

SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA COMUNITARIA

2.^a Edición

VOLUMEN I

**L. Mazarrasa Alvear
A. Sánchez Moreno
C. Germán Bes
A. M. Sánchez García
A. Merelles Tormo
V. Aparicio Ramón**



McGRAW - HILL • INTERAMERICANA

MADRID • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • LISBOA • MÉXICO • NUEVA YORK
PANAMÁ • SAN JUAN • SANTAFÉ DE BOGOTÁ • SANTIAGO • SÃO PAULO
AUCKLAND • HAMBURGO • LONDRES • MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI • PARÍS
SAN FRANCISCO • SYDNEY • SINGAPUR • SAN LUIS • TOKIO • TORONTO

Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de Aplicación

LUCÍA MAZARRASA ALVEAR

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud (EPS) es un instrumento cuyo fin es conseguir que la población tenga la capacidad de *controlar, mejorar y tomar decisiones* sobre la salud o la enfermedad. Esto significa esto una superación del papel tradicional que se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo, poniendo énfasis en la modificación de conductas individuales y en los estilos de vida. Hoy día hablamos de EPS, imbricada en la *promoción de la salud*, como un instrumento que pone en marcha procesos de enseñanza- aprendizaje coordinados con procesos sociales dirigidos a crear ambientes favorables a la salud, donde los cambios de comportamiento y su mantenimiento resulten opciones fáciles y realizables en el contexto social en el que se encuentran las personas.

La EPS actualmente está orientada a conseguir que la población posea conocimientos y capacidad para intervenir en las decisiones que tienen efectos sobre la salud, desde una perspectiva comunitaria y no sólo individual. Para ello es necesario que su contenido incluya posibilidades de *cambio* en las decisiones de las políticas que repercuten en la salud y el bienestar, lo que significa que también tiene que ocuparse de la capacidad organizativa de la población para conseguir estos cambios.

Al ser el proceso de salud-enfermedad el resultado de la relación que la sociedad establece con el ambiente material y social, va a estar íntimamente relacionado con el tipo de desarrollo económico y social de cada momento histórico, lo que significa que la EPS tiene que ocuparse de que la gente analice críticamente los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud.

En la *estrategia de salud para todos* se busca dar a las personas un sentido positivo de la salud, de forma que puedan hacer uso pleno de sus capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales. Para

ello resulta esencial contar con una población informada, motivada y participativa, lo que supone que la EPS tiene que servir para proporcionar *conocimientos* que permitan el análisis crítico de la situación de salud-enfermedad, para crear *actitudes* y desarrollar *aptitudes* personales y sociales que permitan tomar decisiones que muevan a las personas a cambiar y también a intervenir en los asuntos de salud y bienestar.

De todo esto puede desprenderse que la EPS debe ocuparse de:

Proporcionar información elaborada, crítica y accesible sobre la situación de salud, ya sea referida a los problemas generales que tiene una población determinada, o a un problema específico o concreto. Esta información incluirá:

- a) La identificación de los determinantes de salud y los factores de riesgo, ya sean ambientales o relacionados con prácticas o comportamientos de riesgo.
- b) Las posibilidades de protección, ya sean ambientales o personales.
- c) Las posibilidades de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Todo ello junto con información sobre los servicios y programas sanitarios y sociales disponibles para la protección y la prevención.

Capacitar a la gente para tomar decisiones respecto a los problemas de salud tanto individuales como colectivos.

LAS ACTIVIDADES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UN MARCO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

De lo expuesto se desprende que las actividades de la EPS son variadas y complejas y requieren de una aproximación intersectorial y multidisciplinar que está más allá de los estrechos límites de un sis-

tema sanitario y de los profesionales que trabajan en él. La frase que acuñó la Organización Mundial de la salud (OMS) en la que configura la EPS como cualquier combinación de *actividades informativas y educativas* que lleven a una situación en la que las personas deseen vivir sanamente, sepan cómo vivir en salud, hagan lo posible individual y colectivamente para mantenerse sanas y busquen ayuda cuando lo necesiten, refleja la complejidad de esta disciplina y de las intervenciones que propone.

Presentamos, a continuación, una relación de intervenciones basadas en las funciones de la salud pública (Fig. 13.1).

Actividades relacionadas con la protección de la salud

Son todas aquellas dirigidas a informar y educar sobre la prevención de factores ambientales que afectan a la salud, para así reducir los riesgos biológicos, físicos y químicos.

Las actividades educativas cubren un abanico tan amplio que pueden ir desde un simple cartel informativo que advierte de un riesgo en un punto muy concreto (no beber: agua NO potable); una etiqueta en un envase de un producto de limpieza doméstica que indica las precauciones que se han de tomar para su uso, o la advertencia en los medicamentos de mantenerlos fuera del alcance de los niños; hasta un programa educativo para trabajadores sobre la manipulación segura de materiales, herramientas y comportamientos seguros en el ambiente laboral, o un programa de prevención del SIDA en el que una de las actividades consista en establecer puntos de intercambio de jeringuillas usadas por jeringuillas estériles, o en proporcionar preservativos gratuitamente. Los ejemplos son múltiples, pero conseguir poner a punto cualquiera de ellos requiere un

esfuerzo organizativo previo, basado en la efectividad comprobada de dichas medidas.

Actividades destinadas a reforzar conductas voluntarias

Estas actividades están orientadas a la consecución de una mejora de la calidad de vida de las personas y las poblaciones. En este caso se trata de ver las posibilidades que tiene cada uno de cambiar el comportamiento en su situación específica, de manera que las opciones elegidas sean las más fáciles y realistas. El fin de estas actividades es promover estilos de vida saludables, si bien sabemos que para cambiar el comportamiento es condición *sine qua non* modificar las condiciones de vida y las restricciones sociales que impiden la libertad para seleccionar¹. Como ejemplo de estas actividades se encuentran aquellas que potencian y generalizan los siguientes aspectos:

a) *El ejercicio físico* en todas sus variantes: deportes, ejercicios de mantenimiento, baile, caminar al aire libre, etc.

b) *La alimentación equilibrada y sabrosa*, que comprende desde cómo hacer la compra, saber cocinar y disfrutar de los alimentos, a conocer todo lo que nos aportan en sus múltiples variedades, así como, en el caso de restricciones dietéticas debidas a procesos patológicos, presentar alternativas variadas y asequibles a los recursos económicos del interesado.

c) El desarrollo de *una sexualidad plena* para ambos sexos, que deshaga estereotipos basados en el patrón reproductor dominante y patriarcal, y que evite riesgos como un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual.

d) *La integración social* de las personas, potenciando sus capacidades para mantener y mejorar

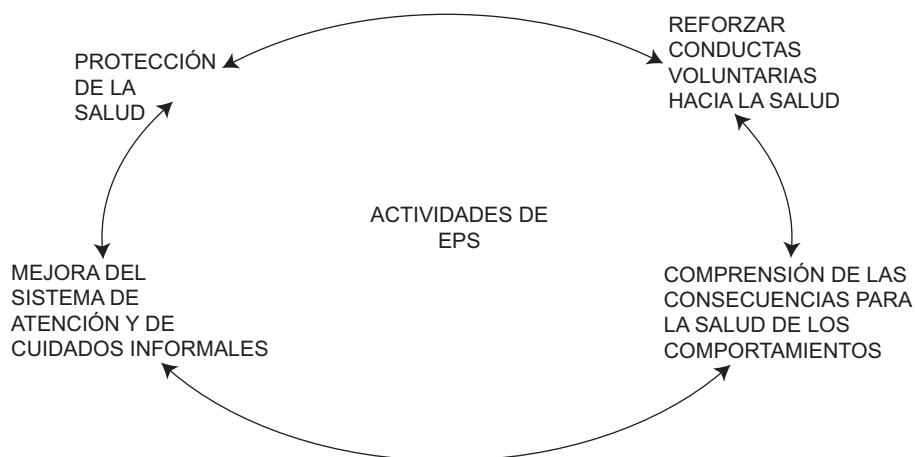


Figura 13.1. Intervenciones basadas en las funciones de la salud pública.

sus redes de apoyo social, para evitar con ello el aislamiento y la marginación, como puede ocurrir en casos de vejez, enfermedad, minusvalía, separación-divorcio, jubilación, inmigración o pertenencia a grupos étnicos minoritarios, etc.

Todas las actividades educativas anteriores estarán centradas en el desarrollo de habilidades personales y sociales tales como saber escuchar, expresarse, negociar, consensuar, tomar decisiones, etc.

Actividades relacionadas con la mejora del sistema de cuidados

La atención a la salud se da en dos marcos bien diferenciados pero interrelacionados: el marco institucional o formal, que comprende los servicios sanitarios y sociales, y el marco no institucional, o informal, que es donde normalmente la persona vive y se desarrolla, que se corresponde con la familia en su diversidad estructural.

En el primer marco, el formal, las actividades estarán encaminadas a orientar los servicios hacia las necesidades de salud² y a introducir, en los programas de atención, la información y la educación a los usuarios: información a la que tienen derecho como ciudadanos, tal como se refleja en la Constitución y en la Ley General de Sanidad de 1986, sobre todas aquellas intervenciones o procedimientos a los que vayan a someterse en cualquier servicio sanitario; y educación porque, finalmente, las decisiones operativas sobre el cuidado las toman las propias personas. Comprenden también las actividades encaminadas a orientar el uso de medicamentos, productos sanitarios, servicios sanitarios y sociales, etc.

En el segundo marco, el informal, las actividades se encaminan a enseñar y a ayudar a los cuidadores informales en su tarea de apoyo, y sustitución en algunos casos³⁻⁴, y también a cuidar su propia salud, tantas veces deteriorada por el efecto del cuidado a los familiares dependientes. La organización de grupos de ayuda mutua y la potenciación del voluntariado social en tareas de compañía y de mejora del ambiente afectivo de las personas, son otras de las actividades que mejoran la atención.

Actividades relacionadas con la comprensión de riesgos para la salud

Tienen que ver con las consecuencias para la salud de determinados riesgos asociados a los comportamientos, como son el consumo inadecuado de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos, o las consecuencias de conductas agresivas en la conducción de vehículos, la práctica de deportes y en la convivencia familiar y social.

Tenemos que tener en cuenta siempre que se emprendan actividades informativas y educativas en este sentido que las personas están condicionadas e influidas por factores ajenos a su control, como pueden ser las condiciones laborales, la doble jornada de trabajo para la mayoría de las mujeres, los sistemas de consumo y de comunicación, los valores culturales hegemónicos o los estereotipos sociales.

Los *estilos de vida o modo de vida*, que Morris incorporó en los años sesenta a la explicación de la producción de la enfermedad⁵, tienen dos componentes interdependientes: uno de elección individual, que es el componente conductual, y otro definido como condición estructural de posibilidades⁶. Esto significa que actualmente la EPS también tiene que contribuir a impulsar un *cambio en el ambiente* para que los comportamientos saludables resulten la opción más fácil, convincente y atractiva para las personas.

A la hora de emprender actividades de EPS, tradicionalmente se ha entendido que éstas están centradas en las poblaciones, grupos o personas que tienen que modificar algo o conocer algo que les pueda hacer cambiar, obviando, muchas veces, el entorno social donde viven, se reproducen y mueren. Se olvidaba así el entramado de las relaciones sociales, definidas por las relaciones jurídicas, económicas, políticas, religiosas y de género de cada momento histórico, y por el sistema simbólico que las recorre y da cohesión al conjunto.

De todo lo anterior se desprende que las actividades informativas y educativas tienen que configurarse hacia diversas direcciones que se detallan a continuación (Fig. 13.2):

a) *Acciones dirigidas a personas, grupos y poblaciones.* Los sujetos y objetos de la acción son la población diana, en la que se incluye al grupo de soporte familiar o red social más próximo en caso de que nuestra población sea una persona o grupo.

b) *Acciones dirigidas a redes sociales* de la comunidad en las que se desarrolle la intervención y que puedan potenciar la misma: grupos, asociaciones, colectivos organizados, personas con iniciativa emprendedora. Es necesario implicarlas por su influencia, por su conocimiento de la situación, y también para evitar posibles resistencias a la intervención o interpretaciones erróneas de los objetivos que se quieren alcanzar.

c) *Acciones dirigidas al equipo profesional* que va a intervenir en el programa y que necesita un aprendizaje y puesta a punto en común, ya que uno de los requisitos técnicos es el carácter multidisciplinar e intersectorial de los abordajes en programas de EPS.

d) *Acciones dirigidas a los responsables de las políticas* de salud, de servicios sociales, educativos y otros, que puedan estar implicados en los cambios,

de manera que comprendan la necesidad de las acciones y establezcan las directrices políticas que les correspondan según su nivel (local, autonómico, o central).

e) *Acciones dirigidas a los gestores* responsables de la ejecución de las políticas, de manera que favorezcan y financien las intervenciones.

Todo esto supone un esfuerzo organizativo de recursos y de preparación que va mucho más allá de las meras intervenciones informativas y educativas. En los capítulos siguientes se desarrollarán todos estos aspectos más ampliamente.

La educación para la salud entendida desde la perspectiva de la promoción de la salud no es un cúmulo de actividades añadidas o sumadas, sino un proceso permanente encaminado al desarrollo integral de las personas que asegure su capacidad para tomar decisiones saludables.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, UN PROCESO PERMANENTE Y PARTICIPATIVO

Así como el proceso de salud y enfermedad no es estático, el proceso social de hacer frente a los problemas tampoco lo es. Estamos permanentemente aprendiendo y confeccionando alternativas que nos permitan intentar que los hechos causantes de enfermedad conocidos no se produzcan o al menos sean menos destructivos, y proponiendo nuevas alternativas para aquellos problemas de salud que aún no conocemos bien y sobre los que tenemos que plantear nuevas aproximaciones. Por eso, la educación para la salud no puede estar predeterminada hacia un modelo de salud o de estilo de vida. Nos estamos moviendo entre la prevención de lo conoci-

do y la promoción dirigida a crear algo que no existía antes, actuando sobre lo desconocido, irregular y no lineal⁷. La adquisición de nueva información no modifica significativamente el contexto cultural ni el marco de relaciones en el que se mueve el sujeto, por tanto, no favorece su transformación hacia una nueva situación. Ésta sólo comienza cuando la persona aprende a identificar nuevas respuestas a los problemas que se le plantean, aprendiendo a cambiar el contexto.

Todo ser humano tiene capacidad para aprender y cambiar, sea cual sea su edad, sexo, cultura o nivel de instrucción; aprender es un proceso activo y continuo que sirve para solucionar los problemas que se nos plantean a lo largo de la vida, como pueden ser los problemas de salud. Ahora bien, la solución de los problemas no es independiente de la vida de las personas y los colectivos. Por tanto, consideramos el aprendizaje y la solución de problemas como un proceso único, integrado uno en el otro, en el que el sujeto deduce de su experiencia conceptos, reglas y principios que orientan su conducta en situaciones nuevas que se le van presentando, y a su vez va modificándolos de manera que incrementa su eficacia en las diferentes alternativas y respuestas sucesivas. Este proceso es circular, progresivo, y en espiral, y comprende cuatro etapas:

- a) La experiencia concreta, que nos lleva a
- b) la observación y la reflexión, de las que deducimos
- c) conceptos abstractos y generalizaciones que nos permiten,
- d) formular hipótesis que se pondrán a prueba en la acción futura, que conduce a nuevas experiencias, volviendo a iniciarse el proceso.

De manera que podemos hablar de reaprendizaje y de reeducación permanente.

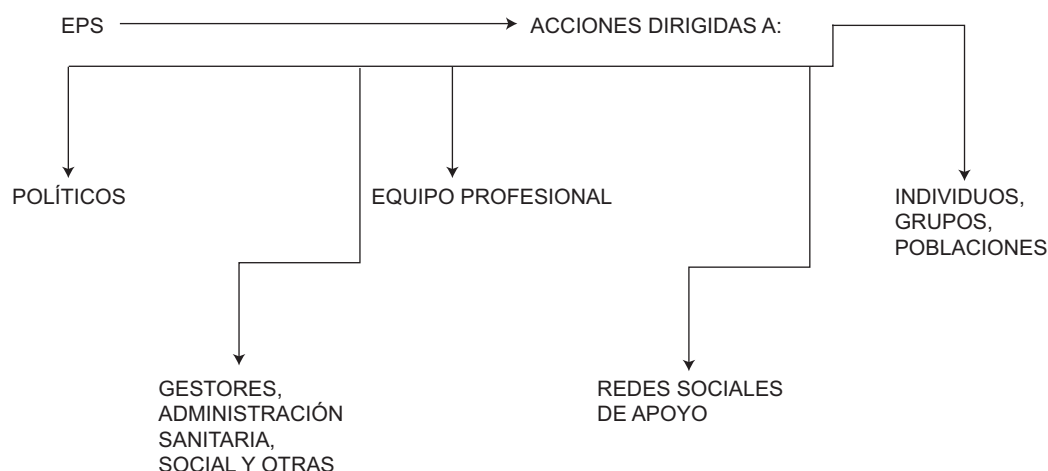


Figura 13.2. Direcciones de las actividades informativas y educativas.

Los modelos o las maneras de hacer EPS han seguido una evolución semejante a la de la metodología utilizada, y no son independientes de los modelos de atención a la salud, que a su vez han ido cambiando según el concepto de salud-enfermedad que se haya adoptado.

Por otra parte, decimos que la EPS es un proceso participativo, porque hablar de educación significa hablar de la capacidad crítica para lograr una auténtica creatividad personal y social en todos los aspectos de la vida y en el específico de la salud. Este proceso trasciende la propia individualidad y lleva a interesarse por todo cuanto no es uno mismo, por lo que nos compromete también con el medio donde vivimos, al que hay que transformar y con el que mantenemos relaciones dialécticas⁸. En palabras de P. Freire, «educación que busca desarrollar la toma de conciencia y la actitud crítica gracias a la cual el sujeto escoge y decide, liberándolo en vez de someterlo, de domesticarlo, de adaptarlo»⁹. Esto significa que la acción educativa hay que situarla en el contexto cultural de las personas implicadas en el proceso, de forma que sean capaces de transformaciones conscientes personales y ambientales.

De ahí que la EPS basada en que el experto o profesional (sanitario, educador u otro) defina el problema y decida las acciones necesarias para mejorar la salud, limitándose a proporcionar información de la que se espera que se actúe en conformidad a ella, no es un verdadero proceso educativo porque crea actitudes de dependencia, expropiadoras de la experiencia y conocimiento de las personas, considerándolas seres infantilizados y sin capacidad de decisión propia, lo cual no resulta científico porque ignora los mecanismos de creación de valores, hábitos y comportamientos por los que las personas se mueven y deciden.

Este proceso educativo, permanente y participativo, tiene un desarrollo basado en la reciprocidad y el intercambio entre los profesionales y la población, en el mutuo conocimiento y respeto, estableciéndose relaciones complementarias y simétricas.

Además, tiene varios tiempos diferentes de desarrollo que se centran en el saber, saber ser y saber hacer (Fig. 13.3).

PRIMER TIEMPO: SABER

Se refiere a la elaboración del contenido educativo e informativo que circula entre las personas, la población y los profesionales. Este contenido resulta de la fusión del conocimiento científico del profesional y del conocimiento común de la persona del que se origina un saber específico, integrador de las experiencias mutuas que busca tener efectos terapéuticos, de mejora de la salud o de promoción de ésta, según sea el problema sobre el que vayamos a actuar.

Esta elaboración del «saber específico» supone conocer e identificar:

- Los problemas de salud concretos de esa población, grupo o persona. Analizarlos críticamente en conjunto, valorando las posibles alternativas que pueden mejorar, prevenir o atajar el problema.
- Las creencias, las actitudes y los comportamientos respecto a los problemas detectados, tanto de la población como de los profesionales
- El ambiente social y el contexto cultural que relaciona a las personas entre sí; y a los profesionales con el resto de la población.

En este proceso están implicados tanto la población, sujeto y objeto de nuestra actividad profesional, como los profesionales que intervienen, de forma que el proceso de aprendizaje incluye a ambas partes.

Este proceso tiene unas consecuencias que conviene plantear y que son las siguientes:

Primera: El reconocimiento por parte del profesional de que la población tiene su propio saber y experiencia, y que éste es un saber válido. Existen muchos patrones de validación social del conoci-



Figura 13.3. Tiempos de desarrollo de la EPS.

miento y el médico-científico es sólo uno de ellos, aunque en nuestra sociedad resulte el dominante, sin que por ello se deriven necesariamente comportamientos saludables en la población. Este reconocimiento, validación del «saber común», supone una actitud de redescubrimiento e investigación por parte del profesional, de ahí que estemos en un aprendizaje continuo.

Segunda: La demostración de la eficacia del conocimiento profesional para resolver problemas. ¿Aplicamos el saber científico eficazmente para mejorar y resolver los problemas de salud?, o ¿tenemos que aprender otras maneras de resolución de los problemas? No sirve tener conocimientos que no se puedan o se quieran aplicar al cuidado de la salud.

Tercera: La comparación y el análisis de estos dos saberes, el común y cotidiano de la población y el científico-profesional, y de qué modo contribuyen al cuidado y promoción de la salud.

De manera que, en este primer tiempo, el equipo de profesionales y la población construyen en conjunto el contenido educativo del proceso, a partir del análisis de los datos científicos de salud observados de la persona o de la comunidad y de los datos que aportan las personas y las comunidades sobre sus condiciones de vida, cultura, salud, bienestar o malestar que sienten y viven, etc.

SEGUNDO TIEMPO: SABER SER

Se trata, en este segundo tiempo, de tomar en consideración los valores y expectativas de la persona, grupo o comunidad. Los profesionales también tenemos valores y expectativas que son lógicamente dife-

rentes de las de la población. Es preciso estudiar y analizar, en conjunto, los componentes culturales y sociales que determinan y condicionan los comportamientos de las personas. Esto también supone analizar cuáles son esos componentes en la propia institución desde donde se va a desarrollar la intervención.

TERCER TIEMPO: SABER HACER

Se trata, en este tercer tiempo, de desarrollar las aptitudes, tanto de las personas y grupos como de los profesionales, para conseguir mejorar o resolver los problemas de salud, de manera que aumente la calidad de vida de la población.

El diseño de las actividades educativas concretas, ya sean de prevención, de promoción, o de protección de la salud, de refuerzo de conductas voluntarias que permitan una mejor calidad de vida, o relacionadas con la comprensión de las consecuencias para la salud de determinados estilos de vida, o con relación al sistema de cuidados tanto institucional como informal, tiene que tener en cuenta estos tres tiempos de desarrollo.

Para resumir estos tiempos de desarrollo nos tendríamos que plantear y contestar las siguientes cuestiones:

- ¿Qué necesitamos saber?
- ¿Qué desea aprender la población?
- ¿Qué barreras dificultan o favorecen el aprendizaje?
- ¿Qué preparación, disposición, capacitación tendremos para el aprendizaje?
- ¿Qué significado tiene para la población y para los profesionales el problema sobre el que vamos a trabajar? (Fig. 13.4).

	GESTORES POLÍTICOS-ADMINISTRATIVOS	EQUIPO TÉCNICO	GRUPO DIANA	REDES SOCIALES DE SOPORTE
<p>SABER -Conocimientos necesarios y/o que se tienen</p> <p>QUERER -Valores -Actitudes necesarias y/o que se tienen -SABER/SER</p> <p>PODER -Habilidades -Destrezas que son necesarias y/o que se tienen</p>				

Figura 13.4. EPS.

EL PAPEL DE LOS EDUCADORES, LOS PROMOTORES Y LOS MEDIADORES DE SALUD

Para trabajar en el marco de la educación para la salud en un contexto de promoción, el equipo profesional tiene que experimentar una serie de cambios y aprendizajes. El sector sanitario no puede por sí mismo promocionar las condiciones previas, ni asegurar las perspectivas favorables para la salud, lo que exige la acción coordinada de los gobiernos, los sectores sanitarios y sociales, los sectores económicos, las organizaciones no gubernamentales (ONG), y los medios de comunicación. El nuevo papel que han de asumir los profesionales sanitarios y sociales es el de actuar como mediadores entre los intereses que están en contra y a favor de la salud,² para lo cual se requiere una superación del papel clásico de educador sanitario. Ronald Labonte propone que el reto actual de los educadores para la salud está en «crear condiciones sociales y de salud que permitan a todos los ciudadanos del mundo conseguir un nivel de vida saludable». El problema reside en cómo los educadores y los promotores inspiran esos cambios necesarios para asegurar que la salud, en su sentido más amplio, se convierta en un asunto de importancia central en la toma de decisiones políticas, económicas y personales. Cuál es nuestra implicación y cooperación con otros grupos sociales que también pugnan para que se produzcan estos cambios. Y, finalmente, cuál es nuestro compromiso como educadores y promotores de salud para apoyar a aquellos que estén en peores condiciones: los pobres, los desempleados, los marginados, los explotados, o los inmigrantes, cuya situación social les sitúa en el grupo de mayor riesgo de enfermedad y muerte prematura.

Según Minkler¹⁰ nuestra contribución como educadores y promotores de salud para conseguir mejores condiciones de vida pasa por:

- *Crear programas* que estimulen un análisis crítico de las causas y la estructura de la falta de equidad en salud.
 - *Construir mecanismos* de participación y control de la comunidad en todos los niveles.
 - *Educar* a los políticos, a los medios de comunicación y a la opinión pública sobre la promoción de políticas y ambientes más saludables.
 - *Ayudar a crear* ambientes que favorezcan la adopción de actitudes y comportamientos positivos hacia la salud, a nivel individual, familiar, comunitario e institucional.
 - *Impulsar* la cooperación intersectorial.
 - *Promover y crear* ambientes que refuercen el apoyo social, la ayuda mutua, el desarrollo comunitario y otras estrategias para la acción colectiva.
- Ahora bien, para trabajar en este nuevo marco, el equipo profesional tiene que estar dispuesto a una serie de cambios y aprendizajes que se pueden concretar en los siguientes puntos:
- Modificación del tipo de *relación* entre los usuarios y los profesionales. Esto supone el rechazo de una relación de dependencia, propia de un modelo patriarcal, vertical y jerarquizado, en el que el personal sanitario tiene el poder de decidir qué es salud y qué es enfermedad. Esta relación debe convertirse en *horizontal*, asentarse en lo cotidiano y en lo inmediato, basada en una relación interpersonal, integradora.
 - Aprender a organizar grupos que tengan como objetivo provocar cambios en las decisiones político-administrativas para así convertirlas en propuestas promotoras de salud.
 - Aprender a trabajar en grupos ya organizados para orientarles sobre los problemas de salud y las condiciones que los mantienen o los provocan, de forma que puedan actuar en consecuencia.
 - Enseñar a la población a no delegar sus problemas de salud, lo que supone reconocer que el ejercicio del derecho a la salud requiere un empeño de participación directa y activa.

Reforzando estos conceptos, cabe decir que el equipo de profesionales tiene que aprender a desarrollar una serie de actitudes conducentes a:

- La comprensión y aceptación de las personas y grupos, como seres que definen y persiguen sus propios fines.
- Tener paciencia y saber escuchar, con un deseo profundo de entender los problemas de las personas.
- Mostrar consideración y respeto hacia las personas a las que se sirve y ayuda.
- Fortalecer los recursos humanos no profesionales: grupos de ayuda mutua, voluntarios y agentes de salud.
- Combatir el sexismo, el racismo y el fanatismo por la salud, así como la discriminación contra ciertos grupos como las mujeres, los jóvenes, los ancianos, los toxicómanos, los homosexuales, las prostitutas, los grupos étnicos y los inmigrantes.
- Rechazar las intervenciones paternalistas que no tienen en cuenta los derechos de las personas ni el bienestar colectivo.
- Evitar la medicalización de aspectos ordinarios de la vida, como el embarazo, el parto, el puerperio, el climaterio, la educación de los niños, la alimentación, etc.
- Respetar el conocimiento y experiencia de los demás.