

PERSPECTIVES ACTUALS DE L'EDUCACIÓ SANITÀRIA

J.M. ANTÓ I BOQUÉ I E. MÉNDEZ MÉNDEZ

I. Introducció

Tot just quan la formulació de la crisi de la medicina occidental semblava arribar al seu punt més àlgid i generava un procés de replantejament que sacsejava les propostes tradicionals de l'educació sanitària (E.S.), la progressió de la crisi econòmica i cultural dels països industrialitzats durant aquesta dècada dels vuitanta obre tot un plegat d'interrogants que afecten de manera central les relacions de l'home amb el seu cos, amb el treball, i la valoració que hom fa de la vida. Encara més, la preeminència del perill d'una guerra nuclear sembla, cada dia que passa, restar interès al desig de gaudir de salut, ja que redueix les nostres aspiracions al desig més elemental de continuar vius.

A la vista de tot el que succeeix en aquests anys i del procés d'elaboració i de reflexió que com a sanitaris hem mantingut durant els darrers deu o quinze anys, ens trobem que ja quasi havíem escrit la història i ara, el final que teníem pensat, no ens serveix; de moment, som incapaços de trobar-ne un altre, peròensem que llençar tantes pàgines ja escrites fóra simplement una manca de responsabilitat.

II. Relacions entre activitat mèdica i educació sanitària

Des de la medicina hipocràtica fins als nostres dies, podríem trobar exemples que poden ésser considerats com a activitats d'educació sanitària. En general, aquests aspectes educatius han estat determinats pels coneixements de cada època sobre el cos i la malaltia; recordem el cas de la dietètica, que els hipocràtics entenien com un «total règim de vida» i que tenia la doble finalitat de tractar les malalties i de conservar o de millorar la salut.¹ Això no obstant, tal com ho ha fet notar Vuori, és probable que fins a la teoria específica de la malaltia, al segle XIX, les concepcions mèdiques depenguessin de concepcions filosòfiques abans que de coneixements professionals de tipus científic i que, per tant, l'educació sanitària no estigués directament determinada pel pensament mèdic sinó més aviat pel pensament filosòfic imperant en cada època.²

El pensament mèdic actual

Aquesta situació començà a variar significativament a partir de la revolució científica dels segles XVII i XVIII, que es traduí en el camp mèdic per l'hegemonia del mètode anatomoclinic i posteriorment, en el segle XIX, per les aportacions del mètode experimental i de la teoria específica de la malaltia.

Des de llavors el pensament mèdic ha estat basat en coneixements científics que s'han traduït en noves formes d'intervenció diagnòstica i terapèutica gràcies a la renovació tecnològica constant del segle XX.

Aquest procés científico-tècnic, ja iniciat el segle XVII, ha anat orientant la medicina cap a una actuació biològica i això ha determinat també tota l'activitat del sistema sanitari i també la formació dels professionals.

És en aquest sentit que nosaltres parlem de pensament i de pràctica «biomèdics». McKeown ho ha sintetitzat dient que actualment l'activitat dels serveis sanitaris es fonamenta en un concepte de la salut segons el qual la protecció davant les malalties i les seves conseqüències depèn d'una intervenció a l'interior de l'organisme i no pas sobre els aspectes ambientals i/o conductuals; així, la medicina clínica moderna no ha atorgat gaire atenció a tots aquells pacients que no eren tributaris de tal tipus d'intervenció a causa del caràcter mental o social de llurs afeccions i que, a fi de comptes, han resultat ésser una bona part dels pacients.³

Orientació biomèdica de l'educació sanitària

Aquest model de pensament biomèdic, que no sols resulta hegemònic en la pràctica mèdica sinó també en les representacions mentals sobre la salut i la malaltia dels no professionals, s'havia de reflectir lògicament en allò que fa referència a l'educació sanitària.

Aquest reflex ha tingut una doble característica: d'una banda s'ha produït un menyspreu de les accions preventives i també de la mateixa educació sanitària per part de la majoria de professionals; d'altra banda, moltes de les formulacions i activitats d'educació sanitària realitzades fins a l'actualitat tenen un caràcter marcadament biomèdic. El menyspreu al qual ens referíem s'ha vist, en part, reforçat per l'entorn d'èxit i de seguretat que acostuma a envoltar tota intervenció tècnica en una societat industrial.

És en aquest segon sentit que Vuori ha parlat del «model biomèdic» d'educació per a la salut. Segons aquest autor, en l'actualitat l'educació sanitària està fortament sotmesa al pensament mèdic, la qual cosa sintetitza així.⁴

- Les malalties són entitats específiques que constitueixen problemes específics i exigeixen solucions específiques. L'educació per a la salut s'acostuma a estructurar sota la forma de campanyes orientades a un problema parcial i concret, mèdicament definit.

- Les malalties representen essencialment problemes biològics que cal tractar amb mitjans mèdics. Una de les tasques principals d'educació per a la salut és ensenyar als consumidors el bon ús dels serveis sanitaris, sense qüestionar-ne l'eficàcia i la pertinència.

- El coneixement biològic és neutre i no depèn de cap valor. L'educació per a la salut hauria d'ésser igualment neutra i l'essència d'aquesta educació és la difusió dels coneixements proporcionats per la investigació mèdica.

– Les malalties constitueixen una expressió individual de determinats problemes biològics; per tant, també l'educació per a la salut s'ha d'orientar a l'individu. Així, es tracta de modificar els factors de risc individuals, sense abordar mai, des d'una òptica preventiva, els models col·lectius de comportament.

Noves orientacions en l'educació sanitària

Els darrers anys, alguns elements tals com el continuat augment dels costos del sistema sanitari, la substitució de la patologia infecciosa per la patologia crònica bàsicament multicausal, el descontentament del públic per la despersonalització i la fragmentació de les relacions assistencials, han generat una certa crisi del model biomèdic.

Al mateix temps que es produïa aquesta crisi, es desenvolupaven noves orientacions i noves propostes de signe i d'origen divers, però alhora contraposades a determinats aspectes del model dominant.

Davant la medicina hospitalària s'ha anat configurant, des d'òptiques diferents, l'estratègia denominada atenció primària a la salut. Enfront del predomini del diagnòstic-guaritiu s'ha reclamat un paper més gran per al camp de la prevenció. Enfront del domini del metge sobre el pacient, s'ha proclamat més igualtat en les relacions i una atenció més gran per a aquelles estratègies tals com la de les autoatencions que busquen un paper més actiu de l'individu en el control i el tractament de les seves afeccions.

Paral·lelament, la crisi i l'aparició de nous esquemes ha afectat també el camp de l'educació sanitària. Aquest procés ha tingut un doble desenvolupament: d'una banda, una reconsideració de la pràctica de l'educació sanitària en el sentit de donar-li una orientació preventiva, de l'altra, una crítica al model biomèdic d'educació sanitària abans esquematitzat.

Recentment, Vuori⁵ i L.G. van Parijs⁶ han polemitzat respecte a l'actual moment de l'educació per a la salut a Europa. Mentre que el primer creu que el model biomèdic està amplament desenvolupat i resulta dominant, el segon autor opina que en l'actualitat l'educació sanitària a Europa s'ha desenvolupat a partir d'aportacions que procedeixen del camp de les ciències socials més que de la medicina.

Malgrat tot, ambdós mostren llur preferència per un nou model d'educació per a la salut, centrat en sistemes no sanitaris tals com l'escola, la família o els mitjans de comunicació, i desenvolupat per professionals, tals com psicòlegs, sociòlegs, pedagogs i altres de semblants.

Una educació sanitària socialment orientada

Una de les formulacions més recents d'aquestes noves orientacions de l'educació sanitària és el «model social», enunciat per Llona Kicsbush, responsable d'aquest sector del Buró regional a Europa de l'OMS.⁷

«Nosaltres som actualment testimonis a Europa d'una modificació fonamental dels mètodes d'aproximació en educació per a la salut, modificació que es tradueix essencialment per quatre noves orientacions: una aproximació en la qual domini la promoció de la salut i no les prescripcions sanitàries, un esforç centrat de manera sistemàtica sobre la salut pública i no sobre la modificació dels comportaments individuals, una política que reconegui la competència dels no professionals en lloc

d'una orientació mèdica, una educació sanitària de suport en lloc d'una aproximació autoritària».

Partint d'aquesta nova educació sanitària ja existent, l'autora esbossa un programa i una estratègia que l'OMS podria desenvolupar a Europa:

«En la perspectiva del programa, el concepte fonamental de salut per a tots ve a significar no solament una ampla i igualitària distribució dels serveis mèdics sinó també una participació activa dels no professionals, que són alhora que consumidors, proveïdors d'atencions de salut i als quals es tracta de donar el poder i la competència necessaris per a afavorir la salut. L'educació per a la salut ha d'ajudar els ciutadans a redescobrir la importància de llur pròpia salut, i la política sanitària ha de fer de manera que les millors eleccions sobre el pla de salut siguin també les més fàcils. És en aquest marc que solament podran ésser assumides com cal les responsabilitats d'educació sanitària a la Regió Europea.⁷»

III. Models d'educació sanitària

Quina és la traducció pràctica d'aquests models conceptuals d'educació sanitària que hem anomenat biomèdic i social?

Malgrat la dificultat de reconèixer models ben definits en les activitats pràctiques de l'E.S., existeix una marcada diferència entre el que en prodriem dir un corrent italià i els corrents més arrelats als països de parla anglesa i especialment als Estats Units.

Als Estats Units i també en part a Anglaterra, l'E.S. està tenint un desenvolupament impressionant. En conjunt, s'està generalitzant en la literatura científica un tipus d'E.S. equiparable tècnicament a d'altres disciplines plenament acreditades dins el pensament mèdic. Aquest desenvolupament és fruit de l'aportació tant de professionals sanitaris com d'altres professions properes a aquest camp, sobretot psicòlegs i sociòlegs.

Si atenem al que apareix sobre el tema a les revistes especialitzades com Patient Counselling, International Journal of Health Education o Journal of School Health, i també al que apareix en revistes de contingut més ampli: American Journal of Public Health, Medical Care, Preventive and Community Medicine, Annals of Internal Medicine, Preventive Medicine, etc., resulta fàcil capir l'ampli ventall de desenvolupaments tècnics que la disciplina està tenint i el tipus de reconeixements que està aconseguint dins la medicina científica.

Aquest desenvolupament té, però, una servitud molt important: haver traslladat a l'E.S. un plantejament metodològic propi de la medicina clínica, que porta aquella a centrar-se en els aspectes més individuals i biològics dels problemes de salut i a relegar els usuaris a un paper passiu que en el cas de l'E.S. pot ésser el de «seguir els consells» recomanants.

D'aquesta manera, sempre hi ha dues qüestions que queden sospitosament fora de la influència de l'E.S. L'una és la salut de l'individu com a fenomen global, és a dir, el valor atorgat a la salut, les creences i les experiències relacionades amb la salut que fan que en determinades situacions hom faci unes opcions i no unes altres; l'altra, són les condicions estructurals dels serveis sanitaris, llur condició institucional.

Pel que fa a la primera qüestió, hom pot deixar de fumar sense que es modifiquin substancialment els valors i les actituds relacionades amb la salut i la malaltia o sen-

se que ni tan sols es modifiquin altres comportaments tant o més perillosos per a la salut.

Pel que fa a la segona, l'E.S. no promou mai el canvi en les condicions del treball dels serveis sanitaris, en la consciència dels professionals o en les possibilitats de participació que permetin que les opinions i les expectatives dels ciutadans siguin ateses pel serveis sanitaris.

El corrent italià de l'educació per a la salut presenta un panorama ben diferent, quasi invers al que acabem de dibuixar. En les propostes dels autors italians (especialment dels qui treballen a l'escola de Peruggia) hi ha sempre, explícitament formulades, dues idees que resulten centrals:

- pretendre que més enllà dels objectius específics de qualsevol activitat d'E.S., aquesta ha de contribuir a una acció cultural més general, de manera que es reforcin aquells valors que afavoreixen la salut

- evitar el divorci entre serveis sanitaris i educació sanitària i tractar d'implicar aquells en la pràctica d'aquesta.

Hi ha encara una altra característica que resulta tant o més definitiva que aquestes i és la importància que els autors italians atorguen a la participació a l'hora de plantejar-se la metodologia de l'E.S.: és el que ells anomenen «lavorare insieme».

És molt important assenyalar que no es tracta d'una premissa ideològica present només en les declaracions de principis. Al contrari, la participació esdevé per aquests autors una qüestió metodològica i per tant, central, a la qual cal subordinar d'altres aspectes de l'E.S. merament tècnics, tals com els canals informatius escol·lits, el material educatiu seleccionat, etc.

«Un mètode basat en una relació d'intercanvi facilita, a més del procés de comunicació, la comprensió del llenguatge, de les implicacions culturals; afavoreix la correlació entre informació, comportament i responsabilització.⁸»

«En altres paraules, perquè l'E.S. esdevingui l'eix de l'acció preventiva, cal que el mètode participatiu esdevingui el mètode de treball al si del sistema sanitari.⁸»

L'origen històric i el de bona part de la conceptualització d'aquesta metodologia participativa provenen de l'experiència italiana de la medicina laboral durant els anys setanta. Aquesta experiència permeté d'elaborar el concepte de «grup homogeni» i demostrar la seva validesa en la pràctica de l'educació sanitària i de la medicina preventiva.

Aquests grups homogenis, consistents en grups de treballadors que realitzen la mateixa tasca o que en qualsevol cas estan exposats als mateixos riscos, foren individualitzats i utilitzats per motius prevalentment sindicals a partir del 1968. Posteriorment, la seva formulació ha estat utilitzada en el camp de la medicina del treball i de l'E.S. a Itàlia.

«Els treballadors, objecte de recomanacions, prescripcions, normes tècniques, adquireixen consciència de la parcialitat i l'engany que constitueixen aquestes normes i proposen un model que es basa en el caràcter unitari de la relació ambient-tecnologia-grup homogeni i que permet capgirar l'educació sanitària i la seva arbitrària reducció a cursets de seguretat i prevenció d'accidents.⁹»

Entre les deficiències que segons el nostre parer presenta el corrent italià d'educació per a la salut, hi ha el fet que no sempre la metodologia dels grups homogenis resulta aplicable tal i com ho ha estat en la medicina del treball i resulta difícil acceptar que la seva aplicabilitat hagi estat demostrada en el camp dels serveis sanitaris. Succeeix que el mètode està íntimament lligat a unes condicions històriques i so-

cials molt determinades que no sempre existeixen fora de la fàbrica i que fins i tot s'han modificat dins les fàbriques d'ençà de la crisi econòmica.

IV. Algunes propostes d'intervenció pràctica

1) Desenvolupar un espai educatiu dins els serveis sanitaris i reconèixer com a prioritari l'augment de la responsabilitat educativa dels professionals sanitaris i sobretot dels qui treballen en l'atenció primària.

Una proposta d'aquest tipus exigeix profundes transformacions dels mateixos serveis sanitaris: capacitat per a integrar l'experiència vital dels individus en relació a la salut que es produeix en àmbits tals com la família, l'escola o els grups de coetanis; avaluar acuradament el tipus de necessitats que actualment atenen els serveis sanitaris i els mètodes emprats per a fer-ho i de la mateixa manera identificar quines necessitats no es cobreixen i quines ni tan sols són percebudes per la població; disminuir les mediacions tècniques per part del sistema sanitari i promoure una actitud no prescriptiva entre el personal sanitari, de manera que la pràctica mèdica estimuli en el pacient l'aplicació a problemes concrets del coneixement adquirit al llarg de la seva vida.

2) Una E.S. basada en la participació. És cert que el mot participació corre el perill d'esdevenir un tòpic present en tots els programes però quasi mai aplicat a la pràctica, però tampoc no és menys cert que pel que fa a l'E.S., la proposta de la participació assenyala la frontera entre dues maneres radicalment diferents d'entendre el problema. La participació dels ciutadans-usuaris-pacients ha d'ésser una idea clau en la metodologia de treball de l'E.S. El treball amb grups homogenis, peça clau per a aconseguir la participació, pot ésser àmpliament aplicat en molts camps de l'E.S. tals com la medicina escolar o laboral, però també dins els mateixos serveis sanitaris.

3) Una E.S. basada en la pràctica científica. El desenvolupament d'una educació sanitària de caire científic exigeix la contribució de moltes disciplines professionals al desenvolupament dels seus principis bàsics i també la capacitat suficient per part dels professionals sanitaris d'incorporar aquests elements metodològics i tècnics al seu treball.

Pel que fa a la primera condició, són nombroses les contribucions recents al camp de l'E.S. i sembla que es va configurant un cos teòric i pràctic capaç d'acreditar-la en aquest sentit entre les ciències de la salut. Entre aquests desenvolupaments cal destacar l'aparició de models teòrics explicatius de les conductes humanes relacionades amb la salut, les possibilitats d'avaluar l'efectivitat i l'eficiència de l'E.S., la utilització dels nous instruments de l'epidemiologia.

Referent a la capacitat dels professionals sanitaris d'emprar en la seva pràctica els nous avenços, cal assenyalar l'actual inadequació dels currículums universitaris al nostre medi, els quals sovint no recullen els nous desenvolupaments en camps com la medicina preventiva, la sociologia, l'economia o les ciències del comportament. Si els actuals programes de formació no es modifiquen, difícilment s'aconseguirà que l'E.S. sigui desenvolupada amb el rigor professional d'altres activitats.

V. L'E.S. en la perspectiva de la reforma sanitària

En una situació històrica com l'actual, pot tenir interès explorar algunes de les relacions que poden existir entre una proposta d'E.S. com la que hem formulat aquí i

la perspectiva de la reforma sanitària la qual, bé que sempre ajornada, ha semblat prendre alguna concreció amb l'aparició de l'esborrany d'avantprojecte de la Llei General de Sanitat.

Segons el nostre parer, la reforma sanitària exigeix en primer lloc una reforma política dins el propi sector capaç d'articular un nexa participatiu amb la societat, per la qual cosa sembla condició necessària però no suficient el ple desenvolupament de les autonomies; exigeix en segon lloc una reforma estructural que transformi l'actual model de caire hospitalocèntric en un altre basat en l'atenció primària a la salut, que garanteixi al ciutadà una atenció sanitària global i continuada i que desenvolupi al màxim les possibilitats actuals de prevenció; la reforma sanitària exigeix finalment una reforma administrativa capaç de dinamitzar el sector públic, que assigni i gestioni els recursos de la manera més eficient.

Quin és el paper de l'E.S. en la perspectiva d'una reforma d'aquest tipus? L'E.S. pot esdevenir una filosofia i una metodologia de treball útil per a omplir de contingut l'esmentada reforma estructural destinada a construir un sistema sanitari realment centrat en l'atenció primària.

Acostar el sistema sanitari als espais vitals en els quals la població viu i treballa exigeix una transformació de les actituds burocràtiques de les institucions i també de les actituds de pretesa superioritat dels tècnics respecte als usuaris. No es tracta, doncs, d'una reforma de les estructures, especialment de les ambulatòries, sinó a més, i potser sobretot, d'una reforma cultural dins el sistema sanitari.

Hi ha, doncs, una situació de clara reciprocitat. D'una banda, no sembla gaire probable que sense la reforma sanitària pugui desenvolupar-se plenament l'E.S., però al mateix temps, una E.S. orientada socialment i comunitària podria esdevenir un impuls potent per a la transformació de l'actual sistema sanitari.

Bibliografia

1. LAÍN ENTRALGO, P., *Historia de la medicina*, Salvat Ed., Barcelona, 1979, pp. 119-125.
2. VUORI, H., *Le modèle médicale et les objectives d'éducation pour la santé*. Revue Int. d'Education pour la Santé, 1980, 23, 2:62-70.
3. McKEOWN, T., *The Role of Medicine: dream, mirage or nemesis?* Nuffield Provincial Hospital Trust, Londres, 1977.
4. VUORI, H., 1980, op. cit.
5. BUORI, H., ibid.
6. VAN PARIJS, L.G., *Le modèle médicale et les objectives de l'éducation pour la santé: un commentaire et une proposition*, Revue Intern. d'Education pour la Santé, 1980, 23, 4:157-170.
7. KICHBUSH, LL. *Un concept social de l'éducation pour la santé*, 1981, 24, 4:140-153.
8. MODOLO, M.A., et al. *Educazione Sanitaria*, Il Pensiero Scientifico, Editore, Roma, 1981.
9. BRIZIARELLI, L., STURLESE, A., *Educazione Sanitaria e Lavoratori*, A: Educazione Sanitaria, Modolo, M.A., et al., Il Pensiero Scientifico, Editore, Roma, 1981.