

Seguridad del paciente

SECCIÓN A CARGO DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HNRG^a

Alfabetización en salud Health literacy

Silvana Salerno^b

“El problema más grande de la comunicación es la ilusión de que se ha llevado a cabo”

G. B. SHAW.

La Comunicación en Salud es una de las metas de la Seguridad del paciente, en este artículo se aportan conceptos sobre Alfabetización en salud (AES), como parte de la misma.

Según la OMS, 1983, la AES se define como las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”.¹

La Medicina es una ciencia aplicada y tiene un carácter transfronterizo que hace que cualquier área del conocimiento tenga relación con la salud y el bienestar humano. La inmensa mayoría de las decisiones que se asumen a lo largo de cada día, ocurren fuera del ámbito de una consulta médica. En los últimos años, las redes sociales, están posibilitando un cambio conceptual en la forma en que profesionales de la salud y pacientes se comunican.

Los flujos de información entre los propios ciudadanos forman parte de la inteligencia colectiva y facilitan a éstos tomar decisiones sobre su propia salud, basadas en la libertad de decisión y la autonomía personal. Relacionado con esto, se presen-

ta el paradigma de la medicina de las 4 P (término acuñado por Leroy Hood para referirse a la medicina “Predictiva, Preventiva, Personalizada y Participativa”),^{2,3} que contempla una medicina proactiva en vez de reactiva, donde el papel del individuo tiene importancia fundamental en su salud. Entonces, es fundamental posibilitar que las personas adquieran los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para tomar decisiones que promuevan su salud. Este concepto no es novedoso, en las facultades de medicina se estudia que al paciente se le debe informar con un “lenguaje claro y sencillo” sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La anamnesis clásica recoge en sus tres preguntas hipocráticas (¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye?), no sólo los síntomas y circunstancias que rodean al momento personal del paciente, sino cuál es la opinión de este sobre lo que le ocurre y cuáles considera él que pueden ser sus causas.³

Durante las últimas décadas, la información al ciudadano ha ido tomando cuerpo en la literatura científica. En Canadá o Reino Unido, estos fenómenos han tenido aproximaciones desde disciplinas más “sociales” como la psicología, pedagogía, sociología e incluso la Salud Pública; y con intervenciones dirigidas a la educación escolar, la promoción de la salud o la prevención primaria. Bajo la evidencia científica, en los últimos años el con-

a. LIC. MIRIAM AGUIRRE, BQCA. SANDRA AYUSO, DRA. CLAUDIA BERRONDO, DRA. MÓNICA GAREA, FCA. JULIA GRUNBAUM, DR. WALTER JOAQUIN, DRA. IN JA KO, FCA. MARÍA ANA MEZZENZANI, DRA. ANA NIEVA, LIC. SILVIA RAUCH, DRA. SILVANA SALERNO, DR. FABIÁN SALGUEIRO, DRA. ÁNGELA SARDELLA, LIC. LORENA TORREIRO, FCA. MARÍA GUTIÉRREZ, ADM. LORENA NAVARRO, DRA. MARÍA VERÓNICA TORRES CERINO, DRA. MARÍA ROSA GONZALEZ NEGRI.

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica pediatra. Jefa de Departamento Técnico. Miembro del Comité de calidad y seguridad del paciente, HNRG.

cepto de AES y su estudio, han madurado y adquirido mayor relevancia.

Es por ello por lo que, la AES concierne a todos y a cada uno de los actores implicados en la salud y el bienestar de las personas. Concierne: a) a los ciudadanos, que son los verdaderos protagonistas, ya que ellos crearán las estrategias que los conducirán a la autonomía personal, la ganancia en salud y calidad de vida, b) a los profesionales de muy diferentes disciplinas, pues engloba cuestiones que van desde la medicina clínica al marketing, el desarrollo de herramientas tecnológicas y educativas o los aspectos éticos y legales de la cuestión, c) a los proveedores de servicios sanitarios, implicados a través de acciones que garanticen la sostenibilidad y continuidad de los cuidados, d) las propias administraciones, que deben posibilitar los cambios que integren la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el autocuidado y el empoderamiento de los pacientes en las organizaciones, garantizando la accesibilidad y la equidad.²

La AES, al igual que ocurre con la alfabetización en general, cuenta con intervenciones y estrategias formales desde las escuelas, las organizaciones sanitarias y las administraciones, en cuanto a las campañas de concientización y de salud pública. Pero no solamente es éste su ámbito. Los medios de comunicación, las empresas, las asociaciones y los propios ciudadanos en su entorno familiar, social o laboral son capaces de generar conocimientos y habilidades en salud. Utilizar el potencial de todos estos ámbitos es un reto, pero con resultados de enorme trascendencia e indudablemente costos efectivos.³

Hay una campaña denominada “*The Fun Theory*”, cuya idea básica es cómo atraer la atención de la gente para que desarrolle actividades saludables o buenas para el medio ambiente, como reciclar botellas de vidrio, respetar las velocidades máximas de circulación, etc. La idea es: haciendo que sea divertido (en inglés, *fun*).

Uno de los desafíos tenía que ver con la actividad física: ¿cómo lograr que la gente suba por las escaleras tradicionales en el metro en lugar de hacerlo por las escaleras mecánicas? Con dicho objetivo se propuso en esa campaña convertir a la escalera tradicional en un piano, de forma que al pisar cada escalón sonaría una melodía musical. Al cabo del día, subía por la escalera tradicional el 66 % más de personas que por la escalera mecánica. Un éxito indudable, que señala con claridad la importancia de encontrar atractivos para que ca-

da uno elija como actuar de forma más saludable.⁴

Como lo señala la OMS, “la AES supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. De esta manera, la AES supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la AES es crucial para el empoderamiento para la salud.⁵

Desde la definición de salud simplemente como la ausencia de enfermedad, se evolucionó hacia la actual que la concibe como el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, adoptando un abordaje desde una perspectiva bio-psico-social. Esta definición trajo consigo una profunda transformación en las formas de abordar la salud pública. Si hubiera que atribuir a alguien la paternidad de las políticas de promoción de la salud, fue Marc Lalonde, ministro de Salud y Bienestar de Canadá en 1974.⁶

Lalonde y su equipo presentaron un polémico informe, denominado *A New Perspective on the Health of Canadians*, en el que señalaban que el sistema sanitario por sí solo no podía garantizar la salud de la población poniendo en evidencia la incongruencia de la inversión en salud y su influencia en el estado de salud de la población, o sea invertir más en salud no se traducía en mejoría del estado de salud de la población. Fue precisamente en Canadá, en Ottawa, donde doce años después se produjo la I Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Las conclusiones se plasmaron en la Carta de Ottawa, que definió la Promoción de la Salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, para que la mejoren” (UIPES, 2003).⁷ Pero para que sea efectivo más que el control, se debería hablar de autocontrol, que hace que las personas aprendan a tomar decisiones autónomas y saludables.⁷

Existen dos perspectivas o modelos de la comunicación: el informacional y el relacional. El primero consiste en enviar la información en forma unidireccional pensando que el emisor transformará la conducta de las personas, asumiendo que el receptor comparte los mismos códigos y conocimientos del receptor, utilizando como emisores a los profesionales de la salud y los medios de comunicación masiva, como la televisión. El segun-



do, el relacional, muestra la comunicación como dinámica y cambiante y no unidireccional, pasando por las instancias de producción, circulación y reconocimiento, dando sentido a la información no sólo los emisores, sino los destinatarios. Sin duda el entorno social y cultural hace que se perciba la información de determinada forma. Además, multiplicando a los medios de comunicación masiva se considera que la red social: familia, escuela, amigos, barrio, trabajo, participan como mediadores que le dan sentido a nuestra realidad.⁸

En las últimas décadas y haciendo alusión a los destinatarios, se ha cambiado el modelo de comunicación, según la población a la que se intenta llegar, es decir se ha dividido en grupos diáspora en función de las variables que se consideran significativas: edad (niños, adolescentes, adultos, mayores); sexo (hombres y mujeres); procedencia (nacionales o inmigrantes); nivel socioeconómico (clase alta, media o baja); nivel educativo (bajo, medio, alto), etc. Es lo que en el marketing se conoce como segmentación de los públicos. Al transmitir la información ésta debe adaptarse al destinatario, pero conservando la calidad, traduciendo el lenguaje científico haciéndolo directo, sin detalles, con frases cortas, abocándose a sus necesidades sin perder de vista que el objetivo es modificar las conductas individuales y colectivas para conseguir un mejor estado de salud de la población. La comunicación es pues –además de una capacidad humana– un fenómeno social y cultural, con sus maravillas y sus sesgos.³ “El lenguaje está entrelazado con la vida, es utilizado para informar y convencer, pero también para intimidar, prometer, seducir y, por supuesto, para jurar. Refleja cómo captamos la realidad, y también la imagen de nosotros mismos que intentamos proyectar hacia los demás, y los vínculos que nos atan a ellos. Se trata de una ventana a la naturaleza humana”.⁹

El término “AES, fue mencionado por primera vez por Simonds en 1974 en un llamamiento en que la educación para la salud en la escuela permitiera a los estudiantes adquirir conocimientos sobre la salud, al igual que lo hacían en las materias tradicionales como historia.¹⁰

Actualmente el concepto de AES va más allá de la alfabetización general, e implica saber cómo acceder a la información adecuada, interpretarla, juzgarla y utilizarla con eficacia, para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra propia salud. De este modo, se requiere de un complejo grupo de habilidades de lectura, comprensión au-

ditiva, capacidad analítica y habilidades de toma de decisiones, así como la capacidad de aplicar estos conocimientos a situaciones concretas. De igual modo, tal y como recoge la definición de la OMS, requiere también motivación e integrar el empoderamiento como paradigma en un nuevo escenario de interrelaciones entre profesionales, servicios sanitarios y ciudadanos.³

Para dar cabida a todos estos factores, Sørensen propone una definición integradora que abarca tanto el punto de vista médico-asistencial como el de salud pública de la AES: “La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta”.¹¹

La información sobre salud infantil requiere un apartado especial, ya que la AES está dirigida a personas más vulnerables con las que puede ser difícil comunicarse, en general está dirigida a los padres, y también a los adolescentes, la *American Academy of Pediatrics* (AAP) sugiere que la educación y formación en tecnología de la información debe estar disponible para los pacientes y sus familias para que puedan participar en la toma de decisiones. Las sociedades pediátricas, al igual que otras sociedades médicas, han desarrollado algunas páginas con contenidos de interés para la salud.³

Por ejemplo: La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) posee una página dirigida a la comunidad: <https://www.sap.org.ar/comunidad/>, la Asociación Española de Pediatría (AEP) lo hace “En Familia” (www.enfamilia.aeped.es), la Sociedad Colombiana de Pediatría (www.scp.com.co) y la American Academy of Pediatrics con la página “Healthy Children” (www.healthychildren.org). Además de los portales sobre salud infantil en general, cuya extensión los hace más complejos de gestionar, existen los foros, las redes sociales (facebook, twitter), las guías de práctica clínica: “Guía Salud” (portal.guiasalud.es) entre otros.

Cuando la información va dirigida directamente al niño y al adolescente, se presenta el reto de la edad y del grado de desarrollo, debido a ello el medio adecuado para transmitir educación para la salud es la escuela,¹² importante en países empobrecidos donde la escuela se transforma en un

entorno saludable, que debe proteger a los niños en especial en aspectos esenciales como son la nutrición, higiene y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En los países más desarrollados el sistema educativo también cumple un papel clave en la educación para la salud, promoviendo hábitos saludables (alimentación, actividad física), contribuyendo a la educación sexual y la prevención de accidentes de tránsito y drogodependencias.¹³

Al elaborar información sobre salud infantil es conveniente tener en cuenta:

- 1) La información debe ser clara, concisa.
- 2) Ofrecer apoyo con imágenes.
- 3) Aspectos como la forma (tipo de letra, ilustraciones, organización de los contenidos, utilización de acrónimos, colorido), el acceso a los contenidos, la interacción con el usuario.
- 4) Un título sencillo, corto, con “lo que se sabe”.
- 5) Remarcar la información más importante.
- 6) Ofrecer bibliografía, a través de enlaces.
- 7) Las páginas web deben ser explícitas acerca

de autores y patrocinadores. Incluir la fecha de realización y de actualización.

- 8) En el caso de las sociedades pediátricas, su presencia en internet debe realizarse bajo criterios claros y explícitos: criterios de calidad (fiable, exacta y adecuada al estado actual de la ciencia, actualizada, legible), incluir las advertencias, avisar que la información no sustituye a la consulta con el pediatra y que Internet no es el medio más adecuado para resolver problemas particulares de salud, y declaración de conflicto de intereses.³

Hay mucho para trabajar en este tema. Se describen algunas de las comunicaciones en salud realizadas en el Hospital:

- Errar es humano, pero... Comité de calidad y seguridad del HNRG. https://www.youtube.com/watch?v=_KG4EtxkEac
- Cultura de Seguridad. Comité de calidad y seguridad del HNRG. <https://www.youtube.com/watch?v=biVA25YqZNM>
- Lavado de Manos. Realizado por la Residencia

RCP. Taller para padres. Realizado por el Servicio de Terapia Intensiva.





- de Enfermería del HNRG. <https://www.youtube.com/watch?v=e-hh3aE5Xio&t=69s>
- Lavado de manos. Departamento de Enfermería HNRG. https://www.youtube.com/watch?v=q3LT-ul_rKg
- Día Mundial de la Hipertensión. C.E de HTA, Residencia de Enfermería HNRG. <https://www.youtube.com/watch?v=k4Yjy7eyhDI>
- RCP. Taller para padres. Realizado por el Servicio de Terapia Intensiva.

*“Me lo contaron y lo olvidé; lo ví y lo entendí;
lo hice y lo aprendí”*

CONFUCIO (Pensador chino, Siglo V ac)

BIBLIOGRAFÍA

1. Juvinyà-Canal D. Alfabetización en salud en la comunidad. *Innovación educativa* 2021; 31: 1-10. <https://doi.org/10.15304/ie.31.7952>
2. Hood L, Heath JR, Phelps ME, et al. La biología de sistemas y las nuevas tecnologías permiten la medicina predictiva y preventiva. *Ciencia*. 2004; 306 (5696):640-643.
3. Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción. Valencia: ITACA/TSB; 2012. ISBN: 978-84-695-5267-4 Disponible en: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion>
4. The Fun Theory. Campaña disponible en: <https://www.thefuntheory.com>
5. Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción para la Salud. Glosario. Disponible en: https://medicinaunlam.files.wordpress.com/2012/04/ua05_ops-glosario-de-promocion-de-la-salud.pdf
6. OPS. El honorable Marc Lalonde. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonde>
7. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (Uipes): La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Informe para la Comisión Europea elaborado por la UIPES. Parte Uno: Documento base. Versión española traducida, adaptada y editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, 2003. Disponible en: https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/hpe_evidence-1_sp.pdf
8. Díaz HA. La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En: *Comunicación y Salud. Nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Editorial Complutense; 2011: 33-49.
9. Pinker S. *El Mundo de Las Palabras*. Una Introducción a La Naturaleza Humana. Paidós, 2007. Disponible en <https://es.scribd.com/document/495061287>
10. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Educ. Monogr.* 1974; 2(1_suppl):1-10. doi:10.1177/10901981740020S102
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12:80.
12. Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la salud Integrales en las Escuelas. Fomento de la salud a través de la escuela. Informe. Ginebra: OMS; 1997.
13. Lee A. Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Appl Health Econ Health Policy* 2009; 7(1):11-7.