

## REFLEXIONES EN TORNO AL MODELO EDUCATIVO EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Cecilia Colunga Rodríguez\*, Mario Ángel González\*\*, Patricia Lorelei Mendoza Roaf\*\*\*, Héctor Gómez Rodríguez\*\*\*\*, María Luisa Ávalos Latorre\*\*\*\*\*, Leticia Díaz Navarro\*\*\*\*\*

\*Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Investigadora en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS.  
ccolungar@yahoo.com

Recepción: 8 de Septiembre 2011  
Aceptación: 23 de Septiembre 2011

### Resumen

El presente escrito, tiene como finalidad la reflexión en torno a la educación para la salud y la formación de recursos humanos en instituciones de educación superior. Se discuten algunos conceptos básicos sobre el tema y se plantean cuestionamientos desde la problemática que representa la generación de competencias en educación para la salud, pretendiendo que los profesionales sanitarios no sólo reproduzcan en la población (a la que atenderán) una serie de conocimientos, sino que contribuyan a una auténtica cultura de salud, donde la promoción de la misma se integra al concepto educativo y no permanece aislado.

**Palabras clave:** Trabajador Sanitario, Educación Para La Salud, Programa Público.

## INTRODUCCIÓN

La salud ha sido considerada como uno de los grandes valores de todas las sociedades, y al que las personas e instituciones dedican una parte de sus recursos materiales e intelectuales, que junto con los valores capitalizables como la justicia, la libertad o la educación, se considera (a la salud) como un bien al cual las personas tienen derecho y que debe ser conservado, en otras palabras: la salud es un valor básico de las personas y por lo tanto, constituye una necesidad fundamental para su desarrollo.

Si establecemos un concepto de salud, optaríamos por retomar la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desde 1948, la conceptualizaba “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedad”, debido a que como dice Gómez (2001), pese a las críticas que puedan hacersele respecto a que puede llegar a ser utópica, esta definición, presenta las características de ser normalizada, ampliamente conocida y aceptada. Para nuestro caso, resulta funcional y congruente con los conceptos que abordaremos a lo largo de este trabajo, ya que es donde se adoptan por primera vez, elementos de la salud positiva.

Como lo mencionamos anteriormente, la salud no sólo es un valor universal, sino que representa un indicador económico del país, debido a que las enfermedades, sus causas y consecuencias, se traducen en condiciones que pueden reflejar pobreza, ya que las enfermedades de los ricos y los pobres son diferentes. Lo anterior se traduce a una premisa importante, un país tiene peores condiciones de salud y educación cuanto más pobre es, lo que además tiene repercusiones internacionales al desalentar las inversiones extranjeras en un país que no ofrece garantías para la recuperación y crecimiento de capital financiero, lo cual evidentemente se refleja en la economía nacional.

En México, una parte importante de la población presenta condiciones de pobreza, ello implica que las personas que serán atendidas por los futuros profesionistas sanitarios son de escasos recursos económicos en un país cada vez más pobre, razón por la cual se pretende incrementar sus oportunidades de bienestar, esto requiere tomar en cuenta el concepto de justicia social, específicamente considerado desde la salud pública, el acceso a su derecho a la salud y a mejorar sus condiciones de vida con lo que se incentiva el desarrollo social y, por tanto, el desarrollo individual de las personas que interactúan en estos grupos vulnerables; lo que incrementa el nivel de vida de la población.

La educación para la salud es fundamental desde la educación básica y el hogar, ya que la población requiere comprender la necesidad de los programas públicos de salud, que participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y proporcione soporte a las medidas que comprendan los distintos programas. Es imprescindible para el logro de niveles óptimos de salud positiva, aún en ausencia de enfermedad, los cuales dependen de las conductas que adopten los individuos, grupos y colectividades en relación con prácticas saludables, esta idea se traduce en los denominados estilos de vida, término que se ha sostenido desde 1974 con el informe Lalonde, conceptos que han sido actualizados en el último trienio (Ugarte, 2008).

Entendemos a la educación para la salud como la modificación favorable de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y comportamientos saludables de las personas. Su objetivo final estará focalizando los desempeños en contextos cotidianos para la solución de problemas específicos relacionados con el cuidado de la salud y su promoción, esto es, las competencias basadas en las decisiones de incrementar el bienestar y encaminadas al logro del empoderamiento, respetando el derecho individual de decidir y promover la salud en el entorno real de las personas.

La educación sanitaria en la comunidad tiene como objetivo, promover, fomentar o defender la salud de la población sana o no sana, mediante la acción educativa y haciendo que la salud alcance el primer lugar en la escala de valores, erradicando los conocimientos, actitudes y hábitos insanos, además de promover hábitos y prácticas saludables (Salleras, 1998).

### **Enfoques educativos y propuesta de acción**

Existen distintas vertientes teóricas en el campo de la educación que ofrecen elementos conceptuales para la comprensión y desarrollo de propuestas de enseñanza-aprendizaje, la andragogía, por ejemplo, se encarga de los procesos de los adultos, basándose en teorías, métodos y técnicas específicas para ellos, la propuesta contempla información comprensible, de interés y utilidad para ellos. El proceso en adultos implica el aprendizaje por comprensión, lo cual significa que primero entienda y después memorice.

La práctica educativa se trata de un proceso de *Orientación-aprendizaje* en lugar de *Enseñanza-aprendizaje*. En el proceso los participantes interactúan en relación con aquello que se intenta aprender, en consecuencia, los participantes y facilitadores deben tener características comunes de: autenticidad, motivación, autocrítica, empatía, igualdad, interacción, ética y respeto mutuo; por lo que el proceso educativo se da de manera democratizadora, es decir en horizontalidad.

Aunado a ello y siguiendo la lógica de una postura socioeducativa sanitaria, creemos que el enfoque sociocrítico y la pedagogía social, tienen elementos que aportar para comprender el modelo sobre el cual se pretenden diseñar las acciones educativas en salud y para la salud, estos enfoques tienen una perspectiva política en el acercamiento a los fenómenos sociales que se estudian en diferentes disciplinas; entre ellas la educación. Lo que se pretende lograr desde el

enfoque sociocrítico es que el individuo adquiera herramientas que le permitan modificar su realidad social a partir de un ejercicio donde reconoce su problemática y proponga una serie de posibles soluciones para la misma, en acuerdo con los diferentes sujetos afectados por los problemas que se abordan, además de realizar acciones organizadas de gestión y cambio social.

Colomer (2001) indica que la promoción de la salud es más que acciones de salud, señala que es un verdadero cambio social, donde las acciones de salud son los detonantes para acceder culturalmente a nuevas condiciones de vida con mayor bienestar y no por el temor a enfermar, es decir, estamos hablando en términos de verdadera salud positiva, pero para tener éxito en esta empresa, hay que considerar de manera fundamental las formas culturales que rodean los significados de salud, de cuidado y uso del cuerpo de la población, es aquí donde encajaría la educación multicultural y tal vez más propiamente dicha, la interculturalidad.

Una de las estrategias puede ser la implementación de acciones comunitarias, ello implicará la inserción de agentes sanitarios provenientes de otras culturas que tendrán que capacitarse para hacer frente a esta situación y lograr su inserción social, pretendiendo en última instancia, su ingreso y aceptación como parte del grupo intervenido y no como un disruptor o personaje ajeno a las ideas de la comunidad, por lo que tendría que lograr un primer acercamiento de manera que no represente una amenaza a las ideas de las personas y con ello que sus opiniones o ideas a transmitir sean tomadas en cuenta como algo digno de reproducir. Consideramos, entonces, que en un amplio sentido se tendría que pensar en la pluralidad y variabilidad de las distintas poblaciones en donde se podrían ejecutar programas de educación para la salud desde temprana edad, un sitio por demás propicio son las escuelas de educación básica, para lo cual, los profesores juegan un rol esencial.

En este tenor, la idea de una intervención que pretende cambiar conductas que, a través de los años las personas tradicionalmente han reproducido y son en las que creen, tendríamos que pensar, como ya lo hemos mencionado, en realizar una especie de sincretismo, donde interactúen los saberes científicos con los saberes legos de la población pero que tienen una lógica basada en el sentido común, dada por la reproducción cultural, que se rescate el hacer cotidiano de las personas, el cual es adecuado para la atención a la salud y tiene un sustento científico.

Un ejemplo de ello sería la utilización de tratamientos tradicionales en la población que tiene una base popular pero que científicamente han demostrado su utilidad, un ejemplo de esto es la herbolaria que se utiliza para algunos malestares comunes y cuyo conocimiento se transmite generacionalmente; de esta forma, la inserción de nuevas ideas y comportamientos es menos agresiva y se puede esperar un mejor impacto. Con esto sostenemos la idea que las modificaciones culturales se dan en las prácticas cotidianas y es dentro del medio social donde se construye y reconstruye la realidad, es por eso que la cultura de las personas no representa para la propuesta un sentido negativo de ignorancia sino de conocimientos legos construidos y re-construidos socialmente, éste es nuestro campo de acción, consideremos entonces, que la propuesta de educar a los profesionistas de la salud, pretende llevar de un medio artificial de intervención como es la de creación intencionada de situaciones de aprendizaje, a la incorporación natural del sentido común con el que las personas funcionan en su vida cotidiana.

Existen una serie de propuestas teóricas que pueden concordar con un modelo para la formación de recursos humanos en salud, al respecto, mencionemos brevemente dos de los que tienen más elementos en común que pueden ser propicios para su mejor adaptación a la cotidianidad de las personas, lo cual incluye a los profesio-

nales de la salud. Uno es el Modelo de Promoción de Salud (MPS) y el otro es la Teoría de la Acción Social (TAS).

El MPS fue construido por Nola Pender (1987), tiene como objetivo el incremento del nivel de bienestar y la autorrealización individual o grupal. En este caso la motivación vendría dada por el deseo de crecimiento, la expresión de las propias potencialidades y la calidad de vida. Dentro de este modelo se comprende a los comportamientos promotores de salud y se piensa que las personas tienen una tendencia a la autorrealización, considerando acciones sobre el entorno que nos movemos hacia niveles más altos de salud, más que reacciones a amenazas externas que promueven el temor de enfermar.

Este modelo se deriva básicamente de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, el cual establece que los determinantes de los comportamientos se categorizan en:

1. Factores cognitivo-perceptivos, los cuales se identifican como los mecanismos motivacionales primarios para la adquisición y mantenimiento de las conductas promotoras de salud.
2. Factores modificantes y variables que afectan a la probabilidad de la acción, incluyen variables demográficas, características biológicas, influencias interpersonales, así como a factores situacionales.
3. Factores comportamentales, es básicamente la clave para la acción ya que tiene motores internos que pueden generar acciones específicas.

El segundo modelo denominado TAS, propuesto por Ewart (1991), concibe al individuo como un sistema regulador que intenta activamente alcanzar objetivos, asimismo lo considera un sistema de retroalimentación, desde este punto de vista, concebimos a los participantes en acciones educativas para la salud como activos en el proceso de apropiación de su vida y su salud. Este modelo considera tres dimensiones, la autorregulación como un estado-acción deseado, un conjunto de mecanismos de cambio interrelacionados y



un grupo de sistemas socioambientales que determinan contextualmente cómo operan los mecanismos de cambio personal.

De acuerdo con la TAS, las intervenciones preventivas implican la creación de hábitos protectores en forma de secuencias comportamentales que disminuyen el riesgo personal. Se sugiere representar un hábito de salud como un bucle acción-resultado, un equilibrio dinámico entre las actividades autoprotectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas. Cualquier intervención partirá de un análisis de las relaciones entre las conductas peligrosas o valiosas para la salud y sus efectos experimentados, para de ahí saber qué conductas son accesibles a la prevención o a la promoción y sugerir entonces tácticas efectivas para el diseño de guiones según sea el caso.

La TAS indica que el ambiente afecta los procesos de cambio y analiza cómo las influencias del contexto caracterizan los sistemas sociales, en este sentido habrá que considerar que las actividades que contemplen las prácticas formativas a nivel superior, deberán estar diseñadas para motivar a los participantes. En suma, proporciona una taxonomía útil para organizar las estrategias de intervención, incorporando el papel determinante de los contextos sociales en la instalación, mantenimiento o cambio de conductas protectoras o promotoras de salud.

En el caso que nos ocupa, la formación de recursos humanos en salud, los beneficiarios serán los diferentes grupos etéreos de la población, sin embargo, para la capacitación de estos recursos deberemos enfocarnos en la idea de trabajar con personas mayores de edad que cursan estudios profesionales en medicina, enfermería, cultura física y deportes, odontología y psicología; estas personas por el rango de edad, podemos señalar, que ya tienen desarrollado lo que Piaget (1975) denominó “estadio de las operaciones formales” por lo tanto son capaces de realizar abstracciones, es decir, ya tienen desarrollados procesos superiores de pensamiento como son



la inferencia, observación y ordenación, entre otros. Además de que ya han adquirido en sentido vygotskiano, las herramientas culturales necesarias para funcionar de forma eficiente en su comunidad; en sentido más estricto, desde el punto de vista cognitivo, son adultos susceptibles de intervención. Por ser las características del adulto diferentes a las formas de aprender de los niños, las intervenciones educativas deben realizarse tomando en cuenta los enfoques y conceptos siguientes: la andragogía, el enfoque sociocrítico, el pensamiento complejo y la educación multicultural.

### **Paradigma sociocultural**

Dado lo anterior, y por la multiplicidad de paradigmas que existen para ejercer el acto pedagógico, el paradigma sociocultural parece ser adecuado. En primer lugar porque consideramos que la educación es un fenómeno social y Vygotski, quien formula este paradigma, concibe al hombre como un ente producto de procesos sociales y culturales. Aquí podemos integrar la cognición o aprendizaje situado, la cual pretende generar situaciones de aprendizaje para los individuos que participan en el proceso educativo, dichos aprendizajes se adapten a su entorno social y cultural y a los recursos materiales en su entorno inmediato. Por otra parte, el papel de maestros y alumnos en este paradigma, resulta menos propicio a las necesidades desde este enfoque, por lo cual es indispensable plantear los conceptos y rol de facilitador o guía y el del participante o aprendiz, dentro del cual, el facilitador deberá ser reconocido socialmente como miembro del grupo y con dominio cultural.

Por un lado, el maestro o guía es un experto que, mediatiza los saberes socioculturales que debe saber e internalizar el aprendiz, es decir, es un miembro con mayor dominio cultural de los saberes. Desde esta postura, la participación del guía o facilitador en el proceso educativo para la incorporación de algún contenido (conoci-

miento, habilidades, procesos), en un inicio debe ser más directiva, aunque hay que diferenciar que no se trata de un uso de poder en el proceso, creando un sistema de apoyo que en palabras de Bruner se podría denominar andamiaje por el cual transitan los aprendices y sin el cual ellos no podrían aspirar a niveles superiores de desempeño y ejecución. Posteriormente con los avances del aprendiz en la adquisición y ejecución del contenido, se va reduciendo la participación del guía, hasta el grado de convertirse en un simple “espectador empático” de las acciones ejecutadas por el grupo de intervención.

Para lo anterior, algunas características que menciona la andragogía, y resultan necesarias para convertirse en facilitadoras de procesos educativos en adultos son: a) capacidad de aceptación, b) empatía, c) autenticidad, d) capacidad de escucha. Además se conceptualiza al facilitador de acuerdo a las siguientes funciones: a) orientación, b) acompañamiento, c) académica, d) organizativa. Se pueden reconocer además, actitudes positivas y negativas del orientador: positivas (respeto, profesionalismo, confianza) y negativas (paternalismo, discriminación y sexismo).

El educador, es un educador-educando y el educando es un educando-educador, lo cual quiere decir, que bajo este paradigma, la educación es un acto dialéctico y emancipador, por lo que se considera que aquel que pretende enseñar algo, debe de estar consciente que está en presencia de pares, es decir, de iguales y por la tanto el facilitador es susceptible de ser educado al aprender de los aprendices en este proceso dialéctico (Freire, 2007).

Por otro lado, el participante en el proceso educativo para la salud, debe ser visto como un ente social, protagonista y producto de las múltiples interacciones sociales, en este sentido, es una persona que internaliza, construye el conocimiento, primero en el plano interindividual y posteriormente intraindividual, proceso que es denominado ley de la doble formación del desarrollo.

Otro elemento teórico que nos ofrece este paradigma es la llamada enseñanza proléptica o del “aprendiz”, la cual a decir de Guzmán (1993) contiene cinco elementos que la integran. En primer lugar está el grado de ayuda o andamiaje adaptado al nivel del aprendiz. En segundo lugar, la cantidad de andamiaje o ayuda decrece cuando la habilidad del aprendiz aumenta. En tercer lugar, para un aprendiz en cualquier nivel de habilidad, se le ofrece mucho apoyo si la dificultad de la tarea crece y se le reduce el andamiaje si la dificultad disminuye. Otro elemento es que el andamiaje está integrado junto con el modelamiento. Finalmente, la ayuda o andamiaje, una vez internalizado, permite una ejecución habilidosa independiente.

Retomando la idea de la educación participativa, mencionada en párrafos anteriores y la cual está centrada en los adultos, es válido enfatizar que en el proceso andragógico, el docente en su labor de facilitador, orienta el aprendizaje del adulto, por lo tanto, la dirección horizontal del proceso se contrapone al modelo de educación tradicional directiva, tratando de vincular las necesidades del participante con los conocimientos y recursos pertinentes de manera oportuna, efectiva y afectiva. Por lo que quien funja en este rol, deberá estar preparado para verdaderamente facilitar el aprendizaje y no ser un disruptor cultural del medio donde pretende intervenir y que ello represente una barrera para lograr los efectos deseados.

El participante es el eje del proceso andragógico, por lo cual se centra en el aprendizaje, es un adulto que está orientado, asesorado y con experiencia suficiente para orientar su propio aprendizaje. En andragogía, el acto de enseñar no existe, puesto que el proceso de aprendizaje del adulto no está orientado directivamente como en el modelo pedagógico transmisivo o expositivo, ni en la responsabilidad de un profesor, sino en la teoría sobre estrategias metodológicas del aprendizaje y no de la enseñanza, esto es centrado en el alumno y no en el maestro.

El profesor o facilitador, puede orientar el aprendizaje, pero nunca será quien lo transmita, por lo que el facilitador de adultos puede ser un profesional que posee una formación científica, tecnológica e innovadora con sentido humanista que puede recurrir a un miembro con cierto dominio cultural de saberes necesarios en la comunidad donde trabaje, el facilitador combina madurez humana que le permite relacionarse con sus semejantes, abriendo la posibilidad de lograr situaciones de aprendizaje óptimas, que lleven a nuevos conocimientos y motivación de desarrollo para los otros, esto implica que debe manejar elementos esenciales de comunicación asertiva y tener una actitud de pertenencia y de apertura a la pluralidad.

Para que el proceso andragógico sea exitoso se deben tomar en cuenta las características propias del adulto relacionadas con el aprendizaje, algunas de estas características son, por ejemplo: a) la personalidad de los adultos está definida, b) tienen ideas y creencias fuertemente afianzadas, c) tienen intereses diversos, su forma de aprender es variada, d) existe resistencia a aprender de otros que considera no saben más que él, e) pueden existir conflictos de autoridad con el profesor, f) la comunicación simbólica influye bastante y, g) puede haber atracción o rechazo hacia el profesor o viceversa.

Según nuestra postura, compartimos la opinión de Freire y Macedo (1989) en el sentido de que toda acción educativa (educación para la salud para este caso) se convierte en una acción significativa en la medida que se concibe como un conjunto de prácticas que sirve para habilitar o para inhabilitar a las personas. Por lo tanto creemos que la educación para la salud puede servir para reproducir las formas sociales existentes o como un conjunto de prácticas sociales que promueven el cambio democrático y emancipador, concibiéndose al participante como protagonista de su vida, de su salud y como promotor de un cambio social.

Siguiendo la línea de pensamiento de estos autores, la educación para la salud no puede ser concebida como una simple acción

que permitirá la adquisición de algunos conocimientos sanitarios. Lo que debe ser la educación para la salud, es una oportunidad para la generación de nuevos significados en relación a la salud y el papel que tiene el sujeto para procurársela y para que esta experiencia sea significativa, debe situarse en el marco de una teoría relacionada con la producción cultural y concebirse como una parte integral de la forma en que las personas generan, transforman y reproducen significados. Por lo tanto se considera a la educación para la salud también como un fenómeno político y debe analizarse dentro del contexto de una teoría de las relaciones de poder y una comprensión de la producción y reproducción social y cultural.

Por otra parte, para el modelo de intervención educativa que estamos aquí proponiendo, es necesario contemplar a otras disciplinas que nos pueden proporcionar conocimientos del porqué las personas hacen lo que hacen en relación a la salud, ya que es ampliamente conocido que aunque haya un basto conocimiento acerca de las acciones para la salud, no se asegura que las personas las ejecuten, ya que se ven implicados elementos que teorías utilizadas por la psicología de la salud, podrían ayudarnos a comprender.

### **Psicología de la salud y mercadotecnia social**

En el sentido de lo anteriormente mencionado, se entiende a la psicología de la salud como la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias (Matarazzo, 1980). Nuestra propuesta, toma los elementos que definen a la psicología de la salud y los entrelaza con los elementos que ofre-

cen los ejes de educación y de salud pública, por lo que nos parece importante precisar cuáles de ellos nos interesan.

Las áreas en las que la psicología de la salud hace énfasis en atender, según refieren diferentes autores entre los que se encuentra Weinman (1990), son los comportamientos como factores de riesgo para la salud, el mantenimiento de la salud a través de los comportamientos, la comunicación, la toma de decisiones así como adherencia y afrontamiento de la enfermedad, entre otras. Dos conceptos claves son las conductas de salud y las conductas reductoras de riesgos. Las primeras tratan sobre todos aquellos comportamientos que potencian o promueven un estado de salud, como por ejemplo el ejercicio físico. Las segundas son aquellas que apoyan en minimizar el riesgo relacionado a determinados trastornos o enfermedades. Stone (1982) por su parte, señala que una conducta de salud estará regulada tanto por la educación sanitaria que se recibe como por su experiencia de vida concreta, lo que es posible ligar a partir del aprendizaje significativo propuesto como parte de la metodología a seguir en el modelo educativo para la formación inicial de recursos humanos en ciencias de la salud.

Igual que algunos modelos de la psicología de la salud, nos proporcionan elementos para comprender y modificar los comportamientos promotores de salud, en este documento consideramos herramientas para propiciar la “adquisición” de salud, similares a las utilizadas por la mercadotecnia comercial para la venta de productos, lo cual asegura su consumo al crear una necesidad en el consumidor donde no la había, nos referimos específicamente a la mercadotecnia social, en esta línea, nuestro “producto” sería la salud, y la intención, crear “necesidad” por incrementarla, conservarla y defenderla.

Ahora bien, hablemos de la manera en que podríamos hacer más efectiva la promoción de la salud, para lo cual existen diferentes técnicas tanto para ofrecer nuestro “producto” como para llegar a nuestra audiencia clave y que ésta adopte el cambio que se está

promoviendo; una de las actuales herramientas es la ya mencionada Mercadotecnia Social. Para Kothler y Zaltman (citado en Colomer Colomer, R. & Álvarez-Dardet, C., 2001) la mercadotecnia social es el “diseño, ejecución y control de programas calculados para influir en la aceptabilidad de ideas sociales, incorporando la consideración correcta del producto, precio, distribución, comunicación e investigación del mercado” (p. 102).

Como se dijo anteriormente, el *marketing* social es una estrategia para cambiar conductas la cual combina elementos tradicionales de comunicación, así como elementos novedosos de mercadotecnia, ambos estarán encaminados a cambiar el comportamiento del público meta. El primer paso para realizar una campaña de mercadotecnia social exitosa es el análisis del entorno, que serán las fuerzas externas a la campaña que impactarán sobre ésta. Entre las variables a tomar en cuenta son: demográficas, económicas, físicas, tecnológicas, político-legales y socioculturales.

El segundo paso, y para muchos el más importante, es la investigación del mercado que se convierte en el estudio pormenorizado de nuestro *target* o público meta con el propósito de conocer sus actitudes, percepciones, motivaciones y la homogenización o heterogeneidad de esta audiencia. Para lograr el impacto esperado es necesario que los saberes que se difunden en sesiones educativas, no se queden sólo a nivel informativo, sino que trasciendan a la vida de los individuos y logren que las acciones de promoción de la salud, se convierten en una necesidad que las personas reconozcan que necesitan para estar bien, de ahí que una herramienta con la que nos podemos auxiliar, consista en la mercadotecnia social.

## Conclusiones

Para hacer llegar a nuestro público los temas de salud, tendremos que diseñar actividades de comunicación y así estimular a la gente



a la acción. La comunicación interpersonal es la seleccionada para el flujo de interacciones y comunicaciones entre el facilitador y los participantes de un proceso educativo para la salud. Dentro de este tipo de comunicación la de tipo interpersonal educativa, puede ser trabajada en sesiones grupales, donde en un primer instante, el facilitador trabajará con los participantes, verificando sus competencias adquiridas de forma aplicada en los espacios sociales donde realice su práctica profesional.

Todo proceso educativo conlleva comunicación e interacción social, porque no existe educación sin comunicación. Estos procesos se dan en varias dimensiones: la comunicación interpersonal, intragrupal, intergrupala y masiva en la formación inicial de profesionales de ciencias de la salud, la que representa el punto de partida es la interpersonal debido a que no sólo se trata de proporcionar aprendizaje por medio de textos, sino del desarrollo de valores sociales que motiven un verdadero sentido de la función social y de la identidad profesional y ética. Lo anterior nos obliga a enfatizar que cuando se habla de aprendizaje se busca modificar la conducta en tres niveles: la adquisición de conocimientos, la destreza y las actitudes. Aunque existe un extenso abanico de modelos teóricos entre los que alternan el conductismo, cognoscitivismo y constructivismo, que han hecho grandes aportaciones a las teorías del aprendizaje para los fines y grave compromiso social de las instituciones de educación superior encargadas de la formación de recursos humanos en salud, resulta indispensable un pensamiento complejo en términos de Morín (2001), que asume a la realidad como un tejido por elementos heterogéneos, pero inseparablemente asociados: eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones que constituyen fenómenos, en este caso educativos y de formación de recursos humanos para el campo de la salud donde se pretende superar el pensamiento que separa, que descompone y que reduce los problemas a elementos, que en la realidad nunca se les encuentra separados.

Los futuros trabajadores sanitarios como ciudadanos de un mundo cada vez más pauperizado y menos humano, deben rescatar valores universales básicos para la supervivencia y desarrollo de la humanidad en el entendido de que los valores no se pierden, sino que evolucionan y que debido a su gran dinamismo son altamente sensibles a los cambios económicos y sociales, con todas las consecuencias que ello implica.

En un tema como el que aquí hemos abordado, resulta demasiado audaz y arriesgado realizar una conclusión, es por eso que sólo dejaremos abierta la pregunta que ha sido detonante para el planteamiento de este escrito: ¿cuál es el mejor modelo educativo para formar los recursos humanos en salud que la sociedad actual y futura requiere?

\*\*Maestro en Ciencias de la Educación. Docente de la Escuela Normal Superior de Jalisco.  
loupangel@yahoo.com.mx

\*\*\*Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Miembro del Cuerpo Académico 365 Educación y Salud del CUCS de la UdeG.

patricia.mendoza@cucs.udg.mx

\*\*\*\*Maestro en Ciencias de la Educación. Miembro del Cuerpo Académico 365 Educación y Salud del CUCS de la UdeG.

hector.gomez@cucs.udg.mx

\*\*\*\*\*Maestra en Ciencias del Comportamiento. Docente del Sistema de Universidad Virtual UdeG.

marilupsi@hotmail.com

\*\*\*\*\*Maestra en Educación. Miembro del Cuerpo Académico 365 Educación y Salud del CUCS de la UdeG.

ldn\_50@hotmail.com

## Bibliografía

Aguado Odina, M. T. (1996). *Educación Multicultural: su teoría y su práctica*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Carretero, M. (1997). *Desarrollo cognitivo y aprendizaje. Constructivismo y educación*. México: Progreso.

- Castillejo Brull, J. L. (1988). *Comunicación y Construcción Humana*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Castillo Ochoa, E. (1999). *Crítica de los procesos comunicativos en la enseñanza superior*. Mexico: Universidad de Sonora.
- Colomer, C. & Álvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Del Rey Calero, J. & Calvo Fernández, J. R. (1998). *Como cuidar la salud. Su educación y promoción*. España: Harcourt Brace.
- Díaz Barriga, F., & Hernández Rojas, G. (1999). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista* (Segunda ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Freire, P. (2007). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
- Jenkins, C. D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Una manual para el cambio de comportamiento*. Washington. D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Latorre, P. & Beneit, M. (1994). *Psicología de la Salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Martínez Hernández, J. (2003). *Nociones de salud pública*. Madrid: Díaz de Santos.
- Morín, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Oblitas, L. A., Labiano, M., Fusté, A., Florentino, M. T., Bacoña, E., Mussi, C. *et al.* (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Luis A. Oblitas Guadalupe (coordinador) [2ª. Ed.]. México: Thomson.
- Piaget, J. (1989). *Seis estudios de psicología*. México: Ariel.
- Rodríguez-Marín, J. (1994). "Evaluación en prevención y promoción de la salud". En Rocío Fernández-Ballesteros (coord.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salleras, L. (1998). "Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud". En G. Piédrola Gil (ed.) [9ª edición]. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson.
- Tapia Conyer, R., Sarti, E., Kuri, P. Ruiz-Matus, C., Velásquez, O. *et al.* (2003). "Activación comunitaria". En Roberto Tapia Conyer (Ed.). *El manual de salud pública*. México: Intersistemas. Pp. 889-924.
- Ugarte, A. (2008). *El papel de la comunicación en la salud del siglo XXI. Actuar en las causas de las causas*. (Mesa II del V encuentro de FISEC). Madrid.
- Vygotski, S. L. (1985). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pléyade.