

## Educación para la salud. Reflexiones desde dentro

C. Bonet de Luna  
CS Tres Cantos, Área 5, Madrid.

---

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:11-15*

Concha Bonet de Luna, [cbonet.gapm05@salud.madrid.org](mailto:cbonet.gapm05@salud.madrid.org)

*Lo único que un hombre puede enseñar es la historia de su amor.*

*De un libro de astronomía matemática, cuyo autor no recuerdo...*

*Luis Prieto*

Siempre me gustó el símil que lei años ha en el libro de Martín Zurro<sup>1</sup> sobre la *Educación para la salud en Atención Primaria*. Se trataba de unos profesionales sanitarios que se dedicaban a sacar ahogados de un río; intentaban recuperarlos con maniobras de resucitación o los daban por muertos si no respondían. Cada vez había más ahogados y cada vez se contrataban más *uvís* y especialistas para atender esta emergencia. Hasta que al final a alguien se le ocurrió pensar qué podía estar pasando río arriba para que se ahogase tanta gente. Construyeron un puente y desapareció el problema.

La educación siempre me ha parecido un *puente*.

Tradicionalmente la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora de conocimientos de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Su eficacia parece ya bien demostrada<sup>2</sup>. Entonces, ¿por qué nos cuesta tanto? Este editorial se propone reflexionar sobre aspectos individuales (personales) que pueden dificultar la implantación de la *Educación para la Salud* (EpS) en nuestros centros y en nuestro quehacer.

Para empezar, nuestra formación ha sido muy positivista. Hemos crecido convencidos de que el hombre era una máquina y que podíamos ajustarle las variables (tensión arterial, glucemia, colesterol, etc.) con medicación y directrices. Cambiar hábitos de vida era, pensábamos, fácil. Las teorías del com-

portamiento en los años 1950-1960 desarrolladas en Yale parecían indicar que había una clara asociación entre conocimientos y comportamiento: se decía que si a las personas se les daba una información adecuada (“el tabaco puede perjudicar seriamente la salud”) y la fuente de información era pertinente (“médico”), esto cambiaría sus actitudes (“no me parece bien seguir fumando”) y entonces cambiaría automáticamente su comportamiento (cese de fumar). Hoy en día sabemos que esto no es así de sencillo. El ser humano no es una máquina, y analizar y modificar comportamientos es algo muy, muy complejo. Decía Grande Covián que cambiar de dieta es más difícil que cambiar de religión. Resulta por ello sorprendente que esto aún impregne nuestro quehacer diario. Pero no es de extrañar, ya que después de 25 siglos de relación paternalista, que muchos médicos (y digo médicos porque es lo que soy y lo que conozco) siguen sin cuestionarse este tipo de modelos. Quizás aún no sabemos que cuando hablamos de “educación” y no de “adiestramiento” (que es realmente de lo que solemos hablar) es inevitable que salgan creencias, teorías de atribución, emociones, valores, etc. Y, claro, esto nos asusta, porque a manejar estas

“entelequias” no nos han enseñado en la facultad. Si no tenemos ni explicitados nuestros propios valores, por ejemplo, ¿cómo vamos a hacer para que el otro explicita los suyos? Y si nuestros valores son diferentes a los del que tenemos enfrente, ¿qué hacemos? Pensaremos que posiblemente esté equivocado porque para llegar a donde estamos, hemos tenido que pasar seis años estudiando como mínimo, y algunos además cuatro de especialidad. Seguimos confundiendo conocimientos con valores. Como además somos muy endógamos y tenemos muy consensuados muchos aspectos de la salud, de la enfermedad y de la vida, nos creemos ingenuamente que los consensos son verdades. Manejamos fácilmente las verdades y emitimos oráculos certeros (en cuanto a conocimientos, que es lo fácil), cuando lo único que podemos ofrecer en medicina son probabilidades y nunca certezas.

Desgraciadamente, tampoco nos han enseñado a explorar creencias ni a escuchar, porque ¿qué nos puede aportar el otro si no hay vida inteligente “fuera de la bata”? Esto es una herencia que manejamos como arquetipo colectivo desde hace más de 25 siglos. El paciente, por su enfermedad, no tenía ni conocimiento ni capacidad. El médico

(que poseía ambas cosas), guiado por el principio de beneficencia, cuidaba a su paciente como si éste fuese un menor y él su “padre bueno”. La educación consistía en decirle con cariño y firmeza al paciente lo que tenía que hacer. El buen paciente era (y es) el que, sin cuestionar, obedecía. No es de extrañar, pues, que tantos siglos de poder y de manejo muy simple de conducta humana nos lleven ahora a tener que cuestionarnos algunos de nuestros comportamientos y creencias y a tener que resolver algunos duelos, como los de omnipotencia e infalibilidad<sup>3</sup>.

Ser médico no es fácil. Me parece complicadísimo. No hablo sólo del diagnóstico y el tratamiento, sino que me cuestiono constantemente quién soy yo para decirle al otro lo que tiene que hacer y si realmente sé lo que debería hacer. Esto se complica mucho más en pediatría, cuando en ocasiones debemos tomar decisiones para terceros.

En realidad, es la sociedad la que nos otorga el poder de moralizar, no es algo inherente a un título de licenciado en Medicina. Ésta es una profesión de servicio; entre sus funciones tiene que ofrecer ayuda, consejo y consuelo en situaciones dolorosas, confusas, masificadas y con cambios sociales complejos. Nos presentamos llenos de buena intención y

beneficencia con una formación insuficiente, sin habernos enterado de que la beneficencia se define por lo que el afectado entiende como tal y que siempre es de manejo privado.

Salimos a hacer EpS (los que aún nos lo creemos) sin tener ni idea de psicología, sociología, antropología, pedagogía, economía o filosofía. Suponemos ingenuamente que nuestra formación biológica lo explica y lo promueve todo, sin entender que el otro tiene su propia definición de lo que es bueno y que hay que tenerla en cuenta, porque si no, no es educación. Además, somos tan sorprendentes que vendemos teorías de salud que tienen similitudes asombrosas con la felicidad (“perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social”) y a ver qué sistema sanitario puede costear esta utopía. Por supuesto que nos estrellamos, nos frustramos y le echamos la culpa al usuario y a esta *pamema* que nos han vendido de “educación para la salud”, porque no somos capaces de abrir ventanas hacia dentro ni de hacer una crítica de nuestras carencias y nuestras ambivalencias. Si ofertamos la felicidad, deberíamos entender que nos lluevan las urgencias y consultas de padres frustrados con niños con catarros o diarreas que no pueden acudir a

guardería, fiebres de horas de evolución, duelos por la mascota muerta y padres de niños no aceptados que buscan un psicólogo que les devuelva al niño ideal que proyectaron. Y es que nos confundimos nosotros y confundimos a la población con nuestros paradigmas. Salud y felicidad no son sinónimos. Educar y adiestrar tampoco.

Desde la segunda edición de libro de Martín Zurro<sup>1</sup> hasta ahora ha llovido bastante. No parece que se promueva la EpS desde la administración sanitaria. La filosofía de educación y trabajo comunitarios que nos creímos a finales de los ochenta se la ha llevado el viento. Tenemos consultas masificadas donde no hay lo esencial: el tiempo y la voluntad. Para hacer educación tenemos que tener ciertos conocimientos más allá de la ciencia médica y unas actitudes de respeto, amabilidad y empatía. Necesitamos espacios para poder reflexionar con el usuario y ayudarle a decidir cuál es el camino que quiere recorrer en su definición de salud sin imponerle la nuestra. Tenemos que entender que podemos tener claro los comportamientos sociales que es necesario cambiar, pero que sabemos muy poco sobre cómo cambiarlos<sup>4</sup>. No es fácil educar en una sociedad que tiene que rescatar la voluntad como valor, ya que cualquier frustración o demora en la

gratificación es mal tolerada, donde el esfuerzo parece que no debiera existir y que todo ha de ser fácil, como aprender inglés en la piscina. Tendremos que reflexionar sobre muchas cosas; por ejemplo, sobre dónde tiramos la línea que separa la persuasión de la coacción y sobre los modelos de relación clínica que nos permitan educar y educarnos junto al otro en *intersubjetividad*.

Educar es crear las condiciones (espacios de reflexión) para que el potencial del otro sea posible y que el nuestro también se exprese. Educar es dar autonomía. Es construir un puente que facilite el paso hacia algo mejor, que podemos definir juntos aunque no estemos de acuerdo. Pero, para conseguirlo, hay que sentir respeto por el otro y considerarlo un interlocutor válido. Sin determinadas virtudes y actitudes no nos servirán de mucho todos los conocimientos que tengamos, tanto de medicina como de las disciplinas antes comentadas. Y estas actitudes, por suerte o por desgracia, no están en los libros, las tenemos que sacar de dentro.

### Agradecimientos

A las personas que crearon espacios de reflexión para que *fuésemos*.

Al grupo de Educación para la Salud de la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid (2005), por crearlos.

## Bibliografía

---

1. Martín Zurro A. Manual de Atención Primaria. 2.ª ed. Barcelona: Doyma; 1991.

2. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35:478-483.

3. Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico paciente. 2.ª ed. Madrid: Fundamentos; 2002.

4. Martínez González MA, De Irala J. Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde. Med Clin (Barc). 2005;124:656-660.

