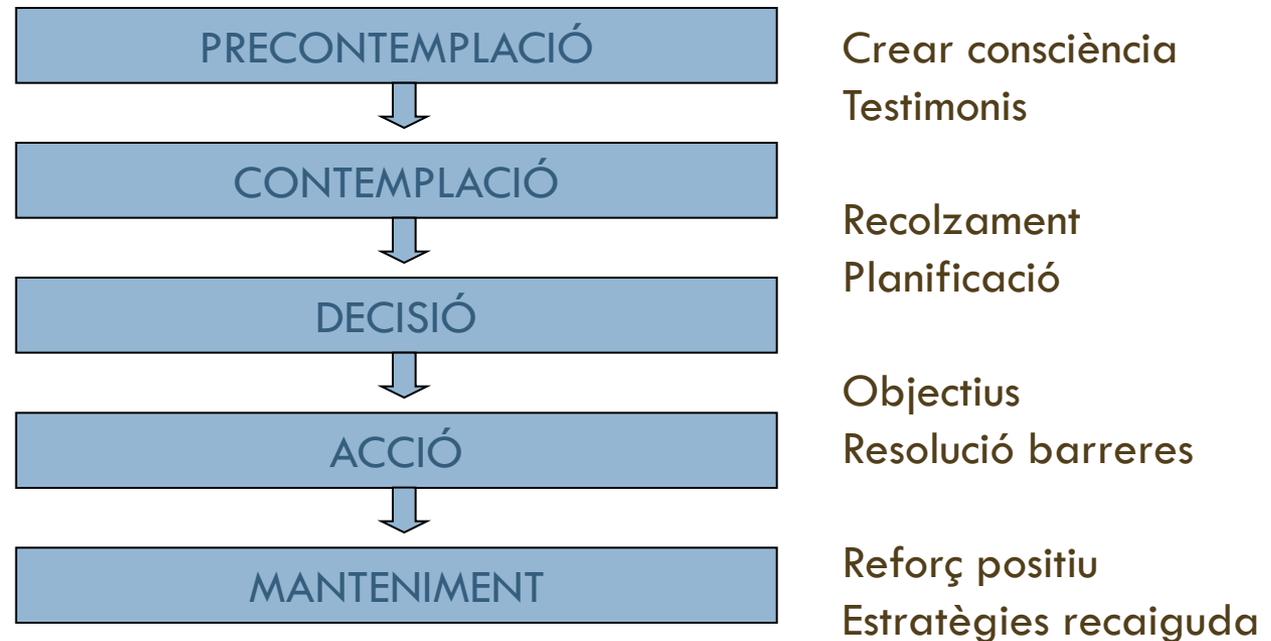


ADAPTAR MISSATGES A L'ETAPA!

3.2. Model d'etapes de canvi

(Proshaska)

Missatges o coses que podem fer dependent de la etapa en la que es troba



3.5. Teoria de l'aprenentatge social (Bandura)

euure amb temes de microentorn, perquè una persona faci una conducta el que és més determinant és que la persona
i capaç de fer-ho (autoeficaç), però la forma més fàcil d'obtenir aquesta autoeficàcia és observar algun model al teu e

PERSONA → CONDUCTA → RESULTAT

Expectatives
d'autoeficàcia

Expectatives de
resultats

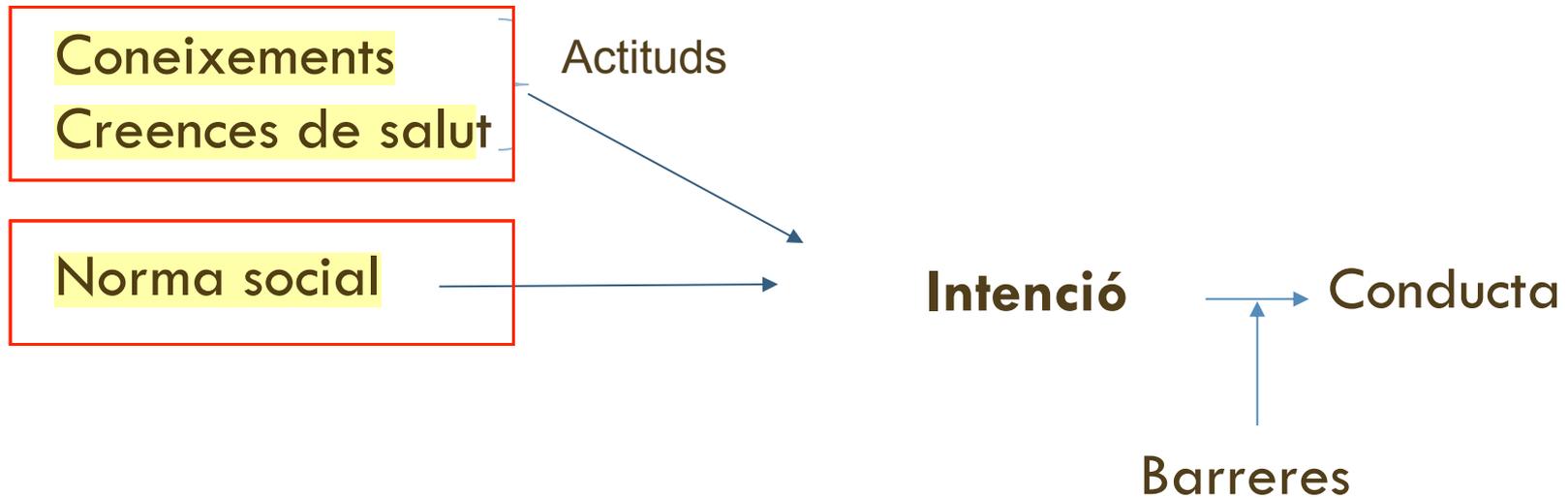
3.5. Teoria de l'aprenentatge social

(Bandura)

- Influència de l'entorn
 - Observació i modelatge
 - Factors personals
- > **AUTOEFICÀCIA** —————> **CONDUCTA**

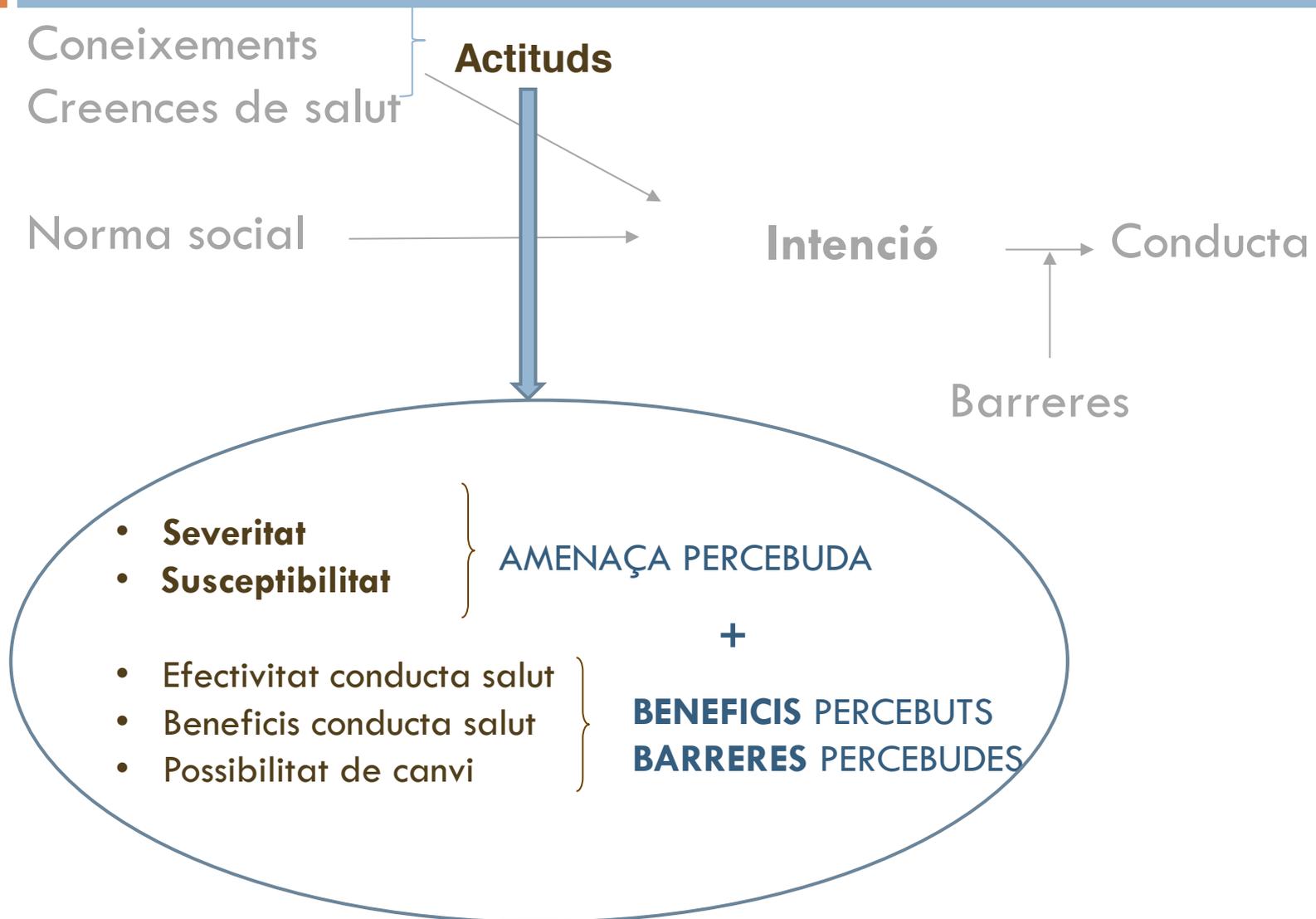
3.7. Teoria de l'acció raonada (Ajzen i Fishbein)

per fer una conducta primer han de tenir la intenció de fer-la, però primer han de tenir coneixements, creences i normes



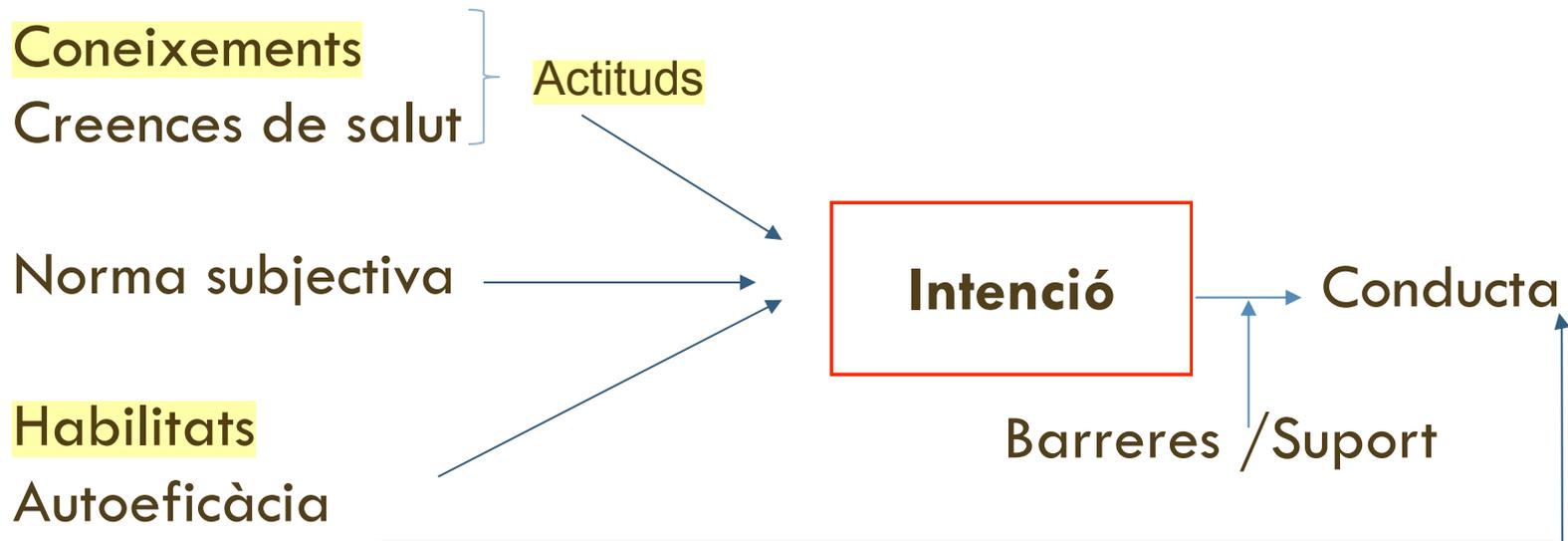
3.7. Teoria de l'acció raonada

(Ajzen i Fishbein)



3.8. Model ASE (De Vries)

(Attitude, Social Influence and Efficacy)



Molt popular en EpS

3.9. Salutogènesi

Canvi enfoc. Salut en positiu: Què tenen les persones sanes?

- **Model d'actius de salut:**
 - **Actituds** (sentit de coherència) **Actituds que tenen a veure amb actituds**
 - **Recursos de resistència** **Habilitats, xarxes socials, recursos econòmics...**

Models d'aprenentatge.

Quin és el millor?

Complexitat teòrica.

Utilització històrica d'algunes per sobre les altres.

No hi ha dades que expressin preferència per un.

Selecció en base a característiques de la teoria i la seva efectivitat en predir o canviar conductes de salut específiques.

Allò que et sembli difícil de fer, fes-ho amb el cor.

El mitjà per fer canviar d'opinió és l'afecte, no la ira.

Dalai Lama

4. Model de Planificació i avaluació

PRECEDE (Green)

Predisponding

Reinforcing

Enabling

Constructs

Ecosystem

Diagnosis

Evaluation

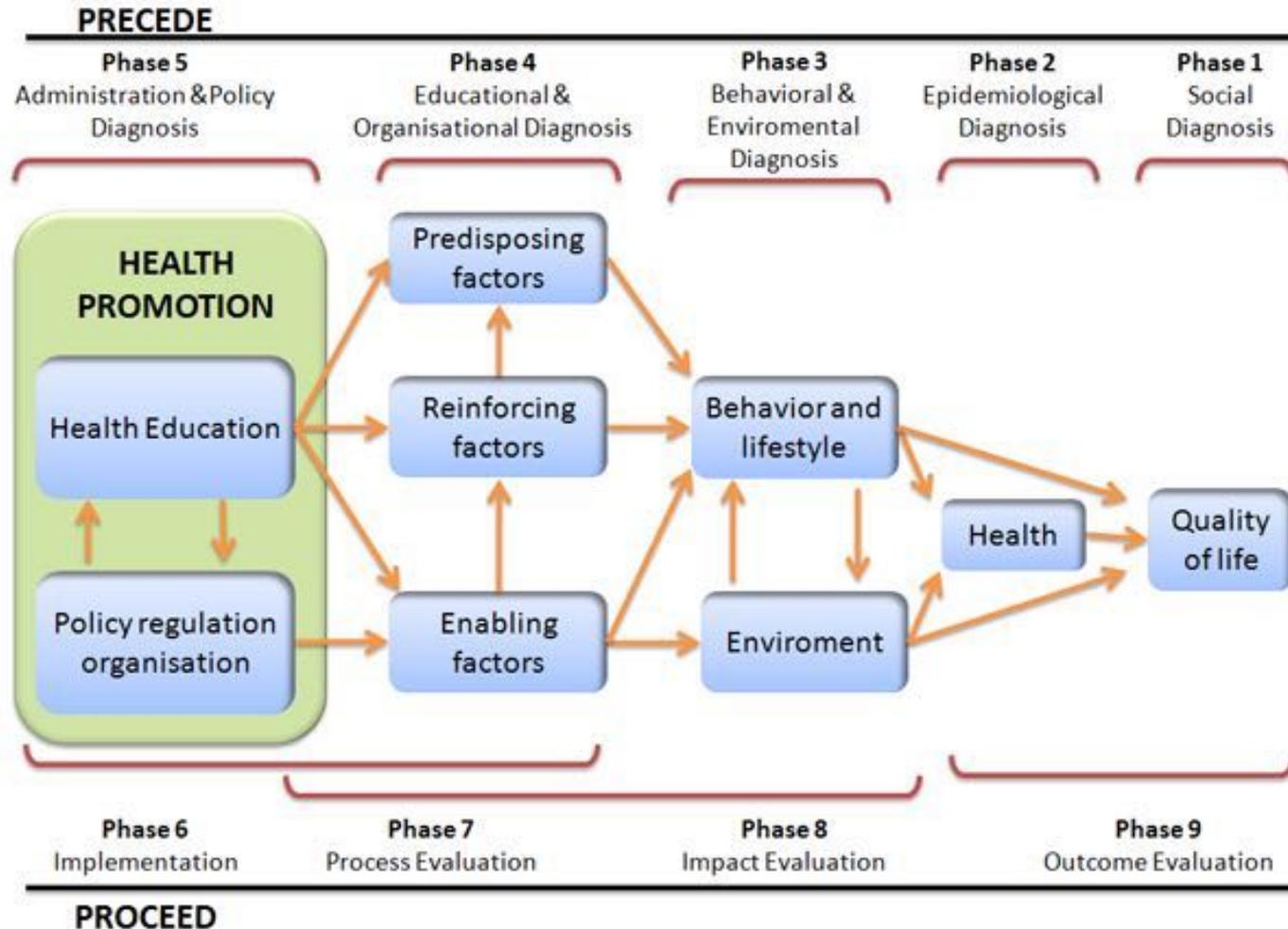
Pregunta examen: el model PRECEDE és un MODEL de PLANIFICACIÓ i AVALUACIÓ d'accions de promoció de la salut, NO és un model de comportament

Model rellevant en la planificació i avaluació d'EpS.

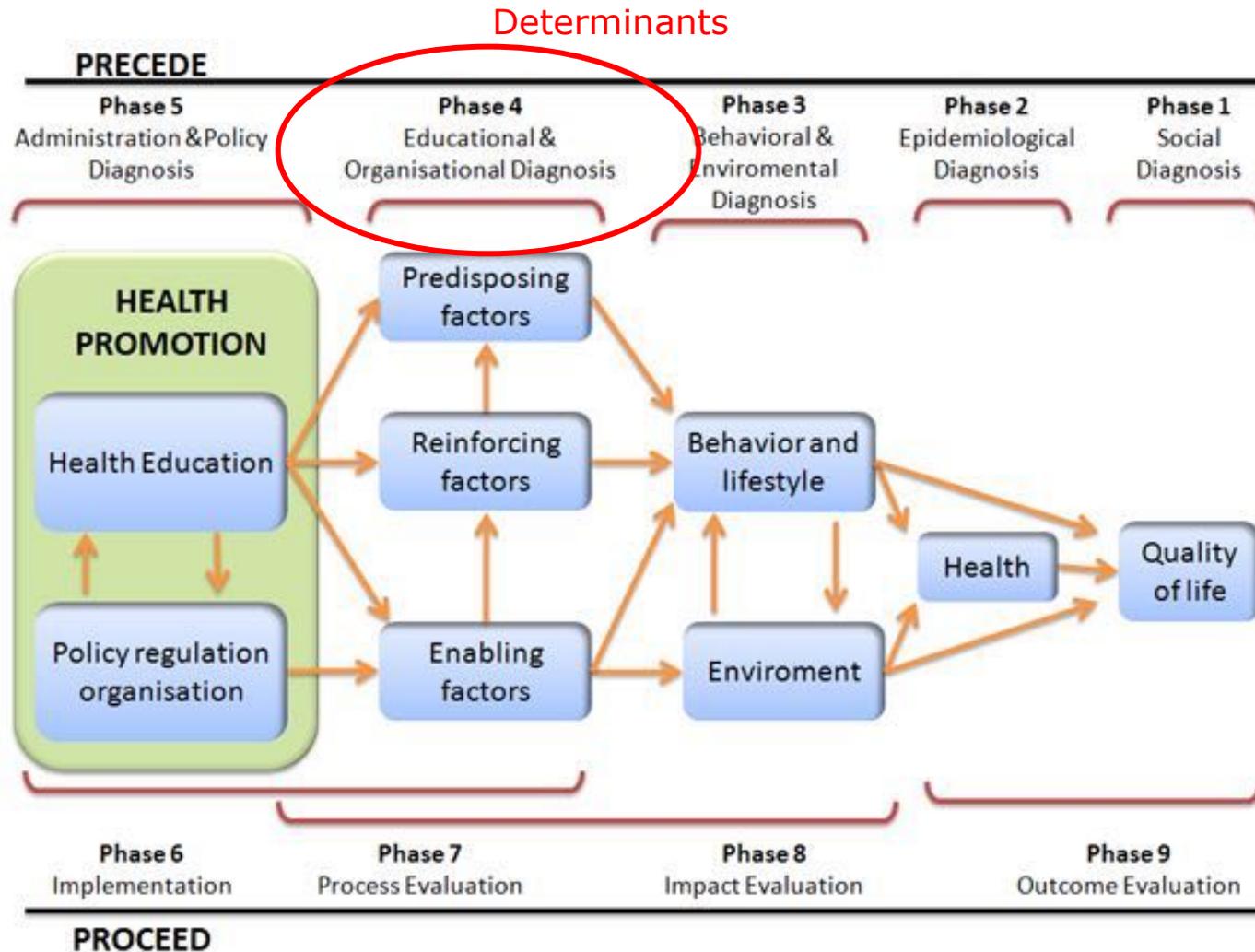
Diagnòstic educacional de factors sobre els que es vol incidir

Model evolucionat: PROCEED

4. Model PRECEDE (Green)



4. Model PRECEDE (Green)



4. Model PRECEDE (Green)

1. FACTORS PREDISPONENTS

- Coneixements
- Actituds
- Valors
- Creences

2. FACTORS FACILITADORS / POSSIBILITADORS

- Habilitats
- Recursos: existents, accessibles..

3. FACTORS REFORÇADORS

Activitats i conductes de: amics, família, educadors, sanitaris..
Conseqüències de la conducta

4. Model PRECEDE (Green)

1. FACTORS PREDISPONENTS (interns)

- Coneixements
- Actituds
- Valors
- Creences

Ajuden a mantenir conductes i a produir canvis

2. FACTORS FACILITADORS/POSSIBILITADORS (recursos)

- Habilitats (noves)
- Recursos: existents, accessibles
personals i de la comunitat...

Permeten la posada en pràctica, o no (barreres)

3. FACTORS REFORÇADORS (recompenses i models, posteriors a la conducta)

Activitats i conductes de: amics, família, educadors, sanitaris..

Conseqüències de la conducta (recompenses físiques, socials, tangibles imaginades...)

4. Model PRECEDE (Green)

Etapes inicials de canvi

1. FACTORS PREDISPONENTS

- Coneixements
- Actituds
- Valors
- Creences

2. FACTORS POSSIBILITADORS

- Habilitats
- Recursos: existents, accessibles..

Etapes d'acció i manteniment

3. FACTORS REFORÇADORS

Activitats i conductes de: amics, família, educadors, sanitaris..
Conseqüències de la conducta

4. Model PRECEDE (Green)

1. FACTORS PREDISPONENTS

- Coneixements
- Actituds
- Valors
- Creences

Tècniques de comunicació directa; facilitar les discussions en grup per modificar actituds, trencar amb creences errònies, etc.

Ús de líders d'opinió.

Sessions basades en el treball en grup

2. FACTORS FACILITADORS / POSSIBILITADORS

- Habilitats
- Recursos: existents, accessibles..

Comunicació indirecta; canvi ambiental; accessibilitat; entrenament en habilitats (tallers)

3. FACTORS REFORÇADORS

Activitats i conductes de: amics, família, educadors, sanitaris..

Conseqüències de la conducta

BLOC 4. METODOLOGIA. PLANIFICACIÓ D'ACTIVITATS

Educació per a la salut

11/03/2014

Carlota Riera Claret

| | | Act1 | Act 2 | Act3 | Act4 | ... | |
|-----|-----|------|-------|------|------|-----|--|
| OE1 | CAH | | | | | | |
| OE2 | CAH | | | | | | |
| OE3 | CAH | | | | | | |
| OE4 | CAH | | | | | | |
| OE5 | CAH | | | | | | |
| OE6 | CAH | | | | | | |
| OE7 | CAH | | | | | | |
| OE8 | CAH | | | | | | |

...

PLANIFICACIÓ GLOBAL DEL PROGRAMA

Durada del programa

Número d'activitats

Destinatari de les activitats

Planificació d'accés a la comunitat

Llocs de realització de les activitats

...

Es tracta d'oferir una visió de conjunt i global de tot el programa (el seu abast, destinataris, etc.).

PLANIFICACIÓ I DISENY D'ACTIVITATS

Què fer?

Procediment

A qui?

Cobertura

Com?

Tècniques

Quan?

Temps

Qui?

Responsabilitats

Què es necessita?

Recursos

On?

Lloc

PLANIFICACIÓ I DISENY D'ACTIVITATS

FITXA D'ACTIVITAT

Nom

Destinataris

Dinamitzadors

Lloc

Temps

Recursos necessaris (humans, materials, etc)

Objectius

Procediment/descripció de l'activitat

Pautes de desenvolupament (orientacions didàctiques)

Tancament, conclusions

Avaluació