

La ética y la profesionalización en Educación para la Salud

Alfonso García Martínez

Universidad de Murcia

Resumen

En este artículo, se trata de revisar el papel de los distintos enfoques existentes en torno a la profesionalización de quienes intervienen en el marco de la Educación para la Salud, así como de determinar si sus prácticas actuales representan un referente profesional con futuro. Tanto en uno como en otro caso, se constata la necesidad de unificar criterios de formación para todos ellos en beneficio de las poblaciones donde se desarrollan actuaciones promotoras de salud. Se discute igualmente el contenido de las bases éticas que deberían adoptarse en el caso de que las tendencias orientadas a su especificidad profesional se consolidasen y se materializasen, que culminarían en el establecimiento de una deontología profesional específica.

Palabras clave: Educación para la salud, ética, formación, profesionalización, perfil profesional, promoción de la salud.

Abstract

The aim of this article is to analyse the role of the different existing approaches concerning the professionalization of those who take part in the frame of the health education, as well as of determining if their current practices represent a professional modal with future. So much in one as in another case, there is stated the need to unify criteria of formation for all of them in benefit of the populations where promoters of health develop performances. It is discussed equally the content of the ethical bases that should be adopted in case that the trends orientated to the professional especificity were consolidated and materialized and that would culminate in the establishment of a professional specific ethics.

Key words: Health Education, Ethics, Training, Professionalization, Professional Profile, Health Promotion.

1. Profundizar en la profesionalización de la educación para la salud

Si aceptamos la definición de la OMS (1986) que entiende la salud como un recurso vital, concepción que introduce una dimensión subjetiva de la calidad de vida, carece de sentido utilizar el concepto de “experto de salud”, pero refuerza el que se hable de un experto en “pedagogía de salud”, en tanto que un profesional que tiene las cualificaciones necesarias para provocar, desafiar, estimular y apoyar a los estudiantes y demás destinatarios de la acción educativa en el desarrollo de su propia visión de una vida saludable en el marco de una sociedad saludable, y para establecer estrategias de acción orientadas a conseguir esos objetivos. Consecuentemente, la profesionalización de la Educación para la salud es algo que adquiere los rasgos de una tendencia más o menos difusa pero al mismo tiempo insoslayable, dado que educar para la salud es un proceso con procedimientos complejos, difíciles y que se pretende que sean efectivos, pero que, como todos los procesos profesionalizadores, puede convertirse en contraproducente si no alcanza un determinado nivel de calidad científica y ética (Brunet, 2001). Para Ferron (2001), el hecho de que la Educación para la salud se defina hoy como un campo de competencia y no como una profesión, ya que no es reconocida ni por la población ni por los ofertantes de empleo, implicaría ir en la dirección contraria, por lo que

nos hará falta aprender también a desprendernos, de manera constructiva, de la interdisciplinariedad, para constituir, a partir del conjunto de las disciplinas que fundamentan las

prácticas en Educación para la salud y siendo conscientes de la variedad de sus campos de aplicación, un corpus coherente de conocimiento y de valores capaces de fundamentar la Educación para la salud como disciplina.

(Ferron, 2001: 29).

Parece, pues, que una unificación científica de contenidos bajo un único rótulo es el requisito previo para su profesionalización futura. En realidad, esto habrá que traducirlo en los hechos curriculares y profesionales como la “posesión de un diploma”. El debate sigue, por tanto, abierto. Así, para Deschamps (2001), en lugar de inventar un oficio específico de educador para la salud que implicaría que debe haber un único y exclusivo agente denominado “Educador para la salud”, lo que tal dimensión profesionalizadora comportaría es que tendría que formar parte de la formación de los diversos actores que operan en el amplio campo de la salud, lo que conduce a ampliar las competencias de tales actores, profesionales o voluntarios, en los recursos que la Educación para la salud pone a su disposición. En realidad, dados los avances registrados en el campo de la Educación para la salud, en especial a partir del reconocimiento explícito de su centralidad en el impulso de la orientación promotora de salud en todos sus niveles, no es fácil entender su ausencia en ciertos campos profesionales de la salud, sobre todo cuando la formación educativa para la salud aparece como un pre-requisito para profundizar en la calidad de vida de los ciudadanos.

Dicha profesionalización que, como decimos, debería abarcar los procesos formativos de todas las profesiones relacionadas con la salud, tendría, lógicamente, que ser mucho más intensa entre

los profesionales cuya actividad se centrare fundamentalmente en los campos del bienestar social y de salud, aunque la realidad parece ir en otra dirección, independientemente de que formal y teóricamente no se reniegue de la perspectiva promocional de la salud. La contradicción estriba justamente en que si, como hemos aludido, el principal instrumento de la perspectiva promotora de la salud lo representa la Educación para la Salud, difícilmente podrá avanzar aquélla dejando de lado, total o parcialmente, lo que hace posible su materialización.

2. Aproximación al perfil profesional

En todo caso, proceder al análisis de la situación coyuntural de profesiones que son emergentes implica tener presente aquellos rasgos esenciales que distinguen a quienes las ejercen, en particular porque los profesionales realizan ciertas funciones sociales que son capitales para el mantenimiento del bienestar de una sociedad. Tales rasgos identificadores serían los siguientes:

1. Una profesión es una ocupación que realiza una función social importante.
2. El ejercicio de esta función requiere de una destreza considerable.
3. Esta destreza es ejercitada en situaciones que no son completamente rutinarias.
4. El conocimiento básico adquirido personalmente es insuficiente para hacer frente a las demandas profesionales y el práctico debe recurrir al conocimiento sistemático.
5. Se requiere un amplio período de educación y aprendizaje para desarrollar

el conocimiento y las habilidades específicas.

6. Este período de educación y entrenamiento incorpora el proceso de socialización y de formación de los valores profesionales, y esos valores apuntan a responder al interés de los destinatarios de su actividad profesional, lo que puede explicitarse en un código deontológico.
7. Para el profesional es esencial disponer de la libertad para emitir su propio juicio en relación con la práctica apropiada, por lo que necesita ejercitar sus habilidades, basadas en el conocimiento, en situaciones no rutinarias.
8. Al ser tan especializada, la práctica profesional debería tener un peso importante en el desarrollo de las políticas públicas relevantes. El ejercicio de las responsabilidades profesionales estará controlado por las organizaciones profesionales de autogobierno con un alto grado de autonomía.
9. Junto a este alto grado de autonomía, los profesionales necesitan aceptar un amplio conjunto de responsabilidades personales.
10. Se necesita un amplio período de aprendizaje especializado para desarrollar las habilidades y el conocimiento necesario para afrontar la complejidad de los problemas que se plantean.

De acuerdo con estas premisas, los profesionales de la Educación para la salud, tanto en el ámbito escolar como extraescolar, deben ser competentes para que los programas comprensivos de educación para la salud sean un éxito. Para ello es preciso tener en cuenta algunos factores decisivos para conseguir un rendimiento óptimo de los programas, tales como:

- a) Aplicar un enfoque comprensivo que recubra los diversos aspectos de la salud, de donde deriva su dimensión global.
- b) La implicación colaborativa de enseñantes, estudiantes y demás personal de la institución.
- c) La relevancia del programa y el refuerzo de los mensajes que produce dentro y fuera de la escuela.
- d) Integrar la salud en otras áreas temáticas del currículum y del bienestar social.
- e) Asegurar el mantenimiento de un entorno físico y psicosocial saludable para los estudiantes y los ciudadanos implicados, que sea compatible con los temas del programa de salud.
- f) Propiciar la implicación de los servicios de salud existentes en la comunidad.
- g) Integrar la Educación para la salud en una política escolar de apoyo a los alumnos y a su entorno.
- h) Garantizar la formación de los maestros y demás agentes, dotándoles de los recursos precisos.
- i) Promover programas que capaciten a los estudiantes y demás ciudadanos para adquirir competencias de vida saludables.
- j) Garantizar una evaluación adecuada, centrada en la mejora de las capacidades de acción y no en el control de conocimientos.

Para conseguirlo, un educador para la salud precisa ser y actuar como un profesional que hace frente a las demandas educativas y demuestra competencia en el desarrollo, aplicación y evaluación del currículum por los estudiantes en la escuela, así como en el desarrollo de la capacidad de acción de los miembros de la comu-

nidad, demostrando que es posible tanto abordar el conocimiento, como desarrollar las habilidades y encontrar los recursos necesarios para resolver sus problemas de salud. Es, en definitiva, un educador, un agente difusor, un experto, un colaborador y un defensor de las actividades educativas que promueven la salud en la escuela, con los padres y en la comunidad. De ahí su importancia y su responsabilidad ante los deberes que asume. Pero la responsabilidad sólo puede ser ejercida y asumida completamente si los educadores para la salud están equipados con el adecuado grado de profesionalidad.

Como hemos planteado, la profesionalidad comporta un cuerpo de competencias y de conocimientos, la capacidad para emitir juicios correctos y la capacidad para aplicar tales juicios; con lo que es preciso apuntar al establecimiento de una profesionalidad ampliada, esto es, no restringida o limitada a las prácticas de aula. Tal profesionalidad se adquiere a través de la participación en un amplio marco de actividades de desarrollo profesional que incluirían la participación en cursos, la lectura de la literatura especializada, las visitas a otras instituciones, la colaboración con colegas para la preparación y aplicación de planes de actuación educativa para la salud relevantes, y del compromiso en la realización de investigaciones.

En tanto que profesionales, los educadores para la salud no sólo son valiosos para las escuelas, sino que tienen la responsabilidad moral de atender los intereses de quienes están afectados por las decisiones y opciones que se derivan de la promoción y la Educación para la salud. Como sostiene A. d'Houtaud (1998), en

esta tesitura, frente a la expropiación de los saberes que la gente tiene en materia de salud y bienestar por parte de expertos y especialistas, la orientación educativa se inserta en la lógica de reorientar los discursos, los saberes y las políticas sociales para ponerlas conscientemente al servicio de la información y de la educación de todos, y en especial de los más desfavorecidos (García, 1999).

De ahí que a la Educación para la salud se le exija que mantenga una preocupación constante por sus propias comunidades, ya que en vez de un público pasivo o dócil, monolítico o gregario, los agentes educadores para la salud encontrarán auténticas constelaciones diferenciadas de personas, que es preciso detectar y situar en relación con las coordenadas sociales y culturales, que llevarán a priorizar determinados modos de la actuación en cooperación con ellas o, lo que es lo mismo, que orientarán la actuación educativa hacia la transferencia a las comunidades del saber preciso para afrontar los problemas detectados. Así, la orientación promotora de salud se declina como una perspectiva sociopolítica destinada a crear las condiciones precisas para la mejora de la salud, en la que ya se explicitan los actores (plurales) que participan: "los padres, los enseñantes, los profesionales de la salud, los trabajadores sociales, las asociaciones de usuarios o los grupos de ayuda mutua" (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001); una actuación educativa que deberá ceñirse al respeto escrupuloso de los principios éticos básicos representados por los derechos de los individuos y, en especial, el derecho a determinar sus vidas, por lo que los programas deben apuntar a realizar

el bien y evitar los perjuicios, es decir, a ser justos y equitativos.

3. El papel de la ética en la profesionalización

La reflexión sobre este tema podríamos abordarla con la siguiente pregunta: ¿Qué marco analítico es más adecuado para reforzar a los profesionales de la promoción de la salud a la hora de justificar éticamente sus intervenciones en la vida y el entorno de sus destinatarios? No cabe duda de que la empresa de promover la salud representa un elemento focal en la emergencia de cuestiones éticas, dado que la promoción de la salud es una empresa normativa (Massé, 1999) por varias razones:

- a) Define los criterios que establecen la frontera entre lo normal y lo patológico, produciendo una construcción normativa del concepto de salud.
- b) Al definir normativamente los riesgos (conductas o exposiciones), alientan una construcción sociopolítica del reproche hacia las personas que desarrollan prácticas juzgadas inaceptables.
- c) Vehiculiza una normatividad ética plasmada en los valores que influyen, explícita o implícitamente, a los profesionales que intervienen en el campo de la salud.

Aquí, el concepto de valor no tiene nada que ver con la visión insulsa que de él asumen los modelos de predicción del comportamiento ('Modelo de la acción planeada', *Health Belief Model*, etc.). Éstos últimos sólo lo integran en su apreciación de forma secundaria ya que sólo consideran al valor en tanto que "variables independientes que desempeñan el papel

de barreras o de factores facilitadores frente a diversos objetivos comportamentales... (o) de variables dependientes que pueden ser manipuladas para alcanzar estos objetivos". (Guttman, 2000: 76-80). En este contexto, el término "valor" representa las concepciones fundamentales acerca de lo que debería ser o, en su caso, las orientaciones normativas de la acción compartidas por una población que sirven de base a sus formas de actuar. El "valor" es así un prerrequisito de la acción de salud y la influencia, cuando no la determina, ya sea o no explicitado. Así, valores implícitos, tales como el respeto a la autonomía, la justicia social, la responsabilidad, evitar el daño, el bien común, la libertad, el rechazo del paternalismo, etc., orientan profundamente las intervenciones educativas en cada una de las etapas de su realización. Por ejemplo, la puesta en pie de programas preventivos del abuso o violencia escolar, del maltrato en el hogar, o tendentes al desarrollo de la autonomía y a la capacitación de los sujetos implicados, presupone una valoración previa del papel del sujeto, de su autonomía y de su responsabilidad personal o social. La promoción de la salud revela los mismos presupuestos valorativos, tanto en su dimensión comunitaria como estrictamente escolar.

Aunque, probablemente, lo importante no sea constatar la presencia de los valores, como *negarla*. De este modo, la explicitación de los valores incidentes en las prácticas socioeducativas para la salud, representan una cuestión nada desdeñable para el análisis de su impacto y su influencia en la vida de sus destinatarios. A su vez, es parte de los fundamentos que sostienen un modelo u otro de análisis, planificación y acción en torno a la salud. Pero,

¿cómo pasar de una normatividad ética implícita a una ética normativa formulada en valores claramente explicitados? Para lograrlo, requerimos, desde luego, de la existencia de criterios de valor que, si bien no tienen la pretensión de ser universales, no renuncian en modo alguno a ser universalizables. Desde este punto de vista, una propuesta normativa flexible, pero no dogmática ni impositiva, es la realizada por Beauchamp y Childress (1994). En ella se propone que las decisiones con alcance ético en el universo de la salud sean construidas sobre la base del respeto a cuatro principios fundamentales: la autonomía de las personas, hacer el bien, evitar el daño y promover la justicia social.

Pero este marco de referencia ético no puede reducirse a la aplicación mecánica y lineal de una lista de principios y reglas. Para salvar ese obstáculo, es preciso considerar la ética como un proceso dinámico y un lugar de arbitraje entre varias justificaciones que sean moralmente defendibles. Tal y como sostiene Bourgeault (1999: 104), "el lugar de la ética es el de la discusión y el debate con la diversidad de convicciones y opciones que se entrecruzan y se confrontan [...]. El lugar de la ética es el de la consciencia, de la interrogación y de la disidencia". Esta ética normativa es constructiva, a condición de que se la entienda como un medio y no como un fin, esto es, como un útil didáctico construido en base a un vocabulario común compartido por el conjunto de los actores sociales implicados en las actividades promotoras de la salud. Así, sirviendo de referencia para la acción, se transforma en un eficaz instrumento de identificación y resolución de los dilemas éticos.

4. Una ética aplicada a la promoción de la salud

Ahora bien, sin necesidad de negar la importancia ni la pertinencia de los cuatro principios clásicos de la bioética ya enumerados, hemos de reseñar sus limitaciones para orientar las prácticas profesionales de la salud por dos grandes motivos. En primer lugar, porque se reducen a las intervenciones clínicas entre agente y paciente y, en segundo, porque no abarcan las dimensiones básicas de la promoción de la salud, a saber:

- a) que estén centradas en el bienestar colectivo más que el individual;
- b) que se orienten a las raíces de los problemas de salud y no a sus efectos;
- c) que impliquen la participación y la movilización de las comunidades;
- d) que prioricen el interés colectivo sobre el de los particulares individuales.

La cuestión que se plantea, por tanto, es la de saber si el análisis ético de los conflictos de interés y de valores que surgen en la salud pública difiere del que se puede realizar a propósito de los conflictos inscritos en la relación clínica. Ello supone integrar nuevos principios éticos como son: la defensa del bien común, la responsabilidad, la solidaridad y el principio de incertidumbre.

1. *El bien común.* La orientación comunitaria de la ética postula la necesidad de establecer ciertas restricciones a las libertades individuales, por lo que un cierto nivel de paternalismo está justificado en el terreno de la salud pública, dado que se trata de uno de los bienes fundamentales de la sociedad: la salud. Mientras que los liberales postulan que el mejor medio de promover el interés

de los individuos es dejarles una libertad de acción completa, los comunitarios ponen el acento sobre los límites de nuestra capacidad de autodeterminación. No todos los ciudadanos disponen del conjunto de argumentos, conocimientos y recursos que les permitiría emitir juicios informados sobre las diversas situaciones que afectan a la salud: falta de información, dependencia. Ello justificaría la existencia de un cierto paternalismo “débil” en la medida en que obliga a los sujetos a adoptar comportamientos que, incluso estando convencidos de su bondad, no realizarían sin coerción (por ejemplo: ponerse el cinturón de seguridad en los automóviles). Este principio del bien común supone, por tanto, una responsabilidad de los poderes públicos para elaborar políticas destinadas a favorecer su preservación y para estimular su aceptación por los miembros de la comunidad. En realidad, un Estado sólo se legitima si ofrece la protección a sus ciudadanos, quienes pueden con pleno derecho aceptarlo o no, sin verse obligados a ello, y ello establece la diferencia entre una política proteccionista y una política paternalista

2. *La responsabilidad.* El principio ético anterior tendría poco sentido si no se asociase al de responsabilidad, en el sentido de subordinación de la autonomía individual a ciertos imperativos de solidaridad en la defensa del bien común. Este concepto de la responsabilidad no nos debe llevar a la estigmatización de los culpables (los que tienen comportamientos de riesgo), lo que permite eximir de esa misma responsabilidad a los poderes políticos,

sin por ello despojar al sujeto de la obligación de adquirir responsabilidad, ya que sin responsabilidad no se entiende la autonomía.

3. *La solidaridad.* Los ciudadanos deben asumir conscientemente la pérdida de una parte de su autonomía en pro del bien común. Ello requiere un compromiso social de la comunidad que se plasma en un compromiso de cada cual en la promoción del bien común. La legitimidad de la actuación promotora de salud se fundamenta en un contrato social (implícito o explícito) de responsabilidad entre el ciudadano y las instituciones promotoras de la salud.
4. *La incertidumbre.* Se trata, pues, de un principio epistemológico, no ético. En tanto que empresa dedicada a la gestión racional de la promoción de la salud, no olvida los rasgos científicos (racionalidad y objetividad), pero no puede, en el terreno sociocultural, limitarse a las de por sí frágiles evidencias estadísticas. La incidencia de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad es un ejemplo de cómo conviene no unilateralizar la actividad de promoción y educación para la salud, así como de la necesidad de no perder de vista los contextos específicos de intervención.

La ética aplicada a la promoción de la salud no puede, pues, remitirse exclusivamente a los principios filosóficos. A ellos se añaden siempre consideraciones sobre las consecuencias de la intervención y los contextos en que se realizan, esto es, sobre las realidades sociales y los valores compartidos por los agentes de salud y las poblaciones concernidas. Esta es la razón fundamental por la que los límites éticos no pueden servir de justificación para la

inacción y la pasividad. Por el contrario, los agentes educativos para la salud deben aceptar que la existencia de la normatividad y la coerción son parte integrante de la promoción de la salud, lo que no significa renunciar a su capacidad de innovación ni a la responsabilidad de su acción socio-educativa. Por el contrario, se apoyan en la acción dialógica y participativa, en tanto que estimulan el crecimiento personal y social, en consonancia con los valores de libertad, responsabilidad y el derecho a la diferencia.

De hecho, el concepto de responsabilidad, en tanto que protección, completa y especifica las dos formas más relevantes de actuación profesional, puesto que el concepto de protección (que por otra parte es el sentido original del término *ethos*) es el que mejor se adapta al tipo de responsabilidad requerido por los conflictos morales de la salud pública, visto que pretende tanto integrar la responsabilidad moral y la eficacia pragmática en el respeto de la pluralidad de las necesidades y valores de las sociedades pluriculturales y pluriconfesionales, como, de una forma razonable, proporcionar bienes y recursos de salud a aquellos que los necesitan.

Bibliografía

- AÏACH, P. Y FASSIN, D. (dir.) (1994): *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. París: Anthropos.
- BEAUCHAMP, T. Y CHILDRESS, J.F. (1994): *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press.
- BOURGEAULT, G. (1999): *L'éloge de l'incertitude*. Montreal: Fides.
- BRUNET, F. (2001): "La professionnalization de l'éducation pour la santé est-elle un enjeu?". *La santé de l'homme*, 353, 4.

- BUCHANAN, D. R. (2000): *An Ethic for Health Promotion. Rethinking the Sources of Human Well-Being*. Nueva York: Oxford University Press.
- BUNTOM, R. Y MCDONALD, A. (1992): *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Londres: Routledge.
- BURY, J.A. (2001): "La professionalization en education et promotion de la santé: oui mais....". *La santé de l'homme*, 353, 57-59.
- HOUTAUD, A. d' (1998): *Sociologie de la Santé*. Paris: L'Harmattan.
- DESCHAMPS, J. P. (2001): "Ne pas former à l'Éducation pour la Santé?". *La santé de l'homme*, 353, 54-56.
- FERRON, C. (2001): "Le developpement de la formation et de la recherche: objectifs et strategies". *La santé de l'homme*, 353, 27-29.
- GARCÍA, A. (1992): *La Pedagogía social en su contexto: una opción de futuro*. Barcelona: PPU/DM.
- (1997): "Educación para la salud en la perspectiva del bienestar", en SÁEZ, J. (coord.): *Transformando los contextos Sociales: La educación en favor de la democracia*. Murcia: DM, 119-134.
- (coord.) (1998): *Claves de Educación para la salud*. Murcia: DM.
- (1999): "Educación para la salud y Comunidad", en MORÓN, J.A. (dir.): *Educación para la Salud y Municipio*. Dos Hermanas (Sevilla): Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas, 31-45.
- GARCÍA, A.; SÁEZ, J. Y ESCARBAJAL, A. (2000): *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- GUTTMAN, N. (2000): *Public Health Communication Interventions. Values and Ethical Dilemmas*. Londres: Sage.
- HANDY, C. (1986): *El futuro del trabajo humano*. Barcelona: Ariel.
- HOMAN, R. (1991): *The Ethics of Social Research*. Londres: Longman.
- IFAPLAN (1989): *Nuevas situaciones, nuevos educadores*. Madrid: Popular/MEC.
- MANUEL, C. Y SAN MARCO, J. L. (1994): *Les enjeux éthiques*. París: Dion.
- MASSÉ, R. (1999): "La santé publique comme nouvelle moralité". *Cahiers de Recherches Éthiques*, 22, 155-176.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2001): *Plan national d'Éducation pour la santé*. París: Secretariat d'Etat a la Santé et aux handicapés.
- NAIDOO, J. Y WILLS, J. (1994): *Health Promotion: Foundations for Practice*. Londres: Baillière Tindall.
- OMS (1986): *Carta de Ottawa para la Promoción de la salud*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- POLAND, B.; GREEN, L. Y ROOTMAN, I. (2000): *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Londres: Sage.
- TELEU, F. (2001): "Trajectoires personnelles et professionnelles". *La santé de l'homme*, 353, 13-15.
- TONDEUR, L. (1994): *Réflexion sur l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé en France*. París: Université de Paris I.

Dirección del autor:

Alfonso García Martínez

Universidad de Murcia

Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Facultad de Educación, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 30100 Espinardo, Murcia. Tf. 968-36.40.39

Correo electrónico: alfonso@um.es

Fecha de entrada: 14-04-05

Fecha de recepción definitiva de este artículo: 28-07-05