LEECH

DG Educación y Cultura

Programa de acción en el ámbito del aprendizaje permanente

La salud de la población trabajadora de bajo nivel educativo, desafíos en su educación

Editado por:
Elżbieta Korzeniowska
Krzysztof Puchalski

DG Educación y Cultura
Programa de acción en el ámbito
del aprendizaje permanente

La publicación titulada “La salud de la población trabajadora de bajo nivel educativo, desafíos en su educación” ha sido preparada dentro del paquete de trabajo número 3 del proyecto denominado “Reforzando competencias transversales sobre salud de la población trabajadora en el contexto de un mercado laboral en continuo cambio”. Siglas en ingles: LEECH (proyecto número: 142222-LLP-1-2008-1-PLGRUNDTVIG- GMP; concesión de subvención: 2008-3466/001-001).

El presente proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea.
Esta publicación es responsabilidad exclusiva de su autor.
La Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.

LEECH

El proyecto “Reforzando competencias transversales sobre salud de la población trabajadora en el contexto de un mercado laboral en continuo cambio” ha sido coordinado por:

NOFER INSTITUTE OF OCCUPATIONAL MEDICINE

The Nofer Institute of Occupational Medicine, The National Centre for Workplace Health Promotion
Address: Św. Teresy 8, Lodz, PL. 91-348 Poland
Tel.: +48 42 6314-686, Fax: +48 42 6314-685
e-mail: whpp@imp.lodz.pl, Website: http://www.imp.lodz.pl
Lider de proyecto: Elżbieta Korzeniowska, Ph.D.
Equipo de proyecto: Krzysztof Puchalski, Ph.D., Jacek Pyżalski, Ph.D., Eliza Goszczyńska, M.A., Patrycja Wojtaszczyk, M.A.

Entidades asociadas beneficiarias del proyecto Reforzando competencias transversales sobre salud de la población trabajadora en el contexto de un mercado laboral en continuo cambio”:

RĪGAS STRADIŅA UNIVERSITĀTE

Institute of Occupational Safety and Environmental Health of Riga Stradins University
Address: Dzirciema 16, Riga, LV 1007, Latvia
Tel./ Fax: +371 67409139, Website: www.rsu.lv
El responsable del equipo de proyecto en Letonia: Maija Eglite, Prof.

univerzitetni klinični center ljubljana
University Medical Centre Ljubljana

University Medical Centre, Clinical Institute of Occupational, Traffic and Sports Medicine
Address: Poljanski nasip 58, Ljubljana, SL 1000, Slovenia
Tel.: +386 1 522 2692, Fax: +386 1 522 2478, Website: www.cilizadelo.si
El responsable del equipo de proyecto en Eslovenia: Tanja Urdih Lazar, B.A.

ivadis
INSTITUTO VALENCIANO DE ATENCIÓN A LOS DISCAPACITADOS Y ACCIÓN SOCIAL

Valencian Institute for Disabled People and Social Action
Address: Avda del Puerto 108, Valencia, ES 46023, Spain
Tel.: +34 961971460, Fax: +34 961971461, Website: www.ivadis.com
El responsable del equipo de proyecto en España: Jose Manuel Gil Guzmán, M.A.

La salud de la población trabajadora de bajo nivel educativo, desafíos en su educación

Editado por:
Elżbieta Korzeniowska
Krzysztof Puchalski

LEECH

DG Educación y Cultura
Programa de acción en el ámbito
del aprendizaje permanente

Editores:
Elžbieta Korzeniowska, Ph.D., Krzysztof Puchalski, Ph.D.
The Nofer Institute of Occupational Medicine,
The National Centre for Workplace Health Promotion
Dirección: Sw. Teresy 8, 91-348 Lodz, Poland
Tel.: +48 42 613-686
Fax: +48 42 613-685
E-mail: whpp@imp.lodz.pl
website: http://www.imp.lodz.pl

Peer-reviewers:
Maria Belen Cardona Rubert
Pedro A. Ramiro Pollo

Traducción:
Trayma traducciones

Diseño gráfico:
Valdis Bērzvads

© The Nofer Institute of Occupational Medicine, 2010
(Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łodz, Polska)

Edita:
Rīga Stradiņš University,
Institute of Occupational Safety and Environmental Health, 2010
(Rīgas Stradiņa universitāte, Darba drošības un vides veselības institūts)
Dzirciema 16, Riga, LV 1007, Latvia

ISBN 978-9984-788-83-8

CONTENIDOS

1. Educación en salud y promoción de hábitos saludables como modo de mejorar la competitividad de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo en el mercado laboral; proceso y objetivos del proyecto LEECH
Elzbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski, Eliza Goszczynska, Jacek Pyzalski, Patrycja Wojtaszczyk 5

2. El bajo nivel educativo como problema social en la Unión Europea
Eliza Goszczyńska 10

3. La política de la Unión Europea hacia las personas con bajo nivel educativo
Patrycja Wojtaszczyk 29

4. Factores determinantes de los hábitos saludables y posibilidades de modelarlos
Krzysztof Puchalski 35

5. Metodología de la educación en salud de trabajadores/as con bajo nivel educativo - revisión de enfoques
Jacek Pyzalski 46

6. Concienciación y hábitos de salud de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo
Krysztof Puchalski 53

7. Las preferencias de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo sobre la educación y promoción de la salud
Elżbieta Korzeniowska 72

8. Modelado de los estilos de vida saludables de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo – recomendaciones
Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski 93

9. La actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo español
Jose Manuel Gil Guzmán, Dolores García, Manuel López 101

10. La actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo letón
Ivars Vanadziņš, Maija Eglīte, Inese Mārtiņsone, Dagmāra Sprūdža, Mārīte Baķe, Mairita Zellāne, Šarlote Konova 109

11. La actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo polaco
Elżbieta Korzeniowska 123

12. La actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo esloveno
Natasa Dernovscek Hafner, Tanja Urdih Lazar, Klavdija Besednjak 135

Bibliografía 145

Índice de autores y autoras 150

CAPÍTULO 1
Educación en salud y promoción de hábitos saludables como modo de mejorar la competitividad de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo en el mercado laboral; proceso y objetivos del proyecto LEECH

Elzbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski, Eliza Goszczynska, Jacek Pyzalski, Patrycja Wojtaszczyk

1. Entidades participantes, objetivos y tareas del proyecto

El proyecto denominado "Refuerzo de las competencias transversales de trabajadores/as con bajo nivel educativo en lo relativo a sus opciones sobre salud en el contexto de un mercado laboral sujeto a constantes cambios" (conocido por sus siglas en inglés LEECH) es un proyecto de investigación e implementación internacional que se está llevando a cabo de forma simultánea en cuatro Países Miembros de la UE: España (ES), Letonia (LV), Polonia (PL) y Eslovenia (SI) desde diciembre de 2008 hasta febrero de 2011, dentro del programa Grundtvig (Programa de Aprendizaje Permanente). Su coordinación corre a cargo del Centro Nacional para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo del Instituto Nofer de Medicina del Trabajo (Polonia) mientras que las otras instituciones que colaboran son: *Instituto Valenciano de Atención a los Discapacitados y Acción Social, Univerzitetni Klinicni center Ljubljana, Klinicni institut za medicino dela, prometa in športa (Centro Médico Universitario, Instituto Clínico de Medicina del Trabajo, del Tráfico y los Deportes), Rigas Stradina Universitates Darba un Vides Veselibas Instituts (Instituto de Salud en el Trabajo y Medioambiental de la Universidad Stradins de Riga).*

El motivo que animó a llevar a cabo este proyecto nace de los resultados de los sondeos sociales que se realizaron en diferentes países europeos y que demuestran la relación entre un mejor estado de salud o hábitos más saludables con un nivel de educación superior. En otras palabras, las estadísticas muestran que cuanto más bajo es el nivel socioeconómico (especialmente el educativo), menos saludables son los hábitos, menor es la motivación para introducir cambios en el estilo de vida y, por tanto, peor es la salud en general. Esta situación genera costes elevados, incluidos los relacionados con las prestaciones de la seguridad social para las personas con bajo nivel educativo, tanto para el Estado, como para las mismas personas por su limitada capacidad para trabajar y su restringida competitividad en el mercado laboral. Por tanto, una reducción de las desigualdades en la salud entre la población activa de bajo y alto nivel educativo es un reto de gran importancia. La creación e implementación de una estrategia específica de educación en salud y promoción de la salud hecha a medida de las necesidades de las personas con un bajo nivel educativo es un método efectivo para mejorar el estado de salud, los hábitos saludables y la inclusión social de este colectivo. No obstante, la práctica muestra que la mayoría de programas de este tipo están dirigidos al público general y no toman en consideración las características específicas de este grupo objetivo, lo que paradójicamente contribuye a acentuar las desigualdades en la salud.

Por tanto, el objetivo fundamental del proyecto LEECH era el desarrollo de recomendaciones para la educación en salud y la promoción de la salud que se deriven de las necesidades y habilidades específicas de trabajadores con bajo nivel educativo. En otras palabras, el proyecto se diseñó para incrementar la eficiencia de las acciones destinadas a animar a las personas con bajo nivel educativo a implementar un estilo de vida saludable lo que mejoraría su estado general de salud y su actividad profesional. Debido al hecho de que esto es una cuestión de competencias útiles en varias áreas de la vida, tanto en el trabajo como en la vida personal de la gente, lo que aplicamos aquí se llama "competencias transversales".

La consecución de este objetivo requería acciones en dos grupos objetivos: a) clientes directos, es decir personas que tienen la posibilidad de proporcionar educación en salud para trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo y b) clientes finales, que se denominan en el proyecto como LEE (trabajadores/as con bajo nivel educativo).

En lo concerniente a las medidas implementadas la lista era la siguiente:

1. *Identificación de formas específicas de percepción de la salud y sus determinantes, nivel de conocimiento y creencias de LEE en relación con sus hábitos de salud y opciones sanitarias (incluidas las adoptadas en el lugar de trabajo), así como sus preferencias en términos de contenido, métodos y formadores en educación en salud.*

Esta labor se realizó llevando a cabo durante el cuarto trimestre de 2009 y el primer trimestre de 2010 entrevistas con 1691 personas con status de trabajador o trabajadora (400 encuestados aproximadamente en cada uno de los cuatro países que participan en le proyecto). El equipo de implementación ha desarrollado unos criterios de selección de una muestra que permite identificar de la mejor forma posible una especificidad de los LEE en comparación con grupos con un nivel de educación superior. Por este motivo, se dividió a las personas encuestadas en un grupo objetivo, concretamente, personas con bajo nivel educativo, es decir personas sin estudios finalizados, Graduado escolar, Educación Secundaria Obligatoria o formación profesional de primer grado (niveles 0-2 y 3C de acuerdo con lo establecido por ISCED 1997)[1], y un grupo de control, gente con un nivel de educación más alto, concretamente con educación secundaria de segundo grado (tanto general como profesional) o educación superior (niveles 3A-B y 4-6 de acuerdo con lo establecido por ISCED 1997)[2]. Con el fin de obtener una muestra "limpia" de LEE, se estableció la condición de que el grupo objetivo no podía incluir gente con educación primaria o profesional básica que continuara estudiando educación secundaria. Las personas encuestadas estaban dentro del intervalo de edad de 25-54 (tanto el grupo control como el grupo experimental estaba formado por 1/3 de los siguientes grupos de edad: 25-34, 35-44 y 45-54). Fueron escogidos entre trabajadores/as en varios campos de negocio y residentes en ciudades (ya fueran estas grandes o pequeñas) y zonas rurales.

El estudio se llevó a cabo basándose en un cuestionario-entrevista desarrollado por los socios del proyecto. Con el fin de garantizar el mayor nivel de relevancia posible en las preguntas sobre las formas de percibir el tema en los dos grupos sujetos a estudio, una de las fases importantes de su desarrollo fue llevar a cabo el sondeo piloto entre las personas que cumplían con los criterios de selección de la muestra.

2. *Resumen de las recomendaciones existentes y formulación de nuevas sobre métodos efectivos de educación en salud para LEE (especialmente en términos de contenido, estrategias apropiadas y métodos de educación)*

---

[1] Estas siglas corresponden a Clasificación Estándar Internacional de la Educación. Se creó para presentar estadísticas de educación tanto dentro de los países individuales como internacionalmente. La última versión se aprobó durante la 29 Conferencia de la UNESCO en noviembre de 1997. Distingue siete niveles educativos: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, donde 0 corresponde *a educación previa a la primaria, el nivel 1 a educación primaria, el nivel 2 a los primeros años de la educación secundaria, el nivel 3 a los últimos cursos de la educación secundaria, nivel 4 a educación postsecundaria no superior, nivel 5 primeros cursos de la educación superior y el nivel 6 a los últimos años de la educación superior.* Algunos de estos niveles pueden subdividirse en subniveles. Un ejemplo podría ser el nivel 3, que puede subdividirse en el nivel 3A (que faculta para adquirir competencias en el nivel 5A), 3B (que capacita para recibir educación en el nivel 5B) y 3C (que no contempla la posibilidad de una continuación directa de una educación en el nivel 5, pero que implica la adquisición de cualificaciones básicas y, por tanto, conduce directamente al mercado laboral). (Fuente: http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf).

[2] El grupo de 400 personas correspondiente a cada país estaba formado por alrededor de 200 representantes del grupo de control y alrededor de 200 personas que cumplían con los requisitos del grupo experimental.

Las recomendaciones existentes se recogieron por parte de los socios revisando la literatura nacional e internacional en este campo. Las demás recomendaciones se basaron en los resultados obtenidos de la encuesta hecha a los LEE como parte del proyecto.

3. *Identificación/características de los sistemas educativos para adultos que trabajan en cada uno de los países participantes (por ejemplo mecanismos existentes, instituciones y tipos de formaciones posibles) que podrían utilizarse para implementar la educación en salud entre los LEE.*

Expertos de las entidades participantes revisaron los sistemas nacionales de educación. Gracias a esto se identificaron un mayor número de personas beneficiarias del proyecto LEECH.

4. *Preparación de monografías para educadores de salud sobre modos efectivos de estimular a los LEE a implementar estilos de vida saludables.*

Un elemento importante para garantizar la calidad de la monografía era la encuesta piloto en su versión preliminar entre los representantes del grupo experimental, así como su revisión científica. Este libro se publicó en cuatro idiomas: inglés, letón, polaco y esloveno, tanto en papel como en formato electrónico (la versión online está disponible en las páginas web de los socios del proyecto).

5. *Formar a un grupo de alrededor de 120 educadores y educadoras sanitarios/as en los cuatro países participantes en el campo de estrategias apropiadas para la educación y promoción de la salud dirigidos a LEE y maneras de transferir competencias a grupos de personas interesadas en este tema (la formación en cascada).*

El proyecto desarrolló el contenido de un curso que está disponible a través de las páginas web de las instituciones asociadas. La prueba piloto se realizó en el cuarto trimestre de 2010 en todos los países que participan en el proyecto LEECH.

6. Difusión de los resultados del proyecto (por ejemplo monografías y contenido recomendado de la formación) entre representantes del grupo objeto del proyecto.

Una herramienta principal y permanente para la difusión de los contenidos del libro y el curso son las páginas web de los socios. La versión en papel del manual se distribuyó entre las principales organizaciones/instituciones activas en los países de la Unión Europea en el campo de la promoción y la educación en salud, educación de adultos, la responsabilidad social de las empresas y otras entidades a caballo entre las esferas del trabajo y la salud. Además, los datos recogidos gracias al proyecto se publicaron en artículos científicos y presentaciones de conferencias científicas.

2. Presupuestos teóricos del proyecto

Tal y como se menciona en el apartado anterior, el proyecto LEECH está dirigido a mejorar las competencias del personal trabajador con bajo nivel educativo, ayudándole a adquirir hábitos saludables (y funcionar así mejor en el mercado laboral gracias a la mejora de su estado general de salud) a través de acciones de educación y promoción de la salud. Se partió del siguiente presupuesto teórico: en lo que se refiere a competencias se debe tomar en consideración una amplia gama de hábitos, incluidos el estilo de vida, con un impacto de sobra demostrado sobre la salud de las personas (dieta, actividad física y ocio, consumo de tabaco y alcohol) y no únicamente el auto tratamiento o el uso de los servicios sanitarios de la seguridad social.

Se partía del supuesto que las competencias que favorecían los hábitos saludables podían mejorarse mediante la educación en salud y la promoción de la salud que se llevaban a cabo en campañas para la población general y sus grupos por separado, así como programas de intervención preparados para las necesidades de cada empresa. Se consideraba que el mejor sitio para implementar estas acciones son las empresas en sí mismas, ya que éstas podrían hacer uso de forma inmediata de los procedimientos existentes para las cualificaciones de los/as trabajadores/as, las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de clientes, etc. De ahí que se prestara tanta atención a las intervenciones en empresas.

En cuanto al tema que afecta la educación en salud y la promoción de la salud, el proyecto LEECH se centra en los temas relacionados con la modulación de los hábitos saludables, haciendo caso omiso, a la vez, de otras cuestiones a menudo implementadas como conocimiento de las enfermedades de la civilización, funcionamiento del sistema de la seguridad social, derechos de los pacientes, etc. Por tanto, la formación con este perfil y la promoción de la salud constituían la base para la conceptualización del estudio y formulación de las sugerencias y recomendaciones.

Normalmente se acusa a la educación tradicional para la salud de no ser apropiada para las necesidades de las personas con diferentes niveles educativos. Como resultado, las actividades para la salud no resultan eficaces, por no llegar a los grupos con un nivel bajo y contribuyen a aumentar las diferencias entre los grupos, en vez de tender a la igualdad. Las personas usuarias con un bajo nivel educativo no suelen entender bien dichas actividades y, por tanto, no fomentan los hábitos saludables (mientras que los trabajadores y las trabajadoras con una mejor educación sí suelen utilizar este conocimiento). De ahí que se buscaran las razones para esta situación. Con este fin se hizo referencia a los resultados de una encuesta (realizada tanto antes como durante el proyecto) cuyo objetivo era mostrar si existían diferencias entre dos grupos de trabajadores/as, y si las había cuáles eran, y qué particularidades presentan los clientes con un bajo nivel educativo como receptores de educación en salud y la promoción de la salud. Se llevó a cabo un análisis de este tipo en dos dimensiones: a) comprando personal trabajador con un nivel educativo bajo y otro superior en todos los países participantes en el proyecto LEECH y b) buscando diferencias entre estos grupos a nivel de cada país.

Así mismo, se abordó el problema de una diferenciación dentro del grupo objetivo formado por trabajadores/as con bajo nivel educativo. En este caso se tuvo en cuenta la cuestión de los factores socioculturales asociados al país de residencia.

El método de análisis adoptado se basó en un modelo de comunicación clásico formado por tres componentes clave de comunicación: emisor ->mensaje (contenido y forma) -> receptor. Se reconoció que la cuestión clave para mejorar las actividades de educación en salud (puesto que eran efectivas y no generaban una marginalización de un grupo de clientes con bajo estatus) es un intento de ajustar tanto el contenido como las acciones de un emisor (formador) a las particularidades o necesidades declaradas de dicho grupo. Las características distintivas de los receptores con bajo estatus se identificaban básicamente en la esfera del contenido de sus planteamientos mentales sobre cuestiones de salud, preferencias de actividades educativas, comprensión de los conceptos que se utilizan en los mensajes de salud, así como formas de tratar con su salud.

Debido a la falta de una teoría universal sobre hábitos saludables que incluya toda su diversidad (incluidos hábitos y actividades con una intención determinada, favorables o desfavorables para la salud, hábitos de diverso contenido, como la nutrición y los exámenes médicos), la inspiración se obtuvo de múltiples teorías y conceptos sobre hábitos, sus determinantes y desarrollos, así como experiencias de médicos en educación en salud y promoción de la salud. Se compilaron formando un modelo sintético que mostraba los factores más importantes que influyen en los hábitos saludables. El alcance del análisis de los determinantes de los hábitos y eficiencia de su desarrollo se limitó, no obstante, al área que puede afectar a la educación en salud y la promoción de la salud en el trabajo. Por tanto, se abandonó la idea de tratar los factores macroeconómicos y políticos o la tradición cultural, así como el estado objetivo de la salud, o factores de temperamento o personalidad.

3. Estructura de la compilación

En esta monografía se prestó atención fundamentalmente a una presentación de los resultados de la primera actividad, con objeto de identificar los determinantes específicos de los hábitos saludables del personal trabajador con bajo nivel educativo. A continuación se presentaron sugerencias y recomendaciones para los/as profesionales implicados/as en la educación y promoción de la salud, que era el objetivo de la segunda actividad. La monografía es la realización de la cuarta actividad y el elemento de las actividades cinco y seis del proyecto LEECH.

En los primeros capítulos de la monografía se presenta el bajo nivel educativo como un problema social en la UE y un reto para las políticas de la UE. Otro capítulo presenta una reflexión sobre los determinantes de los hábitos saludables y organiza una variedad de factores que influyen en estos hábitos. Describe los factores que pueden estar sujetos a influencia en programas de educación en salud y promoción de la salud e identifica posibles estrategias que se utilizan en proyectos de este tipo. El siguiente capítulo especifica el tema de los métodos de influencia educativa en trabajadores y trabajadoras con un bajo nivel educativo basándose en la experiencia existente y en los análisis de este problema, principalmente en el

área de hábitos asociados con enfermedades. Faltan planes para un estilo de vida saludables. Los capítulos posteriores presentan los resultados de las entrevistas realizadas dentro del proyecto LEECH entre una población de trabajadores/as de los cuatro países participantes en el proyecto. En ellos se incluyeron los hábitos actuales y la atención a la salud y preferencias de los trabajadores con bajo nivel educativo para educación en salud y promoción de la salud. La presentación terminó con una indicación de las recomendaciones, la inclusión de las cuales podría contribuir a una mayor eficacia de las intervenciones en educación y publicidad llevadas a cabo para ese grupo objetivo. Como conclusión se presentaron los hallazgos sobre cada uno de los países, socios del proyecto LEECH.

CAPÍTULO 2
El bajo nivel educativo como problema social en la Unión Europea

Eliza Goszczyńska

1. Introducción

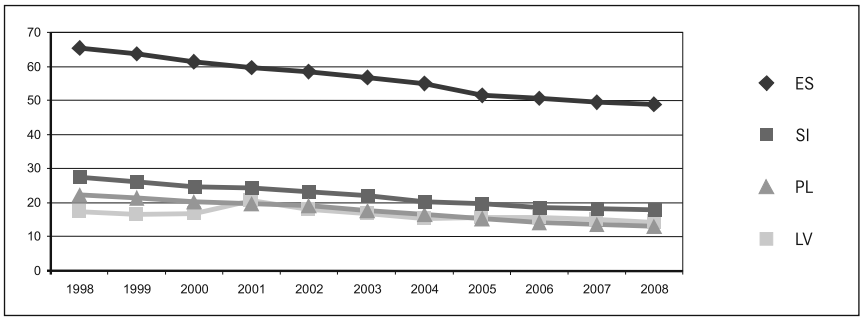
El bajo rendimiento educativo se considera una barrera significativa para el desarrollo tanto personal como profesional y una fuente considerable de desigualdades sociales (por ejemplo, Comisión Europea, 2009a). Como se demuestra más adelante en el presente capítulo, el paro castiga con más frecuencia a las personas con un bajo nivel educativo, que además tienen que soportar unas condiciones laborales más desfavorables (incluidas las materiales), pobreza, y por consiguiente exclusión social. Hablando de forma objetiva, deberían participar en diversas acciones de formación continua con el fin de adquirir cualificación profesional o mejorar las que tienen y de este modo aumentar sus posibilidades en el mercado laboral, no obstante, en la práctica, estas personas se aprovechan de estas acciones formativas menos que las personas con un alto nivel educativo, lo que acentúa si cabe aún más la disparidad entre los dos colectivos. En el grupo objeto de estudio no sólo percibimos un funcionamiento peor en la esfera profesional, sino también menos conciencia, así como peores hábitos saludables y situación general de salud, lo que constituye la fuente de una serie de cargas financieras para la seguridad social y el sistema sanitario. Además, debido al hecho de que el bajo rendimiento académico en muchos casos es "heredado", es decir, que afecta más a los hijos de padres con bajo nivel educativo, constituye una especie de lastre para generaciones futuras.[1]Además, en la literatura (por ejemplo Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Grantham-McGregor et al, 2007) se enfatiza que la situación socioeconómica desfavorable de los grupos con un bajo nivel educativo se transmite, a menudo, de generación en generación (*transmisión intergeneracional de desventaja*).

Por tanto, las personas con un bajo nivel educativo deberían ser un grupo objetivo esencial para las actividades de la política social, educación para la salud y promoción de la salud. No obstante, en la realidad este grupo rara vez pasa a ser un sujeto individual de interés especialmente para el cuerpo político, pero

[1] La investigación de Eurostat (Comisión Europea, 2008) realizada en 27 Estados Miembros de la Unión Europea (UE-27) muestra que existe una relación entre el nivel educativo de los padres y madres y el rendimiento de sus hijos/as en este ámbito. Por ejemplo, resultó que en el caso de los hijos (tanto hijos como hijas) cuyos padres y madres tenían educación superior, las oportunidades de alcanzar el mismo grado de educación eran significativamente mayores que en el caso en que el padre tenía estudios básicos, la proporción en este ámbito es de 2 y más en todos los Estados Miembros de la Comunidad. Mientras que otros datos muestran que las aspiraciones de los progenitores en lo que a la educación de sus hijos se refiere dependen de su nivel de educación. Por ejemplo, según la investigación del Centro de Investigación de la Opinión Pública (2009) que se hizo sobre una muestra de 1094 ciudadanos/as adultos/as de Polonia, mientras que a tres cuartas partes de los padres con educación primaria les gustaría que sus hijos obtuvieran un nivel de educación superior (el 75% de los encuestados para sus hijas y el 73% para sus hijos respectivamente), entre los padres con educación superior casi todos lo desean (94% de los padres para sus hijas y 97% para sus hijos).

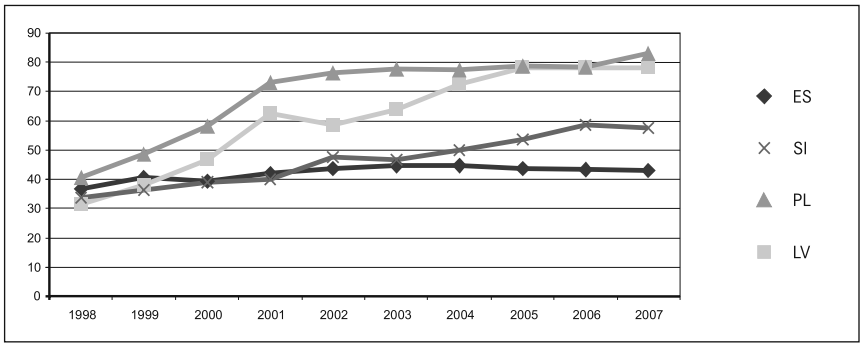
también para actividades sociales y científicas.[2] Prestamos atención a la gente con bajo nivel educativo, casi únicamente porque constituyen una parte significativa de todos los grupos que están excluidos socialmente, es decir las personas paradas, personas con pocos o ningunos recursos económicos, sin techo, incluidos en el denominado "*grupo vulnerable*" (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, 2002), y son el tema de acciones correctoras. Sin embargo, raramente pensamos en soluciones dirigidas directamente a este grupo de personas, que constituirían un elemento de prevención de los problemas sociales y de salud que les afectan. Este *status quo* puede proceder, entre otras, de tres cuestiones. En primer lugar, en muchos países pertenecientes a la Unión Europea, que ejerce mucha presión para la consecución de los objetivos de la Estrategia de Lisboa y los supuestos de la Declaración de Bolonia, desde hace muchos años se observa un decrecimiento del número de personas con un nivel educativo bajo en la población general (los datos en este campo para los cuatro países que participan en el proyecto LEECH se muestran en los gráficos 1 y 2). En segundo lugar, adoptar acciones dirigidas únicamente al grupo objeto de estudio puede percibirse como símbolo de estigma social y consecuentemente una violación de los principios de corrección política. Es más, a parte del hecho de que desde este punto de vista esta comunidad puede no agradecer las acciones, a menudo no es un objeto fácil para este tipo de cometidos. Las barreras motivacionales comunes en el grupo objeto de estudio y la falta de experiencia positiva en educación pueden ser ejemplos de factores que limitan, en gran medida, el uso de la formación continua por parte de sus representantes (Ministerio de Economía y Trabajo, 2006).

Gráfico 1. La proporción de población en edades comprendidas entre los 25-64 con un nivel educativo 0-2 de acuerdo con lo establecido por el ICED 1997 en 1998-2008 (%).



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

Gráfico 2. La proporción de población con edades comprendidas entre los 20-29 con educación superior (5-6 de acuerdo con lo establecido por el ISCED 1997) por 1000 en 1998-2007.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

[2] Los informes de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, Eurofund puede ser un ejemplo aquí. Analizan los problemas más actuales en un periodo determinado de tiempo relativos a personas empleadas. El envejecimiento y la desigualdad de los sexos constituyen, hoy en día, un eje del análisis significativamente más a menudo que las desigualdades que se desprenden del nivel de educación o las cualificaciones.

Debido al hecho de que a pesar de los obstáculos existentes este grupo requiere que las acciones se ajusten a sus necesidades, habilidades y a menudo a sus preferencias en el ámbito de la política social, educación y promoción de la salud, el objeto del presente capítulo es intentar presentar sus particularidades sobre cómo aprovecharse de diferentes formas de formación continua, nivel de educación y competencias deseables en el mercado laboral actual, posibilidades de empleo, métodos del trabajo a realizar, situación económica, hábitos sanitarios y estado general de salud, así como su grado de satisfacción con su vida profesional y personal. La intención principal es crear una característica común de las personas con bajo nivel educativo (incluidos las personas desempleadas) en toda la Unión Europea especialmente tomando en consideración los cuatro países que participan en el proyecto LEECH. Por tanto, en este capítulo se utilizaron las conclusiones de la investigación europea general, especialmente recopilados por Eurostat y coordinados por Eurofund.

2. Utilizar varias formas para adquirir/mejorar el conocimiento y las capacidades

A priori puede parecer que el grupo objeto de estudio debería estar particularmente interesado en varias formas de adquirir o mejorar el conocimiento y las capacidades para suplir las deficiencias en este ámbito derivadas de la corta duración de su etapa escolar y el hecho de que la educación oficial sea a menudo demasiado general (es decir, que no lleva a la adquisición de las competencias necesarias para ejercer una profesión, lo que por regla general hace referencia a personas con un nivel educativo de 0-2, según el ISCED[3]). Entre tanto, son muchos los estudios que apuntan al hecho de que cuanto mayor es el nivel de educación oficial, más se combinan varios tipos de educación (tanto educación[4] y formación oficial como no oficial[5]).

Por ejemplo, una Encuesta sobre Educación para Adultos, (AES según sus siglas en inglés) que se realizó en toda la UE y cuyos resultados se presentan en la base de datos de Eurostat, muestra que en la UE de media por cada 5 personas con edades comprendidas entre 25-64 años con un nivel educativo de 0-2 según la clasificación propuesta por el ISCED 1997 aproximadamente sólo uno cursa alguna forma de educación o formación oficial y/o no oficial[6] (18%), mientras que por cada 5 personas encuestadas en los grupos con un nivel educativo 3-4 y 5-6 de acuerdo con el ISCED los porcentajes ascienden a (36,3%) y (58,8%) respectivamente, lo que quiere decir que por cada cinco personas encuestadas de nivel educativo 3-4 dos cursan alguna forma de educación oficial o no oficial y cada cinco encuestados del nivel educativo 5-6 tres reciben educación y/o formación (véase el gráfico 3, tabla 1). Es más, los resultados de la Encuesta sobre Mano de Obra en la UE (LFS según sus siglas en inglés), uno de los módulos que

[3] En este capítulo los niveles educativos se describen principalmente mediante el Estándar Internacional de Clasificación de la Educación aprobado por la Conferencia General de la UNESCO en su 29 sesión celebrada en noviembre de 1997-ISCED 1997. En él se distinguen siete niveles de educación: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 (nivel 0 – educación preprimaria, nivel 1 – educación primaria, nivel 2 – educación secundaria básica, nivel 3 – educación secundaria (superior), nivel 4 – educación postsecundaria no superior, nivel 5 – primera etapa de la educación superior, nivel 6 – segunda etapa de la educación superior).

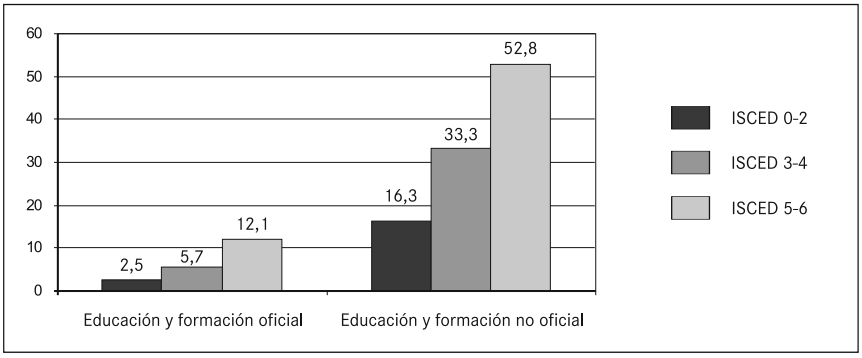
[4] Dentro de la educación y formación oficial se engloba le educación dentro del sistema escolar y está relacionada con la forma sistemática de educación. Se implementa de acuerdo con los programas de estudios aprobados. Resulta en la obtención de cualificaciones confirmadas por expedientes académicos, certificado de graduado escolar, certificados, diplomas (Oficina Central de Estadística, 2009).

[5] Los cursos de formación y educación no oficial engloban todas aquellas actividades educativas organizadas que no se corresponden con la definición de educación escolar, es decir: no se imparten en instituciones escolares oficiales y por consiguiente no suponen un cambio en el nivel educativo oficial. La participación en dichos cursos puede llevar a la obtención de un certificado o no. En las investigaciones este tipo de educación se distingue de la educación informal, es decir el autoaprendizaje para la adquisición de conocimiento y la mejora de las capacidades. El autoaprendizaje, al contrario de lo que sucede tanto con la educación oficial como con la no oficial, se realiza sin profesor, excepto en los casos de organizados de educación escolar y extramuros.

[6] Esas personas se incluyeron en las estadísticas que contemplaron cualquier tipo de educación y formación oficial durante las cuatro semanas anteriores al estudio y educación y formación no oficial en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista.

trataba sobre aprendizaje continuo para adultos[7] muestra que estas tendencias permanecen constantes, independientemente de la actividad profesional. Cuanto mayor nivel educativo tiene una persona residente en la UE, mayor es su uso de varios tipos de adquisición/mejora de conocimientos y capacidades, independientemente de si pertenecen a grupos activos (incluidos las personas con trabajo y las personas desempleadas) o los grupos profesionalmente pasivos.[8]

Gráfico 3. Índice de participación de personas con edades comprendidas entre 25-64 en educación y formación oficial y no oficial según el nivel educativo (%), UE-27, 2007.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

Tabla 1. Índice de participación de personas con edades comprendidas entre los 25-64 años en educación y formación oficial o no oficial según el nivel educativo, 2007.

País	Personas cursando educación y formación **oficial** según el nivel educativo (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)			Personas cursando educación y formación **no oficial** según el nivel educativo (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)			Personas cursando educación y formación **oficial y/o no oficial** según los niveles educativos (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)[9]		
	0-2	**3-4**	**5-6**	**0-2**	**3-4**	**5-6**	**0-2**	**3-4**	**5-6**
UE-27	2,5%	5,7%	12,1%	16,3%	33,3%	52,8%	18%	36,3%	58,8%
ES	1,7%	6,6%	12,7%	15,8%	30,9%	43,9%	17%	35,5%	51,1%
LV	0,3%	2,8%	14,7%	11%	26,1%	53,0%	11%	27,2%	58,5%
PL	0,8%	3,4%	16,1%	4%	13,4%	46,4%	4,7%	15,8%	54,4%
SI	2,1%	8,9%	13,6%	10,9%	33,7%	63,4%	12,7%	39%	67,6%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

La OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, ha llevado a cabo durante los últimos años unos estudios dentro de los ámbitos y determinantes de este fenómeno, que ofrece una imagen interesante del aprendizaje continuo de adultos[10]. Estos estudios demostraban que con el nivel de educación oficial, no sólo aumentaba el porcentaje de personas que recibían varios tipos de educación (véase O'Connell P.J., 1999; OCDE, 2003a, OCDE, 2005) sino también la cantidad de tiempo invertida en

[7] En este estudio se tomó en consideración un grupo de personas de edades comprendidas entre 25-64 de los Estados Miembros de la Unión Europea

[8] Fuente http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database.

[9] Los datos que se muestran en la parte de la tabla "personas cursando educación y formación oficial y/o no oficial..." son normalmente inferiores que la suma de porcentajes de las personas con un determinado nivel educativo que se muestran en la tabla como " personas cursando educación y formación oficial" y "personas cursando educación y formación no oficial" debido a que en el periodo de análisis algunos de los encuestados recibían cursos al mismo tiempo en el sistema educativo oficial y no oficial.

[10] Estos estudios se realizaron también fuera de las fronteras de Europa, algunos de ellos incluían sociedades de EEUU, Canadá, Méjico, Australia e incluso Corea, lo que demuestra el carácter internacional del fenómeno aquí descrito.

los mismos (véase O'Connell P.J., 1999). En las publicaciones de la OCDE, se investigan las razones de estas desproporciones. Entre otras conclusiones se apuntan aquellas que muestran que las personas con un buen nivel de formación suelen ser más conscientes de los beneficios que se derivan de la mejora de los conocimientos y competencias que supone la formación continua, mientras que las personas con un bajo nivel educativo con bastante frecuencia piensan que las cualificaciones que tienen les bastan (OCDE, 2003a, Ministerio de Economía y Trabajo, 2006). La falta de medios económicos objetivos también se menciona en estos estudios, así como las tendencias/voluntad de aumentar los costes del aprendizaje continuo (que se justifican porque los beneficios privados de la inversión en mejorar la cualificación aumentan con el nivel educativo) (OCDE, 2003b; Ministerio de Economía y Trabajo, 2006). De hecho, una de las investigaciones de la OCDE (O'Connell P.J., 1999) confirma que cuanto menor es el status educativo, menos común es la participación económica en este tipo de actividades. Entre los motivos del bajo nivel de implicación del grupo objeto de estudio en actividades de aprendizaje continuo podemos apuntar las siguientes: sus deficiencias en cualificaciones generales (por ejemplo escritura, comprensión lectora, contar) que pueden suponer una barrera objetiva sustancial para el aprovechamiento eficaz de una oferta de este tipo, y carencias educativas en etapas educativas anteriores que pueden traducirse en dificultad para las personas con un bajo nivel educativo para encontrarse a sí mismos en la situación de una persona implicada en procesos de aprendizaje continuo (Ministerio de Trabajo y Política Social)[11]. No obstante, la culpa en el ámbito objeto de discusión no puede atribuirse únicamente al grupo objeto de estudio, sino también a los proveedores de varias formas de aprendizaje continuo. La educación formativa en este campo es peor para las personas con bajo nivel educativo que para los grupos con un estatus educativo alto. El Ministerio de Economía y Trabajo (2006) aporta un ejemplo a este respecto de empresarios/as que invierten en sus trabajadores/as con cualificaciones bajas únicamente en aquellos casos en que no tienen posibilidades de contratar personas con un nivel educativo mayor que cumplan los requisitos de la empresa.

3. Conocimientos y capacidades que se demandan en el mercado laboral

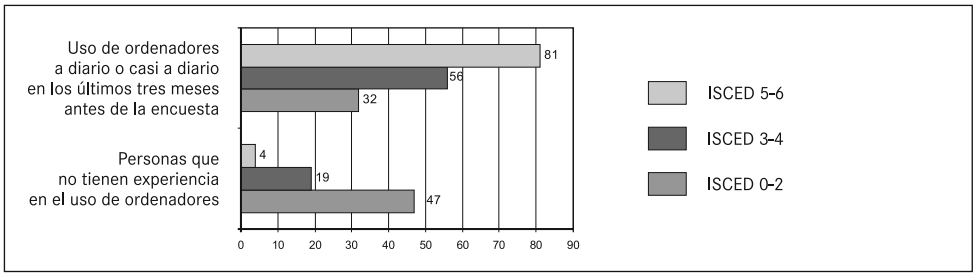
Es evidente que la posesión menos común de los conocimientos y capacidades que se demandan en el mercado laboral y la poco común participación en actividades de aprendizaje continuo son consecuencias naturales del bajo nivel educativo adquirido en el sistema educativo oficial. Esta diversificación se describirá en este capítulo basándonos en las capacidades relacionadas con los ordenadores e Internet. Dicha selección responde a dos motivos: en primer lugar, es necesario, debido a la imposibilidad de debatir sobre todas las competencias profesionales en el marco de un estudio tan breve; en segundo lugar, resulta del hecho de que hoy en día muchas de las investigaciones (entre otras, como resultado del vertiginoso progreso de la tecnología de la información y la sociedad de la información que ha surgido en torno a ella) se concentran en la evaluación de la distribución de capacidades de IT en la población (véase Joling C., Kraan K., 2008; Comisión Europea, 2010; Oficina Central de Estadística, 2009; Batorski D., 2009).

Resulta que las personas con un nivel educativo bajo pertenecen a uno de los grupos especialmente afectados por la denominada brecha digital que consiste en su acceso considerablemente inferior al uso de ordenadores e Internet en comparación con la gente con un buen nivel educativo. Tanto los gráficos 4 y 5 como las tablas 2 y 3 muestran datos correspondientes a 2009 que presentan los resultados de las investigaciones que se llevan a cabo anualmente en la Comunidad Europea en el ámbito del uso de la Tecnología de la Información y las Telecomunicaciones por personas comprendidas en el intervalo de edades entre 16-74 años. Parece ser que en la Unión Europea alrededor de una de cada dos personas de media con un nivel educativo 0-2 según la clasificación propuesta por el ESCED 1997 no ha utilizado nunca un ordenador ni Internet mientras que la falta de dicha experiencia únicamente afecta a un porcentaje muy bajo de gente con estudios superiores. En lo que se refiere al uso diario de este tipo de tecnología, afecta a una de cada tres/cuatro personas de las del grupo con el nivel educativo más bajo (nivel 0-2 según la clasificación establecida por ISCED 1997) (32% en el caso de un ordenador y 28% en el caso de Internet) y una amplia mayoría de las personas con un nivel educativo superior (5-6 de acuerdo con la clasificación de

[11] Fuente: http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505.

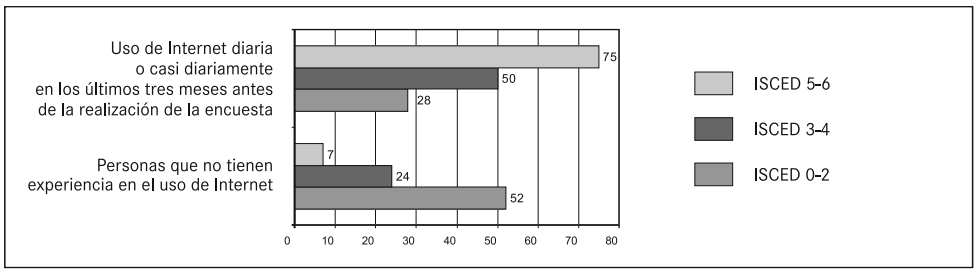
ISCED 1997) (81% en el caso de un ordenador y 75% en el caso de Internet). La investigación a la que hacemos referencia también muestra que la diversificación de los grupos que se distingue por su nivel educativo también permanece en lo que se refiere a las competencias relacionadas con el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).[12]

Gráfico 4. Diversificación de experiencia de personas comprendidas en el grupo de edad de 16-74 en el uso de un ordenador por nivel de educación oficial (%), UE-27, 2009.



(Datos autorecabados procedentes de la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

Gráfico 5. Diversificación de experiencia de personas comprendidas en el grupo etario 16-74 en el uso de Internet por nivel de educación oficial (5), UE-27, 2009.



(Datos autorecabados procedentes de la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

Tabla 2. Diversificación de la experiencia de personas en edades comprendidas entre 16-74 años en el uso de ordenadores por nivel de educación oficial, 2009.

País	**Personas que no tienen experiencia en el uso de ordenadores según niveles educativos (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997):**			**Uso de ordenadores a diario o casi a diario en los últimos tres meses antes de la encuesta por personas según niveles educativos (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)**		
	0-2	**3-4**	**5-6**	**0-2**	**3-4**	**5-6**
UE-27	47%	19%	4%	32%	56%	81%
ES	54%	11%	5%	21%	55%	75%
LV	43%	33%	9%	40%	40%	75%
PL	56%	35%	6%	32%	35%	77%
SI	54%	24%	3%	29%	48%	88%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

Es indudable que hoy en día la capacidad de utilizar tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) constituye a menudo una de las capacidades básicas, y que el progreso tecnológico puede contribuir al hecho de que el grupo objeto de estudio se quede rezagado, y al mismo tiempo puede aumentar las

[12] Fuente: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database

diferencias entre las personas con un nivel educativo alto y las que tengan un nivel bajo. No obstante, el problema es más grave de lo que puede parecer a simple vista, pues va más allá de la cuestión de las competencias relativas a la tecnología. Según afirma O'Connell (1999) la situación que se describe en este capítulo de acuerdo con la cual el uso de varias formas de adquisición/mejora de los conocimientos y competencias en diferentes campos es inversamente proporcional a la distribución de las necesidades en este ámbito en la población, influye en el incremento de las desigualdades en el mercado laboral, y al mismo tiempo contribuye a la exclusión social del grupo objeto de estudio. Mientras que, como demuestran las investigaciones, la distribución equitativa de las competencias en una sociedad tiene una influencia significativamente positiva en el desarrollo económico del país (OCDE, 2005).

Tabla 3. Diversificación de experiencia de personas con edades comprendidas entre los 16 y los 74 en el uso de Internet por niveles de educación oficial, 2009.

País	Personas que no tienen experiencia en el uso de Internet según niveles educativos (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)			Uso de Internet diaria o casi diariamente en los últimos tres meses antes de la realización de la encuesta según niveles educativos (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
UE-27	52%	24%	7%	28%	50%	75%
ES	61%	16%	7%	18%	49%	69%
LV	44%	35%	11%	40%	39%	73%
PL	59%	41%	8%	29%	32%	74%
SI	58%	32%	6%	26%	43%	85%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

4. Posibilidades de encontrar un trabajo

La falta de cualificaciones adecuadas es uno de los factores que reduce de forma significativa las posibilidades de las personas pertenecientes al grupo objeto de estudio en el mercado laboral. Esto ha quedado reflejado en varios datos estadísticos. Un análisis de los resultados obtenidos dentro de la cuarta Encuesta Europea de Condiciones Laborales[13] (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2008) muestra que tanto: si se indica de forma objetiva como subjetiva por las personas encuestadas la inseguridad laboral[14], entendida ésta como la posibilidad de perder el trabajo actual, así como la posibilidad de empleo está relacionada del nivel educativo de las personas empleadas, cuanto mejor es el nivel educativo, menor la inseguridad laboral y mayor la posibilidad de empleo. Mientras que, de acuerdo con la Encuesta sobre Mano de Obra en la Unión Europea (UE LFS)[15], investigación que se realiza anualmente en la UE, cuanto menor es el nivel de educación oficial, mayor es la tasa de paro, y por consiguiente menor es la tasa de empleo (Comisión Europea, 2009b; Comisión Europea 2010). Su edición de 2008 muestra que por cada 100 personas de edades comprendidas entre 25-64 con bajo nivel educativo (0-2 de acuerdo con la clasificación de ISDEC 1997) alrededor de 57 estaba trabajando en ese momento de media, mientras que entre el grupo con un nivel educativo superior (5-6 de acuerdo con la clasificación de ISDEC 1997) esto era así para 86 de cada 100. En cuanto a la tasa de paro, el paro afectaba a casi 10

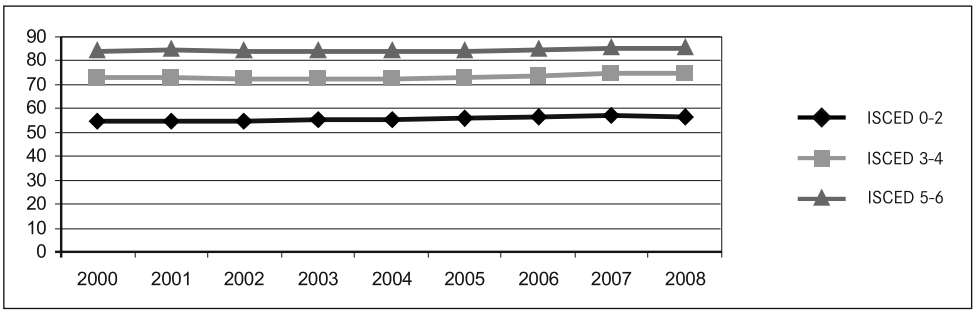
[13] La Encuesta Europea de Condiciones Laborales (cuyas siglas en inglés son EWCS) que se realizó en 2005 en forma de entrevistas basadas en un cuestionario abarcaba 29.680 personas empleadas (por cuenta propia o ajena) de edades a partir de los 15 años de 31 países europeos (27 Estados Miembros de la UE, dos países candidatos: Croacia y Turquía y dos países de la EFTA: Suiza y Noruega).

[14] La inseguridad laboral objetiva se determinó mediante la evaluación por cada encuestado de elementos que pueden influir en la inseguridad laboral como: tipo de contrato laboral, garantía de empleo, tamaño de la empresa, tipo de sector: privado o público; mientras que la inseguridad laboral subjetiva se describió basándose en la evaluación por parte de los encuestados del riesgo de perder el trabajo en un plazo de seis meses.

[15] Fuente:ttp://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database.

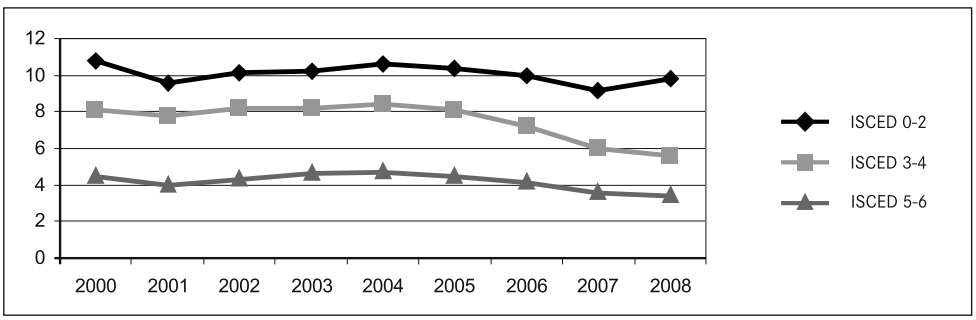
de cada 100 personas profesionalmente activas de edades comprendidas entre los 25-64 con un nivel educativo 0-2 según la clasificación de ISDEC 1997, mientras que en el grupo con educación superior profesionalmente activo únicamente un poco más de tres personas se veían afectadas. Las relaciones que estamos tratando aquí se observan en todos y cada uno de los Estados Miembros de la UE. En los gráficos 6 y 7 y en la tabla 4 se recogen datos detallados a este respecto. Debería añadirse en este punto que esta situación desfavorable del grupo objeto de estudio en el mercado laboral oficial se ve, en cierta medida, compensada por el hecho de que sobrevaloran las estadísticas de trabajo en zona gris. Los datos dentro de este ámbito de 2004 relativos a Polonia muestran que casi 7 de cada 10 personas que aceptan un empleo no dado de alta tienen la primaria incompleta, primaria o educación profesional básica (Ministerio de Trabajo y Política Social, 2007).

Gráfico 6. Tasa de empleo[16] entre personas con edades comprendidas entre los 25-64 atendiendo a su nivel educativo (%), años 2000-2008, UE-27.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database)

Gráfico 7. Tasa de desempleo[17] entre personas de edades comprendidas entre los 25-64 según su nivel educativo (%), años 2000-2008, UE-27.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

[16] Las tasas de empleo representan a personas con empleo como porcentaje de la población total de la misma edad. Las personas empleadas se definen como aquellas con edades a partir de 15 años que durante la semana de referencia desarrollaron algún trabajo, incluso si fue únicamente una hora a la semana, a cambio de una paga, beneficio o ganancia familiar y aquellas que no se encontraban en un puesto de trabajo temporalmente debido, por ejemplo, a baja por enfermedad, maternidad, vacaciones y educación o formación.

[17] La tasa de desempleo es la proporción de personas desempleadas del total de personas activas en el mercado laboral; mientras que las personas desempleadas se definen como las personas entre 16-74 que están sin trabajo durante la semana de referencia y que estaban en ese momento disponibles para trabajar y que estaban o bien buscando activamente empleo en las últimas cuatro semanas o ya habían encontrado un trabajo para empezar en los próximos tres meses, y las personas activas son tanto los/as empleados/as como los/as desempleados/as.

Tabla 4. Tasa de desempleo y tasa de empleo entre personas de edades comprendidas entre 25-64 años según su nivel educativo, 2008.

País	Tasa de desempleo por personas según el nivel educativo (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)			Tasa de empleo para los diferentes niveles educativos (de acuerdo con la clasificación de ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
UE-27	9,8%	5,6%	3,4%	56,6%	74,9%	85,3%
ES	13,2%	9,3%	5,8%	59,1%	75,2%	83,6%
LV	12,5%	7,2%	3,9%	57,7%	78,5%	87,5%
PL	11,5%	6,3%	3,1%	43,0%	67,1%	85,1%
SI	5,9%	3,5%	3,1%	55,0%	76,4%	87,9%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

5. Situación material

La falta de cualificaciones adecuadas y los problemas para encontrar un trabajo son los factores que contribuyen de forma significativa a empeorar la situación material de las personas de grupo objeto de estudio en comparación con las personas con un buen nivel educativo.

Lo que resulta interesante es que, en opinión de casi uno/a de cada tres ciudadanos/as de la Comunidad Europea, existe una relación entre un nivel educativo bajo y la pobreza. Las investigaciones del Eurobarómetro[18] (Comisión Europea, 2009c) muestran que el 31% de las personas encuestadas son de la opinión que las personas con un nivel educativo, formativo o de competencias bajo son el grupo que más riesgo corre de pobreza[19] (en ES el 17% de los encuestados respondieron de esta forma, LV -21%, PL -24% y SI-31%), la falta de educación, formación o competencias necesarias es el factor personal escogido más a menudo (en contraposición con factores relacionados con la política o sociales) para explicar por qué las personas son pobres (en UE-27 -37%, en ES -23%, LV -35%, PL -27% y SI -69%), el ofrecer formación y cualificación es considerado por el 38% de la ciudadanía de la Comunidad como un área prioritaria de entre las actividades del gobierno de los estados para ayudar a la gente a salir de la pobreza[20] (en S -27%, LV -27%, PL -30% y -30%). Las creencias de los habitantes de la UE aquí descritas que se refieren al bajo nivel educativo como factor importante de riesgo de pobreza están justificadas. Esto queda explícitamente confirmado por los datos de Eurostat obtenidos de la investigación Ingresos, Inclusión Social y Condiciones de Vida (UE-SILC). Entre los/as ciudadanos/as de la UE con un nivel educativo 0-2 según la clasificación de ISCED 1997, en 2007 los porcentajes de personas con riesgo de pobreza[21] eran un poco mayores del triple que el

[18] Esta investigación en relación con la opinión de los ciudadanos de la UE sobre la pobreza y la exclusión social se realizó en forma de entrevistas basadas en un cuestionario en la segunda mitad de 2009 en todos los Estados Miembros de la UE (la muestra entera consistía en 26.719 encuestados, mientras que en los países que participaban en el proyecto LEECH la población entrevistada era: en ES 1.026 personas, en LV 1.011, PL 1000 y SI 1.025).

[19] Los encuestados podían elegir entre un máximo cuatro grupos de personas con riesgo de pobreza entre los propuestos en el cuestionario. Los desempleados (56%) y las personas mayores (41%) solían escoger con más frecuencia un bajo nivel educativo.

[20] Aquí, los/as encuestados/as podían nombrar, como mucho, dos áreas de prioridad. En la muestra entera (UE-27), se solían escoger más el ofrecer oportunidades de empleo (61%) y garantizar el crecimiento económico, con el fin de mejorar la calidad de vida en general (42%) que ofrecer formación y cualificaciones.

[21] Eurostat (Comisión Europea, 2010) ofrece la siguiente definición de tasa de riesgo de pobreza tras las transferencias sociales: la proporción de personas por debajo de una línea de pobreza definida, que se fija ampliamente en su publicación como que se sitúa por debajo del 60% de los ingresos medios equivalentes disponibles nacionales; las cifras totales para la UE se calculan como medias ponderadas con la población de los valores nacionales. Mientras que los ingresos disponibles equivalentes se define como los ingresos totales disponibles para un hogar dividido por su tamaño equivalente. Con el fin de poder establecer el tamaño equivalente del hogar, se atribuye un coeficiente a cada miembro del hogar (incluidos los/as niños/as) basándose en la escala modificada de la OCDE. Al primer adulto se le asigna un valor de 1,0, de 0,5 a las demás personas con edades superiores a los 14 años que viven en el hogar y 0,3 a los niños menores de 14.

correspondiente a personas con educación superior (5-6 de acuerdo a la clasificación propuesta por ISCED 1997) -24% y 7 respectivamente (tabla 5). Se calcula que en este año este fenómeno afectaba a uno de cada seis habitantes (17%) de toda la Comunidad.

Tabla 5. Tasas de personas con riesgo de pobreza según el nivel educativo entre las personas de 18 años o mayores, 2007[22]

País	Nivel educativo según la clasificación de ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
UE-27	24%	13%	7%
ES	23%	15%	8%
LV	36%	19%	8%
PL	23%	16%	3%
SI	24%	9%	2%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

Si bien es cierto que estar empleado/a reduce significativamente el riesgo de pobreza, también lo es que no lo elimina por completo (Comisión Europea, 2010; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2010; Centro de Investigación de Opinión Pública, 2008a). Puede estar relacionado con algún tipo concreto de estructura familiar (por ejemplo un adulto que trabaja y mantiene a varios más), dificultad para encontrar un trabajo estable a tiempo completo, o un sueldo bajo (Bardone y Guio, 2005). Eurostat describe aquí un fenómeno "*con trabajo y en riesgo de pobreza*", "*pobreza con trabajo*" o "*pobres que trabajan*" relacionado con personas que trabajan pero están en riesgo de pobreza[23], donde se calcula que en 2007 afectaba al 8% de las personas que trabajaban de 18 años o mayores de los 27 Estados Miembros de la UE, lo que suponía más de 15 millones de personas en toda la Comunidad (en el caso de los países que participaban en el proyecto LEECH la proporción era la siguiente: en ES -11%, LV -10%, PL -12% y SI -5%). El riesgo de personas con trabajo y en riesgo de pobreza afecta más a menudo a personas que trabajan de bajo nivel educativo que las de alto nivel educativo, en toda la UE en 2007 este fenómeno se observó entre el 16% de las personas con un nivel educativo de 0-2 según la clasificación ISCED 1997 y únicamente entre el 3% de aquellas personas que tenían estudios superiores (5-6 de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997).

Tabla 6. Fenómeno de personas con trabajo y en riesgo de pobreza en edades comprendidas entre 18 o mayores de 18 según el nivel educativo, 2007.

País	Nivel educativo de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
UE-27	16%	8%	3%
ES	16%	11%	5%
LV	20%	10%	3%
PL	28%	13%	2%
SI	10%	5%	1%

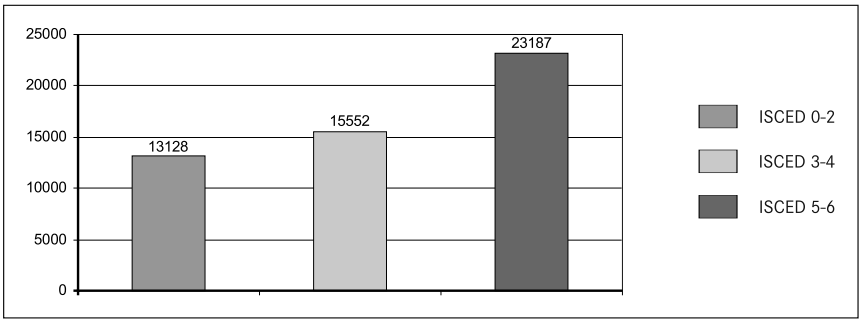
(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

[22] Los ingresos que se tienen en cuenta en el estudio corresponden al año anterior al mismo.

[23] Las personas en situación de pobreza que trabajan son definidos como personas que tienen trabajo durante más de la mitad del año y que tienen unos ingresos disponibles equivalentes por debajo del 60% de la media nacional.

Puesto que las situaciones desfavorables, desde el punto de vista material, afectan más a menudo a las personas del grupo objeto de estudio que a la personas con un buen nivel educativo, es importante observar qué diferencias existen *de facto* en los ingresos. Si asumimos que los ingresos netos medios equivalentes en 2008 de la población de la UE con edades comprendidas entre los 18-64 años con un nivel educativo 0-2 de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997 equivale al 100%, resulta que los ingresos de las personas con un nivel educativo 3-4 de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997 sería de un 118% y de las personas con educación superior (5-6 de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997), de casi el 177% de los ingresos de las personas con el peor nivel educativo (0-2 de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997). Las diferencias en los valores absolutos en este ámbito en toda la UE y en los países que participan en el proyecto LEECH se muestran en el gráfico 8 y la tabla 7.

Gráfico 8. Ingresos netos medios equivalentes anuales de personas en el año 2008 según su nivel educativo en los 27 países de la UE en euros.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

Tabla 7. Ingresos netos medios equivalentes de personas con edades entre 18-64 años según su nivel educativo en 2008.

País	Nivel educativo de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
UE-27	13128 euros	15552 euros	23187 euros
ES	11830 euros	14389 euros	19153 euros
LV	3068 euros	4126 euros	6261 euros
PL	2940 euros	3941 euros	7071 euros
SI	8823 euros	10706 euros	15401 euros

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

El hecho de que las personas con bajo nivel educativo sufran, más a menudo, de desempleo y falta de ingresos o ingresos muy bajos tiene como consecuencia que muchas de ellas sean beneficiarias de ayudas sociales (lo que supone una carga económica considerable para el Estado), Por ejemplo, en Polonia (Oficina Central de Estadística, Oficina Estadística de Cracovia, 2009) entre todas las personas con edades de 13 años o superior que en 2008 percibían ayudas sociales, las personas con educación primaria (completa o incompleta) o sin educación constituían la nada despreciable cifra del 46,8%, con educación secundaria básica 9,3%, y con educación profesional básica 28,5%.[24]

[24] No obstante, debería añadirse que en la comunidad de personas que se benefician de los servicios de asistencia social en Polonia la proporción de personas en edad de pre-trabajar era dos veces superior que en el caso de la población en general. Las personas que seguían estudiando era un alto porcentaje, y se estima que incluso el 13% de la población total de alumnos de Polonia son beneficiarios de los servicios sociales. (Oficina central de estadísticas, Oficina de Estadísticas de Cracovia, 2009).

6. Carácter específico del trabajo profesional

El trabajo profesional de las personas con un bajo nivel educativo no sólo se caracteriza por bajos ingresos, sino también por su carácter específico diferente, entre otros, en lo que al tipo de tareas y la manera de llevarlas a cabo se refiere, así como a las herramientas que se utilizan. Las razones obvias que explican este hecho son el bajo nivel educativo y las competencias profesionales del grupo objeto de estudio.

Como muestran las investigaciones de Eurofund anteriormente mencionadas (la cuarta de las series de la Encuesta sobre Condiciones Europeas de Trabajo (EWCS) (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, Vermeylen, 2007) esa naturaleza diferente del trabajo realizado por personas con un nivel educativo más bajo se observa, entre otras cosas, en su menor uso de ordenadores (TI, tecnología de la información) u otras máquinas en su trabajo profesional. Entre la gente que ocupa un puesto de trabajo con menor nivel educativo (nivel 0-2 según la clasificación de ISCED 1997) un poco más de una de cada tres no utiliza ningún tipo de esta tecnología en absoluto, mientras que entre las personas que tienen educación superior (5-6 según la clasificación ISCED 1997) esto únicamente es así para uno/a de cada siete personas encuestadas (Joling y Kraan, 2008).

Entre las personas que utilizan algún tipo de tecnología por motivos profesionales aquellos que tienen un nivel educativo bajo utilizan más a menudo maquinaria mientras que los ordenadores suelen ser más un instrumento de trabajo de aquellas personas con el mejor nivel educativo (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, Vermeylen, 2007; Joling y Kraan, 2008). Mientras que los análisis estadísticos muestran que existe una correlación clara entre el uso de TI por motivos profesionales y mejores condiciones de trabajo, así como el uso de maquinaria y peores condiciones. De manera que el trabajo relacionado con el uso de maquinaria se caracteriza por el hecho de que es más repetitivo, monotipo, está relacionado con un menor grado de autonomía y con un mayor esfuerzo físico (las enfermedades del sistema muscular-esqueleto son más frecuentes, y valoran peor los riesgos laborales a los que se exponen) y algunas veces con una mayor tensión mental. Por otro lado, los/as trabajadores/as que utilizan TI son aparentemente más optimistas con respecto a las perspectivas de desarrollo profesional que aquellos que trabajan con maquinaria o aquellos que no utilizan ningún tipo de tecnología en el trabajo (Joling y Kraan, 2008).

Otro elemento del carácter laboral específico que varía significativamente dependiendo del nivel educativo es algo que Parent-Thirion A. et al (2007) describe como dimensiones cognitivas del trabajo, sus elementos ejemplares se mencionan en la siguiente tabla. Como se puede apreciar, cuanto mejor es el nivel educativo de las personas que tienen un trabajo, más a menudo se presenta la necesidad/posibilidad de resolver problemas imprevistos por sí mismos, de realizar tareas complejas, o de aprender cosas nuevas, y menos frecuente tienen que realizar actividades monótonas y/o monotipo en las que no se aplican las competencias cognitivas de los/as trabajadores/as.

Tabla 8. Diversificación de las demandas cognitivas de trabajo entre las personas con trabajo con varios niveles educativos, 27 países de la UE.[25]

País	Niveles educativos de acuerdo a la clasificación de ISCED 1997					
	0-1	2	3	4	5	6
Resolver problemas imprevistos sin ayuda	69,1%	73,3%	78,3%	87,0%	91,0%	93,9%
Tareas complejas	36,5%	48,0%	56,7%	64,6%	74,5%	87,1%
Aprender cosas nuevas	46,3%	54,7%	66,5%	76,5%	86,5%	87,8%
Tareas monótonas	61,1%	45,7%	47,2%	39,1%	30,9%	28,2%
Tareas cortas y repetitivas que duran más de un minuto	34,7%	28,0%	26,0%	22,7%	18,8%	16,8%
Tareas cortas y repetitivas que duran menos de 10 minutos	48,4%	45,4%	40,8%	42,1%	29,2%	21,3%

[25] Fuente: Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, Vermeylen, 2007.

7. Tendencias de hábitos saludables y salud

El carácter específico del grupo objeto de estudio puede observarse no sólo en su funcionamiento en el mercado laboral sino también en la esfera sanitaria. Desde los años ochenta del siglo XX cuando en Gran Bretaña se redactó el "informe Black"[26] , está extendida la creencia de que el estatus socioeconómico determina, en gran medida, los hábitos saludables y la consciencia, así como el estado de salud de las personas (y está relacionado, por tanto, con la esperanza de vida media y las tasas de mortalidad).

En lo relativo a los hábitos, hay muchos estudios en la literatura especializada en el tema (por ejemplo Korzeniowska 2009)[27] que muestran una clara relación entre el bajo nivel educativo y la implicación más frecuente en hábitos con un carácter que atenta contra la salud (por ejemplo fumar cigarrillos, beber alcohol, dietas no adecuadas desde el punto de vista de la salud o falta de actividad física). No obstante, debería añadirse en este punto que los datos del Eurostat de todos los europeos recogidos dentro de la Encuesta de Entrevistas sobre la Salud -HIS[28] no resultan del todo claros. Por ejemplo, en los cuatro países que participan en el proyecto LEECH en el grupo total de encuestados/as (es decir, de edades de 15 años o mayores) los hábitos relacionados con fumar cigarrillos (incluidos los porcentajes que no fuman en la actualidad, así como de los/as mayores fumadores/as que fuman por lo menos 20 cigarros al día) no cambian de forma significativa con el nivel educativo. No obstante, cuando analizamos determinados grupos de edad en edad productiva (por ejemplo 25-34, 35-44 o 55-64)[29], resulta que las proporciones entre aquellas personas que fuman grandes cantidades de cigarros están disminuyendo y las de aquellos que en la actualidad no fuman están aumentando con el nivel educativo. Lo que resulta interesante, es que la investigación HIS también muestra que en los países que participan en el proyecto LEECH la educación es un factor que determina el acudir a tratamiento preventivo.[30] Se observa, entre otros, en el contexto de la consulta a un dentista en los últimos 12 meses antes de la entrevista. Cuanto más bajo es el estatus educativo, menores son los porcentajes de encuestados/as que visitan al dentista. En aquellos casos en que sólo tenemos en cuenta grupos de niveles educativos extremos, parece ser que entre las personas de 15 años o mayores con un nivel educativo 0-1 según la clasificación establecida por ISCED 1997, los datos de visita a consulta de dentista que se observan son los siguientes en ES el 26,8% de los encuestados, LV -40,9%, y en SI -22,5%, mientras que entre las personas con el mejor nivel educativo (niveles 4-6 según los datos de ISCED 1997) se observaban los siguientes porcentajes: 45,9%, 65,5% y 43,9 % de los/as entrevistados/as respectivamente.[31] Estas relaciones también se observan en grupos etarios determinados dentro de la edad productiva (es decir, entre personas de edades comprendidas entre 25-34, 35-44, 45-54 y 55-64). Además de recibir educación sobre salud bucodental también se observan diferencias con

---

[26] "El informe Black" es un documento redactado en 1980 por el panel de expertos dirigido por Sir Douglas Black y publicado por el Departamento de Salud y Seguridad Social de Gran Bretaña. Aborda el problema de la desigualdad en la salud dependiendo del estatus socio-económico.

[27] Korzeniowska (2009) describe en su artículo ambas relaciones entre el nivel educativo y el estado general de salud y los hábitos saludables de la sociedad polaca basándose en varios estudios polacos que se llevaron a cabo entre los años 1998-2008, así como la relación entre el nivel educativo y los hábitos saludables escogidos entre la población con trabajo en Polonia basándose en la investigación del Instituto Nofer de Medicina del Trabajo en Lódz de 1988, 2002 y 2007.

[28] La investigación de HIS se llevó a cabo sobre una población de personas de 15 años de edad o mayores en diferentes años comprendidos en el periodo 1996-2003 en la mayoría de países de la UE. En el área de los hábitos saludables, las cuestiones hacían referencia a fumar cigarrillos (experiencia actual y pasada) y consumo de alcohol (cualquier cantidad consumida en los últimos 12 meses).

[29] Los datos de la investigación HIS no están estandarizados por edades, por tanto, entre las personas con un bajo nivel educativo, las personas jóvenes que continúan con su educación y que no han comenzado a fumar aún y las personas mayores que ya han dejado de fumar (por ejemplo debido a su estado de salud) constituyen una parte considerable de ellos. Por consiguiente, para no tener en cuenta los encuestados más jóvenes ni los de mayor edad que podrían interferir en las relaciones que se estudian aquí, los datos de Eurostat que se refieren a determinados grupos etarios en edad productiva se incluyeron en el análisis de este capítulo.

[30] Deberíamos añadir en este punto que según los datos de HIS estas relaciones más bien no se observan en referencia a la atención sanitaria. Los porcentajes de personas con edades de 15 años o mayores de países que participan en el proyecto LEECH que habían acudido a la consulta de un médico (que no fuera un dentista) en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, eran parecidos en grupos de diferentes niveles educativos.

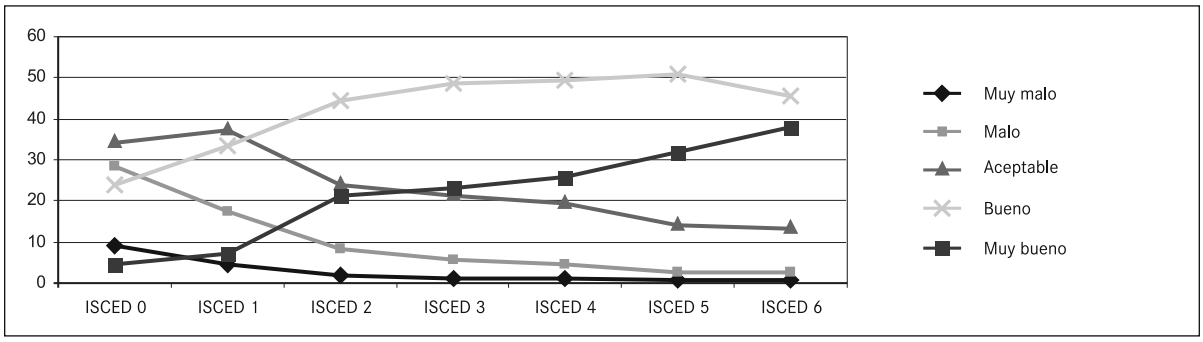
[31] La omisión de Polonia resulta de la falta de datos en la base de Eurostat relativos a las visitas a los dentistas por parte de sus habitantes en el periodo referenciado en el estudio de HIS.

el uso que se hace de las mamografías. En ES, LV y PL entre las mujeres de los grupos etarios 35-44, 45-54 y 55-64 el porcentaje de las que se sometieron a este tipo de prueba disminuye con el estatus educativo.[32]

El hecho de que el grupo objeto de estudio tenga con mayor frecuencia hábitos no saludables y haga menor uso de la sanidad preventiva contribuye al incremento de las diferencias en el estado de salud entre las personas con un nivel educativo alto y las que tienen un nivel educativo bajo. En lo que se refiere a la autoevaluación de la salud de los habitantes de la UE dependiendo del nivel educativo, los datos de Eurostat[33] muestran que cuanto más bajo es el nivel educativo, peor valoran su propia salud. Existen relaciones casi lineales para todos los grupos etarios sometidos a la prueba, es decir entre las personas de 15 años de edad y mayores (es importante hacer hincapié aquí en el hecho de que estas relaciones se observan en todos los grupos de diez años que se incluyen en la base de datos de Eurostat, es decir, empezando con el intervalo entre 15-24 y terminando con el de personas de 85 años de edad y mayores). En el caso del grupo erario completo contemplado en este estudio, un poco más de una de cada cinco personas expresa insatisfacción con un nivel educativo 1 según la clasificación establecida por ISCED 1997 (un 21,9% de los/as encuestados/as escogió respuestas de "muy mal" o "mal", mientras que esto únicamente se da en un porcentaje pequeño de ciudadanos/as de la UE con estudios superiores (nivel 5-6 según la clasificación de ISCED 1997). En el caso de satisfacción con la salud las proporciones son inversas. Únicamente dos de cada cinco personas con educación primaria califican la salud de "buena" o "muy buena" (un 40,8% de los/as encuestados/as con un nivel educativo 1 según la clasificación ISCED 1997) y cuatro de cada cinco encuestados/as con educación superior (82,6% con un nivel de educación 5 según la clasificación de ISCED 1997 y 83,4% con nivel 6). Estas relaciones se muestran en detalle en el gráfico 9, y con referencia a países que participan en el proyecto LEECH, Tabla 9).

Estos datos concuerdan con las declaraciones de los/as ciudadanos/as de la UE en relación con la manera en que perciben sus enfermedades de larga duración o sus problemas de salud y limitaciones en sus actividades diarias durante, al menos, los seis meses anteriores a la realización de la encuesta EU-SILC. Cuanto menor es el estatus educativo, más a menudo tienen los/as encuestados/as esta sensación (esto se muestra en el gráfico 10; y en relación a los países que participan en el proyecto, en las tablas 10 y 11. Aquí se ha de hacer hincapié en el hecho de que estas relaciones se observan en casi cada grupo etario de los que se distinguen en la encuesta (intervalos de 10 años comenzando a los 15). Las personas encuestadas de mayor edad son la excepción (en referencia al hecho de sufrir una enfermedad de larga duración o problemas de salud 65-74, 75-84 y 85 y más, y en el caso de percibir limitaciones en las actividades diarias -85 y mayores), de lo que se puede extraer la conclusión de que la influencia de la edad es aquí mucho mayor que el cambio de educación.

Gráfico 9. Cómo cada persona percibe su propio estado de salud según su nivel educativo entre las personas que tienen 15 años o más (%), año 2008, 27 países de la UE.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

[32] La omisión de Eslovenia se debe a la falta de datos en la base de Eurostat relativos al uso de las mamografías en este país.

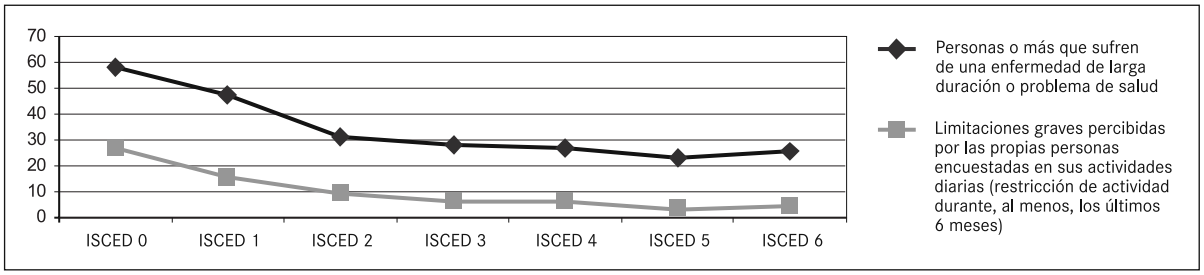
[33] La información relativa a este tema fue recogida en el marco del estudio EU-SILC, es decir, Estadísticas Europeas sobre Ingresos y Condiciones de Vida, un módulo de las cuales se dedica a cuestiones de salud. Los datos que se incluyen en este trabajo corresponden al año 2008, en que se examinaron a las personas de 15 años de edad o más, entre otros, de todos los Estados Miembros de UE 27.

Tabla 9. Cómo cada persona percibe su propio estado de salud según su nivel educativo entre las personas con edades de 15 años y superiores (%), año 2008.[34]

País	Estado de salud según lo percibe cada persona	Niveles educativos de acuerdo a la clasificación de ISCED de 1997						
		0	1	2	3	4	5	6
UE-27	Malo	37,5%	21,9%	10,2%	7,0%	5,6%	3,4%	3,3%
	aceptable	34,1%	37,4%	24,1%	21,3%	19,4%	13,9%	13,4%
	Bueno	28,4%	40,8%	65,7%	71,8%	75,0%	82,6%	83,4%
ES	malo	n.a.	14,5%	5,4%	2,7%	2,1%	2,1%	3,1%
	aceptable	n.a.	32,5%	15,8%	12,0%	11,5%	9,3%	9,8%
	bueno	n.a.	53,1%	78,8%	85,3%	86,5%	88,6%	87,0%
LV	malo	53,7%	51,5%	23,7%	14,8%	16,0%	9,0%	n.a.
	aceptable	33,4%	30,6%	35,2%	39,7%	50,4%	36,5%	n.a.
	bueno	12,9%	18,0%	41,1%	45,6%	33,6%	54,4%	n.a.
PL	malo	64,4%	38,2%	2,3%	12,9%	10,4%	6,0%	11,2%
	aceptable	27,7%	37,0%	4,6%	26,7%	27,5%	17,6%	24,9%
	bueno	7,9%	24,8%	93,1%	60,4%	62,1%	76,5%	64,0%
SI	malo	n.a.	34,1%	25,8%	11,3%	n.a.	5,7%	n.a.
	aceptable	n.a.	37,2%	33,2%	26,4%	n.a.	19,4%	11,9%
	bueno	n.a.	28,8%	41,0%	62,3%	n.a.	74,9%	88,1%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

Gráfico 10. Proporciones de personas con edades de 15 años y mayores que declaren sufrir enfermedades de larga duración o problemas de salud y limitaciones en sus actividades diarias percibidas por ellas mismas durante, al menos, los 6 meses anteriores a la encuesta según el nivel educativo (%), 27 países de la UE, año 2008.



(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

Los datos de Eurostat muestran además, que no sólo el estado de salud, las enfermedades de larga duración, los problemas de salud y las limitaciones en las actividades diarias causadas por una enfermedad percibidas por las propias personas encuestadas, sino también los índices/efectos de salud objetivos cambian para los/as ciudadanos/as de la UE según sea su nivel educativo. La obesidad medida con el índice de masa corporal (IMC) nos puede servir como ejemplo para ilustrar la anterior afirmación. Tomando en consideración únicamente niveles educativos extremos, los datos de HIS muestran que las proporciones de personas de edades de 15 años y mayores con IMC de 30 o superior, en los grupos

[34] La calificación de "mala" en la tabla constituye la suma de porcentajes de los encuestados que valoraron su salud como mala o muy mala; mientras que la calificación de "buena" es la suma de aquellos que percibieron su propio estado de salud como bueno o muy bueno, donde "n.a." quiere decir que no hay datos disponibles.

educativos de nivel 0-1, de acuerdo con la clasificación propuesta por ISCED 1997 son de, en ES -20,2%, LV -15,5%, PL -14,1%, SI -17,5%, mientras que entre la gente con el mejor nivel educativo (nivel 4-6 según la clasificación de ISCED 1997) son de: 5,8%, 13,6%, 7% y 2,7% respectivamente. Estas relaciones también se observan para casi cada grupo de edad incluido en las bases de datos de Eurostat (con la excepción de las personas de más edad, es decir en los intervalos de edad 75-84 y 85 o más). Lo que también resulta interesante es que son más fuertes en los grupos femeninos que en los masculinos.[35]

Tabla 10. Personas de 15 años o más que sufren de una enfermedad de larga duración o problema de salud, por nivel educativo (%).

País	Nivel educativo de acuerdo a la clasificación ISCED 1997						
	0	1	2	3	4	5	6
UE-27	58,1%	47,7%	31,4%	28,1%	27,1%	23,1%	25,9%
ES	n.a.	47,0%	24,2%	19,1%	25,8%	19,0%	20,4%
LV	59,6%	62,5%	38,8%	30,8%	36,0%	27,4%	n.a.
PL	73,6%	55,1%	7,7%	27,3%	28,5%	21,0%	34,9%
SI	n.a.	56,0%	50,4%	36,8%	n.a.	30,7%	29,2%

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

Tabla 11. Limitaciones graves percibidas por las propias personas encuestadas en sus actividades diarias (restricción de actividad durante, al menos, los últimos 6 meses) por nivel educativo (%), personas con edades de 15 años o mayores de 15, año 2008.

País	Nivel educativo de acuerdo a la clasificación ISCED 1997						
	0	1	2	3	4	5	6
UE-27	26,6%	15,7%	9,5%	6,5%	6,0%	3,4%	4,6%
ES	n.a.	9,2%	3,9%	2,2%	0,9%	1,9%	3,3%
LV	27,0%	23,7%	11,4%	6,0%	9,3%	3,9%	n.a.
PL	27,7%	15,5%	1,8%	4,9%	3,9%	2,5%	4,7%
SI	n.a.	24,7%	15,4%	8,4%	n.a.	3,8%	n.a.

(Datos autorecabados basándose en la base de datos de Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database).

8. Satisfacción con la vida y el trabajo profesional

Tal y como se describe en el capítulo, las particularidades específicas de las personas con bajo nivel educativo son: casi nunca están en posesión de las capacidades que se demandan en el mercado laboral (lo que, entre otras, es consecuencia de su participación menos frecuente en actividades de formación continua) en contraposición con grupos con un nivel educativo mayor, dificultades en el mercado laboral (por ejemplo, suelen ser parados/as o personas que soportan malas condiciones de trabajo, incluidas las económicas) así como peor salud (como resultado de hábitos perjudiciales para la salud más comunes), lo que se refleja en una vida profesional y personas más pobres en su propia percepción.

[35] Cabe señalar que se pueden observar relaciones interesantes entre los porcentajes de personas obesas IMC < 25-30) y el nivel educativo. Mientras que en el grupo total de encuestados de 15 años o mayores de los países participantes no hay tendencias claras en esta cuestión, sí se pueden apreciar en grupos separados de hombres y mujeres. Según lo establecido por la encuesta HIS, en el grupo de mujeres encuestadas de ES y SI el porcentaje de personas con IMC < 25-30 disminuye de forma significativa con el estatus profesional, entre los hombres de LV, PL y SI el fenómeno de la obesidad crece con el nivel educativo.

Los análisis realizados dentro de la Segunda Encuesta Europea sobre Calidad de Vida de Eurofund[36] (Anderson R, Mikulic B, Vermeylen G, Lyly –Yrjanainen M, Zigante V, 2009) muestran que el nivel educativo hace variar el nivel de satisfacción de la ciudadanía de la UE con su vida actual, la sensación de que cumple con sus expectativas y el optimismo con respecto al futuro. En todos los casos, dichas creencias las expresan más a menudo las personas con un mayor nivel educativo que aquellas con un nivel educativo bajo. En cuanto a la valoración del trabajo profesional, otro sondeo anteriormente mencionado, Eurofund, 4ª edición EWCS (Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G, 2007), muestra que la proporción de gente que está insatisfecha es el doble en el grupo con el nivel educativo más bajo que entre las personas con mejor educación (entre las personas con un nivel educativo 5-6 según la clasificación de ISCED 1997 hay un 12% de "no muy satisfechas" y "no satisfechas en absoluto", mientras que en el grupo de personas con un nivel educativo de 0-1 según la clasificación ISCED 1997 el porcentaje de gente insatisfecha es del 28%). Al mismo tiempo, cuanto mayor es el estatus educativo, más satisfechas se muestran las personas con su vida profesional; por ejemplo, mientras que para toda la muestra uno/a de cada cuatro encuestados/as (25%) cree estar muy satisfecho/a con su trabajo, entre las personas clasificadas en el 6º grupo de la clasificación de ISCED 1997, uno/a de cada dos afirma estarlo (51%). La cuarta edición de EWCS también muestra que las personas con un trabajo de las que han recibido formación superior expresan con una frecuencia significativamente mayor la creencia de que tienen buenas perspectivas de desarrollo profesional que las personas con un puesto de trabajo que tienen un nivel educativo inferior (Joling C. y Kraan K., 2008).[37]

9. Resumen

Para resumir, los datos mencionados en el presente capítulo indican claramente un carácter muy bien definido de la población con un bajo nivel educativo en contraposición con las personas con un estatus educativo alto. Las cualificaciones bajas, o la carencia de las mismas, que son el resultado de la educación y la formación (no profesional) de corta duración y/o general (no profesional), rara vez son ampliadas/adquiridas en un proceso de aprendizaje continuo. En 2007 únicamente casi uno de cada cinco ciudadanos de la UE con edades comprendidas entre los 25-64 con un nivel educativo 0-2 según la clasificación propuesta por ISCED 1997 (18%), y uno de cada dos personas con nivel educativo superior, nivel 5-6 según la clasificación pro-puesta por ISCED 1997 (58,8%) estaba recibiendo educación y formación oficial y/o no oficial. Teniendo en cuenta esto, no es de extrañar que el grupo objeto de estudio posea, cada vez menos, las competencias específicas que se demandan en el mercado laboral actual como el uso de ordenadores (datos de 2009 muestran que entre las personas con edades comprendidas entre los 16-74 de media casi una de cada dos personas con un nivel educativo 0-2 según la clasificación ISCED 1997 nunca había utilizado un ordenador o accedido a Internet, mientras que la falta de dicha experiencia afectaba únicamente a un porcentaje pequeño de personas con estudios superiores). Estas cuestiones pertenecen a factores esenciales que explican la posición significativamente peor del grupo objeto de estudio en el mercado laboral. Ello queda bien reflejado en la tasa de empleo que en 2008 era sólo del 56,6% entre los ciudadanos de la UE con edades comprendidas entre los 25-64 con

[36] La entrevista basada en un cuestionario que se llevó a cabo entre finales de 2007 y principios de 2008 cubría, entre otros, a la ciudadanía de los 27 Estados Miembros de la UE con edades de 18 o mayores (la muestra incluía al menos 1000 personas de cada país).

[37] Para datos más detallados a este respecto, aunque sólo relativos a Polonia, véase una encuesta realizada en 2007 por el Centro de Investigación sobre Opinión Pública (2008b)-38.866 adultos fueron entrevistados de entre los cuales 54,1% eran personas que tenían un puesto de trabajo. Mientras que todo el grupo de trabajo, el trabajo era valorado positivamente por el 62,8% de los encuestados, proporciones mayores hacen referencia únicamente a los grupos con mejor nivel educativo: 68,3 de personas con un nivel educativo de postsecundaria, 69,4 % con un nivel educativo de licenciatura, 75,1 nivel educativo de Master y 85,5% de educación superior con, al menos, un Doctorado. Lo que llama la atención es que cuando se preguntaba a los encuestados por su valoración usando una escala de 1 a 5 (donde 1 significaba rechazo radical de una determinada afirmación, 3 una respuesta de "sí y no, resulta difícil de decir", y 5 un total acuerdo), de las ocho dimensiones de trabajo profesional siguientes: _da la sensación de seguridad de empleo y estabilidad, está relacionado con beneficios sociales satisfactorios, da la sensación de que las tareas que se realizan son importantes y significativas, es interesante, es consecuente con la educación y competencias, hay posibilidades de desarrollo profesional y promoción, requiere la mejora de las capacidades y aprender nuevas cosas, reporta buenas ganancias,_ los trabajadores no cualificados eran el único grupo profesional en que la valoración general media era negativa, por debajo de los tres puntos.

nivel educativo 0-2 según la clasificación propuesta por ISCED 1997, mientras que entre las personas con mejor nivel educativo (5-6 según la clasificación propuesta por ISCED 1997) era del 85,3%; o por los ingresos netos medios equivalentes que en el mismo año en la UE entre las personas con bajo nivel educativo (0-2 según la clasificación de ISCED 1997) con edades entre 18-64 constituía únicamente un 57% de los ingresos de aquellas personas con educación superior (5-6 según la clasificación de ISCED 1997). Es más, en estos grupos podemos observar una particularidad completamente diferente de trabajo profesional, las personas con el nivel educativo más bajo utilizan la tecnología (utilizan ordenadores y/o maquinaria) con mucha menos frecuencia cuando desarrollan tareas propias de su puesto laboral y rara vez desempeñan tareas que requieran capacidades cognitivas/intelectuales. A parte de funcionar peor en la esfera profesional, las personas con bajo nivel educativo gozan también de peor salud (tanto en el contexto de índices de salud objetivos como el IMC, como subjetivos, o sea su propia percepción sobre su estado de salud). Esto no debería sorprendernos, ya que se caracterizan por tener peores hábitos saludables y utilizar con menos frecuencia los tratamientos preventivos. Esta situación significativamente peor de las personas con bajo nivel educativo (en las esferas profesional, económica y de salud) se refleja en su nivel de satisfacción más bajo tanto con respecto a su vida profesional como personal en contraposición con los grupos que tienen un mayor nivel educativo.

Bibliografía

1. Anderson R., Mikuliç B.; Vermeylen G.; Lyly-Yrjanainen M.; Zigante V.: Segunda encuesta europea sobre la calidad de vida – Perspectiva general, Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Luxemburgo 2009. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf
2. Bardone L, Guio A-C: Pobreza en el trabajo – Nuevos indicadores aceptados, de manera generalizada, a nivel de la UE. Statistics in focus, Estadísticas en el punto de mira. Eurostat. Nº 5/2005. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF
3. Batorski D: Condiciones y consecuencias del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, TIC. En: Czapiński J, Panek T, editores. Diagnóstico social 2007. Calidad de vida objetiva y subjetiva en Polonia, El Informe. [en polaco] Varsovia 2007. Disponible en: http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf
4. Oficina Central de Estadísticas, Oficina de Estadísticas de Cracovia. Beneficiarios de Servicios sociales y ayudas familiares en 2008. Análisis estadístico [en polaco]. Cracovia 2009b. Disponible en: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2009_Beneficjenci.pdf
5. Oficina Central de Estadísticas: La Educación de adultos [en polaco]. Varsovia 2009a. Disponible en: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_WZ_ksztalcenie_doroslych.pdf
6. Comisión sobre determinantes sociales en materia de salud. Acortar las distancias en una generación: equidad en materia de salud a través de acciones sobre los determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
7. Comisión Europea. Europa en cifras – Anuario de Eurostat 2009b. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-09-001
8. Comisión Europea: Desarrollo sostenible en la Unión Europea. Informe de control de 2009 sobre la estrategia de desarrollo sostenible de la UE. Eurostat 2009a. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF
9. Comisión Europea: Combatir la pobreza y la exclusión social: un retrato estadístico de la Unión Europea 2010, Eurostat 2010. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF
10. Comisión Europea: Encuesta del Eurobarómetro sobre pobreza y exclusión social. Luxemburgo 2009c. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf
11. Comisión Europea: La situación social en la Unión Europea 2007. Cohesión social a través de la Igualdad de Oportunidades. Eurostat 2008.
12. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo: Acceso al empleo por parte de grupos vulnerables. Artículo No. 2 JUNIO 2002. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/44/en/1/ef0244en.pdf
13. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo: Seguridad laboral y ocupabilidad; Aportación al debate sobre la seguridad flexible. 2008. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/36/en/2/EF0836EN.pdf

14. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo: pobres que trabajan, insertarlos en la red, hoja informativa. 20 January 2010. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/1094/en/1/EF091094EN.pdf
15. Grantham-McGregor SM et al. Potencial desarrollo en los 5 primeros años de niños en países en vías de desarrollo. Lancet, 2007, 369:60-70.
16. http://europass.frse.org.pl/files/isced.pdf
17. Joling C, Kraan K: Uso de tecnología y condiciones de trabajo en la Unión Europea. Fundación Europea para la Mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Luxemburgo 2008. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/63/en/1/EF0863EN.pdf
18. Korzeniowska E. Educación en sociología sobre investigaciones en materia de salud – cambios del fenómeno y dilemas de interpretación. En: Bąk A., Kubisz-Muła Ł. [edit.]: Métodos, técnicas y práctica de los estudios sociales. Bielsko-Biała 2009, p. 129-147 [en polaco].
19. Ministerio de Economía y Trabajo. Revisión temática sobre el aprendizaje de adultos. Nota del país de Polonia. Varsovia 2006 [en polaco]. Disponible en: http://www.mpips.gov.pl/_download.php?f=userfiles%2FFile%2FDepartament+Rynku+Pracy%2FNotatka+na+temat+kraju.pdf
20. Ministerio de Trabajo y Política Social: Revisión temática sobre el aprendizaje de adultos [en polaco]. Disponible en: http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505
21. Ministerio de Trabajo y Política Social: Polonia 2007. Informe sobre el mercado laboral y la protección social [en polaco]. Varsovia 2007. Disponible en: http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1061
22. O'Connell P.J.: Adultos en formación: una comparación internacional de la educación y la formación continuas. Centro de Investigaciones Educativas e Innovación 1999. Disponible en: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf
23. OCDE: Más allá de la retórica: Políticas y prácticas del aprendizaje de adultos, 2003a.
24. OCDE: Análisis de la política educativa 2003, París 2003b
25. OCDE: Promoción del Aprendizaje de Adultos, 2005
26. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G: Cuarto Estudio europeo sobre las condiciones de vida, Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Luxemburgo 2007. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf
27. Centro de Investigaciones de la Opinión Pública: Aspiraciones educativas y motivos de la sociedad polaca en 1993-2009 [en polaco]. Varsovia 2009. Disponible en: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_070_09.PDF
28. Centro de Investigaciones de la Opinión Pública: Vida profesional en Polonia. Informe de investigación "Condiciones de vida en Polonia: problemas y estrategias". [en polaco] Varsovia 2008b. Disponible en: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_034_08.PDF
29. Centro de Investigaciones de la Opinión Pública: Trabajo de los pobres. Informe de investigación. [en polaco] Varsovia 2008a. Disponible en: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_182_08.PDF

CAPÍTULO 3
La política de la Unión Europea hacia las personas con bajo nivel educativo

Patrycja Wojtaszczyk

1. La Unión Europea y la política social

La Unión Europea (UE) es un organismo político y económico creado originariamente para garantizar cuatro libertades: la libre circulación de bienes, servicios, capital y personas. Estas libertades sirven para estimular un crecimiento más rápido, establecer buenas relaciones económicas y sociales y, en última instancia, para reforzar la integridad de toda la región garantizando la seguridad y la paz de sus habitantes.

La puesta en práctica de estas cuatro libertades exigía la creación de una infraestructura física, jurídica y organizativa, que permitiese un uso pleno de estas libertades en beneficio de las personas implicadas. La apertura de fronteras entre zonas con distinto potencial también puede llevar a muchos efectos desfavorables, como por ejemplo una despoblación de ciertas regiones, un acceso desigual a los beneficios de un desarrollo acelerado y a desigualdades sociales cada vez mayores. Todo esto puede causar tensiones y conflictos. Por ello es tan importante para la acción de la UE hacer hincapié en una política de cohesión efectiva y en proporcionar niveles mínimos en todos los ámbitos de la vida y actividad humanas en las que la puesta en práctica de las cuatro libertades puede tener una influencia directa o indirecta. A lo largo de los años, el programa económico, que constituye el eje de la cooperación europea, se ha mejorado mediante acciones en el ámbito de la política social. Se lleva a cabo mediante una estandarización y armonización de las leyes y normas en vigor en la UE así como de una manera más activa: a través de muchos programas financiados con el presupuesto de la UE. En estos programas aparecen cuestiones de educación, acceso a la educación, desarrollo de cualificaciones, acceso a la asistencia sanitaria y la asistencia sanitaria en el trabajo. Una medida importante de la UE también es la protección del consumidor y la salud pública, en especial la promoción de la salud. Todas estas áreas son especialmente importantes, sobre todo en el contexto de la puesta en práctica de la libre circulación de servicios y personas (incluida la relacionada con aceptar un nuevo empleo) así como para equilibrar el potencial de las regiones y las comunidades locales. Además, las actividades relacionadas con la eliminación de la exclusión social también son una forma de construir una dimensión social del mercado interior (Szarfenberg, 2008). Un reflejo del interés de la Unión Europea por los problemas sociales es el funcionamiento de la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades dentro de la Comisión Europea.

2. Estrategias de la Unión Europea

Un estudio más detallado de las declaraciones políticas y programáticas o de los instrumentos financieros específicos utilizados en la UE muestra que la cuestión de la exclusión social de las personas de condición social baja ocupa una alta posición en la jerarquía de las prioridades de la UE. No obstante, hay que recordar

que la exclusión social se entiende fundamentalmente como pobreza (principalmente debido a problemas con el empleo), una minusvalía, una inadaptación cultural (como resultado por ejemplo de la migración) mientras que las cuestiones de bajo nivel educativo no son un tema por separado, bien delimitado en la política contra la exclusión. Los objetivos para problemas que afectan a las personas con un bajo nivel educativo están definidos de forma mucho más clara en las políticas de empleo y de educación de las Comunidades.

Los objetivos generales para la última década fueron establecidos en la Unión Europea en un documento clave, la denominada Estrategia de Lisboa. Las acciones tomadas para su ejecución consistían en garantizar que los Estados Miembros se convertían en una entidad líder en cuanto a competitividad y dinamismo de desarrollo en la economía mundial. El objetivo de la UE era (y sigue siendo) la creación de más puestos de trabajo de mejor calidad y el aumento de la cohesión social. Las suposiciones de la Estrategia eran muy loables, pero por desgracia ya se sabe que su puesta en práctica no tuvo mucho éxito. Actualmente, se está llevando a cabo la preparación y aprobación de la estrategia para los próximos diez años que guiará el desarrollo de la UE (una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e inclusivo). Es la continuación y el desarrollo de la Estrategia de Lisboa. Sin embargo, primero estudiaremos la estructura y la lógica de la estrategia durante la primera década del siglo XXI que estableció tanto para las Comunidades (como objeto del derecho internacional) como para los Estados Miembros de alcanzar, de manera individual, objetivos específicos que definían cuatro medidas principales: llegada a un modelo de economía basada en el conocimiento; modernización del modelo social europeo; desarrollo de un marco para una política macroeconómica estable y afirmación de un crecimiento sostenible.

En lo relativo al seguimiento de los cambios y el progreso en la ejecución de la Estrategia, se adoptaron unos 100 indicadores distintos que constituyen la llamada Tabla de Indicadores Estructurales (los méritos de su selección, a veces, se cuestionan). Cabe destacar que entre los cinco ámbitos principales controlados por estos indicadores se encuentra la cuestión del empleo y la cohesión social (lo otros son creatividad, reformas económicas y entorno natural) (Szomburg, 2004).

Un objetivo importante en relación con la cuestión de las personas con menor nivel educativo en la sociedad y su lugar en la política de la UE es la creación de una economía basada en el conocimiento, la economía en la que cuentan las altas cualificaciones y la creatividad. Dicho objetivo requiere una serie de medidas que resultarán en la mejora gradual de la calidad de los recursos humanos. Estos recursos sirven para crear una economía basada en el conocimiento y usar sus productos. Los objetivos específicos relacionados con estas cuestiones de empleo y desarrollados dentro de la Estrategia de Lisboa son coherentes con esta forma de pensar. Por tanto, surgieron medidas tales como: la mejora de la empleabilidad y de las cualificaciones de la población activa; aumento de la adaptabilidad a través del aprendizaje permanente; aumento del empleo en servicios y reducción de la escala de desigualdades en el acceso al trabajo. En cuanto a la creatividad, la Estrategia de Lisboa apuntaba a la necesidad de una infraestructura, incluida una de formación, para la informatización de la sociedad y la inversión en educación que facilite el trabajo y la vida en la economía basada en el conocimiento. Los indicadores para este ámbito incluyen: reducir a la mitad el número de personas de 18-24 años con una educación que no pasa de la secundaria; crear centros de educación local multiuso basados en la escuela; certificar las cualificaciones en TIC; facilitar la movilidad; introducir un formato de CV estándar. El nuevo modelo económico y el apoyo al conocimiento potencialmente podrían llevar a una estratificación social excesiva y a un aumento de los problemas de exclusión social. Por tanto, entre las tareas para la Estrategia de Lisboa ocupa un lugar importante la de ocuparse de los distintos grupos de riesgo (por ejemplo, minorías o personas con discapacidad) para las que la adaptación a nuevos requisitos puede suponer un mayor reto que para otras (Royuela - Mora et al., 2005).

Para la próxima década se propone la Estrategia Europa 2020. La experiencia de la crisis económica desde 2008 y las dificultades para poner en práctica los indicadores aprobados para la Estrategia de Lisboa no han desanimado a los políticos a la hora de planificar tareas ambicionas. La Comisión Europea propone, entre otras cosas, conseguir al final del periodo previsto una tasa de empleo del 75% entre las personas de 20-64 años (actualmente está alrededor del 69%). El principal objetivo aquí es una mayor actividad profesional entre las mujeres, los jóvenes, los mayores y las personas con bajo nivel educativo y una mejor integración de los inmigrantes en el mercado laboral. La Comisión Europea también propone gastar el 3% del PIB de la UE en investigación y desarrollo (significa aprovechar los efectos de sinergia conseguidos gracias a un mejor uso de los fondos privados); reducir la tasa de abandono escolar al 10% (actualmente es del 15%);

llegar a una situación en la que el 40% de los jóvenes tenga educación universitaria (actualmente es el 31%); reducir el número de personas en riesgo de pobreza en 20 millones y aprobar objetivos para la protección del clima y la conservación de la energía. Cabe destacar que la propuesta original de la Comisión Europea para aumentar el nivel de desempleo no incluía explícitamente a las personas trabajando con bajo nivel educativo; este dato apareció mientras el Consejo Europeo estaba concluyendo el borrador de la estrategia esbozada por la Comisión. La versión final de la estrategia debería firmarse a mediados de 2010 (la Comisión Europea 2010, el Consejo Europeo 2010).

Los objetivos estratégicos, tanto de la Estrategia de Lisboa como de la nueva Estrategia de Europa 2020, constituyen el eje alrededor del cual se construyen programas de asistencia de la UE combinados con las acciones y fondos de la UE. Por tanto, los indicadores y las medidas adoptadas por la Comunidad también son importantes. También se utilizan en las políticas nacionales de los Estados Miembros. Los países, miembros de la UE, basándose en las medidas acordadas, preparan programas de reformas nacionales en consonancia con los objetivos estratégicos así como sus planes financieros. El hecho de combinar los esfuerzos de los Estados Miembros y las actividades de la Comisión Europea y otras instituciones o agencias de la UE garantiza la consecución de las tasas de crecimiento previstas. Por esta razón resulta valioso que incluso en el nivel de especificación de los objetivos medibles de la estrategia, en el borrador figurará el aumento de la tasa de empleo entre las personas con bajo nivel educativo. La estrategia no especifica cómo se va a conseguir este objetivo. La elección de los métodos para obtener el nivel previsto de los indicadores se lleva a cabo en la fase de construir y llevar a cabo programas específicos.

3. Las personas con bajo nivel educativo y las políticas seleccionadas en la UE

Básicamente, las soluciones destinadas a las personas con bajo nivel educativo deben buscarse en la encuesta LEECH del proyecto en tres ámbitos: política sobre la salud, política educativa y política social (especialmente en el ámbito del empleo y de lucha contra la exclusión social).

La política sobre la salud, según los tratados fundacionales de las Comunidades, debe llevarse a cabo de conformidad con el principio de "salud en todas las políticas". La UE también debe intentar "mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y dolencias humanas y deshacerse de las fuentes de peligro para la salud humana". Cabe destacar que desde el 2005 uno de los indicadores de la Estrategia de Lisboa, tomado en consideración en todo el grupo, se convirtió en el HLY (*Healthy Life Year* o esperanza de vida con buena salud). En realidad, las ideas de los tratados y la Estrategia se ejecutan teniendo en cuenta aspectos de salud al tiempo que se introducen normas para todos los ámbitos de la vida (por ejemplo impuestos, protección medioambiental e investigación científica) y a través del método abierto de coordinación en los planes para todas las políticas relacionadas con la salud, en especial la asistencia sanitaria (soluciones relativas a zonas fronterizas y formas de justificar los servicios médicos entre los aseguradores y los sistemas de asistencia sanitaria en los distintos países). Las competencias de la UE no incluyen cuestiones relacionadas con la organización de los sistemas de asistencia sanitaria en los Estados Miembros. La UE aborda cuestiones de promoción de la salud, salud pública y asignación de niveles mínimos de asistencia sanitaria, por ejemplo en el trabajo. Además, cabe destacar que las cuestiones relativas a garantizar el acceso a la salud (asistencia médica) y la educación también se incluyen en la Carta de los Derechos Fundamentales que, a pesar de su situación legal indeterminada, es un importante punto de referencia para el funcionamiento de las Comunidades.

Las acciones en curso de la UE relativas a la salud se han estructurado en objetivos específicos dentro de un Planteamiento estratégico para la UE 2008-2013 llamado "Juntos por la salud". El primer reto, derivado de los cambios demográficos y que se menciona en este documento, es garantizar la estabilidad de los sistemas de asistencia sanitaria. La forma de abordar este problema es la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital y la reducción de las desigualdades en el acceso a la salud causadas por las condiciones sociales, económicas y medioambientales. En todo el documento, la situación de la educación no se menciona directamente, pero se puede suponer que también es un aspecto importante que genera un acceso desigual a la salud y, por tanto, debe ser abordado por la UE. Como método para afrontar este problema, se indicada la divulgación de programas de alfabetización sanitaria para distintos grupos de edad.

La principal herramienta financiera que permite la realización de la política sanitaria de la UE es el Programa de Salud Pública 2008-2013. Este segundo programa de acción comunitaria en el campo de la salud muestra que bajo sus auspicios deben llevarse a cabo acciones que puedan ayudar a identificar las causas de las desigualdades sanitarias y fomentar, entre otras cosas, el intercambio de buenas prácticas para eliminar estas desigualdades. Por tanto, dentro de este programa cada año se financian estos proyectos destinados a este tema, aunque es difícil encontrar actividades relacionadas principalmente con el problema de la desigualdad derivada de las diferencias en la situación educativa (el Parlamento Europeo 2007).

Otro ámbito importante es la política educativa de la UE. Aunque es un ámbito desarrollado por los Estados Miembros (así como las cuestiones de asistencia sanitaria), en los programas de la UE se han establecido objetivos comunes y se han puesto en práctica diversos mecanismos para promover su realización. La Estrategia de Lisboa está poniendo en práctica el concepto de "aprendizaje permanente" que sirve para construir y desarrollar una cultura del aprendizaje y dar un alto nivel al aprendizaje También pretende aumentar el acceso a la información y asesorar sobre oportunidades educativas y ofrecer dichas oportunidades a los estudiantes; aumentar el nivel de inversiones (en cuanto a financiación y al tiempo) en aprendizaje; difundir cualificaciones básicas (incluyendo competencias sociales y cívicas) y desarrollar formas innovadoras de aprendizaje.

El principal instrumento para la puesta en práctica de este concepto es el Programa de aprendizaje permanente para el que la UE ha destinado unos 7.000 millones de euros para los años 2007-2013. El Programa está destinado a apoyar la formación profesional y la cooperación entre empresas e instituciones de formación profesional (Leonardo da Vinci); aumentar la movilidad del/a estudiante y la cooperación de las universidades (Erasmus); financiar proyectos educativos para adultos (Grundtvig); así como mejorar la cooperación entre los colegios y los profesores y profesoras que trabajan en ellos (Comenius). En particular, el programa Grundtvig se refiere a actividades relacionadas con aumentar las competencias y solucionar problemas derivados del bajo nivel educativo (DG Educación y Cultura – servicio web). El proyecto LEECH y esta publicación fueron posibles gracias al apoyo de dicha fuente.

La política social de la UE es otro ámbito importante para las personas con bajo nivel educativo. Como se menciona anteriormente, los objetivos de las estrategias a largo plazo de la Comunidad incluyen cuestiones relativas a la prevención de la exclusión y la mejora de la cohesión social.

El programa de acción social se lleva a cabo desde los 70 como parte de la política de la UE. Actualmente, las tareas clave en este campo vienen determinadas por las llamadas Agendas Sociales. Son una especie de declaraciones programáticas que acompañan a la Estrategia de Lisboa, cuya puesta en práctica se lleva a cabo gracias a diversos instrumentos: la legislación de la UE; el diálogo social (entendido como la cooperación de sindicatos y organizaciones de empresarios/as, empleados/as y administración pública); cooperación entre Estados Miembros; la financiación de la UE (uso de los fondos estructurales de la Comunidad, el Fondo Europeo de Adaptación a la Globalización y el programa PROGRESS para el empleo y la solidaridad social); cooperación, diálogo y comunicación (la implicación de las ONG, autoridades regionales y locales y otras partes interesadas, consultas con las mismas) y garantizar que todos los ámbitos de la política de la UE promoverán oportunidades, acceso y solidaridad (controlar nuevas iniciativas en cuanto a sus consecuencias sociales y para el empleo).

La primera Agenda Social de la UE, aprobada en el 2000 por la Comisión Europea, incluía los cinco primeros años de la Estrategia de Lisboa (2000-2005). La versión actual, lanzada en febrero de 2005, abarca los años 2005-2010. Desde que se aprobaron todas las medidas establecidas en la Agenda 2005, la Comisión Europea lanzó en julio de 2008 una nueva versión de la agenda social, la llamada Agenda Social Renovada: Oportunidades, acceso y solidaridad en la Europa del siglo XXI. Incluye iniciativas en los ámbitos de la educación, la salud y la lucha contra la discriminación. Esta agenda aborda una serie de elementos de política social, destacando prioridades tales como: invertir en las personas, nuevas cualificaciones, cantidad y calidad de los empleos; una vida más larga y saludable (en este caso el bajo nivel educativo figura como uno de los riesgos) y la reducción de la pobreza y la exclusión social. La pobreza ha sido un problema dominante en los programas de este tipo durante 40 años. En la Agenda Social, el año 2010 se dedica a la campaña sobre cuestiones de pobreza y exclusión social (Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social). Las directrices para los Estados Miembros indican como ámbito principal de dicha política: eliminar las desigualdades en la educación y la formación, incluir la formación en cualificaciones informáticas y programar una igualdad de acceso a la información y a las tecnologías de la comunicación para todos (en particular para lasp personas con discapacidad); garantizar un acceso igualitario a los recursos y servicios adecuados, incluyendo una vivienda digna y asistencia sanitaria. Además, la

campaña se usará para promover la estrategia integrada para una integración activa. La campaña europea y los programas nacionales asociados a la misma acaban de comenzar. Se evaluarán en la primera mitad de 2011 (Comisión Europea 2008 a).

En el documento que aprobó la Agencia Social Renovada se informa del nivel educativo y el desarrollo de la competencia: "Un desarrollo [de la tecnología] aumenta la demanda de cualificaciones, agrandando la brecha entre los cualificados y los no cualificados. (...). La cuestión social primordial a largo plazo es cómo preparar a las personas con las cualificaciones adecuadas para darles mayores oportunidades en la economía moderna como trabajadores/as, empresarios/as y consumidores/as. Es más que una cuestión de formación industrial en el sentido convencional. Se trata de qué tipos de cualificaciones y competencias son necesarias para un nuevo tipo de economía y cómo se puede preparar a los ciudadanos para triunfar. Por eso la UE está invirtiendo mucho en el desarrollo de cualificaciones, (...) y promoviendo la movilidad en la educación y la formación continua así como en conocimientos e innovación". Al mismo tiempo, la Comisión se comprometió en la Agenda a presentar en el cambio de año 2008/2009 una iniciativa llamada "Nuevas cualificaciones para nuevos empleos", que pretende dar asesoramiento inicial sobre el mercado laboral y las cualificaciones necesarias para el 2020; crear un mapa de los instrumentos existentes utilizados para la previsión en el ámbito nacional y europeo y proponer un enfoque más efectivo para predecir desarrollos en el mercado laboral y ajustar la demanda a la oferta en este mercado mediante sinergias entre políticas de empleo, formación y educación. La iniciativa se llevó a cabo y fue una indicación para la preparación de la Estrategia UE 2020, que es una continuación de la Estrategia de Lisboa para el crecimiento y el empleo (Comisión Europea 2008 b).

4. Resumen

Básicamente se puede concluir que la cuestión de las personas con bajo nivel educativo en las Comunidades se tiene en cuenta en las declaraciones estratégicas y programáticas. Se debe resolver mediante esfuerzos crecientes para aumentar permanentemente el nivel educativo de las personas residentes y apoyar a los grupos en riesgo de no tener acceso a la educación, como los/as pobres, las personas con discapacidad o las personas inmigrantes. Además del sistema escolar, el desarrollo de su accesibilidad y la mejora de la calidad, también se apoya fuertemente el ámbito de la educación no formal y todos los programas acordes con la filosofía de la mejora continua de las competencias en los distintos campos. Esto incluye la socialización para la educación permanente, la movilidad geográfica pero también la flexibilidad en cuanto a la carrera profesional y el lugar de empleo.

Por el momento, no se ha visto una tendencia más fuerte para adaptar el sector de la salud pública a las necesidades y expectativas específicas de las personas con bajo nivel educativo. Esto puede provenir en parte del hecho de que el sector de la asistencia médica se regula en el ámbito nacional y no es un ámbito de la competencia de la UE. Por tanto, una preparación del personal para cooperar con las personas con bajo nivel educativo puede variar claramente en los diversos países. Sin embargo, se hace referencia a la necesidad de garantizar el acceso a servicios apropiados y a la asistencia sanitaria. El campo de la UE es la promoción de la salud, centrándose en la igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, incluyendo la ejecución de programas que aumenten la alfabetización sanitaria.

La política social se centra en incluir a las personas con bajo nivel económico (que a menudo está vinculado a un bajo nivel educativo) y grupos específicos con riesgo de marginación dentro de la sociedad. No obstante, los programas relacionados con estas cuestiones no están destinados al tema de las competencias sanitarias de las personas con bajo nivel educativo o la adaptación de la educación para la salud y los programas de promoción de la salud a sus necesidades.

Teniendo en cuenta el hecho de que la economía basada en el conocimiento se diseñó como la dirección para el desarrollo en toda la UE, es muy probable que la cuestión del bajo nivel educativo y de las necesidades educativas de dichas personas determine cada vez más las direcciones para el desarrollo de las políticas sociales de la Comunidad, especialmente las de educación y salud, en los próximos años. Parece que la tarea clave en el futuro es crear un enfoque integrado y herramientas adecuadas para reforzar la capacidad sanitaria de los recursos humanos y el acceso igualitario a la salud, en especial para personas con bajo nivel educativo, para así evitar una estratificación social excesiva y la creación de enclaves excluidos de una variedad de prestaciones de la economía moderna e innovadora.

Bibliografía

1. DG Educación y Cultura – servicio web: www.llp.org.pl.
2. Comisión Europea: Comunicación de la Comisión Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e inclusivo, final. 2010
3. Comisión Europea: Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones: Agenda social renovada: Oportunidades, acceso y solidaridad en la Europa del siglo XXI, COM/2008/0412, final. 2008 b
4. Comisión Europea: Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social - documento estratégico marco. Prioridades y directrices para las actividades del Año Europeo 2010, Bruselas, 2008 a.
5. Parlamento Europeo: Decisión Nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 23 de octubre de 2007 por la que se establece un segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013). 2007
6. Royuela-Mora V., Moreno R., Maya E.: Seguimiento de la Estrategia de Lisboa, en: Lenain P. et al., A medio camino en la Estrategia de Lisboa: expectativas y realidad. [en polaco] Centrum Analiz Spoleczno - Ekonomicznych, Warszawa, 2005.
7. Szarfenberg R.: La estrategia de la Unión Europea contra la exclusión, (2008). IPS UW, [en polaco].
8. Szomburg J.: La Estrategia de Lisboa, una oportunidad para Europa, Seminario informativo del Foro polaco de la Estrategia de Lisboa [en polaco], 2004. Disponible en: www.pfsl.pl.
9. El Consejo Europeo (2010), CO EUR 4, CONCL 1, Bruselas.

CAPÍTULO 4
Factores determinantes de los hábitos saludables y posibilidades de modelarlos

Krzysztof Puchalski

1. Introducción

Cuando los/as profesionales de la salud de los/as trabajadores/as hablan de hábitos saludables normalmente se asume que todas las personas entienden estos hábitos de la misma manera. Más aún, se asume que el factor más importante que determina estos hábitos (inicio, continuación, desarrollo, modificación en la dirección deseada, etc.) es el conocimiento en materia de salud de los trabajadores, y el hecho de no tener dichos conocimientos lleva a no prestar atención a la salud. A menudo se asume que, en lo que respecta a los adultos la formación de estos conocimientos, creencias y aptitudes que conducen a estilos de vida más saludables, se trata fundamentalmente de una cuestión de seleccionar adecuadamente los procedimientos y las medidas técnicas (tales como métodos de enseñanza, técnicas de comunicación, contenido de los transmisión) que cada profesor/formador puede aprender o adquirir y aplicar realmente en la práctica sin necesidad de entender bien la especificidad de la forma de pensar de las personas cultas.

Las actividades educativas basadas en dichos presupuestos han demostrado repetidamente que son efectivas para dar forma tanto a las competencias para los hábitos saludables como a estos hábitos en sí. Sin embargo, su efectividad a menudo deja mucho que desear. Por un lado, puede ser el resultado de errores en el desarrollo de la educación en salud o la promoción de la salud (su reducida adaptación a las necesidades específicas del receptor), por otro lado, incluso con una buena influencia desde la perspectiva de la enseñanza, podría ser un efecto del hecho de que las personas cultas y sus hábitos en realidad eran más complicados de lo que habían asumido los autores de las intervenciones educativas emprendidas. En otras palabras, los efectos insatisfactorios pueden derivarse principalmente del hecho de que las acciones emprendidas no toman totalmente en cuenta los factores determinantes complicados de los hábitos saludables de las personas expuestas a una intervención.

En la actualidad llama la atención la complejidad de los hábitos saludables y por tanto de sus factores determinantes y las maneras de darles forma. Con estos antecedentes se presentarán (en próximos capítulos del libro) conclusiones extraídas de la encuesta realizada en el proyecto para la mejora de la educación en salud y la promoción de la salud de los trabajadores y las trabajadoras con bajo nivel educativo. Dado que estas conclusiones hacen referencia a una categoría social distinta y no a una persona concreta, los determinantes se tratarán en general, referidos a muchas personas simultáneamente. Esta generalidad también deriva de que se trata un caso de hábitos saludables y un estilo de vida saludable que consta de muchas actividades distintas, en cuanto a su contenido y causas, mecanismos y formas de ejecución. En primer lugar, por tanto, se describirá el problema de la complejidad de estos hábitos.

2. El concepto de los hábitos saludables y una orientación de intervenciones

Al hablar de hábitos saludables y estilo de vida saludable, se pueden tener en mente una variedad de criterios que dirigen la atención a estos u otros hábitos.

Actualmente en las ciencias de la salud y la práctica de la salud pública se hace mayor hincapié en la cuestión del contenido que contribuye al llamado estilo de vida saludable. Los hábitos se consideran saludables (estilo de vida saludable) según la fuerza con la que afecten a la salud (reducción de riesgos para la salud) y que se determina principalmente tomando como base los estudios epidemiológicos de base poblacional. Los hábitos más prominentes incluyen: dieta saludable (descrita por la frecuencia del consumo de ciertos productos en determinadas dosis, evitar el consumo de otros productos perjudiciales, composición de los componentes de una dieta, cantidad de energía en una dieta, calidad de los alimentos consumidos, etc.); actividad física moderada pero regular; esparcimiento y relajación; hacer frente al estrés de manera constructiva; no fumar y evitar el humo del tabaco; evitar el consumo de alcohol o consumir sólo dosis mínimas; abandono del consumo de sustancias psicoactivas. Aquí también se puede referir a: numerosos hábitos que protegen la salud en el trabajo (uso de equipos de protección individual, descansos adecuados durante el trabajo, postura corporal adecuada, etc.); hábitos seguros en el tráfico (uso de cinturones de seguridad, velocidad adecuada); hábitos seguros y responsables en las relaciones sexuales. Por último, se esbozan las actividades manifestadas en las relaciones con la medicina, como reconocimientos médicos regulares para la detección temprana de ciertas enfermedades; notificación rápida a la ayuda médica cuando se observan síntomas alarmantes de una enfermedad, uso de las medicinas necesarias sin abusar de ellas.

Los hábitos identificados como saludables quizá pueden ser un poco distintos cuando no queremos decir salud en general sino la prevención de una enfermedad específica (p.ej. enfermedad cardiaca isquémica, diabetes, cáncer de piel, infección por el virus de la hepatitis C et al.)1 o si la salud se refiere a grupos de riesgo específicos (p.ej. categorías de edad, sexo, subcultura, tipo de personalidad, riesgo genético definido, profesión, etc.).

En ciencias sociales, a su vez, se presta atención a otras cuestiones.

En primer lugar, se plantea la pregunta de si lo que se denomina un estilo de vida en medicina es realmente el estilo (en cuanto a coherencia, estabilidad) de hábitos de personas o grupos, o quizá sólo un ámbito de interés para los/as académicos/as expuesto en teoría. Por ejemplo, en la pasada década los estudios americanos descubrieron que aunque tres cuartos de la población no fuma, el 40% mantiene un peso corporal normal, más de 1/5 consume al menos cinco raciones de fruta y verdura al día y la misma cantidad practica una actividad física diaria moderada, sólo el 3% de las personas encuestadas realiza estos cuatro tipos de actividad al mismo tiempo (Reeves, Rafferty, 2005). Una actividad comparable en la población polaca se estimó también en pocos puntos porcentuales (Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska-Poscik, 1999), aunque el 80% de los polacos adultos creían que eran personas que cuidan sus salud (CBOS 2007). Por lo tanto es difícil hablar de una presencia empírica de un estilo de vida saludable y quizá sólo se pueda indicar una difusión mayor o menor de hábitos individuales importantes para la salud y creencias en la sociedad relacionadas con la salud.

También se manifiesta un interés distinto de las ciencias sociales por el hecho de que como hábitos saludables aquí sólo se consideran los hábitos que se ponen en práctica para influir en la salud (con la intención de reforzar la salud o combatir una enfermedad), independientemente de cómo se evalúe dicho impacto en medicina. Por lo tanto, es significativo el objetivo, la intención relativa a la salud. Se distinguen de las acciones llevadas a cabo con otros propósitos (independientemente de que afecten a la salud de forma objetiva, positiva o negativa), así como de hábitos espontáneos o habituales donde es poco probable que exista un motivo de salud (o cualquier otro).

Entre los hábitos saludables entendidos de esa manera, se pueden distinguir las actividades activas y pasivas. Las primeras tienen como objetivo la búsqueda de un propósito, la introducción de cambios planificados que a menudo requieren una dosis de heroísmo: rechazo de modelos aprobados comúnmente;

[1] Hay que tener en cuenta que algunas de estas conclusiones específicas pueden ser contradictorias, como por ejemplo una cuestión de consumo regular de pequeñas dosis de alcohol (saludable en cuanto a prevención de enfermedades cardiovasculares, pero peligroso para la salud por la posibilidad de adicción y otras enfermedades o problemas relacionados con el consumo de alcohol) (Anderson, Baumberge, 2007).

renuncia a hábitos o placeres (p.ej. dejar de fumar para un adicto al tabaco al que le gusta fumar y está rodeado sobre todo de otros fumadores). Las actividades pasivas son el resultado de una acción natural o "no oportunidad" para hábitos nocivos para la salud (p.ej. no fumar en una persona que nunca ha fumado, a la que le molesta el olor del humo de tabaco y que pasa tiempo entre no fumadores). Desde otro punto de vista, se pueden distinguir acciones esporádicas y, en oposición a ellas, las acciones que se llevan a cabo regularmente. También se puede hablar de acciones individuales (llevadas a cabo independientemente por unas pocas personas), así como acciones en masa o colectivas (llevadas a cabo por muchas personas, a veces simultáneamente, siendo conscientes de los objetivos y hábitos comunes y con cooperación mutua más o menos desarrollada).

Con tal diversidad de lo que denominamos hábitos saludables (y estilo de vida saludable), es difícil definir con precisión la dirección de una intervención deseada cuando el objetivo final es una salud comúnmente aceptada de muchas personas al mismo tiempo (y no sólo una reducción del riesgo de una enfermedad concreta de una persona). Sólo se puede asumir, basándose en los antecedentes científicos, que existe una amplia gama de hábitos con una influencia positiva confirmada en la salud pública (con el uso de una variedad de sus indicadores). Si se tiene en cuenta este impacto, cabe resaltar estos hábitos que no sólo eran un acto ocasional, sino que se llevaban a cabo de una forma tan intensa, regular y persistente que tenían el efecto de salud deseado (por ello la categoría de estilo de vida que hace hincapié en la regularidad y la repetibilidad). Al mismo tiempo, asumiendo razones éticas, vale la pena estimular actividades que las personas aceptan a sabiendas o de buen grado o que seleccionen de muchas oportunidades a su disposición. La segunda condición provoca que al formar hábitos saludables haya métodos rechazados diseñados para hacer que el estilo de vida de alguien sea más saludable, pero contra la voluntad y el consentimiento de los grupos o comunidades implicadas. Aquí se habla de los grupos porque se trata de efectos en la salud de una variedad de personas, basándose en intervenciones destinadas no sólo al paciente/cliente individual, sino a un público más amplio.

3. Factores determinantes de los hábitos saludables

Cabe resaltar otro aspecto de la complejidad de los hábitos saludables, que es la variedad de sus factores determinantes. Las intervenciones llevadas a cabo en la educación en salud y la promoción de la salud rara vez se dirigen directamente a los hábitos, sino a los factores determinantes seleccionados de estos hábitos.

En ciencias sociales se pueden encontrar muchas teorías, conclusiones y controversias diferentes sobre lo que determina el comportamiento humano, también el relativo a la salud (p.ej. Glanz, Rimer, Lewis 2002).

En primer lugar, queda sin resolver el problema de si las principales causas de los hábitos se encuentran principalmente en el individuo, en la persona en sí, o quizá en el entorno externo, la sociedad y las condiciones de vida. ¿Hasta qué punto y en qué circunstancias es crucial el primero o el segundo de estos factores? En otras palabras, si un hombre (o hasta qué punto y ámbito) es un ser intra-controlado (su comportamiento es el resultado de las características propias y, lo que es más importante, controla sus hábitos) o un ser extra-controlado (su comportamiento es el resultado de las características e influencias del entorno en el que vive y no tiene muchas oportunidades de oponerse a las influencias externas).

Si las causas del comportamiento se encuentran principalmente en el hombre, ¿qué teoría se acerca más a la verdad? ¿Son ciertas varias teorías cognitivas que dicen que el comportamiento es el resultado de nuestra reflexión, que interpretamos el mundo circundante según nuestros "mapas cognitivos" (estructuras de conceptos, sistemas de valores, criterios de racionalidad, etc.), procesamos intelectualmente la información dada y entonces conscientemente tomamos una decisión sobre cómo comportarnos (aunque decidamos someternos a ciertas presiones o normas)? ¿O quizá se acercan más a la verdad las "teorías de profundidad" que derivan los hábitos humanos de conflictos, impulsos y otras fuerzas internas inconscientes ocultas en lo más profundo de nuestro psique que son difíciles de controlar intelectualmente? ¿O quizá son correctas las teorías biológicas y evolucionistas que afirman que el comportamiento es el

resultado de los mecanismos y las características codificadas en la biología del organismo, independientemente de la voluntad humana y con dificultad para ajustarse a esta voluntad? ¿Quizá sean más correctos los conceptos de comportamiento que nos perciben como seres reactivos, que otorgan mayor importancia a las características de los estímulos que actúan sobre nosotros que al contenido del pensamiento o de los mecanismos ocultos en lo más profundo del psique o la biología, y llevan a estos mecanismos a un cálculo interior, más o menos consciente, de ganancias y pérdidas asociadas a llevar a cabo la acción o no?

Aunque no se responda de manera definitiva a si actuamos por el contenido de nuestro pensamiento, disposiciones y mecanismos ocultos o bajo la influencia de algunos estímulos, la pregunta de qué factores (y cuándo) afectan más a nuestro comportamiento sigue abierta. Hablando más específicamente: ¿sucumbimos principalmente a estímulos e intentamos buscar (o nuestro cuerpo busca) placer o armonía interna?; ¿actuamos para evitar el castigo en lugar de obtener una recompensa?; ¿queremos multiplicar recursos o poner en práctica valores?; ¿nos regimos por nuestro egoísmo o altruismo?; ¿somos más racionales o emocionales? ¿Hasta qué punto y en qué circunstancias nos dejamos llevar o nos guía la voluntad de vivir, la lucha por la supervivencia de la especie (traspaso de genes), la aceptación de modelos o normas y valores, la necesidad de sentirse realizado, etc.? ¿Somos, tal y como los famosos pensadores describieron al hombre, más un homo faber o quizá homo ludens, homo oeconomicus u homo symbolicus? ¿O quizá está más cerca de nuestra naturaleza un popularizado Tischner homo sovieticus, que sólo usa lo que se le ofrece y espera a que alguien se ocupe de ello sin realizar una actividad independiente ni asumir responsabilidad por su propio destino? Quizá son otras las características propias de nuestra personalidad o quizá en general no existe dicha característica universal del ser humano.

Y si nuestro comportamiento no proviene de las características de la persona, sino de las características del mundo circundante, el entorno en el que vivimos: ¿actuamos más bajo la influencia de lo que es físico (p.ej. características del clima, entorno tecnológico) o de lo que es social? ¿Hasta qué punto estamos condicionados por nuestro lugar en la estructura social y el estatus asignado o conseguido (y las normas relativas a dicho estatus), y hasta qué punto construimos independientemente nuestros papeles sociales y formas de actuar? ¿Hasta qué punto nos vemos influidos por el desarrollo de la civilización (especialmente ahora, en el contexto de cambios tecnológicos acelerados) y hasta qué punto permanecemos ajenos? ¿Nos hemos convertido ya en una "persona global", o quizá todavía estamos dominados por las características de la cultura nativa local? ¿Somos un "producto" o más bien un cofundador de los fenómenos y procesos sociales que nos rodean?

Todos estos dilemas también se aplican al contexto de la salud. No obstante, en ese caso aparece una pregunta adicional: ¿los hábitos importantes para la salud se deciden principalmente por razones asociadas a la salud (p.ej. valor atribuido a la salud, modelos de hábitos saludables, estado de salud) o condiciones lejanas al tema de estos casos (p.ej. nivel de educación general, modelos de vida exitosa, tecnologías en uso)? Por tanto, ¿es posible limitar los intentos de formar estos hábitos a acciones llevadas a cabo por los efectos de salud, o quizá (y hasta qué punto) hay que influir en factores asociados a otros contextos (p.ej. política educativa, derechos de los consumidores)?

Y por último, ¿las conclusiones de cualquiera de los problemas enumerados son universales, por ello ciertas para todas las personas o la mayoría de ellas? ¿O quizá algunas de ellas son válidas para algunos grupos sociales, y otras para otros? Quizá cada persona es tan distinta que es difícil identificar un factor común o un mecanismo que condicione los hábitos humanos. Incluso si dicho factor fuera señalado, ¿sería el mismo en todas las situaciones de la vida humana? ¿La acción de un individuo en todas las circunstancias está dirigida por los mismos factores determinantes, o cambian dependiendo del contexto en el que se desarrolla la acción o la mera reflexión que la precede? Y por último, ¿no enfrentamos a determinantes similares en el caso de cada tipo de hábito saludable (ya tratado arriba)? Por ejemplo: ¿una persona mayor opera bajo la misma influencia que un joven, independientemente de que se trate de actividad física o la elección de la comida, independientemente de que esté cansado o tenga hambre, e independientemente de que esté de vacaciones con amigos/as o en viaje de negocios con un/a cliente/a muy exigente?

Aunque las ciencias sociales han acumulado muchas conclusiones que documentan el impacto de determinados factores en distintos hábitos saludables, el conocimiento en este campo aún es insignificante, en especial cuando se evalúa en el contexto de posibles aplicaciones. Por ejemplo, a menudo tenemos conclusiones adecuadas para tipos de comportamiento poco separados que son inadecuadas

para otros. A veces hay determinantes reconocidos para acciones realizadas en una situación concreta, mientras que en circunstancias distintas los mismos factores ya no tienen el efecto deseado. Aunque se recopilaron muchos datos para el problema de cómo cambiar temporalmente un hábito, todavía existe una clara falta de conocimiento sobre cómo mantenerlo a largo plazo. A menudo las conclusiones sólo son relativas a la influencia de un factor aislado sin suficiente confrontación con otras influencias, dado que la investigación se realiza a partir de la noción unidimensional del ser humano. Por último, no es nada raro que las conclusiones recopiladas sean contradictorias. Por lo tanto, basándose en las pruebas científicas, es difícil asumir que existe una explicación correcta, relativamente universal, de las causas de todos los hábitos saludables importantes (o la mayoría de ellos) o que existen formas efectivas conocidas por todos de modificar estos hábitos en una dirección positiva.

Si se acepta el supuesto de que todos los conceptos mencionados (y otros) que explican el comportamiento humano están justificados hasta cierto punto (en relación con una clase distinta de hábitos, categoría de personas, situación específica, etc.), y si se tiene en cuenta que las conclusiones recopiladas en ciencias sólo son ciertas para ámbitos objetivos limitados, surge una necesidad de recopilar los principales determinantes de hábitos saludables, para asignar aproximadamente un elemento para las intervenciones de salud deseadas. Con este fin, más adelante se presenta un modelo teórico que ordena, a efectos de educación en salud y promoción de la salud, los principales factores que se consideran determinantes en la actividad de salud de las personas y los grupos sociales.

4. Presupuestos generales del modelo

Si los hábitos saludables reconocidos por todos son un fenómeno complejo y polimórfico, probablemente también estén sujetos a una serie de razones. Por tanto, aquí no se consideran relevantes las teorías que hacen referencia a un único grupo homogéneo de factores y que adoptan como universal un concepto unidimensional de la persona. Yendo más allá, si es cierto que sólo parte de los hábitos saludables (en el sentido del interés de la medicina) son los que se llevan a cabo por una razón razonablemente precisa, existe una necesidad de una inclusión más amplia de factores no volitivos entre las variables explicativas. Incluyen: emociones, estilos de acción bien establecidos, incentivos de interacciones sociales, influencias de la cultura y la estructura social, presión directa de las instituciones sociales, condiciones materiales, etc. Si también es cierto que las actividades de salud, incluyendo las reflexivas, a menudo no van acompañadas de reflexión sobre su relación con la salud y que muchas de ellas se realizan por razones distintas a la salud[2], no es exacto mencionar en su explicación sólo dicho campo de conciencia (conocimiento, creencias, valores, actitudes, etc.) que trata de las cuestiones de salud. Además, el pensamiento común no siempre es coherente, racional y compatible con la lógica de los académicos que crean esquemas teóricos cognitivos.

La necesidad de una perspectiva amplia se deriva del hecho de que varios factores y mecanismos específicos pueden ser las causas subyacentes de los distintos tipos de hábitos (otros factores pueden determinar el no fumar y una dieta sana, otros factores explican una consolidación del hábito y su cambio decidido, etc.). Más aún, personas distintas realizan actividades similares en cuanto a contenido bajo la influencia de distintos factores motivadores. A menudo se deciden no con un único factor, sino una amplia gama de determinantes. Aunque todos estos presupuestos parecen obvios, la práctica de la investigación y la puesta en práctica en el campo de la promoción de la salud sugieren cosas distintas.

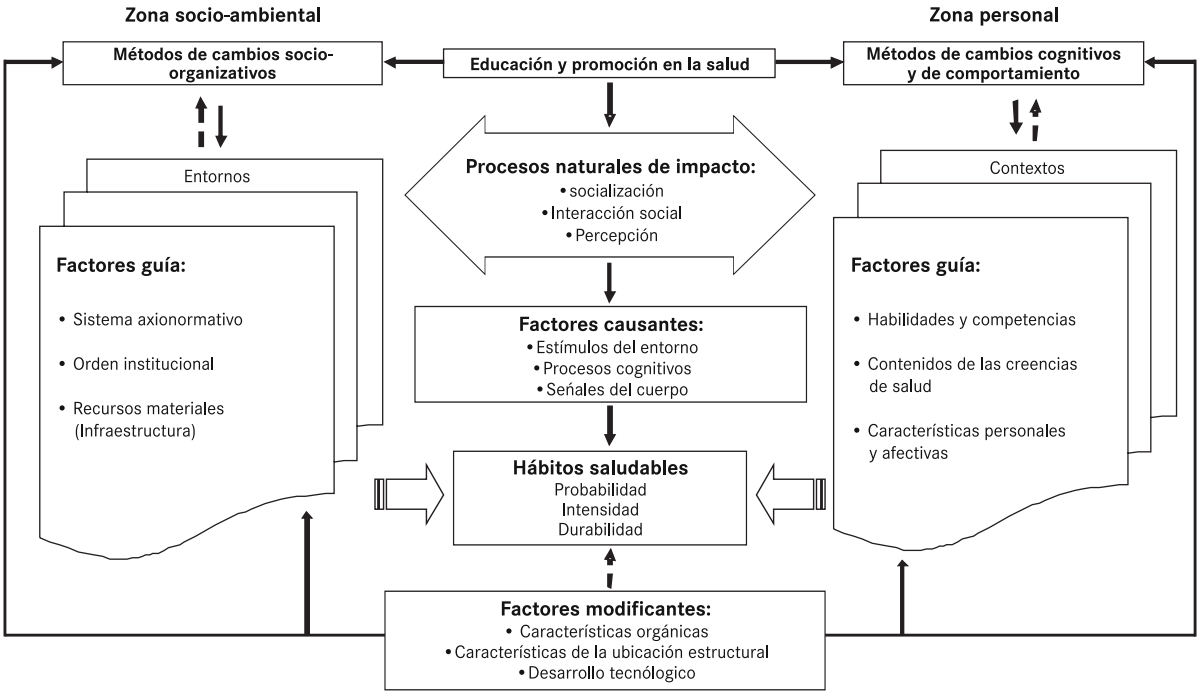
La premisa de utilidad práctica del modelo significa que se ha concebido como ayuda para desarrollar, ejecutar y evaluar los programas de educación en salud y de promoción de la salud. Permite recoger, organizar y armonizar conclusiones empíricas y puede ser una matriz de ámbitos de acciones dentro de los programas de intervención. Los elementos clave incluidos en él son los que al menos en cierta medida están sujetos a modificaciones en procesos organizados de promoción de la salud, realizados a nivel poblacional y a menor escala (p.ej. en el trabajo). Se consideran menos importantes los factores sobre los que los

[2] Por ejemplo, cuando se elige el menú, casi el cuádruple de personas de los/as representantes de la sociedad polaca se guían por el hecho de que la comida debe estar deliciosa, en lugar de ser sana. Aunque sólo algunos de las personas encuestadas creen que la carne frita es sana, un tercio de ellos declara que quiere consumirla más a menudo, y aproximadamente el 70% admite que les gusta especialmente (Pentor, 2005).

promotores de la salud no pueden tener un impacto (p.ej. estructura de género, edad o nivel educativo en la comunidad, grado de desarrollo tecnológico).

En general, los principales determinantes de los hábitos saludables se pueden presentar esquemáticamente según se muestra a continuación (Figura 1).

Figura 1. Modelo de factores determinantes de las actividades de salud (Fuente: estudio modificado basado en Puchalski, 2008).



Los hábitos saludables de los/as representantes de una colectividad social específica se incluyen aquí como un resultado de factores (incluyendo intervenciones decididas) ubicados en dos ámbitos: socio-ambiental y personal. En cada uno de ellos se han distinguido: fenómenos y características (1) formados a través de procesos naturales de desarrollo de las personas y las comunidades y (2) actividades realizadas en intervenciones decididas de educación en salud y promoción de la salud, que figuran en la parte superior de la tabla.

Los determinantes formados de manera natural se han dividido en dos grupos. El primero incluye factores llamados de guía, que se muestran por separado para los ámbitos socio-ambiental y personal. Determinan posibilidades de aplicación, contenido e intensidad de los hábitos importantes para la salud. Además, incluyen los fenómenos que más o menos se someten a intervenciones educativas y promocionales y que pueden cambiar gracias a éstas. El segundo grupo, que figura en la parte inferior de la tabla, está formado por los denominados factores modificantes. La posibilidad de su transformación está más allá del control de los promotores de la salud. Ambos afectan a los factores de guía y constituyen un marco general para la aplicación de actividades socio-técnicas.

Las condiciones identificadas como factores socio-ambientales pueden referirse a distintos grupos sociales en los que se desenvuelve una persona. En general, hay elementos del entorno en los que los programas de educación en salud o de promoción de la salud se ejecutan (p.ej. en el trabajo), pero también hay que tener en cuenta los otros dos ámbitos (p.ej. el social o profesional, la familia) en los que se sitúa normalmente el sujeto de los hábitos en cuestión y los entornos que tienen gran importancia. Los elementos de estos distintos entornos a veces son similares, compatibles mutuamente e imponentes, pero también pueden ser distintos e incluso contradictorios.

De manera similar, los factores llamados personales pueden revelar varios aspectos contradictorios, dependiendo del contexto situacional en el que se ubica una persona que actúa. Dicho contexto puede: influir directamente en una persona situada en él, desencadenar procesos mentales, fomentar el uso de estos u otros valores, activar estas u otras respuestas apropiadas para una situación dada (p.ej. diversión,

vacaciones, consumo, amor, trabajo). También puede ser sólo un contexto mental, derivado de una aceptación intencional o emocional de uno u otro enfoque. Un indicio de distintos contextos, que genera en la misma persona varias disposiciones a veces contrarias ante los hábitos, se deriva de la adopción del concepto del polimorfismo de la naturaleza humana (Ossowski, 1967). Este concepto afirma que el hombre se forma en una gran variedad a menudo incoherente de creencias, aspiraciones o actitudes que son el resultado de la socialización en distintos entornos sociales. El entorno en el que está situado en ese momento (en realidad o sólo en sus ideas) o las acciones que realiza, activan en la persona las actitudes y disposiciones previamente adquiridas (estando en estado de recesión) que son propias de ese entorno, acción o estado mental más general. Un ejemplo de esto podría ser una persona que diariamente, casi de forma fanática, respeta los principios de una dieta sana, realiza actividad física intensa, evita el alcohol y el humo del tabaco y suscribe los principios de la seguridad en las relaciones sexuales, pero se desplaza, durante un fin de semana o unas vacaciones, de los contextos de la vida cotidiana (trabajo, familia) a un contexto de diversión y relajación, y cambia radicalmente su actitudes y acciones.

Los dos ámbitos de factores de guía, socio-ambiental y personal, se relacionan mutuamente en la tabla gracias a tres procesos. El primero, más amplio, complejo y duradero, es una socialización a raíz de la cual los individuos adquieren como propios (asimilan) normas, modelos, expectativas y valores presentes en la sociedad (varios entornos, círculos o contextos sociales). El segundo mecanismo, separado del anterior, consiste en interaccione sociales en las que las personas se forman y comprueban sus creencias, modelos de conducta, identifican oportunidades o barreras a las acciones, adquieren aptitudes, se someten a modelos, normas y expectativas, experimentan presión social, reciben estimulación y apoyo. El tercer mecanismo, de nuevo separado del anterior, incluye procesos asociados a la percepción de una situación, permitiendo una orientación sobre las necesidades y oportunidades reales o tomando decisiones intencionadas. Estos tres procesos y mecanismos jerárquicos hacen que los hábitos saludables sean el resultado de una interacción entre los factores socio-ambientales y personales. Por un lado, transmiten a la conciencia de las personas que actúan los impactos de los factores socio-ambientales y, por otro lado, indican un papel activo de un hombre al experimentar y procesar estos impactos.

Los hábitos saludables no son sólo el resultado de factores relativamente fijos previamente identificados (de guía o modificantes), sino también de incentivos que surgen casualmente de la actividad, los llamados factores desencadenantes. Suelen aparecer de forma natural, pero algunos de ellos también se pueden activar deliberadamente en los programas de promoción de la salud. Pueden proceder del entorno (p.ej. eventos mediáticos que muestran un problema específico), así como procesos que suceden en el ámbito personal (p.ej. observación de los síntomas de una enfermedad).

Los hábitos saludables, su probabilidad, intensidad y durabilidad, se consideran el efecto de las condiciones indicadas e interacciones entre ellas. Se puede asumir en general que cuanto más diversos y mutuamente coherentes sean los factores saludables que tienen lugar en cada uno de los grupos destacados en el modelo, mayor es la probabilidad de que una acción deseada se ponga en práctica.

La breve descripción presentada a continuación de los factores del modelo es una hipótesis sobre el papel de las variables seleccionadas en el aumento de la probabilidad de actividad saludable en general. No hace referencia específicamente a las acciones aisladas, ya que estas variables también se pueden especificar para los tipos seleccionados de actividad, tales como: fumar, mantener un peso corporal normal, someterse a reconocimientos médicos regulares.

5. Determinantes personales de los hábitos saludables

En el ámbito de los factores personales, pertenecientes al ser humano, se incluyen tres grupos analíticamente separados: (a) contenido de creencias de salud, (b) aptitudes y competencias, (c) características personales y afectivas (Fig. 1).

El contenido de las creencias de salud incluye, sobre todo: valores y objetivos reconocidos (ambos convergentes y alternativos a la salud); el concepto adoptado de salud; creencias sobre determinantes de su condición; normas sociales reconocidas sobre hábitos saludables e ideas sobre expectativas para

otros hábitos significativos a este respecto. También se pueden identificar racionalizaciones aceptadas para justificar la actividad de una persona o la falta de esta en el ámbito de la salud, los beneficios percibidos y las pérdidas derivadas de dicha actividad, así como las barreras o facilidades anticipadas en su aplicación. También hay creencias relativas a uno mismo, tales como: autoevaluación; evaluación de la salud de uno mismo, bienestar y problemas susceptibles de modificación (p.ej. condición física, aumento de peso); conveniencia de las posibilidades de una persona para influir en la salud (ubicación del control), autoeficacia en la aplicación de actividades relacionadas con la salud y propensión a las enfermedades relacionadas con un estilo de vida. Los factores de este grupo son las variables que aparecen con más frecuencia en la investigación de los factores determinantes de los hábitos saludables.

Las destrezas y las competencias incluyen, por un lado, respuestas más o menos asentadas y aprendidas (p.ej. destrezas de esquí, reducir una tensión, establecer amistades; reafirmación personal), y por otro lado, los conocimientos especializados en diversos hábitos importantes para la salud (p.ej. capacidad para aprovechar el sistema de asistencia sanitaria, uso de Internet, preparación de comidas sanas). También es una capacidad general entender y usar el contenido de los mensajes sobre salud (conocimientos en materia de salud). La posesión de disposiciones generales, así como de características relativas específicamente a la mayor gama posible de hábitos saludables potenciales se puede considerar propicio para una actividad saludable.

Las características denominadas personales y afectivas incluyen: nivel de interés en cuestiones sobre la salud propia; relación emocional con una variedad de hábitos saludables o no saludables y mensajes que fomentan determinados hábitos o evitan otros; propensión a este tipo de mensajes y presiones sociales (conformismo); necesidades sentidas (por oposición a creencias sobre necesidades y valores) relacionadas con factores que afectan a la salud; o rasgos de las características (como persistencia, curiosidad, receptividad a los cambios). Las variables de este grupo son sin duda las menos susceptibles de modificación.

6. Determinantes socio-ambientales de los hábitos saludables

En el ámbito socio-ambiental (Fig. 1) hay que distinguir tres grupos de factores guía correlacionados: (a) valores, normas y modelos de comportamiento (el sistema axionormativo), (b) orden institucional y (c) infraestructura y recursos materiales.

El primer grupo consiste principalmente en: normas jurídicas, normas morales, costumbres y modas relativas a los hábitos importantes para la salud. Aquí también se encuentran detrás de todas estas normas mecanismos de apoyo y control social, que determinan la fuerza de su impacto. Por separado se pueden indicar modelos sociales de hábitos saludables, propios de toda una comunidad y apropiados para las "parejas" y grupos de referencia (positivo y negativo). También hay modelos y valores difundidos deliberadamente en una variedad de transmisiones mediáticas, también creados por el marketing comercial. También hay que destacar el hecho de que estas variables se describen en el modelo como apropiadas para el entorno sociocultural en el que la persona se desenvuelve, y no su conciencia.

Mientras que las condiciones mencionadas arriba se sitúan en el ámbito cultural, las siguientes están más cerca del enfoque estructural de la sociedad. Aquí hay que tener en cuenta la presencia y la posición en la estructura social de los papeles, grupos, organizaciones e instituciones que crean valores, normas, modelos, expectativas, facilidades y limitaciones relativas a los hábitos saludables. También se pueden mencionar distintas políticas (de estado, empresariales, compañías de seguros, preocupaciones industriales y otras) que promueven los estilos de vida saludables (o no saludables), procedimientos de acciones (incluyendo programas de salud, caminos de aprendizaje) y relacionados con estos formas de organización, que implican directamente a las personas y que sólo actúan como modelos de conducta (movimientos sociales, organizaciones civiles, papeles profesionales y de autoridad).

Los recursos materiales, a su vez, en contraste con los sociales mencionados arriba, incluyen la disponibilidad de productos en un entorno dado, infraestructura y servicios usados para aplicar la actividad saludable. Este grupo de variables incluye tanto una presencia (suministro) de estos elementos (tales como comida sana, rutas turísticas, equipamiento deportivo, información sobre temas de salud) como posibilidades para su uso entendidas físicamente, su verdadera disponibilidad para las personas.

7. Factores modificantes

El impacto de todos los determinantes mencionados (factores de guía socio-ambientales y personales) se ve influido por los denominados factores modificantes. Se pueden identificar tres grupos principales: (a) nuevas tecnologías emergentes que cambian el lado social y material de un estilo de vida, (b) características de la ubicación sociodemográfica, y (c) características orgánicas de los sujetos de los hábitos saludables. Entre los atributos de la ubicación social cabe mencionar el nivel educativo y la situación económica que diversifican una actividad saludable en mayor medida. La edad y el sexo también son importantes en este caso. La característica orgánica incluye el estado de salud actual ampliamente definido (estableciendo las necesidades y oportunidades de una acción), así como experiencias de la biografía de salud anterior.

8. Acciones de un/a promotor/a de salud como determinantes de los hábitos saludables

Si la promoción de la salud es una actividad práctica destinada principalmente a dar forma a las actividades de salud de las personas, grupos y organizaciones, es difícil pasar por alto su papel entre los determinantes de esta actividad. La falta de acciones de intervención realizadas bajo los auspicios de la educación en salud y la promoción de la salud se podría decir de facto que no tienen un impacto significativo en la formación de un hábito, o al contrario, que son perfectamente eficientes, que no existe ninguna necesidad de pensar en su influencia. Un proyecto educativo y promocional es, al fin y al cabo, en muchos aspectos el mismo elemento de realidad que rodea a una persona al igual que cualquiera de sus otros elementos considerados en modelos de determinantes de hábitos saludables.

En este modelo, las acciones fundamentales de un promotor de salud (entendido como institución social, más que una persona concreta) se entienden de dos maneras. Primero están los proyectos de influencia social destinados principalmente al ámbito de los determinantes personales. En segundo lugar, están las acciones que introducen cambios socio-organizativos dirigidos al ámbito del entorno. En un enfoque ideal también podría incluir impactos en los procesos de socialización, interacción y percepción (p.ej. procesos de educación, marketing).

Este primer grupo, usado en transformaciones del estado de factores personales (fundamentalmente mentales) incluye la educación en salud concebida de forma tradicional (entendida como el traspaso de conocimientos teóricos sobre temas de salud); los esfuerzos de marketing destinados a formar actitudes emocionales hacia la salud; hábitos saludables y objetos relacionados con ellos; formación en el desarrollo de aptitudes en relación con actividades deseadas y cómo enfrentarse a los efectos secundarios; o presentación a los denominados grupos destinatarios de los resultados de los reconocimientos médicos de salud. El segundo ámbito de actividades de promoción de la salud, que implican la estimulación del desarrollo de comunidades y organizaciones en la dirección de entornos saludables (Grossmann, Scala, 1993), incluye lobbying y defensa; creación de líderes, coaliciones y estructuras; activación de la comunidad; estimulación para la creación de políticas; aplicación de normas y reglas y otros tipos de apoyo para la innovación (gestión de cambios) en salud.

En general, se pueden identificar siete estrategias de gestión principales correlacionadas utilizadas para mejorar la conciencia de la salud y del estilo de vida de la sociedad. Algunas de ellas se aplican en el ámbito personal (personas o grupos nominales reconocidos) y algunos en el socio-ambiental (tecnológico, organizativo, entorno cultural, etc.).

Enfoque informativo (persuasivo y educativo): proporcionar información para formar, desarrollar o alterar creencias humanas, evaluaciones y opiniones, basándose en estos conocimientos, para que las personas abandonen de forma racional hábitos considerados inapropiados y empiecen los hábitos deseados.

Enfoque de marketing (motivación emocional): prestar atención al problema, publicitarlo y construir a su alrededor emociones positivas o negativas, ya que las personas desean hábitos asociados a emociones positivas y rechazan lo que van acompañados de sentimientos negativos (p.ej. miedo, miedo de perder la salud).

Un enfoque centrado en el desarrollo de recursos personales: desarrollar aptitudes y capacidades para empezar y continuar hábitos saludables y evitar los arriesgados, por ejemplo mejorando la autoes-

tima, la autoeficacia, la capacidad para hacer frente a los problemas, encontrar las soluciones adecuadas, aprovechar el apoyo de los familiares y organizaciones sociales pertinentes, etc.

Un enfoque basado en el impacto social: desarrollar un entorno social: creación de nuevas tendencias, nuevos modelos de comportamiento (en especial entre los denominados "pareja" y "grupos de referencia"), movilización de la opinión pública, activación de la comunidad para trabajar conjuntamente para la salud y cooperación a la hora de solucionar problemas, facilitando y apoyando dichas actividades.

Enfoque regulador (legal y fiscal): introducción de normativas formales (normas, procedimientos, leyes, incluyendo normativas tributarias) para acciones que favorezcan la salud o la puesta en marcha de infraestructuras para su realización y normativas que limiten los incentivos u oportunidades de actividades de riesgo (p.ej. obligación de usar los cinturones de seguridad, prohibición de la publicidad del tabaco, restricciones legales sobre la libertad para fumar, aumento de los impuestos sobre el alcohol, normas que rigen la información que figura en los embalajes de los alimentos).

Enfoque técnico y ambiental: creación de una infraestructura, desarrollo de tecnología, oferta de productos o servicios para conseguir un estilo de vida saludable: zonas e infraestructuras recreativas, carriles bici, equipamiento deportivo, técnicas de entrenamiento, alimentos funcionales, tecnologías energéticamente eficientes, herramientas y nuevas formas de comunicación en materia de salud (incluyendo el uso de nuevos medios de comunicación).

Un enfoque basado en la mejora de la posición social: actividades políticas destinadas a aumentar el nivel educativo general y la riqueza de la sociedad, igualando las oportunidades a este respecto, apoyando a los grupos marginados socialmente y democratizando la vida social, como condiciones fundamentales para promover un estilo de vida saludable y factores que hagan desistir de estilos de vida perjudiciales para la salud.

Todas las estrategias mencionadas arriba pueden (y deben) usarse tanto en educación en salud como en la promoción de la salud.

9. Resumen

Un borrador del modelo descrito anteriormente debe cumplir algunas funciones básicas.

En primer lugar, intenta romper un aislamiento tradicional de las disciplinas y las teorías sobre este tema y los enfoques parciales hacia los hábitos y sus determinantes. Aunque está expuesto a la acusación de eclecticismo y deficiencias en la precisión científica, su papel es rebatir dichos puntos de vista que, en su búsqueda de la precisión, pierden en cierto modo la esencia del tema de su investigación e intentan hablar cada vez más sobre algo que resulta menos importante desde el punto de vista de las necesidades prácticas.

En segundo lugar, el modelo indica fenómenos que deberían incluirse como tema de un proyecto integral de promoción de la salud en la comunidad u organización, aunque no haya pruebas empíricas para su caracterización precisa en un entorno social específico. También están las variables que (si se realizan sus características empíricas en el entorno) se pueden usar para evaluar los efectos de un proyecto de aplicación en curso. El tema de esta evaluación puede ser no sólo un cambio del hábito saludable, sino un cambio duradero en determinantes de estos hábitos en la dirección que estimula la actividad saludable.

Al estudiar los determinantes de la actividad saludable (ya sea concebido de forma general o limitada) desde la perspectiva de la necesidad de la práctica, que es la aplicación de proyectos educativos y de promoción de la salud, cabe prestar atención a la distinción entre factores favorables y desfavorables de un tipo específico de actividad. Desde dicha perspectiva, entre las condiciones esbozadas en el modelo, se pueden extraer aquellas que desde la perspectiva de la promoción de la salud deberían convertirse en objeto de apoyo, y las que pueden ser objetivo de una transición o incluso eliminación. Además, se observa hasta qué punto son susceptibles a los métodos de interacción disponibles para la educación en salud y la promoción de la salud (en general o dentro de un proyecto de intervención específico).

Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que cada proyecto de promoción de la salud también es el resultado de actividades creativas que eluden los procedimientos científicos sistemáticos. Por tanto, no todo puede o debe subordinarse a dichos procedimientos. Aunque el esquema presentado aquí también se construyó con fines científicos, se puede usar en programas de promoción de la salud como herramienta de activación social y trabajo creativo entre los animadores y participantes del proyecto (para concienciar sobre causas complejas y mecanismos relativos a su salud y los determinantes de la efectividad de la intervención).

Bibliografía

1. Anderson P., Baumberg B.: El alcohol en Europa. Informe desde la perspectiva de la sanidad pública [en polaco]. Varsovia: PARPA Media, 2007.
2. CBOS: Temas y eventos actuales. Informe de investigación, BS/138/2007, Varsovia, 2007 [en polaco].
3. Glanz K., Rimer B. K., Lewis F. M. (eds.): Hábitos de salud y educación en salud. Teoría, investigación y práctica, 3ª edición, San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
4. Grossmann R., Scala K.: Promoción de la salud y desarrollo organizativo, Serie europea de promoción de la salud nº 2, Viena: IFF, 1993.
5. Ossowski S.: Trabajos. Volumen 3: Problemas de psicología social. [en polaco], Varsovia: PWN, 1967.
6. Pentor, Hábitos de alimentación de los polacos. Informe de Knorr. 2005 [material on line, 12.02.2009], [en polaco]. Disponible en: http://www.pentor.pl/19963.xml?MEDIA=pop.
7. Puchalski K.: Determinantes de las actividades saludables en el contexto de la promoción de la salud – borrador de un modelo sociológico, en: Heszen I., Życinska J., editores, Psicología de la salud en la búsqueda de inspiración positiva [en polaco]. Varsovia: SWPS Academica, p. 205-222, 2008
8. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Poscik L.: Actividad saludable y conciencia común [en polaco], Łódz: IMP, 1999.
9. Reeves M. J., Rafferty A. P.: Características del estilo de vida saludable entre los adultos en Estados Unidos, 2000, Archivos de Medicina interna, 165: 854-857, 2005.

CAPÍTULO 5
Metodología de la educación en salud de trabajadores/as con bajo nivel educativo — revisión de enfoques

Jacek Pyzalski

1. Introducción

Al principio de nuestras consideraciones debemos señalar que los procesos relacionados con la educación, que son el tema de este capítulo, deberían distinguirse de los procesos de formación. Este último proceso está relacionado con "los procedimientos de enseñanza, los cuales están impuestos por el entorno y los métodos desarrollados de manera artificial", además se centra en "el nivel de recursos humanos facilitándoles un alto nivel de eficiencia y eficacia" (Demetrio, 2006, p. 130).

Por otro lado, la educación, a la que hace referencia el título de este capítulo, es un proceso más amplio, que no sólo abarca factores intencionales sino también incidentales y no intencionales que, en ocasiones, no tienen nada que ver con las capacidades y habilidades que esperamos obtener (Demetrio, 2006). Por ello, en este contexto tenemos en cuenta las acciones que van más allá de la formación "oficial" en centros educativos y las acciones que precisan un mayor nivel de actividad que la necesaria, por parte de los receptores, en el caso de la formación.

Al analizar las soluciones disponibles en el ámbito de la educación en salud de adultos que pertenecen a grupos de exclusión, cabe considerar las raíces de los detalles de trabajar con dichos grupos.

En primer lugar, el periodo de desarrollo de los receptores de educación es importante. Este grupo incluye adultos que se caracterizan como un grupo con un nivel específico de desarrollo intelectual, social y emocional debido al periodo de su ciclo de vida (Demetrio, 2006; Dubas, 2008). El periodo de edad adulta se llena con retos en la vida, y tal y como Demetrio escribe (2006, p. 113), siempre está relacionado con "una necesidad de enfrentarse a nuevos retos, reaccionar a acontecimientos inesperados de manera adecuada con ayuda del conocimiento adquirido, y mejorar las habilidades adquiridas previamente necesarias para adaptarse al entorno". Cabe mencionar que, a pesar de que tenemos en cuenta la educación de adultos, incluso cuando limitamos nuestras consideraciones a la población en edad laboral, tenemos en cuenta, al menos, varios periodos que distinguen los investigadores del desarrollo humano. Los siguientes periodos según las clasificaciones indicadas por Dubas (2006) ilustran este rango de edad:

Adulto joven (17-22), adulto temprano (17-45) y adulto maduro (40-65) (Clasificación de Levinson).

Adulto temprano (18-25), adulto maduro (25-50) y parte del periodo de adulto mayor o tardío (50-75) (Clasificación de Erikson).

Por tanto, en lo que se refiere a la educación de personas adultas estamos tratando, en la práctica, de la educación de grupos que difieren mucho entre sí, desde el punto de visto cualitativo. Ello se desprende del hecho de que los periodos individuales de la edad adulta representan una etapa de vida diferente (como la etapa relacionada con la carrera profesional, la maternidad y demás).

A pesar de estas diferencias, existen unos principios universales de andragogia (ciencia que estudia la educación de las personas adultas) centrados en optimizar los procesos de enseñanza y aprendizaje de los adultos. Entre ellos, se incluyen:

Principio de autonomización – centrado en motivar a las personas adultas a reconocer sus necesidades educativas y el progreso logrado por ellos mismos.

Principio de interactividad – se refiere a cuando las personas adultas usan su propia experiencia de vida en los procesos y habilidades educativas, a fin de colaborar con otros en el transcurso de dichos procesos.

Principio de adaptación a la tarea principal – se refiere a identificar la tarea clave que una persona adulta tiene que realizar en una determinada etapa de su vida.

Principio de aplicación inmediata – se refiere a la aplicación práctica del conocimiento obtenido en situaciones concretas de la vida (Knowles tras Demetrio, 2006).

El tema que puede resultar de determinadas conductas de comportamiento en el ámbito de la sanidad y pensando en la salud de personas con bajo nivel educativo representa el segundo factor clave del proyecto, que junto a la edad puede contribuir a la especificidad de la educación de grupos de exclusión. Este ámbito abarca tanto las aptitudes del conocimiento de procesos como factores de motivación unidos a temas de salud. Debería hacerse hincapié en el hecho de que a pesar de que este capítulo se refiere a la educación de las personas con bajo nivel educativo, en la práctica, este bajo nivel educativo suele estar relacionado con otros aspectos, como la pobreza. Por ello, la literatura relativa a este tema apunta a un grupo más amplio de receptores, como por ejemplo, personas pertenecientes a los denominados grupos vulnerables.

2. Educación en salud de grupos de exclusión como reto para la Sanidad Pública

La metodología de la educación sanitaria para grupos de exclusión en determinados países se percibe como uno de los retos clave de la sanidad pública y una de las competencias clave de las que deberían ocuparse las personas expertas en sanidad pública (Petrakowa & Sadana, 2009). A pesar de que se es consciente de la gravedad de este problema, las soluciones educativas y los programas de desarrollo para expertos (como los que se ofrecen en las escuelas de sanidad pública) especializados en este ámbito son incapaces de satisfacer las necesidades reales (Petrakowa & Sadana, 2009).

Las profesiones médicas también abordan el tema de la comunicación eficiente con aquellos pacientes procedentes de grupos de exclusión, dado que la comunicación eficiente con los pacientes se considera la condición clave de una asistencia médica adecuada (Schyve, 2007). Las actividades desarrolladas por la Asociación para una Comunicación Sanitaria Clara (PCHC, sus siglas en inglés) (Managed Health Outlook, 2007) son un ejemplo del desarrollo de este tipo de soluciones educativas. Este organismo es una asociación de organizaciones norteamericanas interesadas en contrarrestar las consecuencias negativas resultantes del bajo conocimiento en materia de salud. Schwartzberg (2002) ha asegurado que en el siglo XXI el éxito de la asistencia médica dependerá, cada vez más, de la capacidad que tenga el paciente de comprender y utilizar la información de índole sanitaria. El autor también señala que aquellos pacientes que carecen de información se quejan el doble que el resto de pacientes sobre su pobre condición sanitaria. Además, suelen ignorar las recomendaciones del médico y no saben cómo introducir cambios en el ámbito de los comportamientos relacionados con la salud en sus vidas (Schwartzberg, 2002).

También se ha establecido que los/as expertos/as en salud suelen sobreestimar la competencia de los receptores de los grupos de exclusión (personas con bajo nivel educativo en concreto) y comunicarse de manera poco eficiente con ellos/as (Manning & Kripalani, 2007). Al mismo tiempo, los planes de estudios de carreras sanitarias apenas tratan el tema de la comunicación y educación en salud, de manera eficiente, de los grupos de exclusión (Manning & Kripalani, 2007).

Como conclusión, tanto los/as expertos/as en sanidad pública como medicina tradicional indican claramente la necesidad de buscar soluciones relacionadas con la comunicación y la educación en salud de los grupos de exclusión, incluidos los de las personas con bajo nivel educativo. También debería hacerse hincapié en las insuficientes soluciones teóricas y prácticas en este ámbito y la rarísima inclusión de este tema en los planes de estudios de la formación profesional de expertos sanitarios.

En un contexto más amplio, se incluye la gran mayoría de la educación en salud de adultos con bajo nivel educativo en el sistema de educación de adultos no formal (NKD), que constituye un pilar del concepto de aprendizaje continuo (Górewska-Fett et al., 2007).

3. Metodología de la educación en salud de los grupos de exclusión – Tipología propuesta

Antes de intentar encontrar soluciones en el ámbito de la educación en salud de personas con bajo nivel educativo, nos gustaría destacar un aspecto: en la actualidad, existe muy poca información sobre los métodos de comunicación empleados por los profesionales a la hora de comunicarse mejor con aquellas personas que tienen unos pobres conocimientos sanitarios. Uno de los pocos estudios en este campo fue realizado por Schwartzberg et al., que preguntaron a representantes de determinadas profesiones médicas, como médicos, enfermeras/os y farmacéuticos/as, sobre las soluciones que emplearían ellos para mejorar la comunicación de la información relativa a la salud de los pacientes. Los resultados obtenidos son importantes dado que los representantes de estas profesiones no sólo educan a los pacientes sobre sus obligaciones de protección sanitaria, sino en su sentido más estricto, también suelen formar parte en acciones de promoción y educación en salud. Se ha establecido que los encuestados suelen aplicar métodos de sentido común, como por ejemplo, emplear un vocabulario sencillo (aprox. el 95%), repartir material impreso como folletos (aprox. el 70%), o hablar más despacio (aprox. el 67%). Dan otro tipo de soluciones pero que se emplean mucho menos. Por ejemplo, sólo el 40% de los médicos piden a sus pacientes que repitan lo que han dicho o invitan al paciente junto a un familiar que podría ayudar a comprender y recordar las instrucciones dadas. Otras formas de comunicación, como las llamadas telefónicas para comprobar si el paciente ha comprendido y hecho uso del conocimiento adquirido, se usan con menos frecuencia. Cuando se les pregunta que identifiquen los métodos que serían más eficaces a la hora de comunicarse con los pacientes con bajo nivel educativo, los profesionales sanitarios suelen hacer un listado de técnicas distintas a las utilizadas en su día a día, lo que resulta ser una observación interesante. Por ejemplo, implicar a un familiar para que les ayude es una técnica que se usa con poca frecuencia, sin embargo, en el ranking de eficiencia se sitúa en segundo lugar. Una observación similar se da con la técnica de "repetir" información recibida, a pesar de que casi el 93% de los profesionales la consideran como eficiente (en tercer lugar en el ranking), un número inferior al 40% la aplica de manera rutinaria.

4. Principios generales relativos a la comunicación con personas de bajo nivel educativo

Las dificultades emocionales a la hora de comunicar con un especialista se han identificado, en la mayoría de los casos, como una barrera a la comunicación y educación en salud eficientes de aquellas personas con un bajo nivel educativo. La vergüenza que les produce los bajos conocimientos en materia de salud de muchos/as de los/as pacientes que pertenecen a este grupo suele ser la principal dificultad. Por ello, crear un entorno donde no se sientan avergonzados/as, según propone la asociación médica norteamericana (2000) debería identificarse como el principio más importante. En el contexto del centro médico, la puesta en práctica de este principio podría incluir las siguientes actividades:

- Implicar a todo el personal del centro en los procesos de simplificación de todos los procedimientos y mensajes, tanto escritos como orales, que se emplean con las personas usuarias de los servicios médicos.
- Ofrecer ayuda, de manera activa, para que comprendan los mensajes, y al mismo tiempo, asegurarse que los receptores de la información lo han comprendido bien pues muchas veces es justo lo contrario, y no porque el paciente carezca de la formación específica.
- A nivel del sistema de comunicación del centro, crear soluciones que pongan a prueba el nivel de comprensión de la información por parte de los pacientes antes de que abandone el centro.
- Desarrollar un sistema de contacto de "seguimiento", bajo el que el profesional se pondrá en contacto con el paciente para comprobar si es capaz de poner en práctica el conocimiento adquirido.

A este principio también podría referirse como el principio de aceptación del receptor, incluido el elemento de sus limitaciones. Por otro lado, la aceptación y comprensión del funcionamiento y aprendizaje de los receptores deberían resultar en la aplicación del principio de individualización, que tendrá en cuenta las particularidades en cada ocasión.

Por último, cabe aplicar el principio de activación del entorno social del receptor. La asociación médica norteamericana (2000) ha observado que familiares o amigos/as de la persona con bajo nivel educativo podrían ayudar a esta persona en aquellas áreas donde su competencia es demasiado baja (por ejemplo, comprensión del material escrito). Estas personas podrían también acompañar al paciente en las actividades educativas.

Los principios anteriores deberían considerarse como determinadas suposiciones primordiales de dar educación en materia sanitaria a grupos vulnerables, incluidas las personas con bajo nivel educativo. A este grupo habría que tenerlo siempre en cuenta, independientemente de las formas, métodos y medidas de aprendizaje que apliquemos.

Como conclusión, cabe indicar la situación en la que la educación en salud de personas pertenecientes a grupos vulnerables se realiza dentro de una institución, como un centro educativo o médico. Al analizar este tema en el contexto de un centro médico, Schyve (2007) ha observado que cualquier cambio relacionado con ello debería llevarse a cabo con la ayuda de un enfoque basado en la evolución, teniendo en cuenta la transformación del sistema completo de dicho centro. Realizar cambios únicos y no estructurados para los que ni los receptores ni los profesionales están preparados, pueden ser ineficientes, además de llevar a efectos contrarios a los esperados.

5. Técnicas de comunicación aplicadas en contacto directo

Los problemas de comunicación relacionados con la salud de las personas pertenecientes a grupos de exclusión pueden estar relacionados con tres áreas (Schyve, 2007):

- El idioma – este problema se aplica a comunidades multiculturales donde la competencia lingüística del profesional o el receptor es demasiado pobre como para comunicarse de manera adecuada.
- Diferencias culturales – podrían deberse tanto a un origen nacional o racial diferente del profesional y el receptor, o diferencias culturales entre grupos diferentes dentro del mismo país. Este tipo de diferencias culturales se traduce en una comprensión distinta de las palabras y una percepción diferente de varios fenómenos sociales, incluidos los relacionados con la salud. La percepción estereotipada de los representantes de determinados grupos por parte del profesional podría también convertirse en una barrera de comunicación.
- Pobre conocimiento de la salud – significa baja competencia de los receptores en el ámbito de la comprensión y aplicación de la comunicación sanitaria. Puede ser resultado de las diferencias mencionadas en lo que respecta a la competencia cultural y lingüística. No obstante, también puede referirse a personas que representan la misma cultura y que tienen un nivel de competencia lingüístico general suficiente. En esta situación, el problema sólo afectará a la comunicación en materia sanitaria.

A pesar de que Schyve (2007) analizó los problemas anteriores en el contexto de la comunicación médico-paciente, también pueden aparecer en la relación entre el promotor de salud (formador) y el receptor.

Este tipo de asuntos se traduce en recomendaciones relativas a la comunicación eficaz con personas de bajo nivel educativo. Manning & Kripalani (2007) han propuesto aplicar los siguientes elementos en su contacto con pacientes de los grupos de exclusión:

- Uso de mensajes sencillos.
- Dar no más de 1-3 tipos de información diferentes.
- Aplicar el método de “repetición” pidiendo al paciente que repita la información facilitada, a fin de comprobar el nivel de comprensión.

Cabe señalar que la repetición no tiene que tomar la forma de repetir los mensajes dados por el profesional, sino que podrían darse por escrito o en forma de presentación (demostración) (Schwartzberg, 2002). Aparte de comprobar la comprensión, este método también pretende activar al receptor y hacer que la conversación con él sea más interactiva, frente a la comunicación unilateral que se usa habitualmente, donde el profesional es la única parte activa (Schyve, 2007).

- El uso de materiales educativos mejora la eficiencia de la comunicación.

Los expertos de la Asociación médica norteamericana han formulado una serie de normas pormenorizadas relativas a la comunicación oral con personas de bajo nivel educativo (2002). Recomiendan reducir el discurso, evitar utilizar un lenguaje con mucho vocabulario médico, dar sólo unos cuantos mensajes (un máximo de tres) en cada vistita y comunicar en posición sentada.

6. Técnicas de comunicación relativas al texto – materiales educativos

Para empezar, cabe mencionar que hay varios estudios que indican que las personas con bajo nivel educativo suelen preferir recibir información "cara a cara" durante las reuniones con especialistas, y no materiales impresos. Esta observación se aplica, al menos, a la relación médico-paciente (Schwartzberg et al., 2007).

Schwartzberg (2002) enumera los problemas que pueden darse en la educación en salud (o para ser más precisos, en las instrucciones sobre cómo utilizar la medicación) cuando empleamos material escrito. El hecho de que la gran mayoría de la población, sobre todo personas con bajo nivel educativo, padecen el denominado alfabetismo funcional, se convierte en el principal problema en estas circunstancias. Para este tipo de pacientes resulta muy difícil comprender incluso textos relativamente fáciles, tanto en lo que se refiere a la complejidad del vocabulario como a la sintaxis de los textos. Al mismo tiempo, los análisis de los materiales educativos para pacientes (folletos, impresos, cuestionarios, etc.) indican que la lengua empleada es adecuada para personas con una competencia lingüística elevada. Schwartzberg (2002) indica que el peligro se da en la comunicación escrita con números (por ejemplo, dosificación, valores de tensión arterial límite). En esos casos, existe el elevado riesgo de que la incomprensión del mensaje resulte en una consecuencia negativa para la salud del paciente.

Las recomendaciones de la Asociación médica norteamericana (2000) dirigidas a personas que preparan el material educativo para personas con bajo nivel educativo suelen recomendar, principalmente, la sencillez del lenguaje (empleo de vocabulario de uso habitual). Se debe al hecho de que el grupo de receptores rechaza o no entiende el material educativo que contiene jerga médica. Además, se recomienda redactar material escrito sencillo como complemento a la comunicación que se produce durante la conversación. Presentar la secuencia de acciones a entregar al receptor resulta importante en este contexto. Leer la información escrita junto al paciente y señalar los aspectos fundamentales también parece ser una buena solución. Complementar el material educativo escrito con diagramas y dibujos mejora su eficiencia (Asociación médica norteamericana, 2002).

7. Preparar a especialistas que trabajan con grupos vulnerables

El concepto educativo PCHG se basa en varias suposiciones. En primer lugar, se supone que los profesionales involucrados en la comunicación sanitaria pueden aprender el modo de comunicarse con pacientes con bajo nivel educativo. En segundo lugar, es necesario que todo el centro se implique en la comunicación eficiente para apoyar (a través de determinadas actividades como la formación) a sus especialistas. Los representantes de PCHG indican que las organizaciones suelen temer que este tipo de actividades sea costoso. ¿Son estos temores irracionales? Y, por último, deberíamos trabajar motivando a los especialistas a animarles a practicar las nuevas competencias adquiridas y utilizar el conocimiento aprendido en la práctica. Suelen temer que la comunicación eficiente con pacientes "difíciles" pueda producir varias situaciones como consultas significativamente más largas.

La formación del personal médico con la ayuda de un método de "paciente estimulado (estandarizado)" es un modo interesante de resolver el problema de bajo nivel de conocimiento y educación en materia sanitaria de algunos pacientes. Un participante en formación representa una parte de una persona con bajo nivel educativo, mientras que la otra establece procesos de comunicación para facilitar posiblemente un mejor flujo de información y una educación en salud eficiente. Desde los años 60 este

método se emplea para enseñar habilidades clínicas básicas para diagnosticar enfermedades (Manning & Kripalani, 2007). Actores especialmente preparados/as representaron la parte de personas con bajo nivel educativo que demostraron comportamientos negativos relacionados con la salud (fumar y dieta no saludable). Además, el paciente prefería que la información sanitaria se la comunicase familiares y amigos y demostró una confianza limitada en los especialistas médicos. El médico que estableció que el nivel de colesterol del paciente y la tensión arterial eran demasiado elevados pretendía darle una información provechosa y motivarle a introducir cambios beneficiosos en sus comportamientos relacionados con la sanidad. El principal reto era el hecho de que se instruyó a los actores a no buscar información médica, de manera activa, y no demostrar abiertamente que no han comprendido información facilitada por el médico. Dicha actitud se suele observar entre las personas con bajo nivel educativo a quienes les da vergüenza el hecho de no comprender mensajes relativos a la salud y, a menudo, intentan ocultar su analfabetismo en este terreno (Schwartzberg, 2002; Schwartzberg et al., 2007).

En la próxima fase de formación, se comentarán los resultados del ejercicio por todos/as los/as participantes para analizar la calidad del proceso de comunicación, incluidas las suposiciones principales del proceso de comunicación, como por ejemplo, el lenguaje sencillo sin jerga médica, facilitar una cantidad limitada de información (1-3 tipos de información distintos) y repetir la información al paciente como técnicas que verifican el nivel de comprensión de los mensajes facilitados por el médico (Manning & Kripalani, 2007).

Debido a sus implicaciones prácticas, este método se puede usar en el caso de especialistas que no tienen un trato directo con la medicina, en su sentido más estricto, como los/as formadores/as sanitarios/as, los/as promotores/as de la salud, incluidos aquellos que operan en el lugar de trabajo. Evidentemente, dichas medidas precisan que el método se adapte a las condiciones específicas de su entrega. Se centra principalmente en la educación del grupo ya que las actividades educativas en este contexto difícilmente se realizarán en el transcurso de un contacto individual, como en la relación médico-paciente. Cabe señalar que los estudios suelen demostrar una eficacia limitada de la formación de grupo llevada a cabo por métodos tradicionales, que no se corresponden con las necesidades de los receptores. Schwartzberg (2002) por ejemplo, hace referencia a estudios donde pacientes diagnosticados/as como diabéticos/as participaron en una formación de cinco horas impartida por un/a formador/a certificado/a. La formación tenía como objetivo dotarles de conocimiento sobre determinados aspectos concretos de la enfermedad, así como darles una serie de medidas que deberían llevar a cabo, al objeto de reducir los impactos negativos de la diabetes. Las diferencias a la hora de adquirir los conceptos enseñados eran muy significativas entre los que tenían un nivel educativo bajo y otro algo superior; al finalizar la sesión formativa sólo la mitad de los pacientes con un nivel educativo bajo eran capaces de listar síntomas de hiperglucemia que podrían experimentar. Fue un resultado muy bajo en comparación con el 94% del grupo formado por personas con altos conocimientos en materia de salud.

Se debería recordar que las acciones realizadas en el ámbito de la educación o promoción de la salud en el lugar de trabajo podrán encontrarse barreras relacionadas con un estatus social específico de personas empleadas con bajo nivel educativo en el entorno laboral. Steibrunn (1998) ha indicado que dichas iniciativas pueden deberse a los temores que presentan los/as propios/as empleados/as o sus representantes que hacen que el/a empresario/a no lleve a cabo acciones para mejorar las condiciones de trabajo, transfiriendo la plena responsabilidad a ellos. Steibrunn ha señalado que las actividades educativas podrían percibirse como impuestas por la dirección de la empresa, y en algunos casos, en el caso de empresas que realizan revisiones médicas, se podría considerar que van contra los/as empleados/as. Las medidas emprendidas, exclusivamente, para empleados/as con bajo nivel educativo, obreros/as en particular, también podría percibirse como que quedan discriminados como grupo social en la empresa (mientras que la dirección podría también demostrar conductas contra la salud). Asimismo, existe el riesgo de que los programas impuestos y que no atajan las necesidades reales de los/as empleados/as con bajo nivel educativo (que suelen estar en el nivel jerárquico más bajo de la empresa) no sean atractivos para ellos/as.

Y por último, los programas de educación en salud no suelen tener en cuenta las limitaciones relacionadas con la organización de la empresa en cuanto al trabajo y las vidas privadas de los empleados (por ejemplo, la distribución de los descansos en el trabajo, la necesidad de cuidar a los hijos) (Steibrunn,

1998). Sólo la gestión eficiente de estos temas facilitará la planificación, puesta en marcha de programas educativos en materia sanitaria y promoción de la salud de estos grupos. No obstante, resulta evidente que las necesidades adyacentes exceden, de manera significativa, el tema de la comunicación eficiente con los receptores (comparar las soluciones anteriores de la Asociación médica norteamericana, 2000). Es mucho más importante crear un clima social basado en la confianza y la participación, que es el punto de partida de aceptación e implicación de los empleados con bajo nivel educativo.

8. Conclusión

Son de sobra conocidos los problemas relacionados con la educación en salud eficiente para personas adultas pertenecientes a grupos de exclusión. Sin embargo, aún no se han desarrollado de manera eficaz soluciones prácticas y suposiciones teóricas a este respecto dentro del contexto de las necesidades sociales referidas. Además, estas soluciones son las más avanzadas y probadas en la práctica y que son aplicables en la educación específica relacionada con la comunicación de profesionales médicos con pacientes de grupos vulnerables (aunque no existe una larga tradición del enfoque sistémico a este problema). Se trata de un área muy importante, independientemente de lo mucho que difiera de las actividades educativas en otro entorno, como el lugar de trabajo. No significa que determinadas soluciones o regularidades probadas en el contexto "médico" no serán útiles en otros contextos.

En el contexto de los análisis realizados, la educación en salud de adultos "difíciles" parece ser un problema que precisa de análisis detallados, cuyos resultados podrán traducirse en actividades educativas que se lleven a cabo en la práctica.

Bibliografía

1. Asociación médica norteamericana. Kit introductorio de alfabetismo en materia de salud. Chicago: AMA, 2000.
2. Demetrio D.: Educación de adultos, en B. Sliwerski (editor) Pedagogía. Subdisciplinas del conocimiento pedagógico. Volumen 3. [en polaco] Gdanskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
3. Dubas E.: Categoría de edad 50+. Características de desarrollo y aspectos educativos. En: E. Dubas, J. Pyzalski, M. Muszynski P., J. Rapus Pavel (editores): Apoyo para el desarrollo de desempleados en edades de 50+. Experiencia del proyecto de mentoring de adultos [en polaco], Wydawnictwo Uniwersytetu Lodzkiego, 2008.
4. Górowska-Fells M., Kolasinska E., Smoczynska A.: Educación preescolar y educación de adultos no profesional como pasos cruciales en el proceso del aprendizaje continuo en Europa [en polaco], 2007. Disponible en: http://www.eurydice.org.pl/files/wpnkd.pdf (acceso el 3 de marzo de 2010).
5. Managed Care Outlook. Colaboración con las Tareas de Comunicación Sanitaria clara para mejorar el alfabetismo en materia de salud, volumen 20, número 8, 2007.
6. Manning D. K., Kripalani S.: El uso de pacientes estandarizados para enseñar técnicas de comunicación de bajo nivel de comprensión, Revista norteamericana de hábitos en materia de salud, 31, 105-110, 2007.
7. Petrakva A., Sadana R.: Problemas y progreso en educación de salud pública, Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2007; 85: 963-970, 2009.
8. Schwartzberg J. G.: Bajos conocimientos en materia de salud. ¿Qué entienden realmente sus pacientes?, Nursing Economics, 3, 1-3, 2002.
9. Schwartzberg J. G., Cowett A., MD, VanGeest J, Wolf M.S.: Técnicas de comunicación para pacientes con bajos conocimientos en materia de salud: Encuesta a médicos, enfermeras y farmacéuticos, Revista norteamericana de hábitos en materia de salud, 31, 96-104, 2007.
10. Schyve P. M.: Diferencias idiomáticas como barrera a la calidad y la seguridad en la atención sanitaria: La Perspectiva conjunta de la comisión, Revista de Medicina General interna, 22, 360-361, 2007.
11. Steinbrunn R. L.: Obreros o trabajadores de "cuello azul": qué factores influyen en la participación de programas de educación en salud, "Beneficios trimestralmente", 4, 71-79, 1988.

CAPÍTULO 6
Concienciación y hábitos de salud de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo

Krysztof Puchalski

1.Introducción

Este capítulo analiza las diferencias entre grupos de diferentes niveles educativos que se producen en la zona con determinadas condiciones respecto a la actividad sobre salud. Incluirá condiciones sobre el estilo de vida saludable que pueden variar a través de amplios programas de promoción y educación en salud en determinados hábitats. También abarcaremos aquellos fenómenos y características que condicionan la percepción de los mensajes educativos y, que como resultado, pueden influir en la eficiencia de este tipo de acciones. La clave está en saber con qué frecuencia las personas con un bajo nivel educativo tienen esas características, en comparación con las personas con un nivel educativo superior y que podrían identificarse como estimuladoras de hábitos de salud. Y, por otro lado, la frecuencia con la que dichas personas que presentan dichas características (aparte de las relativas al nivel educativo) no fomentan dichos hábitos. En este contexto, surge otra pregunta que es: ¿hasta qué punto las personas con un bajo nivel educativo están abiertas a sacar provecho de la comunicación educativa sanitaria, es decir, aquellas personas que estarían dispuestas a ir hacia un estilo de vida saludable?

En base a los resultados de los estudios realizados en los cuatro países que han participado en el proyecto se presentarán las conclusiones a las que se han llegado. La búsqueda de diferencias entre los grupos con diferentes niveles educativos será una constante en toda la población encuestada que, en total, incluye 1.691 trabajadores/as (817 de bajo nivel educativo y 874 de nivel superior) procedente de estos cuatro países. El estudio también verificará el nivel de homogeneidad del grupo de bajo nivel educativo, tanto si los representantes de cada uno de los países presentan grandes diferencias, o en otras palabras, intentaremos generalizar los resultados y referirnos a todas las personas con bajo nivel educativo en todos los países socios del proyecto o incluso en toda Europa.

2. Actitudes emocionales y tendencia a la reflexión sobre el estilo de vida saludable

Sin duda alguna existen dos aspectos que, según las personas encuestadas, son importantes para tener éxito en la mayoría de las actividades educativas que tienen como objetivo influir en el estilo de vida saludable. La actitud emocional hacia el estilo de vida saludable (y la comunicación relativa a ello) es el primero de ellos, y la tendencia a que se refleje sobre nuestros propios hábitos y el modo en que influye en nuestras vidas es el segundo.

Los estudios señalan que el tema de la salud (presentado en los medios de comunicación, charlas diarias y demás) prácticamente nunca -sólo entre el 5% de todos/as los/as trabajadores/as- provoca

sentimientos negativos (Tabla 1). Es interesante señalar que esta situación se produce más del doble de veces entre las personas con bajo nivel educativo que en otros grupos. En grupos extremos, que no figuran en la tabla, la diferencia es 5 veces superior: 10% entre personas con un bajo nivel educativo y 2% entre personas con un mayor nivel educativo.

Tabla 1. Actitudes hacia el estilo de vida saludable según el nivel educativo – datos sobre la población total (en %)

"¿Suele preguntarse si sus hábitos tienen alguna repercusión en su salud? De ser así, ¿con qué frecuencia?	**Nivel de educación**		**Total**
	Bajo	**Alto**	
Soy una persona que se enfada o irrita cuando se mencionan temas relacionados con la salud	7	3	5
Soy una persona que en su vida diaria no piensa mucho en la salud; no me preocupa cómo pueden influir mis hábitos a mi salud.	36	24	30
Soy una persona que en ocasiones piensa mucho sobre las cosas que son buenas o malas para mi salud, pero después se me olvidan y dejo de preocuparme.	32	31	31
Soy una persona que escucha atentamente a todo aquello que beneficie a mi salud; a menudo, me planteo cómo hacer que mi estilo de vida sea más saludable.	25	42	34
En total N (=100%) (p=,000)	817	874	1691

El resto de la población, es decir, personas con sentimientos negativos, se puede subdividir en tres grupos de tamaños similares, donde cada grupo representa una actitud diferente.

El primer grupo representa la actitud de aquellas personas que se muestran indiferentes hacia el tema de un estilo de vida saludable. Estos/as trabajadores/as suelen creer que sus hábitos no afectan a su estado de salud, casi nunca piensan en la salud y sobre si sus hábitos influyen de alguna manera en su salud. Debería subrayarse que en el caso de personas con mayor nivel educativo, este tema preocupa a una de cada cuatro personas mientras que más de 1/3 del grupo con personas de bajo nivel educativo muestran dicha actitud. [1]

La indiferencia anterior es un fenómeno muy común. Casi 1/3 de todas las personas encuestadas (este resultado es similar para los dos grupos que representan niveles educativos diferentes) admite que aunque, en ocasiones, piensan mucho en cómo afectarán sus hábitos a su salud, en el día a día no se muestran preocupados por ello y no traducen los efectos de esta reflexión para cambiar sus hábitos. Por ello, en la totalidad de 2/3 de la población, su reflexión respecto a la relación entre el estilo de vida y la salud no influye, de manera significativa, en sus hábitos reales de la vida diaria, porque o bien no se produce en absoluto o bien la obvian por completo.

La última actitud, que es la que presenta la mayoría de los/as encuestados/as, caracteriza a estas personas que podrían ser más proclives a la comunicación sobre educación en materia de salud. Han admitido estar abiertos a recibir más información sobre el estilo de vida saludable, que dicha información es muy importante en su reflexión diaria y que además es de especial importancia. Por ello, utilizan (al menos, en el sentido intelectual) información relacionada con la salud. Es importante que su número sea significativamente inferior entre las personas con bajo nivel educativo (25%) que entre los/as trabajadores/as de educación superior (42%).

Por consiguiente, la baja educación no favorece el que haya un gran interés en la comunicación sobre educación en materia de salud ni en que se reflexione sobre cómo facilitar estilos de vida saludables.

Vale la pena destacar que el grupo formado por trabajadores/as de bajo nivel educativo no es homogéneo en cada uno de los países que han participado en el proyecto (Tabla 2).

[1] En otras muchas encuestas con un gran número de trabajadores, que hemos llevado a cabo en Polonia, se confirmó una significativa relación entre el nivel de educación baja y una escasa reflexión sobre el impacto que tienen los hábitos de la gente sobre la salud (Korzeniowska et al. 2007, Puchalski 2004).

Tabla 2. Actitudes hacia un estilo de vida saludable en cada uno de los países participantes – datos del grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo (en %).

"¿Suele preguntarse si sus hábitos tienen alguna repercusión en su salud? De ser así, ¿con qué frecuencia?	**País**			
	ES	**LV**	**PL**	**SI**
Soy una persona que se enfada o irrita cuando se mencionan temas relacionados con la salud	5	12	7	3
Soy una persona que en su vida diaria no piensa mucho en la salud; no me preocupa cómo pueden influir mis hábitos a mi salud.	31	35	45	33
Soy una persona que en ocasiones piensa mucho sobre las cosas que son buenas o malas para mi salud, pero después se me olvidan y dejo de preocuparme.	33	32	30	31
Soy una persona que escucha atentamente a todo aquello que beneficie a mi salud; a menudo, me planteo cómo hacer que mi estilo de vida sea más saludable.	31	21	18	33
En total N (=100%) (p=,000)	202	212	203	200

Se han observado sentimientos negativos relacionados con el tema de la salud entre ciudadanos/as letones/as con bajo nivel educativo (declarados un 12%) mientras que en Eslovenia sólo el 3% del grupo análogo presenta dicha actitud. Por otro lado, los/as polacos/as con bajo nivel educativo mostraron indiferencia hacia el tema de la salud y sus hábitos en dicha materia (45% de todos las personas polacas encuestadas), mientras que en otros países aproximadamente 1/3 demostró dicha actitud. Los/as polacos/as y los/as letones/as, en pocas ocasiones, consideran llevar un estilo de vida más saludable.

3. Hábitos favorables para la salud

Consideremos ahora que no es sólo la reflexión en sí misma sino también los hábitos relacionados con la salud de los/as trabajadores/as que son distintos debido a un nivel diferente de educación.

También es todo un reto confrontar datos de la población activa con la tesis generalizada de que un bajo nivel educativo no estimula el preocuparse por la salud de uno/a.

Al objeto de establecer el nivel de actividad centrado en la salud de los/as encuestados/as, le preguntamos la concurrencia de varios hábitos determinados que son significativos para un buen estado de salud. Este tema se presentó bajo la estructura general de preguntar a los/as encuestados/as si intentaban demostrar dichos hábitos en su vida diaria; en el análisis no se incluyeron los detalles sobre dichas acciones (Tabla 3).

Tabla 3. Determinados hábitos favorables a la salud según el nivel educativo – datos sobre toda la población (en %).

"¿Intenta ..."	**Educación**			
	Básica	**Profesional básica**	**Media**	**Alta**
Reducir el consumo de dulces y azúcares	38	43	51	59
Reducir el consumo de grasas	45	50	62	69
Cuidarse físicamente, haciendo ejercicio y practicando deporte	36	41	49	57
Evitar beber alcohol o beber poco	76	71	75	77
Someterse a revisiones médicas periódicas para descartar enfermedades	28	31	36	41
Trabajar de modo que se reduzca el riesgo para su salud	66	57	66	74
En total N (=100%)	369	448	433	441

Hemos descubierto que los datos relativos al tema de diversidad de acciones enfocadas a la salud en relación al nivel educativo no son coherentes aunque, por regla general, podemos afirmar que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo se preocupan menos por su salud y no adoptan un estilo de vida favorable a su salud. Para ser más concretos, podemos observar que cuanto más bajo es el nivel educativo, menos intentan las personas encuestadas reducir su consumo de grasas y azúcares o cuidarse físicamente. También se someten a menos revisiones médicas para prevenir enfermedades. No obstante, los/as encuestados/as de grupos con diferentes niveles educativos presentan prácticamente la misma relación con respecto al consumo del alcohol. Del mismo modo, resulta difícil identificar diferencias claras en el ámbito del cuidado de la salud en el entorno laboral, aunque normalmente el bajo nivel educativo y la educación profesional básica en particular, parecen facilitar esta actitud con menor frecuencia (este aspecto se presentará con más detalle en el próximo sub-capítulo).

Los hábitos de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo difieren de un país a otro (Tabla 4).

Tabla 4. Hábitos seleccionados favorables a la salud en cada uno de los países – datos del grupo de trabajadores/as de bajo nivel educativo (en %)

"¿Intenta ..."	**País**			
	ES	**LV**	**PL**	**SI**
Reducir el consumo de dulces y azúcares	53	22	33	55
Reducir el consumo de grasas	59	35	35	62
Cuidarse físicamente, haciendo ejercicio y practicando deporte	59	26	21	49
Evitar beber alcohol o beber poco	75	71	68	78
Someterse a revisiones médicas periódicas para descartar enfermedades	48	7	23	43
Trabajar de modo que se reduzca el riesgo para su salud	79	47	59	59
En total N (=100%)	202	212	203	200

En el grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo, normalmente los/as trabajadores/as de España y Eslovenia son los que solían mostrar hábitos favorables a la salud, mientras que polacos y letones lo hacían la mitad de las veces. Esta regularidad no se refiere únicamente a reducir el consumo de alcohol, y en raras ocasiones se mostraban preocupados por la salud en el entorno laboral (aparte de los/as representantes de Letonia que realizaban con baja frecuencia revisiones médicas periódicas).

4. Cuidar de la salud de uno/a mismo/a en el entorno laboral

Más de un tercio de los/as trabajadores/as piensa que su trabajo y condiciones laborales perjudican a su salud. De media, cada segundo encuestado mantiene la opinión contraria, es decir, que su trabajo no es perjudicial para su salud. Se ha establecido que no existen diferencias significativas entre los grupos con distintos niveles educativos en cuanto a percibir un efecto negativo sobre la salud. No obstante, los/as trabajadores/as con menor nivel educativo, con menor frecuencia (p=,000) son de la opinión de que su trabajo no afecta a su salud, y con más frecuencia afirman que nunca han considerado que pudiera influir (13% de los trabajadores con menor nivel educativo y dos veces menos que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo).

Los/as trabajadores/as con menor nivel educativo suelen admitir que descuidan su salud en el trabajo, todos los días. Suelen ser de la opinión de que no han de preocuparse por cumplir las normas en materia de protección de la salud si no existen sanciones por ignorarlas. Además, con menos frecuencia intentan aprender el modo de proteger su salud en el trabajo.

Tabla 5. Relación de la salud en el entorno laboral según el nivel educativo – datos de la población total (en %)

Está usted de acuerdo con las siguientes afirmaciones	**Opinión**	**Educación**	
		Baja	Alta
Suelo descuidar mi salud en el trabajo a diario	Sí (definitivamente sí y sí)	55	45
	No (definitivamente no y no)	38	50
	Difícil valorar	7	5
En total (p= ,000)		100	100
Vale la pena cumplir únicamente con aquellas normas en materia de seguridad y salud en el trabajo para las que existen sanciones, si no se respetan	Sí (definitivamente sí y sí)	23	11
	No (definitivamente no y no)	65	82
	Difícil valorar	12	7
En total (p=,000)		100	100
Intento aprender todo lo que puedo sobre cómo trabajar para evitar dolencias, enfermedades y accidentes	Sí (definitivamente sí y sí)	53	59
	No (definitivamente no y no)	40	35
	Difícil valorar	7	6
En total (p=,01)		100	100

Estos resultados suelen indicar que a pesar de que no hay grandes diferencias entre las personas de distintos niveles educativos respecto a la actitud que presentan en relación a su salud en el entorno laboral, los/as trabajadores/as con menor nivel educativo son más propensos a descuidar su salud, sobre todo, cuando no se les obliga a protegerla de una manera clara. Además, dentro del grupo de encuestados que admite no cuidar su salud en el trabajo, los/as trabajadores/as con nivel educativo más bajo suelen ver menos necesidad de protegerse más en el trabajo (véase la Tabla 6 siguiente).

Cabe señalar las diferencias existentes al tratar los temas de estudio que diferencian a los/as representantes/as de los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo de los diferentes países. En general, los eslovenos con menor educación suelen presentar un impacto negativo del trabajo sobre su salud (más de cada dos encuestados/as). Las personas polacas suelen tratar con menos frecuencia este tema (28%). Por otro lado, los/as trabajadores/as letones/as de bajo nivel educativo no suelen saber cómo evaluar el impacto que tiene el trabajo sobre su salud (casi el 30%, mientras que en el resto de países esta proporción varía entre un 5% y un 13%). También son los/as letones/as los que suelen admitir con más frecuencia que descuidan su salud en el entorno laboral (3/4 de los/as trabajadores/as letones/as de bajo nivel educativo, mientras que en Polonia esta proporción llega a ser sólo de 1/3). Letones/as y polacos/as suelen mostrar menos interés por la seguridad en el trabajo en comparación con las poblaciones de los otros países: aproximadamente el 40% de letones/as y polacos/as de bajo nivel educativo buscan información, mientras que en España la proporción llega a ser superior al 70% del grupo equivalente.

5. Detectando la necesidad de implementar acciones enfocadas con la salud

Se ha preguntado a aquellas personas que no llevan a cabo acciones enfocadas a la salud en su vida diaria si piensan que dichas acciones resultarían favorables para su salud.

La concienciación de la necesidad de vivir un estilo de vida saludable entre aquellas personas que no lo practican, dentro del grupo en general, suele relacionarse con tener una buena forma física, someterse a revisiones médicas periódicas y al tema de la seguridad en el trabajo. Se suele observar esta necesidad entre los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo. Se hace referencia principalmente a la preocupación por su salud en el trabajo, pero también a tener una buena forma física. También se producen otras diferencias (como cambios en la dieta), no obstante, no son lo suficientemente distintivas como para comentar las diferencias entre personas con alto y bajo nivel educativo (Tabla 6).

Tabla 6. Necesidad de tomar unas acciones determinadas enfocadas a la salud según aquellos/as encuestados/as que no las ponen en práctica – datos de la población total (% de los/as encuestados/as declaran que necesitan implementar dichas acciones para mejorar su salud)

"¿Sería bueno, necesario para su salud...?"	**Educación**			
	Básica	**Básica profe-sional**	**Media**	**Superior**
Reducir el consumo de dulces y azúcares (p=,001)	27	31	35	34
Reducir el consumo de grasas (p=,001)	46	42	58	49
Cuidarse físicamente, haciendo ejercicio y practicando deporte (p =,001)	66	69	78	80
Evitar beber alcohol o beber poco (p = n.i.)	46	41	51	47
Someterse a revisiones médicas periódicas para descartar enfermedades (p = ,01)	62	52	62	64
Trabajar de modo que se reduzca el riesgo para su salud (p = ,001)	51	58	65	75

Estos/as trabajadores/as con bajo nivel educativo que no practican un estilo de vida saludable no son un grupo homogéneo y varían según el país de residencia. (Tabla 7).

Tabla 7. Necesidad de implementar determinadas acciones enfocadas a la salud según aquellas personas que no las practican – datos del grupo de trabajadores con bajo nivel educativo en cada uno de los países (en %).

"¿Sería bueno, necesario para su salud ...?"		**País**			
		ES	**LV**	**PL**	**SI**
Reducir el consumo de dulces y azúcares (p=,000)	Sí	36	14	40	47
	No	51	31	33	26
	Difícil valorar	13	55	27	27
En total N (=100%)		94	165	135	89
Reducir el consumo de grasas (p =,000)	Sí	56	28	50	51
	No	40	16	28	24
	Difícil valorar	4	56	22	25
En total N (=100%)		82	138	129	76
Cuidar su estado físico, hacer ejercicio, practicar deporte (p=,000)	Sí	66	63	65	79
	No	29	3	19	7
	Difícil valorar	5	34	16	14
En total N (=100%)		83	156	160	101
Evitar beber alcohol o beber poco (p=,000)	Sí	35	38	52	45
	No	45	3	31	39
	Difícil valorar	20	59	17	16
En total N (=100%)		49	61	65	44
Someterse a revisiones médicas para excluir enfermedades (p=,000)	Sí	58	50	66	54
	No	27	8	19	19
	Difícil valorar	15	42	15	27
En total N (=100%)		105	193	157	113
Trabajar de manera que se minimice el riesgo a su salud (p=,000)	Sí	61	40	67	62
	No	24	2	22	13
	Difícil valorar	15	58	11	25
En total N (=100%)		41	112	83	81

En general, entre los/as trabajadores/as letones/as con bajo nivel educativo se percibe poco la necesidad de llevar un estilo de vida saludable (excepto para tener un buen estado físico y en el caso de reducir el consumo de alcohol), que hasta ahora se han mostrado pasivos en este sentido. Tampoco suelen saber cómo valorar esta necesidad y, por ello es por lo que suelen dar una respuesta negativa con menos frecuencia en este contexto. En cuanto al resto de países, los españoles dan una respuesta negativa a la necesidad de poner en práctica hábitos centrados en la salud. De ver la necesidad de implementar dichas acciones, proponen reducir el consumo de grasas con más frecuencia que el resto de países. Los polacos quieren reducir el consumo de alcohol, someterse a revisiones médicas y cuidar su salud en el trabajo con más frecuencia que los trabajadores del resto de países. Los eslovenos ven la necesidad de reducir el azúcar y cuidar su forma física con más frecuencia que el resto.

6. Voluntad de los/as trabajadores/as respecto a saber cómo cuidar de su salud

El siguiente tema es saber si el nivel educativo diferencia la propia voluntad de adquirir un conocimiento relacionado con la salud y estar abierto a recibir información sobre cómo practicar un estilo de vida más sano.

Más de la mitad de las personas encuestadas de bajo nivel educativo y 2/3 con mayor nivel educativo afirman que les gustaría aprender cómo cuidar su salud. De media, en toda la población, una de cada cuatro personas reconoce que dispone de los conocimientos suficientes y que no desea profundizar en ello; esto suele darse más entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo (Tabla 8).

Tabla 8. Voluntad declarada de saber más cómo mejorar su salud según el nivel educativo – datos de la población total

"¿Desea saber más sobre cómo cuidar su salud?"	**Educación**			
	Básica	**Básica profesional**	**Media**	**Alta**
Mis conocimientos actuales son suficientes	31	27	24	20
Me gustaría saber más	55	50	62	67
Difícil decir	14	23	14	13
En total N = 100% (p=,000)	368	447	433	440

Parece que esta actitud suele ir acompañada de la opinión de que "a veces, es mejor saber menos sobre la salud de uno". Dicha actitud es habitual en el grupo: el 48% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo expresan esta opinión y sólo el 19% de los/as encuestados/as del otro grupo (Tabla 9). Por otro lado, esta opinión puede referirse más a información relacionada con la salud de la propia persona encuestada más que al conocimiento sobre métodos de cuidar de la salud de uno. En cualquier caso, también indica una actitud generalizada sobre la prevención.

Tabla 9. Actitud de estar un poco abiertos a recibir información sobre la salud de uno según el nivel educativo – datos de la población total (en %)

Afirmación	**Opinión**	**Educación**			
		Básica	**Básica profesional**	**Media**	**Alta**
"a veces, es mejor saber poco sobre la salud de uno" (p=,000)	De acuerdo	48	38	31	19
	En desacuerdo	44	53	58	73
	Difícil valorar	8	9	11	8
	En total N = 100%	369	448	433	441

El análisis de las diferencias (p= ,000) entre los diferentes países del grupo de personas con bajo nivel educativo indican que principalmente son los/as polacos/as (45%) y los/as eslovenos/as (34%) los que reconocen que el nivel de su conocimiento sobre cómo cuidar de su salud es suficiente, mientras que en el caso de letones/as y españoles/as la cifra es inferior al 20%. A más del 70% de los/as encuestados/as españoles/as, cada dos letones/as y eslovenos/as y sólo uno/a de cada tres polacos/as representantes del grupo de personas con bajo nivel educativo les gustaría saber cómo cuidar de su salud. En consecuencia, el la población polaca estudiada (56%) y la letona (54%) la que, con más frecuencia, comparten la opinión de "a veces es mejor no saber mucho sobre la salud de uno/a". Los/as eslovenos/as son los que más suelen estar en desacuerdo con esta opinión (67%).

7. Autoevaluación sobre el conocimiento de los/as encuestados/as en cuanto a su nivel de preocupación sobre su salud

El siguiente tema de importancia es comprobar si la resistencia a mejorar su nivel de conocimiento sobre aspectos relacionados con la salud, que suele ser más frecuente entre las personas con bajo nivel educativo, puede ser el resultado de su convencimiento de que su conocimiento actual ya es lo suficiente bueno. Podemos asumir que la concienciación sobre una calidad poco satisfactoria de este conocimiento facilitará el que estén abiertos a recibir más información. En la Tabla 10 se pueden observar las diferencias respecto a esa evaluación subjetiva según sea el nivel educativo.

Tabla 10. Evaluación subjetiva del conocimiento adquirido respecto al conocimiento que poseen las personas encuestadas en relación a su salud según sea el nivel educativo.

"¿Cómo mide su conocimiento en base a cómo cuida de su salud?"	**Educación**			
	Elemental	**Profesional básica**	**Media**	**Alta**
Muy bueno	7	9	10	11
Bueno	36	42	49	56
En general bueno:	43	51	59	67
Aceptable	36	28	26	24
Deficiente	12	10	10	3
Difícil de valorar	9	11	5	6
En total N = 100% (p=,000)	368	447	432	440

Por regla general, sólo unas pocas personas encuestadas consideran que su conocimiento es deficiente, mientras que el 80-90% lo consideran, cuanto menos, aceptable. Muchos de los grupos encuestados (43% de los encuestados con bajo nivel educativo y el 67% de los encuestados con alto nivel educativo) incluso lo clasifican de bueno o muy bueno. Cuanto mayor es el nivel educativo, sistemáticamente mayor es la autoevaluación sobre dicho conocimiento.

No obstante, se han observado diferencias significativas y materiales (p= ,000) entre los diferentes países. En general, en Eslovenia y España un mínimo del 60% de las personas encuestadas que representan este grupo consideraron que su conocimiento era bueno, mientras que en Polonia y Letonia sólo poco más de 1/3 de los encuestados compartió dicha opinión. Sin embargo, casi la mitad de los/as polacos/as consideraron que su conocimiento era aceptable, mientras que en Letonia la cifra era del 28% (en comparación con los otros países, los/as encuestados/as letones/as obtuvieron el mayor número de notas deficientes – el 22%).

8. Evaluación externa de la exactitud sobre el conocimiento de los/as trabajadores/as sobre su salud

Se puede percibir como otro aspecto el conocimiento que tienen los trabajadores sobre el estilo de vida saludable, además de analizar si es coherente con las conclusiones de la ciencia médica. En otras palabras, este aspecto no se refiere a la autoevaluación del conocimiento adquirido sino al conocimiento que se tiene en ese momento (evaluado por asesores externos) del modo en que factores diferentes han influido en su salud.

Se ha evaluado el conocimiento de los/as trabajadores/as sobre el estilo de vida saludable, a fin de comprobar si los/as encuestados/as eran capaces de identificar la dirección general de los impactos (buenos o malos) sobre su salud, como factores relacionados con la nutrición: colesterol LDL, ácidos grados poliinsaturados, celulosa, radicales libres y antioxidantes. En la actualidad, estos temas son objeto de múltiples tipos de comunicación educativos plasmados en los medios de comunicación, por ello esperamos que se conozcan bien estos fenómenos. En la Tabla 11 se presentan las conclusiones más destacadas.

Tabla 11. Conocimiento sobre los impactos de determinados factores sobre la salud según el nivel educativo – datos sobre la población total (en %)

Factor	Conocimiento del impacto sobre la salud	Educación			
		Básica	Profesional básica	Media	Alta
Celulosa	Correcto	67	79	85	91
	Incorrecto	11	3	3	3
	Sin opinión	22	18	12	6
En total (p=,000)		100	100	100	100
Colesterol LDL	Correcto	39	47	50	50
	Incorrecto	11	13	19	14
	Sin opinión	50	40	31	36
En total (p=,000)		100	100	100	100
Ácidos grasos poliin-saturados	Correcto	21	34	42	46
	Incorrecto	26	27	28	28
	Sin opinión	53	39	30	26
En total (p=,000)		100	100	100	100
Radicales libres	Correcto	15	16	18	18
	Incorrecto	38	51	54	64
	Sin opinión	47	33	28	18
En total (p=,000)		100	100	100	100
Antioxidantes	Correcto	12	20	18	20
	Incorrecto	18	27	33	36
	Sin opinión	70	53	49	44
En total (p =,000)		100	100	100	100

Se ha observado, en la población total, que existe un conocimiento insuficiente sobre el impacto que tienen determinados factores sobre la salud que bien resulta en admitir que los recursos de información son insuficientes o indica que los encuestados tienen falsas creencias que consideran, de manera subjetiva, como auténticas (Tabla 11).

Las personas con un bajo nivel educativo suelen dar con menor frecuencia, por regla general, una respuesta correcta. Al mismo tiempo, revelan su incertidumbre admitiendo que no son capaces de

especificar el impacto del factor elegido sobre la salud (que puede deberse no sólo a una información insuficiente sobre el impacto que tiene sobre su salud, sino también a un malentendido sobre el término).

En este contexto, cabe destacar otro fenómeno: las personas con mayor nivel educativo, en algunos casos, (sobre todo cuando se les pedía que evaluaran el impacto de los radicales libres y los antioxidantes sobre su salud) daban con bastante frecuencia una opinión incorrecta, en vez de admitir que no poseían los conocimientos oportunos.[2]

El estudio comparativo de este conocimiento por parte de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo de los diferentes países demuestra que la frecuencia de creencias correctas y el alcance de la difusión del conocimiento correcto es diferente con respecto a determinados temas/áreas. Por ejemplo, en general, las personas encuestadas de todos los países presentan un conocimiento correcto sobre el impacto que tiene la celulosa y el colesterol, mientras que saber sobre los ácidos grasos es común en algunos países y poco habitual en otros. En cada país, sólo unos cuantos encuestados (tanto del grupo de nivel educativo alto como bajo) entendieron el impacto que tienen los radicales libres y los antioxidantes sobre la salud.

9. Capacidad de comprender los términos

La capacidad de comprender la terminología empleada para describir las dependencias de causa-efecto en el ámbito de la salud es la base para adquirir múltiples tipos de competencia (intelectuales, al menos) útiles para un estilo de vida saludable. La Tabla 12 ilustra el porcentaje de encuestados/as de cada uno de los grupos según el nivel educativo que no comprenden el significado de determinados términos y nociones descritos, de manera general y coloquial, que bien admiten abiertamente o dan respuestas incorrectas.

Tabla 12. Falta de comprensión del significado general de determinados términos según el nivel educativo – datos de la población total (en %).

Término	Educación			
	Elemental	Profesional básica	Media	Alta
Estilo de vida saludable	18	16	9	5
Prevención de enfermedades	27	19	9	3
Fumador pasivo	17	18	11	8
Colesterol	37	24	16	9
Índice de Masa Corporal (IMC)	3	28	14	12
Pirámide alimenticia saludable	36	31	21	15
N = 100% (en cada caso p=,000)	368	447	432	440

Resulta que aproximadamente entre un 1/5 y un 1/3 de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo no saben siquiera el significado más general de los términos que se emplean habitualmente en mensajes relacionados con la salud, como pirámide de la alimentación saludable, colesterol, índice de masa corporal, fumador pasivo e incluso prevención de enfermedades y estilo de vida saludable. Esto distingue, de manera significativa, las personas con nivel educativo medio y alto, cuyo porcentaje más bajo representa la falta de comprensión de estos vocablos. En general, cuanto menor es el nivel de educación, mayor es la falta de comprensión.

También debería indicarse que algunos de estos términos se comprenden mejor y otros peor. Los términos que se conocen más son los más generales y los más difundidos por los medios de comunicación (como el estilo de vida saludable), mientras que los términos relacionados con el conocimiento específico suelen entenderse peor.

[2] Otros países europeos han confirmado encontrarse con fenómenos similares, relativos a la comprensión de la información en envases de productos alimenticios (Federacja Konsumentów, 2007).

El tema de la comprensión de términos también atañe a la habilidad de hacer cálculos menores, como el cálculo de una dosis de medicación prescrita o el contenido de alcohol en determinadas bebidas. Las personas con bajo nivel educativo suelen encontrar mayor dificultad, y cuanto menor es el nivel educativo, mayor el porcentaje de los/as encuestados/as que no saben calcular el resultado correcto por sí mismos o incluso elegir la respuesta correcta de entre varias respuestas posibles. Por ello, resulta difícil prever que los mensajes que precisan habilidades matemáticas, incluso los que parecen sencillos, sean comprendidos de manea correcta (y por ende, utilizados de manera correcta) por los dos grupos de trabajadores/as con mayor y menor nivel educativo formados por el mismo número de miembros.

Los grupos de trabajadores/as de bajo nivel educativo que representan varios países difieren en cuanto al grado de difusión del conocimiento respecto a los términos analizados (Tabla 13).

Tabla 13. Falta de conocimiento sobre el significado general de determinados términos – datos del grupo de trabajadores/as de bajo nivel educativo en los diferentes países (%)

Término (en cada caso p =,000)	**País**			
	ES	**LV**	**PL**	**SI**
Estilo de vida saludable	15	25	19	8
Prevención de enfermedades	27	44	10	8
Fumador pasivo	21	28	7	12
Colesterol	31	50	26	10
Índice de Masa Corporal (IMC)	21	48	35	16
Pirámide alimenticia saludable	37	35	35	26

En comparación con otros países, los/as encuestados/as de Eslovenia suelen demostrar su comprensión del significado general de determinados términos en el campo de la salud mientras que los/as encuestados/as de Letonia lo hacen con menos frecuencia. En algunos casos, la diferencia entre estos países llega a ser del 40%. Las estadísticas sobre España son similares a las de Letonia, mientras que las de Polonia se asemejan a las de Eslovenia.

10. Perseverancia en los cambios del estilo de vida

Una disposición psicológica conocida como perseverancia o constancia (consecuencia de perseguir una determinada acción y permanecer en la decisión tomada) es una característica importante que afecta a la puesta en marcha de determinadas acciones relacionadas con la salud. De media, en la población total de encuestados, una de cada dos personas indica perseverancia en la implementación de acciones iniciadas enfocadas a la salud. Cuanto más bajo es el nivel educativo, con menos frecuencia se observa este fenómeno (Tabla 14).

Una mejor educación significa que quien la posee es constante, no obstante, influye poco a la hora de admitir la carencia de perseverancia[3].

El análisis de las diferencias entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo en cada uno de los países indica que, en general, son más frecuentes las acciones enfocadas a la salud (p = ,000) en españoles/as y eslovenos/as que son los/as más constantes (aprox. el 60% en cada uno de los países), mientras que los/as polacos/as (35%) y letones/as (25%) demuestran mucho menos estas características.

[3] Este fenómeno también se ha confirmado en otros estudios realizados sobre grupos más numerosos de trabajadores realizados en Polonia (Puchalski, Korzeniowska 2004).

Tabla 14. Evaluación de la propia perseverancia de las personas encuestadas en presentar hábitos centrados en la salud según el nivel educativo – datos de la población total (en %).

"Cuando empieza a hacer algo para mejorar su salud, forma física, aspecto o cuerpo (por ej.: haciendo una dieta especial o haciendo ejercicio), ¿es constante en este hábito?	**Educación**			
	Elemental	**Profesional básica**	**Media**	**Alta**
Definitivamente constante	12	12	15	158
Bastante constante	30	34	40	42
En general: constante	42	46	55	60
Poco constante	25	23	26	27
Definitivamente no constante	17	10	10	8
En general: poco constante	42	33	36	35
Difícil de valorar/No hago este tipo de cosas	16	21	9	5
En total N = 100% (p=,000)	100	100	100	100

11. Focus de control interno

La creencia de que una persona dispone de un gran potencial para llevar a cabo acciones enfocadas a la salud y que es fácil conseguir, que es la propia persona y no ninguna fuerza externa u otras personas, las que son capaces de elegir el tipo de hábito y, en consecuencia, gozar de una buena salud, es la siguiente variable importante de vivir un estilo de vida saludable.

Al objeto de establecer el focus de control percibido en el contexto anterior, a los/as encuestados/as que confirmaron haber llevado a cabo acciones enfocadas a la salud, se les preguntó si les resultó fácil conseguirlo. Por otro lado, aquellos/as encuestados/as que no actuaron a favor de su salud se les preguntó si sería fácil para ellos empezar a tomar dichas acciones. Las preguntas tratan todos los hábitos presentados en la Tabla 3 respectivamente.

Los resultados de la población encuestada, en general, indican que las personas que introducen elementos específicos sobre un estilo de vida saludable con más frecuencia en relación con las que no, opinaban que el hábito centrado en la salud resulta más fácil. En otras palabras, las personas que son activas en el tema de la salud suelen desarrollar un mayor sentido de control interno (Tabla 15).

Tabla 15. Sentido de control entre las personas que llevan a cabo acciones enfocadas a la salud y entre aquellas otras que no lo hacen (en %).

"¿Es o sería fácil para usted...?"	**% de encuestados/as que opinaban que ...**	
	Sería fácil (encuestados/as que demuestren hábitos centrados con la salud)	**Sería fácil (encuestados/as que no demuestren hábitos centrados con la salud)**
Reducir el consumo de azúcar y dulces	60	40
Reducir el consumo de grasas	65	34
Cuidar de su aspecto físico, hacer ejercicio y practicar algún deporte	73	27
Evitar beber alcohol o beber poco	88	54
Someterse a revisiones médicas periódicas para excluir enfermedades	82	42
Trabajar de manera que se reduzcan los riesgos para su salud	71	21

Parece ser que la difusión del sentido interno de control difiere dependiendo de varios tipos de hábitos. Los encuestados han declarado que en la mayoría de las ocasiones pueden controlar (lo encuentran sencillo) reducir el consumo de alcohol y las revisiones médicas frecuentes. Esta observación es cierta tanto para aquellos que se centran en la salud como para los que no. Sin embargo, esta situación no queda tan clara cuando se trata de otras acciones, como reducir el consumo de dulces, ya que en este caso suele ser más fácil para aquellas personas que no suelen tener este hábito, mientras que aquellos que dejan de consumir azúcar rara vez lo identifican como una tarea fácil en comparación con otros elementos de un estilo de vida saludable.

En el grupo de encuestados/as centrados en la salud, en ninguno de los casos anteriores de hábitos, los/as trabajadores/as con diferentes niveles de educación no difieren de manera significativa en este contexto. No obstante, el grupo de personas pasivas (aquellos que no llevan a cabo acciones centradas en la salud), trabajadores/as con bajo nivel educativo suelen declarar con determinada frecuencia (p=,002) que les resultaría difícil reducir el consumo de alcohol y someterse a revisiones médicas periódicas, como norma.

El análisis de las diferencias entre los países dentro del grupo de personas con bajo nivel educativo indica que los representantes de cada país son, desde el punto de vista estadístico, significativamente diferentes en cuanto a la difusión del sentido interno de control en el caso de la mayoría de los hábitos estudiados. Esto es cierto tanto en el caso de personas que demuestran determinados hábitos centrados en la salud como en el caso de aquellos que no. Sin embargo, resulta difícil identificar, de manera regular, dichas diferencias. Para ilustrar esta situación, podemos indicar que entre las personas que llevan un estilo de vida saludable, ciudadanos/as españoles/as y letones/as de bajo nivel educativo, con menos frecuencia, (y con el mayor número de hábitos) afirman tener un sentido interno de control, mientras que los/as eslovenos/as lo hacen con más frecuencia. En cuanto a las personas que no se preocupan mucho por su salud, se encuentran los letones que, en pocas ocasiones, demuestran estas características.

12. Pautas de comportamiento observadas y apoyo social

Entre los factores que facilitan hábitos de vida saludable se incluyen la concurrencia común de dichos hábitos en un entorno social inmediato (conductas divulgadas de hábitos centrados en la salud), y el apoyo facilitado por la comunidad, es decir, comprensión, aceptación, elogios, acciones conjuntas y, por último, todo tipo de asistencia en este sentido. El apoyo de los compañeros/as de trabajo, familia y amigos/as parece ser de especial importancia.

A todos/as los/as trabajadores/as que participan en el estudio se les ha preguntado -como observadores/as de este fenómeno- sobre las pautas de comportamiento centrados en la salud en su entorno laboral y el apoyo ofrecido por sus compañeros/as de trabajo a dichos hábitos. Estas preguntas incluyen varias relacionadas con determinados hábitos en relación a un estilo de vida saludable, tal y como se percibe de manera universal. Estos datos para los dos grupos de distintos niveles educativos se presentan en la Tabla 16.

Aproximadamente el 70% de todos las personas encuestadas han observado que sus compañeros/as de trabajo llevan a cabo acciones centradas en la salud, tal y como se refleja en la tabla (o al menos, algunos de ellos/as). Las personas con mayor nivel educativo están casi seguros de que sus compañeros/as de trabajo disfrutan de un estilo de vida saludable, mientras que esto no se ha observado en el caso de personas con menor nivel educativo. Por eso, las personas con mejor nivel educativo están más expuestas a impactos de conductas de comportamiento sociales.

De media, uno/a cada tres encuestados/as opina que sus compañeros/as de trabajo, que llevan a cabo varias acciones para mejorar su salud, no reciben el apoyo del resto de compañeros/as (demuestran indiferencia a este respecto). Un pequeño porcentaje de encuestados/as ha declarado incluso experimentar obstáculos por parte de sus compañeros/as de trabajo. Los dos grupos que representan niveles educativos diferentes perciben este aspecto, de igual manera, aunque los obstáculos creados por sus compañeros/as de trabajo suelen ser observados, con algo más de frecuencia, por el grupo de bajo nivel educativo.

Tabla 16. Pautas de conductas observadas centradas en la salud y apoyo social a estos hábitos en el lugar de trabajo – datos de la población total (en %).

"¿Cómo reaccionan normalmente sus compañeros de trabajo cuando alguien intenta ..."	**Educación**	**Últimamente no he observado este tipo de situaciones**	**Reacción de sus compañeros de trabajo (hombres/mujeres)**			
			No muestran interés alguno	**Lo elogian y admiran**	**Quieren ayudar**	**Molestan, se burlan**
Dejar de fumar o fumar menos (p = ,001)	Baja (100%)	29	19	30	14	8
	Alta (100%)	23	19	36	16	6
Adelgazar (p = ,000)	Baja (100%)	26	24	28	13	9
	Alta (100%)	21	22	36	15	6
Reducir o dejar de consumir dulces (p= n.i.)	Baja (100%)	29	32	19	15	5
	Alta (100%)	26	34	22	14	4
Reducir el consumo de ácidos grasos (p= n.i.)	Baja (100%)	30	32	22	11	5
	Alta (100%)	25	36	25	11	3
Ir a correr, nadar o hacer ejercicio (p=,000)	Baja (100%)	29	24	31	12	4
	Alta (100%)	18	26	41	12	3
Someterse a revisiones médicas periódicas, como análisis de sangre y orina, radiografías (p=,000)	Baja (100%)	35	34	19	9	3
	Alta (100%)	29	36	26	8	1
Tomar vitaminas, complementos alimenticios (p=,01)	Baja (100%)	27	43	17	9	4
	Alta (100%)	26	44	21	6	3
Asistir a cursos para saber cómo cuidar de nuestra salud (p = ,05)	Baja (100%)	39	34	17	6	4
	Alta (100%)	40	33	19	6	2
Cambiar determinadas conductas en el trabajo para que sea más seguro y saludable (p=,01)	Baja (100%)	33	29	22	13	3
	Alta (100%)	32	24	29	13	2

Aproximadamente entre el 25 y 50% de los/as encuestados/as (este resultado varía dependiendo del tipo de acción) declaran que aquellos/as compañeros/as de trabajo que intentan hacer algo a favor de su salud reciben el apoyo del resto de compañeros de trabajo, y este apoyo no se limita a una mera expresión de elogio o admiración, sino que también incluye una ayuda concreta (esto se observa en tan sólo un pequeño porcentaje de encuestados/as). Las personas con bajo nivel educativo, normalmente con menos frecuencia que los que tienen un mayor nivel educativo, se dan cuenta del hecho de que aquellos/as compañeros/as suyos que viven de manera sana son admirados/as y elogiados/as.

La respuesta de los/as compañeros/as de trabajo en acciones centradas en la salud implementadas por sus compañeros/as toma distintas formas dependiendo del tipo de acción. Con mayor frecuencia, se presta apoyo a aquellas personas que empiezan a hacer ejercicio, dejar de fumar o empezar a hacer dietas de adelgazamiento (aunque en el caso de los dos últimos hábitos mencionados, suelen encontrarse con obstáculos con bastante frecuencia). Se presta un menor apoyo a aquellos que asisten a cursos relacionados con la salud, toman complementos alimenticios y se someten a revisiones periódicas.

Recibir apoyo de familiares y amigos/as es un tema aparte. Entre los/as encuestados/as preocupados/as por la salud, aproximadamente el 70% ha declarado haber vivido la comprensión de sus familiares y amigos hacia este tipo de conductas. La opinión sobre esto la comparten tanto las personas con bajo nivel educativo como las que tienen un mayor nivel educativo.

Cabe volver a considerar los hábitos centrados en la salud y el apoyo en el lugar de trabajo entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo (Tabla 17).

Tabla 17. Conductas observadas de hábitos centrados en la salud y ayuda social a dichos hábitos en el lugar de trabajo – datos del grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo en los diferentes países (en %).

"¿Cómo suelen reaccionar sus compañeros de trabajo cuando alguien intenta..."?	**País (=100%)**	**Últimamente no he observado ese tipo de situaciones**	**Reacción de sus compañeros de trabajo (hombres/mujeres)**			
			No muestran interés alguno	**Lo elogian y admiran**	**Quieren ayudar**	**Molestan, se burlan**
Dejar de fumar o fumar menos (p=,000)	ES	32	22	21	19	6
	LV	38	15	27	4	16
	PL	21	26	35	12	6
	SI	25	15	35	20	6
Adelgazar (p=000)	ES	25	23	23	19	10
	LV	37	21	25	4	13
	PL	23	32	32	8	5
	SI	19	19	32	22	8
Reducir o dejar de consumir dulces (p=,000)	ES	23	29	10	29	9
	LV	41	30	18	5	6
	PL	26	40	24	8	2
	SI	25	28	23	20	4
Reducir el consumo de ácidos grasos (p=,000)	ES	31	29	18	20	2
	LV	40	28	23	3	6
	PL	28	40	22	5	4
	SI	21	30	27	17	5
Ir a correr, nadar o hacer ejercicio (p=,000)	ES	21	26	25	23	5
	LV	43	18	28	7	4
	PL	31	28	32	6	3
	SI	19	23	39	14	5
Someterse a revisiones médicas periódicas, como análisis de sangre y orina, radiografías (p=,000)	ES	32	29	22	16	1
	LV	58	25	9	1	7
	PL	28	52	15	5	0
	SI	21	31	32	13	3
Tomar vitaminas, complementos alimenticios (p=,000)	ES	25	41	22	10	2
	LV	41	41	8	4	6
	PL	24	50	14	7	5
	SI	17	42	23	14	4
Asistir a cursos para saber cómo cuidar de nuestra salud	ES	30	30	26	10	4
	LV	58	31	5	2	4
	PL	38	41	13	4	4
	SI	29	33	24	27	1
Cambiar determinadas conductas en el trabajo para que sea más seguro y saludable (p=,000)	ES	20	28	24	27	1
	LV	49	25	19	4	3
	PL	36	38	17	6	3
	SI	26	23	29	17	5

El estudio ha demostrado que las conductas de hábitos centrados en la salud de sus compañeros/as de trabajo suelen ser menos frecuentes entre los representantes con bajo nivel educativo de Letonia. De media, uno de cada dos encuestados/as se ha dado cuenta que sus compañeros de trabajo no han puesto en práctica ninguno de los hábitos planteados en el estudio. Por otro lado, sí que se ha detectado el tipo de conductas de la mayoría de estos hábitos entre los/as trabajadores/as eslovenos/as, y un poco menos en el caso de los/as españoles/as y polacos/as. En cada uno de estos tres países, de media, entre 1/5 y 1/3 de los/as encuestados/as no ha observado ningún hábito relacionado con la salud entre sus compañeros/as de trabajo.

En comparación con el resto de países, los polacos que disfrutan de un estilo de vida saludable suelen mostrar indiferencia hacia sus compañeros/as con respecto a cada uno de los hábitos analizados, mientras que los trabajadores/as con mayor nivel educativo procedentes de España y Eslovenia suelen recibir, con más frecuencia, ayuda de sus compañeros/as de trabajo. Los elogios hacia los hábitos relacionados con la salud son distintos en cada país y según el hábito que sea.

La atención psicológica (percibida como aceptación y comprensión) prestada por familiares y amigos a aquellos que intentan vivir un estilo de vida saludable presenta una estructura ligeramente distinta (Tabla 18).

Tabla 18. Apoyo de familiares y amigos/as a personas que viven un estilo de vida saludable – datos del grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo en los diferentes países (en %).

¿"Cómo suelen reaccionar amigos y familiares cuando intenta....?	**País**			
	ES	**LV**	**PL**	**SI**
Reducir el consumo de azúcares, dulces (p=,000)	54	57	87	74
Reducir el consumo de grasas (p=,000)	44	68	89	81
Cuidarse físicamente, haciendo ejercicio y practicando deporte	52	93	90	71
Evitar beber alcohol o beber poco	43	83	90	79
Someterse a revisiones médicas periódicas para descartar enfermedades	60	79	98	87
Trabajar de modo que se reduzca el riesgo para su salud	47	84	89	80

A este respecto, se ha establecido por regla general que este apoyo suele ofrecerse más a menudo a los/as polacos/as con bajo nivel educativo (aproximadamente el 90% de media) (y rara vez reciben apoyo de sus compañeros/as de trabajo). Familiares y amigos/as españoles/as ofrecen este tipo de apoyo con menos frecuencia (sólo algo más del 50% de media).

12. Autoevaluación sobre el estado de salud

Las actividades centradas en la salud y la dirección que estas toman pueden ser resultado de una autoevaluación sobre el estado de salud, mientras que las consecuencias derivadas de ella pueden ser variar.

El estudio ha confirmado, como regla general, que las personas con bajo nivel educativo perciben su estado de salud como peor (Tabla 19). Los/as encuestados/as pertenecientes al grupo de personas con bajo nivel educativo afirman, el doble de veces que los del grupo con mayor nivel educativo que su estado de salud es malo; no obstante, esta afirmación corresponde sólo a un 6% aproximadamente de la población total. Los/as encuestados/as con bajo nivel educativo suelen quejarse más a menudo de dolencias, y suelen admitir con menor frecuencia que su salud está en buen estado. De media, dentro de la población total más del 60% consideran encontrarse en buen estado de salud.

Las personas con menor nivel educativo suelen declarar, con más frecuencia, que el año anterior su estado de salud (enfermedades, dolencias, lesiones) dificultó de manera significativa su rendimiento en el trabajo u otro tipo de tareas importantes, incluso llegando a ser imposible realizarlas.

La comparación de la autoevaluación sobre el estado de salud realizado exclusivamente entre los/as trabajadores/as con menor nivel educativo en los diferentes países señala que los/as ciudadanos/as letones/as disfrutan, con menos frecuencia, de un buen estado de salud mientras que los/as eslovenos/as suelen hacerlo con mayor frecuencia (Tabla 20).

Tabla 19. Autoevaluación del estado de salud según el nivel educativo – datos de la población total (en %).

¿"Cómo evalúa su estado de salud"?	Educación			
	Elemental	Profesional básica	Media	Alta
Soy una persona sana	55	59	61	67
Suelo tener problemas de salud, aunque sólo se trata de pequeñas dolencias	37	35	34	29
Mi estado de salud es malo	8	6	5	4
N= 100% (p=,005)	369	448	433	441

Tabla 20. Autoevaluación sobre el estado de salud de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo en los diferentes países.

¿"Cómo evalúa su estado de salud"? (p=,000)	País			
	ES	LV	PL	SI
Soy una persona sana	60	45	52	72
Suelo tener problemas de salud, aunque sólo se trata de pequeñas dolencias	37	42	41	23
Mi estado de salud es malo	3	13	7	5

Resulta interesante ver que comparando con el resto de países, los/as encuestados/as españoles/as evaluaron su estado de salud como relativamente bueno, dos veces más a menudo (36%) que en el resto de países (aproximadamente un 17%); sin embargo aseguran padecer enfermedades crónicas que resulta en un contacto permanente con los médicos, estar siempre medicados y someterse a revisiones médicas periódicas. Por otro lado, los/as ciudadanos/as españoles/as rara vez admiten (9%) en comparación con el resto de países (aproximadamente un 17%) que en el año anterior el padecer algún tipo de enfermedad les haya impedido seguir adelante con su vida social o incluso laboral.

13. Autoevaluación de la situación económica

La situación económica identificada mediante una evaluación subjetiva realizada es el último tema a tratar en este capítulo, dado que afecta en gran medida a la concienciación respecto a la salud, hábitos y estado de salud en sí mismo.

De media, un 5% de la población total encuestada declara ser rica, menos del 60% se encuentra en un nivel de vida medio, mientras que 1/3 admite que su situación económica es baja.

Cuanto más bajo sea el nivel educativo, es más habitual (doble diferencia entre grupos extremos) que las personas declaren que su nivel de vida es bajo. Con menos frecuencia, las personas encuestadas indican que su nivel de vida es medio. Es menos frecuente que personas con un nivel educativo bajo afirmen tener un nivel de vida alto; cuanto más bajo es el nivel educativo, menos frecuente resulta (Tabla 21).

Tabla 21. Autoevaluación de la situación económica según el nivel educativo – datos de la población total (en %).

¿"Cómo evalúa su situación económica"?	Educación			
	Elemental	Profesional básica	Media	Alta
Mi nivel de vida es bastante alto	3	5	6	7
Mi nivel de vida es medio	48	54	61	68
Mi nivel de vida ha de ser bastante bajo	49	41	33	25
N= 100% (p=,000)	369	448	433	440

En la Tabla 22 se presentan las diferencias en la evaluación del nivel de vida entre los representantes del grupo con bajo nivel educativo de los diferentes países.

Tabla 22. Autoevaluación sobre la situación económica – datos del grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo en los diferentes países (en %).

¿"Cómo evalúa su situación económica"?	País			
	ES	LV	PL	SI
Mi nivel de vida es bastante alto	4	2	7	2
Mi nivel de vida es medio	40	53	52	61
Mi nivel de vida ha de ser bastante bajo	56	45	41	37

Los/as trabajadores/as españoles/as con bajo nivel educativo suelen señalar, más a menudo, tener una situación económica baja (necesitan tener una vida decente), mientras que en el caso de los eslovenos dicha afirmación es menos frecuente. En cambio respecto al nivel de vida medio sucede lo contrario, suele ser más frecuente en Eslovenia y menos en España. Los resultados obtenidos en el caso de polacos/as y letones/as es muy similar al de los/as eslovenos/as. En Polonia, un grupo relativamente amplio de trabajadores/as con bajo nivel educativo que han afirmado tener un nivel de vida alto (uno de cada 13 encuestados/as) merece mención aparte (Tabla 22).

14. Conclusión

Los resultados del estudio presentados indican que los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo (en relación con los de mayor nivel) acumulan muchas características que identifican, de manera negativa, su potencial de salud, tanto en el sentido de indicadores de este potencial como de sus condiciones: por ejemplo, los/as encuestados/as con bajo nivel educativo clasifican su estado de salud como malo, y en general, no suelen vivir de tal manera que puedan mejorar su salud. También con menos frecuencia piensan y sienten de modo que pudieran acercarles a corregir sus hábitos en beneficio de su salud. Además, con menos frecuencia disponen de aptitudes que podrían ayudarles a cuidar mejor su salud siguiendo un estilo de vida saludable. En su entorno, las personas con bajo nivel educativo se encuentran con menos frecuencia con determinados factores que facilitarían un estilo de vida más saludable, empezando por seguir conductas centradas en la salud de determinados hábitos, apoyo social para llevarlos a la práctica y posibilidades objetivas resultantes de dichos factores como la situación económica. A pesar de que en algunas situaciones, las diferencias entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y alto fueron insignificantes, desde el punto de vista estadístico, eran materiales y muy bien orientadas. Además, el propio hecho de la acumulación de tantas características negativas observadas entre los trabajadores con bajo nivel educativo indica que su estado de salud general precisa especial atención.

No obstante, hay que decir que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo no son un grupo homogéneo en el contexto de las diferencias interculturales. Los representantes de los países participantes en los proyectos, en muchas ocasiones, han sido muy distintos con respecto al nivel de difusión de la lista anterior de aspectos negativos sobre el potencial en materia de salud que hay entre ellos. Es necesario tener en cuenta la dimensión social y cultural cuando intentamos generalizar los resultados del estudio y las conclusiones resultantes.

Bibliografía

1. Federacja Konsumentów. (2007). Disponible en: http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=440 [en polaco] (acceso: 12 de octubre de 2009).
2. Korzeniowska E., Puchalski K., Pyzalski J., Wojtaszczyk P., Iwanowicz E.: Desarrollo y divulgación de los métodos de promoción en materia de salud a la medida de las necesidades específicas de los trabajadores con bajo nivel educativo. [en polaco] Lódź: IMP, 2007 (informe sin publicar preparado por el Ministerio de Sanidad).
3. Puchalski K.: Hábitos poco saludables y razones para ello en la forma de pensar de los trabajadores. [en polaco]. Medycyna Pracy; 55 (5), s. 417-424, 2004.
4. Puchalski K., Korzeniowska E.: Por qué no cuidamos nuestra propia salud. El papel de las racionalizaciones comunes a la hora de explicar los hábitos en salud. En: Piątkowski W. (red.): Salud, enfermedad, sociedad. Estudios de sociología de la medicina (p. 107-126) [en polaco]. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2004.

CAPÍTULO 7
Las preferencias de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo sobre la educación y promoción de la salud

Elżbieta Korzeniowska

1. Introducción

En los capítulos previos se trató sobre determinadas formas de pensar respecto a la salud escogidas junto con sus determinantes y las acciones sanitarias adoptadas por los trabajadores, y más concretamente por aquellos con un nivel educativo bajo. Por un lado, se pueden considerar dichas conclusiones como un indicador objetivo de la demanda de educación en salud y promoción de la salud. Por otro, puede percibirse como una amplia base en que cristalizan las expectativas subjetivas hacia los proyectos de este tipo.

En este capítulo se describen las preferencias de trabajadores y trabajadoras en relación con las soluciones que se utilizan en la educación y promoción de la salud. En primer lugar, reflexionaremos sobre el ranking de popularidad de las formas de administrar conocimiento y mejorar las capacidades médicas. A continuación se presentará un contenido que, de acuerdo con las personas encuestadas, debería facilitárseles en mensajes de salud enviados a miembros de sus sociedades. Otra parte del capítulo se centrará en la presentación de las opiniones y creencias de los trabajadores en relación con la formación sanitaria. En primer lugar, analizaremos su actitud general ante este tipo de proyectos, ya que determina una disposición a participar en dichas acciones. Asimismo, reflexionaremos tanto sobre los medios para incrementar el interés en formación entre los/as trabajadores/as, y más concretamente entre los que tienen un bajo nivel educativo, y sobre las situaciones que deberían evitarse para no desanimarlos y conseguir que no desistan de participar en dichas acciones formativas. En este capítulo se abordará también la cuestión de quién se considera el/a mejor formador/a para ese tipo cursos. En conclusión, presentaremos las expectativas con respecto a las empresas como instituciones que pueden implantar actividades destinadas a mantener y mejorar la salud de los/as trabajadores/as.

El análisis de las preferencias que se describe arriba se llevará a cabo en dos dimensiones. El objetivo básico y principal es comparar a los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo y aquellos que tienen un nivel educativo superior de todos los países investigados, con el fin de determinar las necesidades específicas del primer grupo, considerado como importante receptor de acciones relativas a la educación y promoción de la salud. Los datos, por tanto, incluirán 817 personas encuestadas con educación primaria incompleta, primaria, secundaria básica y formación profesional básica (niveles 0-2 y 3C de acuerdo a la clasificación establecida por ISCED 1997) y 874 graduados de la escuela secundaria o superior (nivel 3A-B y 4-6 de acuerdo a la clasificación establecida en 1997).

El segundo objetivo es la comparación de los trabajadores con un nivel educativo bajo de diferentes países (los grupos analizados estaban constituidos por 202 españoles, 212 letones, 203 polacos y 200

eslovenos), que es una forma de determinar el papel de los factores socioculturales de la zona en las expectativas relativas a los proyectos de educación en salud y promoción de la salud.

En cuanto a las implicaciones prácticas de estos estudios, como recomendaciones de educación en salud y promoción de la salud, debería tenerse en cuenta su naturaleza general. Esto significa que las preferencias de los trabajadores y las trabajadoras con un nivel educativo bajo pueden modificarse cada vez según una particularidad del problema principal, a cuya solución está orientado ese proyecto concreto (por ejemplo, si hace referencia a una dieta saludable o a una actividad física).

2. Fuentes de información preferidas

El problema principal para los/as autores/as de proyectos sobre educación y promoción de la salud es una selección de las mejores formas de administrar los conocimientos y competencias necesarios para unos hábitos saludables racionales a los diferentes grupos objetivo. Existe una amplia gama de posibilidades de este tipo. La tabla que incluimos a continuación muestra cuáles de las acciones de este tipo que se emplean frecuentemente se adecuan mejor (las que gozan de una buena o muy buena aceptación por parte de) a trabajadores con un nivel educativo bajo y los de un mayor educativo.

Tabla 1. Fuentes de conocimiento y competencias preferidas referidas a la salud entre los empleados con diferentes niveles educativos de los cuatro países objeto de estudio

Tipo de fuente	% de trabajadores con bajo nivel educativo	% de trabajadores con un mayor nivel educativo	df=4
Emisiones de TV o radio	72	70	
Consejos de especialistas sanitarios	63	68	
Ferias	61	61	
Artículos en periódicos y revistas	55	72	p<0,0001 X^2=60,1
Folletos, póster	55	58	
Concursos, campañas	53	45	p<0,0001 X^2=24,4
Talleres	50	56	p<0,01 X^2=13,5
Clases magistrales	43	57	p<0,0001 X^2=27,7
Internet	41	66	p<0,0001 X^2=112,8
Libros de autoayuda profesionales	41	51	p<0,0001 X^2=33,0

En el ranking de popularidad de las formas de adquirir conocimientos y competencias relativos a la sanidad que se enumeraban para trabajadores/as con un bajo nivel educativo, los tres primeros puestos los ocupaban: a) radio y TV, b) reuniones cara a cara con especialistas que les aconsejaban formas adecuadas de cuidar de su salud y c) ferias. Entre los/as trabajadores/as con un mayor nivel educativo las formas más populares eran respectivamente: artículos en periódicos y revistas, emisiones en la televisión y la radio y consejos cara a cara.

Es decir, que los medios de comunicación: la radio, la televisión, la prensa y los consejos cara a cara se hallaban entre los más populares para adquirir conocimiento sobre salud en ambos grupos objeto de estudio. Es más, estas opciones fueron seleccionadas por ambos grupos con la misma frecuencia: la primera por casi tres cuartos y la segunda por dos tercios de todos las personas encuestadas. En lo que se refiere a la prensa, queda claro que es mucho más adecuada para los/as trabajadores/as con un mayor nivel educativo (72%) que para aquellos con un nivel educativo bajo (55%). Las ferias tenían una

aceptación del 61% de los/as trabajadores/as, independientemente del nivel educativo. No obstante, si bien las ferias ocupaban el tercer lugar del ranking en el grupo objeto de estudio, en el grupo de control quedaban relegadas a un quinto puesto. Los folletos y pósteres, concursos, campañas y talleres sobre hábitos saludables alcanzaron un nivel medio de popularidad similar en ambos grupos, uno/a de cada dos trabajadores/as[1].

Las personas encuestadas con un bajo nivel educativo eligieron Internet muy rara vez y en cualquier caso con una frecuencia inferior a aquellos de grupos con un mayor nivel educativo (un 25% de diferencia), esto mismo sucedió con los libros de autoayuda profesionales (10% de diferencia) y con las clases magistrales (14% de diferencia). Por tanto, quedó demostrado que estas fuentes se adaptaban menos a las preferencias de recibir información sobre salud del grupo objeto de estudio (únicamente llegaban al 40%). Todo esto contribuye a fijar las particularidades de este grupo en comparación con el grupo de encuestados con un mayor nivel educativo (las diferencias relativas a los periódicos y revistas ya se han mencionado arriba).

Las opiniones sobre las formas de facilitar información sobre la salud diferían, de manera estadísticamente significativa entre los/as trabajadores/as del grupo con un bajo nivel educativo en cada uno de estos países.

Tabla 2. Fuentes preferidas de adquisición de conocimientos y capacidades relativas a la salud entre los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo en diferentes países

Tipo de fuente	**País**				**df=12**
	España (ES)	**Letonia (LV)**	**Polonia (PL)**	**Eslovenia (SI)**	
Radio, TV	75%	65%	74%	76%	p<0,0001 X^2=56,7
Consejos cara a cara	69%	70%	55%	58%	P<0,0001 X^2=87,9
Ferias	71%	72%	40%	59%	p<0,0001 X^2=124,5
Periódicos, revistas	67%	31%	51%	71%	p<0,0001 X^2=131,1
Folletos, pósteres	64%	41%	56%	59%	p<0,0001 X^2=87,2
Concursos, campañas	52%	75%	40%	43%	p<0,0001 X^2=152,8
Talleres	69%	51%	37%	48%	p<0,0001 X^2=140,9
Clases magistrales	66%	34%	27%	53%	p<0,0001, X^2=114,0
Internet	53%	23%	37%	49%	p<0,0001 X^2=93,9
Libros de autoayuda profesionales	52%	18%	44%	50%	p<0,0001 X^2=114,4

Como se puede ver, los más abiertos a diferentes formas de recibir información sobre salud son los españoles y los más "caprichosos" los polacos. Los letones, a su vez, eran los más polarizados: había tanto métodos muy populares como otros que sólo eran seleccionados por uno de cada cinco personas encuestadas. En Eslovenia, en la mayoría de los casos, la fuente específica era escogida por uno de cada dos trabajadores/as con bajo nivel educativo.

En España, la mayoría de trabajadores/as con un bajo nivel educativo (tres de cada cuatro) escogió la radio, la televisión o las ferias. Las opciones menos escogidas eran los libros de autoayuda profesionales,

[1] En el caso de los concursos, campañas y talleres se observaba una débil dependencia estadística sobre el nivel educativo.

las campañas, los concursos e Internet (alrededor de la mitad de ellos). Los letones aceptaban de buen grado (tres de cada cuatro) las campañas, los concursos, las ferias y los consejos cara a cara. Los medios menos atractivos eran los libros de autoayuda profesionales e Internet (únicamente alrededor de uno de cada cuatro). Para el 75% de los/as trabajadores/as polacos/as con un bajo nivel educativo, la radio y la televisión eran las fuentes más apropiadas para hacer llegar la información. Estos medios aventajaban por gran diferencia (un margen de diferencia de un 20%) a las siguientes opciones en el ranking de popularidad, (folletos, pósteres, consejos cara a cara). Entre los/as polacos/as las formas menos populares eran las clases magistrales (únicamente uno de cada cuatro las seleccionaba), los talleres e Internet (alrededor de uno de cada tres). El grupo de eslovenos/as con un bajo nivel educativo recibían voluntariamente (tres de cada cuatro) información sanitaria en la radio y la televisión, los periódicos y las revistas. Éstas eran las fuentes de información preferidas, ya que el resto las escogieron únicamente aproximadamente uno/a de cada dos encuestados/as (las menos populares los concursos y las campañas).

De este modo, por ejemplo, si bien es cierto que en Letonia uno puede esperar una amplia aceptación para la organización de concursos y campañas orientados a la resolución de los problemas de salud de la sociedad, dichas acciones no resultarían apropiadas en Eslovenia. Mientras que para todos los grupos con un bajo nivel educativo los periódicos y las revistas tienen un 50% de probabilidad de captar la atención de los/as receptores/as sobre la información sanitaria que contienen, en Eslovenia dicha probabilidad asciende a más del 70%, mientras que en Letonia desciende por debajo del 31%. Las clases magistrales serían del agrado de dos de cada tres trabajadores/as españoles/as con un bajo nivel educativo mientras que únicamente satisfarían a uno de cada cuatro polacos/as de este mismo tipo (los/as trabajadores/as polacos/as con un bajo nivel educativo son los que más aversión muestran a las clases magistrales de entre todos los países objeto de estudio). La situación es similar en lo que a los talleres en los que se enseña a las personas cómo comportarse de forma saludable se refiere (el 69% de los/as españoles/as y únicamente el 37% de los/as polacos/as se mostraban a favor de estas actividades) o a las ferias (respectivamente un 71% y un 40%). Los libros de autoayuda profesionales los leerían la mitad de los/as trabajadores/as españoles/as y eslovenos/as y menos de uno/a de cada cinco de los/as letones/as.

Por lo tanto, resulta difícil obtener un asesoramiento claro sobre las fuentes que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo de la UE prefieren para informarse sobre temas de salud, sobre todo si, para analizar un indicador del status quo, se toman los resultados de los cuatro países que participan en el proyecto. A priori uno puede pensar que la probabilidad más pequeña de error es la relativa a la radio y televisión. En lo que a otros medios se refiere, sobre todo las clases magistrales, los talleres e Internet o incluso los periódicos y las revistas (que a veces obtenían la aprobación de únicamente uno/a de cada tres trabajadores/as con bajo nivel educativo), debería realizarse un análisis adicional.

3. Un contenido relevante de las campañas de salud social

En cuanto al contenido que, según las personas encuestadas, debería facilitarse a los/as ciudadanos/as en sus países, la opinión de los/as trabajadores/as con un mayor nivel educativo y los de un nivel educativo bajo era similar. Sus opiniones únicamente diferían de forma estadísticamente relevante en lo que a las formas de animar a la gente a realizar actividades físicas y minimizar el consumo de alcohol[2] refiere. Los/as trabajadores/as con un mayor nivel educativo sugirieron con mayor frecuencia que se debía animar a la gente a hacer más ejercicio físico, mientras que los trabajadores con un nivel educativo inferior, hicieron más hincapié en enseñar a la gente a no consumir tanto alcohol. Las cuestiones más populares entre los dos grupos eran: el fumar, una dieta saludable (alrededor del 40% de las personas encuestadas), el consumo de alcohol, el estrés soportado y el someterse a revisiones (30%). Los/as trabajadores/as pertenecientes al grupo objeto de estudio se mostraban menos proclives a educar a sus conciudadanos/as sobre salud en el trabajo. En la tabla que incluimos a continuación se presentan, en detalle, los resultados.

[2] Respectivamente: $p < 0{,}0001$, df =1, $X^2=25{,}1$ y $p<0{,}001$, df=1, $X^2=14{,}6$.

Tabla 3. Preferencias de los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos de los cuatro países objeto de estudio en lo referente a los contenidos que deberían transmitirse al público respecto a la educación en salud

Tipo de contenido	% de trabajadores con nivel educativo bajo	% de trabajadores con mayor nivel educativo
Antitabaco	45	42
Sobre una dieta sana	38	41
Contra el consumo de alcohol	36	27
Sobre como manejar el estrés	30	35
Sobre las revisiones médicas	30	35
Sobre los derechos de los pacientes	28	25
Sobre la actividad física	26	37
Sobre el respeto al medioambiente	21	16
Sobre hacer caso a los consejos del médico cuando uno está enfermo	21	19
Sobre la atención sanitaria en el trabajo	13	11
Otros	3	1

En lo que respecta al contenido que debería facilitarse a los/as ciudadanos/as en la educación en salud y promoción de la salud, las opiniones de los/as empleados/as con un nivel educativo bajo diferían de unos países a otros. Es más, las diferencias estaban relacionadas principalmente con temas reconocidos, de forma general, como válidos (tal como ilustra la tabla 4). Únicamente hallamos similitudes en dos áreas: el respeto al medioambiente y hacer caso a las recomendaciones del médico cuando uno está enfermo. En todos los países, cuatro de cada cinco encuestados/as escogieron estas dos opciones. De lo que podemos concluir que las similitudes se daban entre las cuestiones menos populares.

Se observó que en tres de los países objeto de estudio (Letonia, Polonia y Eslovenia) para la mayoría de los/as empleados/as con un nivel educativo bajo no había un problema dominante. Según ellos, habían escogido muchas cuestiones importantes en su opinión. En lo que a Polonia se refiere, las cuestiones más escogidas (uno/a de cada dos encuestados/as) eran las relacionadas con una dieta saludable y el tabaco. En Letonia las más populares eran dos opciones: informar a los/as conciudadanos/as sobre sus derechos como pacientes y la necesidad de reducir el consumo de alcohol. En Eslovenia el 40% de las personas encuestadas escogió cuestiones relativas al estrés y el tabaco.

España era la excepción a este respecto. La cuestión más importante aquí era la necesidad de educar a la gente sobre el consumo de tabaco (63% de las opciones marcadas). Otra cuestión importante, con 20% menos de selecciones, era el tema de la dieta saludable y el consumo de alcohol.

El tabaco, la actividad física y los derechos de los pacientes son los problemas que marcan claramente la diferencia en los diferentes países. La lucha contra la adicción a la nicotina parecía ser importante para dos tercios de los/as trabajadores/as españoles/as con un nivel educativo bajo, mientras que únicamente era importante para uno/a de cada tres eslovenos/as encuestados/as. Y aún más, mientras un 40% de los/as eslovenos/as encuestados/as quería popularizar la actividad física, únicamente un 13% de los/as trabajadores/as letones/as compartía esta opinión. Finalmente, casi la mitad de las personas encuestadas de Letonia optaron por ser informadas sobre los derechos de los pacientes, mientras que esta cuestión era importante sólo para uno/a de cada ocho trabajadores/as españoles/as.

En resumen, no obstante, el ejemplo en los países estudiados sugiere que los problemas de no fumar y de una dieta saludable parecían ser importantes para una gran parte de los/as empleados/as con un bajo nivel educativo, independientemente de su país de residencia.

Tabla 4. Preferencias de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo de los países objeto de estudio referente a los contenidos que deberían transmitir al público respecto a la educación en salud

Tipo de contenido	País				df=3
	España (ES)	Letonia (LV)	Polonia (PL)	Eslovenia (SI)	
Antitabaco	63	40	43	34	p<0,0001, X^2=40,9
Sobre una dieta sana	41	31	46	33	p<0,001 X^2=13,7
Contra el consumo de alcohol	40	45	36	23	p<0,0001 X^2=23,2
Sobre cómo manejar el estrés	29	21	29	42	p<0,0001 X^2=22,6
Sobre revisiones	20	30	31	38	p<0,01 X^2=16,1
Sobre los derechos de los pacientes	12	48	31	21	p<0,0001 X^2=74,8
Sobre la actividad física	36	13	16	40	p<0,0001 X^2=58,9
Sobre el respeto al medioambiente	22	17	20	27	
Sobre hacer caso a las recomendaciones del medico cuando uno está enfermo	21	23	22	19	
Sobre la atención sanitaria en el trabajo	11	22	8	9	p<0,0001 X^2=24,5
Otros	2	7	1	3	p<0,001 X^2=28,8

4. Actitudes hacia la formación en temas de salud

Las actividades en el ámbito de la educación en salud y la promoción de la salud se implementan, a menudo, mediante diversos tipos de formación. Resulta muy difícil sobreestimar su importancia cuando uno se propone transmitir conocimiento más allá del nivel de palabras clave e informaciones básicas o mejorar las competencias específicas de un grupo objetivo. Sin embargo, los organizadores opinan que es un reto hacer que la gente participe en estas actividades formativas. En este mismo estudio se estableció cuál era la actitud general frente a las actividades formativas, qué es lo que hace aumentar o disminuir la voluntad de participar en ellas y cuáles son las preferencias de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo a la hora de escoger formadores/as.

En lo que se refiere a actitudes generales frente a las actividades formativas, resultó que (véase la tabla 5) las más comunes, compartidas por casi la mitad de las personas encuestadas independientemente de su nivel educativo (la correlación es estadísticamente significativa pero débil), eran dos opciones: la gente no tiene tiempo para ese tipo de actividades formativas y dichas actividades formativas son simplemente un pretexto para vender algo. Lo que es más, muchos/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo (43%, lo que representa casi el doble del porcentaje correspondiente al grupo con mayor nivel educativo) eran de la opinión de que es mejor saber menos de su salud.

Y aún más, aproximadamente uno/a de cada tres trabajadores/as con un nivel educativo bajo no tenía confianza en la información que se le daba durante las actividades formativas (en el grupo de los de un mayor nivel educativo esta proporción era de uno de cada cuatro), y argumentaba que él/ella sabía cuidar mejor de su salud sin dichas actividades formativas o alegaba que las actividades formativas no eran necesarias, a menos que le ocurriera algo malo a su salud. Esa opinión era compartida por alrededor de una de cada cinco personas encuestadas del grupo con mayor nivel educativo.

Afortunadamente, la participación en proyectos de este tipo no estaba por regla general asociada con reacciones negativas por parte de las amistades de la persona encuestada (y esto fue el caso en ambos niveles educativos, ya que la correlación es débil).

Tabla 5. Creencias sobre actividades formativas relativas a la salud entre trabajadores/as con diferentes niveles educativos de los países objeto de estudio

Tipo de actitud	**% de los trabajadores con un nivel educativo bajo**	**% de los trabajadores con un mayor nivel educativo**	**df=2**
No tengo tiempo para ese tipo de formaciones	57	49	p<0,001 X^2=17,3
Durante dichas formaciones normalmente quieren vender algo con el pretexto de hablar sobre la salud	52	41	p<0,0001 X^2=22,4
Algunas veces es mejor saber menos sobre la salud de uno/a	43	25	p<0,0001 X^2=61,1
Dichas actividades formativas sólo sirven para confundirme, los/as formadores/as cada vez dicen una cosa distinta	36	23	p<0,0001 X^2=37,9
Yo sé mejor como cuidar de mi salud sin dichas actividades formativas	30	20	p<0,0001 X^2=25,4
Mientras goce de buena salud, no quiero saber nada de esas actividades formativas	34	22	p<0,0001 X^2=41,1
El participar en esas actividades formativas me haría quedar mal entre mis amigos/as	11	5	p<0,0001 X^2=26,2

De este modo, el estudio llevado a cabo revelaba que existe un grave problema en la forma en que los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo perciben las actividades formativas dedicadas a cuestiones de salud. Al igual que sucede entre los/as encuestados/as del grupo de nivel educativo superior, a menudo no quieren dedicar tiempo a la formación y sospechan que se trata de formas camufladas de hacer negocio. No obstante, en comparación con sus compañeros de un nivel educativo superior, los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo con mayor frecuencia prefieren saber menos sobre su salud, se quejan de que en dichos cursos se les da información contradictoria o no ven que tenga ningún sentido asistir a dichas formaciones sobre buena salud o sobre conocimientos que ellos ya han adquirido.

En la tabla que incluimos más abajo se muestra la distribución de las respuestas mientras se toma en consideración el país donde residen los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo.

Como se puede observar, las creencias negativas sobre los temas relativos a la formación para la salud estaban más extendidas entre los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo de Polonia. La mayor parte (más de tres cuartas partes) afirmaba no tener tiempo para ese tipo de actividades formativas, lo que a menudo resulta de su falta de interés (en otros países únicamente alrededor de la mitad de las personas encuestadas compartían esta opinión). La mitad de los/as trabajadores/as polacos/as no confiaban en el contenido de las actividades formativas (esta creencia únicamente era compartida por uno/a de cada seis encuestados/as de Eslovenia o uno de cada cuatro en España) o no querían saber más, ya que tenían miedo de que esto no les reportara nada bueno (por ejemplo, en Eslovenia únicamente uno/ de cada cinco trabajadores/as se mostraban preocupados/as por ello).

El segundo lugar dentro de este ranking específico de 'descontentos' lo ocupaban los/as letones/as que, con una frecuencia incluso un poco superior a la de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo polacos, sospechaban que dichas actividades formativas fueran únicamente un pretexto para vender algunos productos. También son la misma frecuencia expresaron la falta de confianza en el contenido de dichas actividades formativas y en la necesidad de adquirir unos conocimientos que después va a ser difícil que apliquen.

Tabla 6. Creencias sobre formación para la salud entre trabajadores/as con un nivel educativo bajo de los diferentes países objeto de estudio

Tipo de actitud	España (ES)	Letonia (LV)	Polonia (PL)	Eslovenia (SI)	df=6
No tengo tiempo para ese tipo de formaciones	41	58	79	49	p<0,0001 X^2=84,2
Durante ese tipo de formaciones a menudo quieren vender algo con el pretexto de hablar sobre salud	45	61	58	44	p<0,0001 X^2=34,6
A veces es mejor saber menos sobre la salud de uno/a	38	54	56	23	p<0,0001 X^2=68,2
Dichas actividades formativas sólo sirven para confundir, los/as formadores/as cada vez dicen una cosa distinta	26	49	51	18	p<0,0001 X^2=82,8
Yo sé mejor como cuidar de mi salud sin dichas actividades formativas	29	24	42	24	p<0,0001 X^2=52,6
Mientras goce de buena salud, no quiero saber nada de esas actividades formativas	26	31	53	25	p<0,0001 X^2=59,1
El participar en esas actividades formativas me haría quedar mal entre mis amigos	15	12	10	5	p<0,0001 X^2=31,5

Por regla general, los/as organizadores/as de actividades formativas para la salud deben ser conscientes de una barrera importante, que afecta a alrededor del 50% de los/as receptores/as potenciales, que existe por la parte de la demanda entre los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo. Esta barrera es consecuencia de las siguientes creencias:

- En España las personas encuestadas creen que las actividades formativas para la salud son únicamente un pretexto para vender algunos productos (una especie de promoción).
- En Letonia existe un problema parecido, donde además los/as trabajadores/as desean saber menos sobre la salud y no quieren perder el tiempo con estos temas.
- En Polonia se trata de una falta de interés, la creencia de que alguien pretende hacer negocios bajo la apariencia de hablar de salud y el miedo de adquirir conocimientos de este tipo les pueda causar problemas. Los/as polacos/as encuestados/as muestran, además, una falta de confianza en el contenido de las actividades formativas.
- En Eslovenia, existe una falta de interés por dichas actividades formativas y la creencia de que la participación en ellas es una pérdida de tiempo (para más información a este respecto les remitimos a los capítulos finales de este libro).

A modo de resumen podemos afirmar que los datos obtenidos de las encuestas apuntan hacia el hecho de que las actitudes generales frente a la formación son heterogéneas, sobre todo en lo que se refiere a trabajadores/as con un nivel educativo bajo de los diferentes países. Por tanto, deberíamos ser conscientes de la necesidad de analizar los datos si deseamos implementar este método de aprendizaje a gran escala.

5. Factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de participar en dichas actividades formativas

Los grupos objetivo de la educación en salud y de actividades de promoción de la salud están constituidos, en su mayoría, por personas que no quieren o son incapaces de desarrollar sus competencias y conocimientos sobre el cuidado de la salud. Esto significa, sobre todo, que es necesario desarrollar formas y contenidos para que las campañas y programas sanitarios se adapten mejor a sus necesidades y posibilidades. Una cuestión clave, por tanto, es implementar actividades formativas orientadas a animar a los receptores potenciales a interesarse por las actividades formativas. También se deberían intentar evitar todas aquellas situaciones que pudiesen desanimar o disuadirlos de participar en las acciones propuestas. En la siguiente tabla presentamos las opiniones de las personas encuestadas sobre

los factores que, a menudo, encontramos en la práctica y pueden afectar en las decisiones sobre la participación en formaciones para la salud. En la tabla 7 se presentan actividades que pueden estimular el interés en dichos cursos.

Tabla 7. Factores que animan a los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos de los cuatro países objeto de estudio a participar en formaciones sobre la salud

Tipo de incentivo	**% de trabajadores con bajo nivel educativo**	**% de trabajadores con un mayor nivel educativo**
Acceso sin coste	78	79
Posibilidad de obtener respuestas a tus preguntas	73	80
Recibir una remuneración a cambio de participar en las actividades formativas	70	63
Tratamiento de salud durante la formación	69	74
Examen de la salud durante la formación	69	73
La actividad formativa se desarrolla dentro del horario laboral	63	66
Practicar algún tema con la asistencia de un/a experto/a	63	73
Un pequeño obsequio	61	53
Un diploma, o certificado por asistir a la actividad formativa	59	60
Posibilidad de intercambiar opiniones, compartir experiencias con otros participantes en la actividad formativa	54	60
Participar en un sorteo con pequeños premios	53	43
Panfletos/ folletos para los participantes	46	43
Durante la actividad formativa se sirven refrigerios	44	35
Posibilidad de aparecer en los medios de comunicación en programas dedicados a la formación	26	19

Resultó que al menos uno/a de cada dos trabajadores/as, independientemente de su nivel educativo, estaba interesado en muchas acciones de este tipo. El incentivo menos atractivo era la posibilidad de aparecer en emisiones de los medios de comunicación dedicadas a la formación. Sólo le interesaba a uno/a de cada cinco encuestados/as. Un poco menos de la mitad de los encuestados indicó que en su caso lo que les motivaba eran los refrigerios, folletos y panfletos que podrían recibir.

Indudablemente más importante (para alrededor de tres cuartos de los/as encuestados/as) resultan las cuestiones económicas. Los/as trabajadores/as no querían pagar por formación sobre la salud e incluso esperaban que los organizadores les pagaran a ellos por participar (estas opiniones las defendían con un poco más de frecuencia los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo). La posibilidad de obtener respuestas a sus preguntas resultó ser un incentivo comparable. Otras ventajas importantes según las personas encuestadas eran: la posibilidad de participar durante la formación en un tratamiento de salud, de belleza (por ejemplo un masaje) o en un examen médico (por ejemplo, el nivel de glucosa en sangre o la tensión arterial), el desarrollo de las actividades formativas durante el horario laboral y, de este modo se pueda beneficiar del asesoramiento profesional mientras aprende nuevas competencias importantes para la salud.

Los/as empleados/as con un bajo nivel educativo de los diferentes países mostraban diferentes preferencias sobre factores que, en la práctica, podían animarlos/as a participar en actividades formativas (véase la tabla 8). En algunos casos se observaban diferencias muy claras. Por ejemplo, los refrigerios durante la formación eran vistos con buenos ojos por el doble de letones/as, polacos/as y españoles/as que eslovenos/as. Por su parte, los/as eslovenos/as y los/as polacos/as valoraban los diplomas y certificados por asistir a la formación dos veces menos que los/as españoles/as. Los/as españoles/as y los/as eslovenos/as, en la misma proporción, mostraban mayor preferencia que los/as letones/as a las clases en que se pueda debatir con los participantes. Los/as eslovenos/as defendían la opinión que debería pagarse a los participantes por asistir a las actividades con la mitad de frecuencia que los/as letones/as y los/as españoles/as. Se presentaron diferencias que llegaban a alcanzar un nivel de una quinta parte también en

el caso de los tratamientos, obsequios, panfletos y folletos ofrecidos durante las actividades formativas o la organización de las actividades dentro del horario laboral.

Tabla 8. Factores que animan a los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo de los países objeto de estudio a participar en actividades de formación sobre la salud

Tipo de incentivo	**País**				**df=6**
	España (ES)	**Letonia (LV)**	**Polonia (PL)**	**Eslovenia (SI)**	
Acceso sin coste	89	74	73	76	p<0,0001 X^2=31,3
Posibilidad de obtener respuestas a tus preguntas	80	70	65	77	p<0,0001 X^2=51,0
Recibir una remuneración a cambio de participar en los actividades formativas	84	80	73	41	p<0,0001 X^2=132,2
Tratamiento de salud durante la formación	70	73	71	61	
Examen de la salud durante la formación	76	59	70	72	p<0,0001 X^2=27,7
La actividad formativa se desarrolla dentro del horario laboral	66	57	71	60	p<0,0001 X^2=44,1
Practicar algún tema con la asistencia de un/a experto/a	61	59	64	69	p<0,0001 X^2=48,0
Un pequeño obsequio	71	61	65	49	p<0,0001 X^2=52,9
Un diploma, o certificado por asistir a la actividad formativa	85	64	48	40	p<0,0001 X^2=133,6
Posibilidad de intercambiar opiniones, compartir experiencias con otros participantes en la actividad formativa	69	37	48	61	p<0,0001 X^2=85,9
Participar en un sorteo con pequeños premios	55	55	58	50	p<0,0001 X^2=36,4
Panfletos/ folletos para los participantes	51	37	44	50	p<0,0001 X^2=32,2
Durante la actividad formativa se sirven refrigerios	49	56	51	20	p<0,0001 X^2=95,3
Posibilidad de aparecer en los medios de comunicación en programas dedicados a la formación	29	27	31	16	p<0,0001 X^2=29,0

En resumen, los organizadores de actividades formativas relativas a cuestiones de salud deben tener en cuenta las diferentes preferencias de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo. Lo que en un país puede ser un incentivo para participar en ellas, en otro puede no funcionar del todo o conseguir resultados diferentes de los buscados.

En el caso de los países objeto de estudio la probabilidad de llegar a tres cuartos de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo se ve aumentada por:

- en España: a) acceso sin coste y el hecho de recibir una remuneración por participar en la actividad formativa, así como la obtención de un diploma/certificado de participación, b) el desarrollo de la actividad formativa de tal manera que constituya una oportunidad de obtener respuestas a sus preguntas y beneficiarse de tratamientos sanitarios o revisiones médicas, c) un pequeño obsequio.
- en Letonia: el hecho de recibir una remuneración por participar en la actividad formativa o el acceso sin coste, la posibilidad de beneficiarse de tratamientos sanitarios y obtener respuestas a sus preguntas.
- en Polonia: acceso sin coste y recibir una remuneración por asistir a las actividades formativas, organización de la actividad formativa durante el horario laboral con una serie de tratamientos sanitarios y actividades para examinar el estado de salud.

- en Eslovenia: una organización de la actividad que ofrezca la posibilidad de obtener respuestas a sus preguntas, no pagar por la participación y tener la posibilidad de beneficiarse de revisiones médicas (véase también la información de los capítulos finales de este libro).

En la tabla de abajo se incluyen los factores que los grupos objetivos reconocen como disuasorias de participar en las actividades de formación para la salud.

Tabla 9. Factores que desaniman a los/as trabajadores/as con niveles de educación distintos de los cuatro países objeto del estudio y los disuaden de participar en las actividades formativas.

Tipo de causa de desánimo	**% de trabajadores con bajo nivel educativo**	**% de trabajadores con un mayor nivel educativo**	**df=2**
La necesidad de pagar	75	67	p<0,0001 X^2=16,1
Duración del curso superior a dos horas	53	42	p<0,0001 X^2=20,0
La necesidad de hablar en público	50	33	p<0,0001 X^2=55,5
La necesidad de cumplimentar un test para comprobar los conocimientos	46	28	p<0,0001 X^2=69,5
Preocupación de que a los participantes se les prohibirá hacer algo o tendrán miedo de hacerlo	45	24	p<0,0001 X^2=33,3
Preocupación de que lo que se aprenda sea difícil de aplicar a la vida diaria	35	23	p<0,0001 X^2=33,7
Preocupación de que sea difícil de entender lo que digan los/as formadores/as	32	17	p<0,0001 X^2=52,6
El hecho de que la formación la organice un/a empresario/a que pueda enterarse de algo sobre la salud del/a trabajador/a	31	24	p<0,0001 X^2=31,5
Preocupación de que se examine el estado de salud	24	14	p<0,0001 X^2=30,1

En vista de los datos recogidos parece que resulta un poco más sencillo animar a los/as trabadores/as con un nivel bajo de educación que desanimarlos/as a que participen en actividades formativas para la salud. Esto es una buena noticia para los/as organizadores/as de actividades de educación y promoción de la salud.

No obstante, los representantes del grupo objetivo diferían mucho más del grupo de control de lo que lo hacían en el caso de los factores que les animaban. Factores de disuasión comunes tanto en el grupo de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo como en los de un mayor nivel educativo son la larga duración de las actividades formativas y (de nuevo) cuestiones económicas: la mayor parte de ambos grupos no participaría en actividades formativas para la que tuvieran que pagar[3]. Las mayores diferencias se observaron en relación con: la necesidad de rellenar un test para comprobar los conocimientos, necesidad de hablar en público y preocupación por el hecho de que lo que digan los/as formadores/as pueda resultarles difícil de entender. Si la educación en salud incluyera dichos elementos, más trabajadores/as con bajo nivel educativo que trabajadores/as con un mayor nivel educativo no participarían en ellas. En este sentido, parecían ser un grupo más exigente.

A continuación incluimos más información sobre esta situación por países que participan en el proyecto “Leech”.

El país de procedencia de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo marcaba una diferencia importante en los factores analizados. Únicamente la necesidad de hablar en público se identificó como un inconveniente con una frecuencia similar (por aproximadamente uno/a de cada dos encuestados/as).

[3] Existe una dependencia estadísticamente significativa, aunque débil, entre las variables.

Tabla 10. Factores que desaniman a los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo de los cuatro países y les disuaden de participar en actividades formativas

Tipo de causa de desánimo	País				df=6
	España (ES)	Letonia (LV)	Polonia (PL)	Eslovenia (SI)	
La necesidad de pagar	65	74	90	71	p<0,0001 X^2=44,5
Duración del curso superior a dos horas	46	51	72	41	p<0,0001 X^2=59,5
La necesidad de hablar en público	51	47	52	49	
La necesidad de rellenar un test para comprobar los conocimientos	45	39	58	42	p<0,0001 X^2=36,5
Preocupación de que se les prohíba a los participantes hacer algo o les de miedo hacerlo	52	20	51	16	P<0,0001 X^2=108,3
Preocupación de que lo que aprendan sea difícil de aplicar a la vida diaria	44	31	45	20	p<0,0001 X^2=41,7
Preocupación por pensar que lo que digan los/as formadores/as será difícil de entender	51	25	38	13	p<0,0001 X^2=90,5
El hecho de que la actividad formativa la organice un/a empresario/a que podría enterarse de algo sobre la salud del/a trabajador/a	30	41	39	12	p<0,0001 X^2=143,5
Preocupación de que se compruebe el estado de salud	30	26	31	8	p<0,0001 X^2=54,8

En vista de los datos obtenidos es más fácil desanimar a los/as trabajadores/as polacos/as y españoles/as y disuadirlos/as de participar en las actividades formativas (por lo menos uno/a de cada tres consideró negativo todos los factores analizados) que a los/as empleados/as de Eslovenia y Letonia.

Las diferencias, especialmente llamativas, en cuanto a actitudes se dieron para los factores: a) sospecha de que un/a empresario/a podría averiguar algo sobre la salud del/a trabajador/a (alrededor del 40% de los/as letones/as y polacos/as no participarían en dicha actividad formativa, mientras que esta situación es alarmante únicamente para uno/a de cada diez eslovenos/as), b) preocupación de que la información que se de en las acciones formativas provoque ansiedad y descontento (en una situación de este tipo alrededor de la mitad de los/as trabajadores/as polacos/as y españoles/as y únicamente uno/a de cada seis eslovenos renunciaría al curso), c) miedo de que el contenido de las actividades formativas sea difícil de entender (lo que excluye la participación de uno/a de cada dos españoles/as y únicamente uno/a de cada ocho eslovenos/as).

Las personas encargadas de planificar dichos eventos deberían tener en cuenta que uno/a de cada dos trabajadores/as con bajo nivel educativo se negará a participar en la actividad formativa a menos que intenten evitar:

- En España: pagar por participar, contenidos difíciles de entender que contengan prohibiciones y provoquen ansiedad, necesidad de hablar en público.
- En Letonia: pagar por participar y duración excesiva de las actividades formativas.
- En Polonia: pagar por participar, cursos que duren más de dos horas, tener que rellenar un test para comprobar los conocimientos, asustar y persuadir a los participantes para que hablen en público.
- En Eslovenia: pagar por participar y necesidad de hablar en público (véase la información de los capítulos finales de este libro).

Por todo lo anterior, cabe afirmar que en lo relativo a los factores y situaciones que reducen el interés de los/as trabajadores/as por participar en actividades formativas, los organizadores de actividades de educación en salud y promoción de la salud deberían esperar, según el ejemplo de los países que han participado en este proyecto, diferentes reacciones entre los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo dependiendo de su nacionalidad y cultura. A pesar de estas diferencias, no obstante, independientemente del país, lo más arriesgado es cobrar por participar en las actividades formativas y la larga duración de las mismas. Además, para uno/a de cada dos trabajadores/as con bajo nivel educativo la necesidad de hablar en público también sería disuasoria.

6. Preferencias en cuanto a formadores/as

La aceptación y confianza por parte de los receptores de la actividad formativa del formador en salud es importante para saber la eficacia de la influencia que tiene sobre la salud. Entre los/as trabajadores/as de diferentes niveles educativos las preferencias a este respecto eran las siguientes:

Tabla 11. Formadores/as en salud preferidos/as entre los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos de los cuatro países objeto de estudio

Tipo de formador/a	% con bajo nivel educativo	% con mayor nivel educativo
Un médico, un/a enfermero/a, una comadrona	42	42
Otro/a especialista sanitario/a	41	48
Alguien que solucionó con éxito un problema	32	35
Un/a experto/a de prestigio	29	28
Algún/a tipo de curandero/a (por ejemplo un/a terapeuta de bioenergía, herborista)	16	13
Un/a famoso/a (por ejemplo un actor o actriz, político/a, cantante)	14	10
Clérigo	2	1
Otro	5	3
Nadie	7	3

Como se puede observar no existían diferencias significativas entre los grupos analizados. Los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo no tenían expectativas diferentes de las de aquellos con un mayor nivel educativo en lo que a la preferencia de formadores que dan información sobre cómo estar sano y en forma se refiere. Casi la mitad de las personas encuestadas veía en este papel a médicos o enfermeros/as y otros/as profesionales de la salud como psicólogos/as o nutricionistas. Por tanto, a las personas encuestadas les gustaría recibir la información de profesionales, pero lo que resulta interesante, es que no tienen que ser necesariamente expertos de prestigio. Normalmente tienden a confiar más en personas como ellos que se las arreglaron para resolver un problema por su cuenta y que pueden compartir esa experiencia. Los/as trabajadores/as no veían a los clérigos en ese papel para nada, y a la gente famosa, conocida o representantes de la medicina alternativa apenas. Quizá los asocien más con salir en la televisión o en la radio que con impartir actividades formativas.

La distribución de respuestas muestra así mismo que encontrar a la persona adecuada para llevar a cabo actividades formativas no es una cuestión sencilla. Los/as típicos/as formadores/as son los que más satisfacen a menos de uno/a de cada dos trabajadores/as. Al mismo tiempo no ha aparecido ningún/a formador/a que satisficiera las necesidades de la mayoría.

El país de residencia también complica el problema de seleccionar los/as mejores formadores/as en salud para empleados/as con un bajo nivel educativo.

De nuevo se dan diferentes preferencias en lo que se refiere a los/as formadores/as en salud preferidos/as, excepto: a) médicos, enfermeros/as, comadronas y b) representantes de medicina alternativa. Estos fueron seleccionados respectivamente por el 40% y el 20% de las personas encuestadas de cada país. En lo que se refiere a: a) famosos/as, interesaban a uno/a de cada cuatro trabajadores/as en Letonia y a uno de cada diecisiete en Eslovenia, b) otros especialistas en salud fueron escogidos por uno/a de cada cuatro letones/as y uno/a de cada dos españoles/as, c) los/as expertos/as de prestigio pueden cumplir con las expectativas de uno/a de cada tres eslovenos/as y uno/a de cada seis españoles/as, d) personas que quieren compartir sus propias experiencias en salud eran buenos candidatos/as para formadores/as para el 43% de los/as eslovenos y únicamente el 23% de los/as polacos/as.

En resumidas cuentas, los/as mejores formadores/as por ser preferidos/as por uno/a de cada tres trabajadores/as con bajo nivel educativo son:

- En España: profesionales médicos y otros/as especialistas en salud.

- En Letonia: expertos/as de prestigio, médicos, enfermeras y personas que comparten sus experiencias.
- En Polonia: profesionales médicos y otros/as especialistas en salud.
- En Eslovenia: médicos, enfermeros/as y otros/as especialistas, médicos y expertos/as de prestigio.

Tabla 12. Preferencias de los trabajadores/as con bajo nivel educativo con respecto a los/as formadores/as en salud en cada país

Tipo de formador	País				df=3
	España	Letonia	Polonia	Eslovenia	
Un médico, un/a enfermero/a, una comadrona	42	35	49	44	
Otro/a especialista en salud	51	27	48	40	p<0,0001 X^2=28,6
Alguien que resolvió con éxito un problema	31	31	23	43	p<0,001 X^2=18,7
Un/a experto/a de prestigio	17	37	28	33	p<0,0001 X^2=22,5
Algún/a tipo de curandero/a (por ejemplo un/a terapeuta de bioenergía, herborista)	17	17	9	19	
Un/a famoso/a (por ejemplo un actor o actriz, político/a, cantante)	10	27	12	6	p<0,0001 X^2=42,9
Clérigo	2	6	1	0	p<0,001 X^2=16,7
Otro	6	11	0	1	p<0,0001 X^2=37,7
Nadie	6	11	10	2	p<0,001 X^2=18,1

De este modo, la opción más ampliamente aceptada de potenciales (que se aceptan de forma bastante común) formadores/as en salud es en Eslovenia donde uno puede dirigirse no únicamente a los/as médicos, enfermeros/as y otros/as profesionales de la salud que son más populares en otros países también, sino también a expertos/as y médicos de prestigio. En este sentido la peor situación se da en Polonia y en España donde uno/a debería limitarse únicamente a profesionales médicos.

Si nos basamos en el ejemplo de los países que participan en el proyecto se puede asumir que, independientemente de la nacionalidad y la cultura, los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo considerarán a los/as profesionales médicos buenos/as formadores/as en salud. Relativamente pocos de ellos estarán satisfechos si se les encomienda el papel a diferentes tipos de curanderos/as que no tienen la autoridad de la medicina académica.

7. Acciones sanitarias que se espera implementen las empresas

Las empresas son lugares muy apropiados para llevar a cabo proyectos relacionados con la salud dirigidos a la población activa que trabaja en ellas. Su ventaja es que a menudo tienen trabajadores/as que pueden organizar, o al menos apoyar, programas de este tipo, servicios técnicos y sociales apropiados, y sobre todo, una gran facilidad para contactar con el grupo objetivo. Si las empresas son capaces de planificar e implementar eventos que se adecuan a las necesidades del personal, éstos son una buena inversión tanto en la salud de los/as trabajadores/as como para la creación de una buena imagen corporativa. (Korzeniowska, 1998; Ylikoski et al., 2006; Hamalainen, 2007).

En este mismo estudio se examinaron las expectativas de los/as trabajadores/as si los contrataba una empresa que se preocupaba por la salud de sus trabajadores/as. Sus respuestas se incluyen en la Tabla 13.

Tabla 13. Acciones sanitarias que los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos de los cuatro países objeto de estudio esperan que implementen sus empresas

Tipos de acciones	**% de trabajadores con un bajo nivel educativo**	**% de trabajadores con un mayor nivel educativo**	**df=1**
Revisiones médicas y tratamientos por parte de varios especialistas financiados por la empresa	53	54	
Cuidado de la seguridad y salud en el lugar de trabajo superior al exigido por la ley	41	38	
Vacunas, por ejemplo, contra la gripe o la hepatitis	37	25	p<0,0001 X^2=26,4
Cofinanciación de las actividades recreativas/ocio de trabajadores/as	27	24	
Ocuparse de la estética y la comodidad en el lugar de trabajo	23	22	
Crear condiciones de trabajo menos estresantes	22	28	
Organización de actividades deportivas	19	24	
Actividades deportivas, talleres sobre cómo manejar el estrés	15	17	
Acceso a comida sana en la cantina/cafetería de la empresa	15	21	p<0,001 X^2=11,1
Asegurarse de que los/as no fumadores/as no se vean expuestos al humo del tabaco	12	12	
Charlas y folletos sobre cómo cuidar la salud	10	8	
Apoyo para los trabajadores que quieran dejar de fumar	8	9	
Formación para reducir el consumo de alcohol	8	4	p<0,001 X^2=11,8

En cuanto a los programas de salud organizados por las empresas, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y aquellos con un mayor nivel educativo tenían expectativas muy similares[4]. Únicamente las vacunas generaban un mayor interés en los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo. Con mayor frecuencia, ya que lo seleccionó casi uno/a de cada dos trabajadores/as, los/as encuestados/as querían que la empresa financiara sus revisiones y tratamientos médicos por parte de diversos especialistas. Únicamente un porcentaje ligeramente más pequeño de trabajadores/as pretendía que la empresa se ocupara de la salud y seguridad en el lugar de trabajo en mayor medida de lo exigido por la ley. Y aún más, uno/a de cada cinco encuestados/as tenía una petición similar en la referente a la estética y comodidad en el lugar de trabajo y alrededor de un/a de cada tres/cuatro esperaba vacunas. Uno/a de cada cuatro empleados/as esperaba que la empresa cofinanciara sus actividades recreativas. Sin embargo, únicamente uno/a de cada diez trabajadores/as indicó que la empresa podría organizar clases y repartir folletos sobre formas de cuidar de la salud. El número de trabajadores/as que deseaba que la empresa organizara clases para reducir el consumo de alcohol o dejar de fumar era incluso menor. Es decir, que las personas encuestadas básicamente esperaban que las empresas financiaran las revisiones y tratamientos médicos por parte de varios especialistas o se encargaran de ofrecer mejores condiciones laborales. Raro era el caso en que esperaban que las empresas pudieran tratar de promover cambios saludables en los estilos de vida de los/as trabajadores/as.

A continuación incluimos una lista de necesidades de este tipo por países de residencia.

Los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo de cada país, tal y como se muestra en la tabla anterior, diferían en lo que a sus expectativas con respecto a los/as empresarios/as que deseaban hacerse cargo de la salud de los/as trabajadores/as se refería. Las diferencias más claras se daban en los siguientes puntos: el tema de la estética y la comodidad en el lugar de trabajo (seleccionado por el 44% de los/as españoles/as y únicamente por el 7% de los/as polacos/as), financiación de revisiones y tratamientos médicos (escogido por el 69% de los/as letones/as y el 40% de los/as españoles/as), actividades formativas sobre cómo manejar el estrés (preferidas por el 26% de los/as españoles/as y el 5% de los/as letones/as)

[4] Existe una dependencia estadística significativa aunque débil.

y ocuparse de la salud y seguridad en el lugar de trabajo más de lo exigido por la ley (lo esperaban el 49% de los/as eslovenos/as y el 25% de los/as letones/as). Estaban de acuerdo en lo referente a actividades que se hallaban relativamente menos entre sus expectativas, tales como: organización de actividades deportivas, asegurarse de que las personas no fumadoras no se vean expuestos al humo del tabaco y la co-financiación de las actividades recreativas de los/as trabajadores/as.

Tabla 14. Expectativas de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo sobre las intervenciones de la empresa en temas de salud para cada uno de los cuatro países objeto de estudio

Tipos de intervención	**País**				**df=3**
	España (ES)	**Letonia (LV)**	**Polonia (PL)**	**Eslovenia (SI)**	
Encargarse de la estética y la comodidad en el lugar de trabajo	44	29	7	12	p<0,0001 X^2=95,8
Vacuna, por ejemplo, contra la gripe o la hepatitis	44	49	30	25	p<0,0001 X^2=34,8
Cuidar de la salud y seguridad en el trabajo más de lo que exige la ley	44	25	48	49	p<0,0001 X^2=31,5
Revisiones y tratamientos médicos por parte de varios especialistas financiados por el empresario	40	69	59	44	p<0,0001 X^2=47,6
Clases magistrales y folletos sobre formas de cuidar de la salud	5	11	13	10	
Actividades formativas, talleres sobre cómo manejar el estrés	26	5	15	16	p<0,0001 X^2=33,6
Actividades formativas para reducir el consumo de alcohol	11	12	5	3	p<0,01 X^2=16,2
Organización de actividades deportivas	17	18	14	26	
Asegurarse de que los no fumadores no se vean expuestos al humo del tabaco	10	16	15	7	
Apoyo para dejar de fumar	14	6	5	6	p<0,01 X^2=15,7
Acceso a comida sana en la cantina 7 cafetería de la empresa	16	15	6	23	p<0,0001 X^2=22,3
Crear condiciones de trabajo menos estresantes	17	18	21	31	p<0,01 X^2=14,3
Cofinanciar las actividades recreativas/ocio de trabajadores/as	31	24	32	22	
No intervenir	1	5	3	6	

Las intervenciones sobre temas de salud más seleccionadas (al menos por un 40% de los/as empleados/as con bajo nivel educativo) de las empresas eran:

- En España: cuestiones de estética, comodidad y seguridad en el lugar de trabajo, vacuna.
- En Letonia: financiación por parte de la empresa de revisiones, tratamientos médicos y vacunas.
- En Polonia y Eslovenia: financiación de revisiones y tratamientos médicos y ocuparse de la comodidad y la seguridad en el lugar de trabajo (para más información a este respecto les remitimos a los capítulos finales de este libro).

Por tanto, a la hora de planificar proyectos para la salud en el lugar de trabajo, si juzgamos por el ejemplo de los países que participan en el proyecto "Leech", el menor riesgo de error lo constituye en lo que a los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo se refiere, la financiación de revisiones y los tratamientos médicos. La demanda de otro tipo de intervenciones merece la pena ser considerada por separado para cada caso específico.

8. Resumen

A la luz de los datos obtenidos, los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo parecen ser receptores difíciles en lo que a la educación en salud y promoción de la salud se refiere. Al mismo tiempo, las preferencias de este grupo objetivo dependen claramente de las condiciones socioculturales asociadas con el lugar de residencia. En cuanto a la comparación con trabajadores/as con un mayor nivel educativo, los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo difieren en lo que se refiere a: a) fuentes aceptables de información sobre la salud, b) creencias generalizadas sobre las actividades formativas sobre este tema y c) el hecho de que diferentes situaciones y factores puedan afectar negativamente a sus decisiones sobre si participar o no en dichos eventos.

En lo referente a las fuentes a través de las cuales desean que se les informe sobre cuestiones de salud, son clientes que, por un lado, quieren recibir información de forma pasiva emitida por la radio o la televisión o participar en eventos en que se combine diversión con educación en salud. Por otro lado, también esperan que alguien les asesore sobre cómo cuidar su salud en su situación específica. Esta forma de pensar puede ser una simple consecuencia de la experiencia de los/as encuestados/as ya que, como todos sabemos, la educación en salud se lleva a cabo sobre todo a través de los medios de comunicación o de forma indirecta (Gniazdowski, 2000; Woynarowska, 2008). No obstante, no se puede excluir el hecho de que hasta cierto punto es una elección consciente tanto la de aprender sobre cómo cuidar su salud de forma sencilla (por ejemplo que no requiera salir) o incluso agradable (jugando), y la de tener la posibilidad de realizar consultas cara a cara con especialistas que, tras identificar un problema o necesidad, les informen sobre cómo comportarse al respecto.

En lo que a los medios de comunicación se refiere, para esta fuente de información se han definido limitaciones bien conocidas (Minelli, Breckon, 2009), pero en el caso de trabajadores/as con un bajo nivel educativo existen además problemas adicionales. Conforme va decreciendo el número de ese tipo de personas, se van convirtiendo en un grupo cada vez menos significativo de clientes. De este modo será más difícil (y probablemente más caro) ejercer este tipo de influencia en programas y estrategias, especialmente porque uno tiene que tener en cuenta la particularidad de la conciencia de la salud (que se ha descrito con anterioridad) y las habilidades perceptivas de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo.

El nivel significativo de aceptación de actividades que a través de la diversión consiguen que las personas hagan algo por su salud (un indicador del cual hubo ferias) puede considerarse un signo de eficacia de los programas orientados a los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo. La eficacia demostrada del ocio como forma de cambiar actitudes y comportamientos puede, por tanto, utilizarse en proyectos de educación en salud y promoción de la salud para este tipo de público objetivo (Pratkanis, Aronson, 2004).

Lo que puede representar un gran reto (tanto logístico como económico) para las personas o entidades organizadoras de proyectos para la salud puede ser el interés extendido entre los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo por recibir asesoramiento cara a cara. No obstante, parece que merece la pena enfrentarse a él. Con mucha frecuencia las grandes campañas de educación en salud se centran en prevenir enfermedades de la civilización, incluida la concienciación de cómo no dañar nuestra propia salud. Estas acciones, por su parte, normalmente provocan ansiedad y miedo, lo que interfiere con llevar a la práctica las acciones recomendadas, especialmente por parte de aquellas personas que no tienen una buena opinión de sí mismas y que carecen de los conocimientos adecuados sobre cómo hacerlo. En situaciones de este tipo las instrucciones detalladas adaptadas a las circunstancias personales de cada uno se consideran la mejor solución del problema (por ejemplo experimentos de Howard Leventhal para dejar de fumar). Gracias a ellos, podrán hacer frente a sus miedos y tomar medidas racionales (Ib.).

Nuestros resultados también animan a ser prudentes en el uso de Internet y de los libros de autoayuda profesionales, así como clases magistrales o talleres en la acciones para la salud dirigidas a trabajadores/as con un bajo nivel educativo. Existe el riesgo de que a través de ellos uno llegue sólo a aproximadamente uno de cada dos receptores de este tipo. La actitud frente a estas fuentes difiere claramente y de forma desfavorable para este tipo de clientes en comparación con aquellos con un mayor nivel educativo. Lo mismo sucede con los periódicos y las revistas. Los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo, por su parte, responderán ligeramente mejor que aquellos con un mayor nivel educativo a participar en concursos y campañas sobre salud.

La reticencia a recibir clases magistrales y asistir a talleres puede explicarse por las asociaciones con la escuela y las clases que pudieron no ser satisfactorias, teniendo en cuenta que los integrantes de este colectivo interrumpieron su educación de forma prematura. En lo que se refiere a Internet queda claro que, sobre todo, lo utilizan los/as jóvenes y las personas con un mayor nivel educativo[5] (Batorski, 2009; Finnegan, Viswanath, 2002; Owen N. et al., 2002). De modo que los datos obtenidos únicamente confirmaron que dicha tendencia todavía sigue vigente, incluso en el área de la salud. Lo mismo puede afirmarse de periódicos y revistas: los trabajadores con un nivel educativo bajo leen prensa con menor frecuencia y la salud no es un problema que pueda cambiar esta situación.

En relación con la elección de las fuentes eficaces para realizar actividades educativas dirigidas a un grupo objetivo de estas características en cada país concreto, basándonos en los ejemplos de España, Letonia, Polonia y Eslovenia, merece la pena recordar que puede diferir del modelo perfilado arriba. Incluso la gran utilidad de la radio y la televisión como fuentes de información sobre salud no debería darse por sentada, ya que puede resultar no ser una buena forma de llegar al mayor número posible de trabajadores/as con un bajo nivel educativo (esta situación se observó en Letonia). De forma similar, no se puede descartar de forma definitiva la utilidad de las clases magistrales a la hora de influir sobre este tipo de receptores, ya que puede que todavía sean muy populares entre ese grupo (como resultó ser el caso en España).

En cuanto a los países que participaban en el proyecto "Leech", los/as organizadores/as de programas de educación en salud y promoción de la salud de España pueden escoger de entre una amplia gama de fuentes con una alta probabilidad de llegar a una proporción sustancial de receptores. Resulta evidente que estas posibilidades son limitadas para los polacos. Las elecciones de organizadores en Letonia deberían estudiarse con especial cuidado, ya que los/as letones/as pueden sacar mucho provecho de ambas, pero también pueden resultar métodos con escaso éxito. Los/as eslovenos/as, por su parte, deberían utilizar varias fuentes, puesto que sus empleados con bajo nivel educativo muestran actitudes claramente diferentes hacia cada una de ellas.

En lo que a las creencias sobre formación para la salud se refiere, el estudio demuestra que constituyen una barrera grave para la difusión de este tipo de impacto sobre los/as trabajadores/as, especialmente entre aquellos con un bajo nivel educativo. Solían estar de acuerdo, con mayor frecuencia, en su opinión negativa sobre la formación para la salud. Diferían de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo, sobre todo, en la convicción de los primeros de que es mejor saber cuanto menos mejor sobre la salud de uno y de que no hay necesidad de implementar dichas actividades formativas mientras no suceda nada malo que afecte a la salud de uno/a. La primera opinión significa una considerable prevalencia de la sensación de impotencia (Schwarzer, 1997; Sęk, 2000). Sugiere la necesidad de contenidos de salud que no refuercen la creencia de que es difícil hacer frente a los retos o amenazas. Uno/a debería optar por centrarse en ser claro, detallado/a y tener en cuenta que el asesoramiento positivo es más eficaz (Pratkanis, Aronson, 2004). Uno de los problemas principales lo representa también la idea de que únicamente merece la pena cuidar la salud (incluso averiguar cómo hacerlo) en caso de enfermedad. Su popularidad tan significativa (uno/a de cada tres trabajadores/as con un bajo nivel educativo) demuestra la negación subjetiva del sentido de las actividades para la educación en salud.

Es más, era una creencia más extendida entre los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo que ellos/as saben mejor cómo cuidar de su salud y tenían poca confianza en la información que se les facilitaba durante las actividades formativas. Desde el experimento de Lance Canon sabemos que cuando estamos seguros de nuestra opinión no queremos escuchar las opiniones ni argumentos de otros/as. De ahí que argumentos como "yo lo sé mejor" representen un gran reto para las campañas de educación dirigidas a personas que son de esta opinión (Ib.). Las reservas sobre la calidad del contenido, no obstante, significan que es difícil sobreestimar el papel del contenido claro y sin ambigüedades de dichas actividades formativas. Uno debe tener en cuenta, asimismo, en el caso de dichos receptores que es más probable que no quieran invertir su tiempo en actividades formativas y tengan miedo de que éstas sean un pretexto para venderles algo. Dichas opiniones desgraciadamente envían un mensaje bastante contundente: "A mí no me interesa" o incluso "A mí no se me toma el pelo". Esto puede no significar únicamente falta de interés en las actividades formativas sino también algún tipo de objeción a las mismas.

[5] Por ejemplo, en Polonia un 94% de alumnos y estudiantes y un 83% de personas con educación superior utilizan Internet en comparación con un 7 % de personas con educación primaria (Diagnóstico Social, 2009).

Los resultados también apuntan a la posibilidad de la existencia de diferencias significativas en las actitudes de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo de los diferentes países frente a las formaciones para la salud. Los/as educadores/as y los/as promotores/as en salud podrán tener que hacer frente a un gran número de creencias negativas sobre las actividades de formación para la salud (como en Polonia), o sólo se enfrentarán de forma más recurrente a algunas de dichas opiniones o se enfrentarán a algunas incluso de forma ocasional (como es el caso en Eslovenia).

De nuevo, por tanto, es importante subrayar que dicho estado de creencias sobre las actividades formativas para la salud constituye un problema grave y un reto difícil. En muchas situaciones uno podrá no alcanzar los objetivos de la estrategia y los programas de salud simplemente dejándolas de lado. Es necesario intensificar los esfuerzos para cambiar estas opiniones.

Los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo también resultaron ser un grupo más fácil de disuadir a la hora de preparar una oferta formativa sobre cómo cuidar de la salud. Se debería evitar cobrar por la participación en dichas actividades formativas y limitar su duración (en este caso, no obstante, las mismas recomendaciones son de aplicación al grupo con un mayor nivel educativo). En particular merece la pena prestar atención a no realizar tests ni otras formas de medir el conocimiento y evitar las situaciones en que los/as trabajadores/as tengan que hablar en público.

Los/as trabajadores/as con un nivel educativo bajo podrán ser tratados de igual forma que aquellos con un mayor nivel educativo en lo que se refiere a: a) el contenido en que, en su opinión, se deberían centrar las campañas de educación en salud, b) medios que se pueden utilizar para aumentar la participación de actividades formativas, c) selección de los/as formadores/as que van a llevar a cabo dichas actividades formativas y d) acciones de salud implementadas por las empresas.

En lo relativo a los contenidos que deberían incluirse en la educación en salud y la promoción de la salud, ambos grupos subrayaron como especialmente importantes las cuestiones relacionadas con el consumo de tabaco y una dieta sana. Una opción mucho menos popular era enseñar a sus conciudadanos sobre cómo cuidar la salud en el trabajo.

La única característica específica de los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo era el atribuir una importancia mayor a las actividades orientadas a la reducción del consumo de alcohol y la menor popularidad de la actividad física en comparación con las personas graduadas de institutos de secundaria y universidades. Se puede presumir que una de las razones pueda ser el hecho de que con mayor frecuencia se requiere de ellos que realicen actividades laborales que requieren un esfuerzo físico, de modo que no sufren especialmente las consecuencias de la falta de actividad física. En cuanto al problema del abuso del alcohol, puede que sea un problema más habitual en el entorno donde viven.

El hecho de vivir en un país concreto ejercía una influencia en los temas que eran considerados importantes por los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo en lo que se refiere a su sociedad. Las diferencias más grandes eran las relativas al consumo de tabaco, la actividad física y los derechos de los pacientes. Atribuían una importancia similar a la necesidad de enseñar cómo cuidar el medioambiente y al cumplimiento de las instrucciones del médico cuando están enfermos. No obstante, éstas eran cuestiones que raramente se seleccionaban como significativas.

Los datos compilados también mostraron que existen diferentes escenarios posibles en lo que se refiere a la cantidad de temas de salud reconocidos como socialmente importantes. Por ejemplo, uno/a puede esperar tanto una situación en que los/as trabajadores/as con un bajo nivel educativo estén interesados/as en muchas cuestiones (como resultó ser el caso en Letonia, Polonia y Eslovenia) y otra situación en la que exista un tema dominante o incluso un problema específico (como en España).

En lo que se refiere a los factores que animan a la participación en actividades formativas, en el contexto de actitudes generales negativas frente a este tipo de interacción, una información especialmente buena hace posible que incluso tres cuartas partes de los/as trabajadores/as se muestren dispuestos a cambiar su opinión si se dan ciertas condiciones. El acceso gratuito a dichas actividades formativas y la posibilidad de recibir revisiones médicas y tratamientos por parte de especialistas son especialmente importantes. Resulta interesante poner de manifiesto que el 70% de los/as trabajadores/as se sentirían animados a participar en una actividad formativa si se les pagara por asistir. Asimismo, para dos tercios de ellos/as resulta alentador el hecho de que las actividades formativas se programen durante las horas de trabajo, el dar un pequeño obsequio o poder obtener respuestas a sus preguntas.

Es más, merece la pena identificar los factores que influyen en las decisiones de participar o no en una actividad formativa para cada caso concreto, ya que éstas pueden variar en función del país de residencia del/a trabajador/a. Se debería ser prudente a la hora de repartir diplomas o certificados de asistencia, cobrar por la asistencia y dar refrigerios.

El hecho de elegir a profesionales de la salud como formadores/as en salud garantiza la más alta probabilidad (aunque únicamente un nivel de 0,5) de nombrar a las personas adecuadas para llevar a cabo dichas actividades formativas. Resultó que los médicos, enfermeros/as, comadronas u otros especialistas como psicólogos/as, nutricionistas o fisioterapeutas son las personas que, más a menudo, se asocian a las actividades formativas para la salud por parte de los/as trabajadores/as, independientemente del nivel educativo. Teniendo en cuenta los factores culturales, el decantarse por un médico o un enfermero representa un riesgo inferior. Queda claro que dicha tarea no debería encomendarse en ningún caso a un clérigo, un representante de medicina alternativa ni a personas famosas como actores, cantantes o políticos. Independientemente de la nacionalidad, cabe esperar también un bajo interés en representantes de medicina alternativa como formadores/as para la salud.

Con empresas que se ocupan de la salud de los miembros de su personal los/as trabajadores/as, incluidos los de bajo nivel educativo asocian, sobre todo, financiación de la revisiones y tratamientos médicos o la garantía de un lugar de trabajo seguro y cómodo. No esperan que la empresa se implique en actividades orientadas a cambiar los hábitos saludables en el estilo de vida de los/as trabajadores/as. Este tipo de actitud puede simplemente derivarse de las experiencias de los/as trabajadores/as que observan, sobre todo, las actividades de las empresas en estas áreas. Puede interpretarse como la incapacidad de salirse de los esquemas preestablecidos. Es importante incluir también en los programas las actividades que despiertan las necesidades de los nuevos/as trabajadores/as en relación al cuidado de su salud en el lugar de trabajo.

No obstante, probablemente exista otra explicación de las expectativas de los/as trabajadores/as hacia las empresas que deseen cuidar de la salud de sus trabajadores/as, que representa un riesgo incluso mayor para los especialistas en educación en salud y promoción de la salud en el lugar de trabajo. Quizá estas expectativas sean consecuencia del mecanismo de elección de las soluciones que contribuyen a alcanzar los resultados sin tener que esforzarse (Winn, 2003) Podemos concluir así que los/as trabajadores/as prefieren que la empresa asuma parte de la responsabilidad de su salud ofreciéndoles servicios médicos y un lugar de trabajo saludable más que animándolos a llevar vidas más sanas. Esta interpretación parece muy probable si se tiene en cuenta el hecho de que el número de encuestados que esperaban que los directivos se encargaran de limitar los factores que generaban estrés en el trabajo era superior al de aquellos que esperaban que organizaran actividades formativas sobre cómo manejar el estrés. También apoyan este argumento los datos sobre hábitos saludables que se presentaron en capítulos anteriores de este libro.

Bibliografía

1. Batorski D., Uso de IC en: Czapiński J., Panek T., editores, Diagnóstico Social. Condiciones y calidad de vida de los polacos, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Varsovia 2009 [en polaco].
2. Finnegan J.R., Viswanath K., Teoría de la comunicación y cambio en los hábitos de salud. El marco de estudios de medios, en: Glanz K. et al., editores, Hábitos saludables y educación en salud. Teoría, investigación y práctica, Jossey-Bass A. Wiley Imprint, San Francisco 2002.
3. Gniazdowski A., Acciones educativas y promocionales en salud pública, en: Indulski J.A., Jethon Z., Dawydzik L.T., editores, Salud pública. Temas seleccionados, IMP, Łódź 2000 [en polaco].
4. Hamalainen R.M., Promoción de la salud en el lugar de trabajo en Europa – el papel de las estrategias y las políticas sanitarias nacionales, FIOH, Helsinki 2007.
5. Korzeniowska E., Organización e implementación de programas de promoción de la salud en el trabajo, IMP, Łódź 1998 [en polaco].
6. Minelli M., Breckon D., J., Educación en Salud Comunitaria, Entornos, Papeles y Competencias, Jones and Bartlett Publishers International, Sudbery, 2009

7. Owen N, Fotheringham M., Marcus B.H., La Tecnología de la comunicación y los cambios en los hábitos de salud, en: Glanz K. et al., editores, Hábitos de salud y educación para la salud. Teoría, investigación y práctica, Jossey-Bass A. Wiley Imprint, San Francisco 2002.
8. Pratkanis A., Aronson E., La Era de la Propaganda. [en polaco] PWN, Varsovia 2004.
9. Schwarzer R: Autoeficacia de los hábitos saludables adoptados y continuados. Enfoques existentes y nuevos modelos, en: Heszen-Niejodek I., Sęk H., editores, Psicología de la Salud [en polaco]. PWN, Varsovia 1997.
10. Sęk H: Salud Conductual, en: Strelau J.: editor, Psicología. Manual Académico [en polaco]. GWP, Gdańsk 2000.
11. Woynarowska B.: Educación en Salud. Manual Académico [en polaco]. PWN, Varsovia 2008.
12. Ylikoski M., Lamberg M., Yrjanheikki E., Ilmarinen J., Partinen R., Jokiuluoma H., Vainio H., Salud en el Mundo Laboral: Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo como Herramienta para Mejorar y Ampliar la Vida Laboral, FIOH, Helsinki 2006.
13. Zimbardo P., G., Leippe M., R.: Psicología de los cambios conductuales y la influencia social [en polaco]. Zysk i S-ka, Poznań 2004.

CAPÍTULO 8
Modelado de los estilos de vida saludables de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo – recomendaciones

Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski

Los estudios llevados a cabo en el marco de este proyecto han sido respaldados por conclusiones adicionales y recogidas previamente que han demostrado que el grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo en muchas situaciones constituye un receptor específico y difícil para los proyectos de educación y promoción de la salud. Aunque en muchos aspectos este grupo es coherente y se distingue del grupo de trabajadores/as con mayor nivel educativo, al mismo tiempo también es muy variado cuando se comparan los miembros de los distintos países.

Cuando se planifican actividades en el ámbito de la educación en salud y la promoción de la salud dirigidas a los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo, además de los rasgos característicos del grupo en conjunto, también hay que considerar factores sociales y culturales específicos relevantes para un país en concreto. Algunos de los datos que demuestran diferencias propias de los países participantes en el proyecto ya se han presentado (basándose en los estudios realizados) en esta publicación, aunque vale la pena realizar estos análisis con más detalle teniendo en cuenta conclusiones adicionales identificadas en cada país. Resultaría útil que los representantes de los países que no han participado en el proyecto se centraran en las sugerencias siguientes referidas el grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo como tal, y asimismo hicieran referencia a sus propios estudios, análisis y experiencia. También sería valioso si pudieran ajustar las siguientes sugerencias a su propia particularidad social y cultural, no sólo en cuanto al contenido, formas de pensar y hábitos de los/as trabajadores/as de sus países, sino también en cuanto a la tradición de la protección y promoción de la salud, estructuras organizativas, papeles profesionales, legislación, etc.

Este capítulo presenta los principales resultados y conclusiones relevantes de acciones prácticas dirigidas al grupo en general de trabajadores/as con bajo nivel educativo de cuatro países que participan en el proyecto. No se han tenido en cuenta las cuestiones de posible diferenciación de estas recomendaciones para cada país por separado. El hecho de que el grupo de trabajadores con bajo nivel educativo se encuentre en una situación inconstante y ambivalente por lo que respecta a la relación entre los rasgos objetivos de su condición y su recepción subjetiva constituye el principal desafío. Por un lado, existen razones objetivas de peso que justifican la necesidad de intensificar las actividades basadas en la educación y la promoción, dado que este grupo se caracteriza por un estado de salud peor, aplica con menos frecuencia acciones favorables para la salud y posee menos conocimientos y formación en el ámbito de los cuidados de salud. Por otro lado, la concienciación de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo contiene una barrera subjetiva, que es difícil de superar y limita las posibilidades de llegar a ellos con comunicación de educación en salud. Esta barrera no está relacionada exclusivamente con la formación condicionada por su bajo nivel educativo general, sino que también tiene relación con la particularidad de

sus ideas sobre temas de salud, desarrolladas en situaciones cotidianas de la vida social, también fuera del contexto de la educación formal. La creencia subjetiva de que, aunque los conocimientos relacionados con la salud que poseen no son muchos, son suficientes para hacer frente a las necesidades cotidianas de la mayoría de estas personas, es muy habitual en este grupo. Al mismo tiempo, no desean aprender más sobre cómo cuidar su salud.

Esta situación lleva a la conclusión de que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo son el grupo que requiere acciones más intensivas y mejor preparadas en el ámbito de la educación en salud y promoción de la salud. No obstante, este grupo opone resistencia a desarrollar sus conocimientos sobre cuidados de salud. Se puede deber a malas connotaciones relacionadas con las situaciones de adquisición de conocimientos en épocas pasadas, falta de confianza en las posibilidades de aplicar los conocimientos teóricos a la vida cotidiana, práctica limitada en la aplicación de estos conocimientos y activación de mecanismos psicológicos que bloquean la conciencia de las deficiencias en los conocimientos que poseen y la necesidad de desarrollarlos. La intensificación de los impactos sirve para debilitar esa resistencia a desarrollar los conocimientos y para conseguir que se muestren más receptivos ante la comunicación relacionada con la salud. Sin embargo, paradójicamente, en este contexto vale la pena limitar las acciones que el grupo destinatario asocia con la transmisión de conocimientos. En su lugar, es necesario desarrollar métodos y estrategias educativas que formen actitudes positivas hacia un estilo de vida saludable que más bien aplicarán cambios en los hábitos y no medidas de base intelectual. Así pues, en lugar de basar la transmisión de contenido teórico en formación, charlas, folletos, etc., es mejor organizar situaciones y eventos (p.ej. actividades de ocio, ofrecer acceso a diversos servicios de promoción de la salud) durante los cuales los/as trabajadores/as se interesen por la salud, adquieran conocimientos y diversas aptitudes "sin saberlo", sin darse cuenta de que están aprendiendo, y sin identificar dichas situaciones con las categorías de aprendizaje.

La intensificación de las acciones dirigidas a trabajadores/as con bajo nivel educativo puede llevar a la situación en la que sientan que alguien los/as está manipulando o incluso estigmatizando. Por eso es importante que en el contexto de su resistencia a la adquisición de conocimientos, las actividades de educación y promoción de la salud también se dirijan a los/as trabajadores/as que representen a los demás grupos educativos. Sin embargo, hay que observar si los/as trabajadores/as con mejor nivel educativo como resultado de su mayor actividad, no bloquean el acceso a la ayuda desarrollada para trabajadores/as con bajo nivel educativo, a estos elementos que se introducirán dada la particularidad del grupo destinatario en particular y no imponen sus propias necesidades y preferencias durante su puesta en marcha.

El siguiente reto, que es especialmente importante en el contexto de la eficiencia de intervenciones educativas, se deriva de que las cuestiones del cuidado de la salud rara vez suelen ser observadas por los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo. Casi nunca piensan en su salud o prestan atención a cómo sus hábitos influyen en la salud, pero si consideran estas cuestiones, posteriormente descartan dichas reflexiones.

Estas conclusiones apoyan los presupuestos de que las personas no son tan racionales como solían pensar los/as expertos/as de educación en salud. Incluso un valor tan importante como la salud no nos hace pensar en ese tema a diario. Por eso no podemos esperar que las personas usen sus conocimientos relacionados con la salud a diario ni que extraigan conclusiones relevantes que influyan en sus hábitos. No obstante, algunos de los hábitos relacionados con la salud son reflexivos, es decir, que se llevan a cabo como resultado de motivos y consideraciones racionales, y por ello no debemos subestimar el papel de la conciencia sobre la salud (conocimientos, creencias, interpretación, opiniones, etc.) a la hora de generar estos hábitos. Por ello, en primer lugar, existe una necesidad de estimular estas consideraciones tan poco frecuentes relativas a la salud y los hábitos favorables para la salud. En este contexto, recomendamos diversas actividades, derivadas de la adopción de estrategias de marketing, que activen dichos estímulos (diversos, atractivos y variables) que llamen la atención sobre asuntos relativos a la salud, recuerden la salud, faciliten al menos una breve reflexión y sigan siendo recordados. En segundo lugar, dado que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo rara vez piensan en su salud, vale la pena crear otros incentivos no intelectuales y facilitar acciones de inicio y seguimiento favorables para la salud (tales como patrones y normas sociales, soluciones organizativas y de infraestructura).

La particularidad arriba mencionada de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo se observa claramente en el entorno laboral. Descuidan con mayor frecuencia su salud en el lugar de trabajo. No sólo intentan con menor frecuencia trabajar de forma que su salud se vea menos perjudicada, sino que

en general, también perciben con menor frecuencia la necesidad de trabajar de una manera segura. Es sintomático difundir la creencia de que sólo merece la pena cumplir la normativa de salud y seguridad en el trabajo que implica penalizaciones por incumplimiento.

Estas conclusiones indican que el método de penalizaciones por incumplimiento de la normativa de salud y seguridad en el trabajo (y la coherencia a la hora de ejecutarla en los casos de incumplimiento) debería mantenerse, aunque este tipo de estimulación negativa también debería complementarse con incentivos positivos, que impliquen premiar a los trabajadores que trabajan de manera segura para su salud. Estos tipos de mecanismos que estimulan hábitos deseables parecen ser de especial importancia, pero hay que seguir concienciando a los/as trabajadores/as de la relación entre el trabajo que realizan y su salud, tanto en el contexto de impactos negativos como positivos. También nos gustaría comunicar claramente que la función de la normativa de salud y seguridad en el trabajo no consiste sólo en sancionar al personal, sino que sirve principalmente para reducir los riesgos para la salud. Esta información no debería hacer referencia fundamentalmente al trabajo en general y a la salud, sino a la situación específica de personas concretas, es decir, a los receptores de la comunicación educativa (a su puesto y condiciones laborales así como al estado de su salud, potencial y riesgos para la salud). También es necesario demostrar que el cuidado de la salud en el lugar de trabajo puede no estar limitado sólo a las cuestiones cubiertas por la normativa de salud y seguridad en el trabajo. Muchas cuestiones relacionadas con los problemas de salud, que actualmente son de importancia clave, siguen sin estar reguladas o lo están de manera muy imprecisa, y los/as trabajadores/as mismos/as pueden influir de forma significativa en estos estados de salud que no están regulados. Éstos incluyen problemas de hábitos autodestructivos, dieta, ergonomía, estrés (salud mental en general), que son subestimados por los/as trabajadores/as.

El siguiente problema que debe resolver la educación en salud y promoción de la salud del grupo destinatario está relacionado con el hecho de que sus representantes se interesan por las cuestiones de salud principalmente cuando sufren dolencias o padecen enfermedades, si no, casi nunca ven ningún sentido a vivir un estilo de vida saludable cuando están sanos. En cierto modo, debilita las suposiciones generales de la educación en salud y la promoción para la salud modernas que se centran en reforzar la capacidad en salud y no sólo en la prevención de enfermedades.

Los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, a menudo, tienen la creencia de que es mejor saber menos sobre su salud, por lo que lógicamente con menor frecuencia intentan someterse a reconocimientos preventivos periódicos, y con mayor frecuencia esperan tener diversos problemas si se sometieran a dichos reconocimientos. Por otro lado, se interesan por pruebas simples (realizadas durante la formación u otras actividades de promoción de la salud), que pueden confirmar su buen estado de salud en lugar de identificar problemas importantes de salud y la necesidad de tratarlos.

En este contexto, podríamos sugerir que deberían ponerse en marcha las intervenciones que combinan la transmisión de conocimientos relacionados con la salud y los reconocimientos del estado de salud del grupo destinatario, lo cual sería fácilmente accesible. Sin embargo, no nos referimos a intervenciones cuyo objetivo es detectar una enfermedad de forma temprana (ya que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo temen dichos conocimientos), sino a las que identificarían parámetros seleccionados del funcionamiento de sus cuerpos (tales como parámetros que indican la tensión, el nivel de colesterol, la capacidad pulmonar vital, el IMC, el nivel de glucosa), y basándose en estos parámetros, sería posible recomendar a los/as trabajadores/as cambios específicos en su estilo de vida y provocar la motivación personal para aplicarlos. Más específicamente, podríamos postular determinadas acciones en las que la primera etapa incluiría la realización de pruebas simples, mientras que la segunda etapa, la principal, basándose en los resultados de estas pruebas, implicaría establecer justificaciones subjetivas y motivación para cuidad de su salud. Este tipo de actividad también incluye la ventaja de que no concierne a la salud percibida en un sentido abstracto, sino al estado de salud específico de un/a trabajador/a, receptor/a de las acciones de educación basadas en la promoción.

La encuesta llevada a cabo en el marco del proyecto indicaba que el grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo, a diferencia del grupo con mayor nivel educativo, se caracteriza por un sentimiento de impotencia, que implica falta de confianza en su capacidad para hacer frente a problemas de salud. También temen que sean incapaces de aplicar las recomendaciones para cuidar de su salud. Además, si llevan a cabo algunas acciones de este tipo, también son menos constantes en su puesta en marcha.

En el contexto de las conclusiones anteriores, recomendamos al menos tres direcciones clave para las intervenciones de educación basadas en la promoción.

La primera implica reforzar los recursos psicológicos de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo: ayudarlos a desarrollar una mayor autoestima, un sentimiento interno de eficiencia, autocontrol sobre el desarrollo de las acciones, etc. Este tipo de disposiciones se puede desarrollar no sólo en el contexto de la salud (su promoción y educación), sino también a efectos de actividades más amplias y en otros ámbitos que no están relacionados con la salud (como cursos de formación profesional de perfeccionamiento).

La segunda dirección ayudará a reforzar los resultados de las actividades aplicadas en el marco de la primera dirección, e implicaría desarrollar aptitudes específicas, tales como ofrecer a los/as trabajadores/as algoritmos simples de hábitos saludables. Nos referimos a los algoritmos cuya aplicación permita efectos rápidos y perceptibles producidos por la puesta en práctica del nuevo hábito (o convirtiendo un hábito negativo en uno saludable), para garantizar que la personas beneficiaria observe que ha tenido éxito y que puede hacer frente al cuidado de su salud.

La tercera dirección de las intervenciones implica crear mecanismos que faciliten la puesta en práctica de hábitos deseables (tales como hábitos aplicados basándose en los algoritmos anteriores) en el entorno, en especial en el entorno laboral. Estos mecanismos incluyen diversas normas formales que facilitan los hábitos saludables (tales como el pago de primas por no fumar durante las horas de trabajo), así como construir y reforzar el apoyo comunitario (p.ej. desarrollar grupos que lleven a cabo conjuntamente acciones saludables que interesen a los/as trabajadores/s, poner de moda hábitos saludables, captar a la dirección de la empresa para que participe en dichas acciones), infraestructura (p.ej. mejorar las condiciones de descanso, disponibilidad de zonas para el consumo y la higiene personal), etc.

La encuesta ha indicado que la impotencia mencionada arriba (o más bien un sentimiento de impotencia) se ve reforzada por una creencia compartida comúnmente por los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo de que su estatus los obliga a vivir vidas modestas. Con menor frecuencia declaran que tienen vidas desahogadas o incluso dentro de la media. Otra encuesta ha indicado que asocian el estilo de vida saludable a la necesidad de conseguir grandes cantidades de financiación a estos efectos. A menudo también justifican la falta de actividad saludable con la falta de fondos. Por eso recomendamos dos tipos de comentarios en las intervenciones basadas en la educación y la promoción. En el primer caso, recomendamos que la oferta destinada a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo sea realmente adecuada a su estatus material (p.ej. actividades deportivas y de ocio que no requieran la aplicación de equipamiento caro o el uso de instalaciones caras). El segundo tipo implica la comunicación directa a la hora de informar de que un estilo de vida saludable no tiene por qué costar mucho. Esta comunicación debe estar respaldada por ejemplos específicos de acciones y elecciones que los/as empleados/as con bajo nivel social suelen realizar en su vida cotidiana.

Como ya se ha mencionado, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo parecen permanecer bajo el impacto significativo de la experiencia negativa relacionada con su anterior educación, y la formación académica en particular. Por eso atribuyen malas connotaciones a estos tipos de acciones que se corresponden con esa experiencia. Tienen miedo a las pruebas que evalúan los conocimientos, hablar en público, tener que entender temas que se consideran complejos. En este contexto, merece la pena aceptar los temores declarados y evitar aplicar métodos de impacto considerados negativos en la actividad educativa. Además, merece la pena hacer hincapié en que los métodos de este tipo no se van a usar. En su lugar, deberían aplicarse intervenciones totalmente distintas basadas en el "aprendizaje mediante la acción", solución conjunta de problemas, presentaciones en grupo, etc.

Los temores de que surgirán dificultades para entender la comunicación educativa tienen su justificación objetiva. El grupo encuestado con frecuencia no entiende los significados generales de muchos términos de salud o relacionados con el estilo de vida saludable que se usan comúnmente. También con mayor frecuencia sus miembros tienen problemas con cálculos simples (como los relativos a la dosis de la medicación), y son incapaces de identificar el impacto causado por muchos factores sobre la salud. En este contexto, parece racional que las recomendaciones generales sobre educación (no sólo educación en salud) para los adultos con bajo nivel educativo promuevan la comunicación simple, dividiendo el material en partes más pequeñas, explicaciones simples, etc. La preparación de los educadores en salud también es de crucial importancia. Es importante librarse de la suposición común según la cual se cree que todo

el mundo entiende el significado de los términos relativos a la salud (incluso los que normalmente se consideran obvios), repetidos con frecuencia en los medios de comunicación, etc. Según otra suposición que suele ser compartida por los profesionales y que debe cambiar, la mayoría de la "gente normal" está convencida de que existe una relación causal percibida por todos/as entre sus propios hábitos y la salud, y estas personas entienden los impactos específicos de una acción dada sobre su estado de salud.

En su entorno inmediato, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo con menor frecuencia perciben a los/as compañeros/as que presentan hábitos saludables; o realmente funcionan en un entorno sin estos hábitos o las acciones y el estilo de vida saludables simplemente no atraen su atención. También con menor frecuencia perciben que las personas de su entorno inmediato se interesan por los que actúan de forma favorable para su salud, en especial no perciben que los demás elogien y admiren dichos hábitos.

Las observaciones de este tipo indican la necesidad anterior de desarrollar apoyo comunitario para los hábitos saludables, reforzando los ya existentes, y de establecer nuevos patrones sociales para acciones beneficiosas para la salud. La idea es difundir cualquier iniciativa interesante, que ya se haya planificado y puesto en marcha entre los/as trabajadores/as (individualmente y en grupos) en el ámbito de los cuidados de salud, para hacerlos visibles a todos los/as trabajadores/as y estimular su interés. También es importante que las acciones beneficiosas para la salud se perciban universalmente como "algo normal", que realizan muchas personas en su entorno inmediato. También merece la pena garantizar que el éxito (por pequeño que sea) conseguido en estas acciones se utilice y que las personas y los grupos que lo han conseguido (o al menos estaban implicados en las iniciativas centradas en la salud) sean premiados. En general, será favorable crear un clima psicosocial (como un elemento de cultura organizativa en el trabajo, por ejemplo) en el que cuidar de la salud (también en forma de actividad conjunta) merezca la pena y esté de moda y que no sea una causa de situación embarazosa. La creencia de que descuidar la salud no es loable, y el hecho de que ofrezca una buena manera de demostrar la independencia, la fuerza y el valor de una persona, debería ser un elemento de esta situación.

Otra cuestión que cabe mencionar es el hecho de que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo representan una actitud específica ante algunas iniciativas llevadas a cabo en el ámbito de la educación en salud y la promoción de la salud. En primer lugar, merece la pena analizar la cuestión de la formación, que es una de las formas aplicadas más habituales para crear hábitos saludables.

Los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo muestran una relación ambivalente con la formación. Por un lado muestran una actitud negativa. En general, ponen en duda este tipo de impacto y perciben su participación en esta actividad como una pérdida de tiempo. Sospechan que la formación se realiza para un fin completamente distinto y "disfrazado". Asocian su participación en la formación con una serie de temores, muestran falta de confianza en este tipo de comunicación y los contenidos comunicados. Clasifican la formación centrada en la salud como una de las formas menos preferidas de comunicación basada en la salud. Por otro lado, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo suelen mostrar una actitud abierta ante diversos incentivos que los podrían convencer de participar en dicha formación. También revelan sus preferencias en cuanto a las formas y características de dichos impactos.

Aunque en muchos casos las personas con bajo nivel educativo rechazan la formación, también hemos observado que los miembros de este grupo expresan, a veces indirectamente, sus aspiraciones de mejorar su estatus social, su educación, incluso de manera insignificante y de estar más cerca de los que siguen un aprendizaje continuo. Por ello hay condiciones favorables para ofrecer este tipo de educación a los trabajadores con bajo nivel educativo, a pesar de su actitud reacia en general, siempre y cuando la formación se desarrolle de la manera apropiada. Significa que este grupo tendrá que acostumbrarse gradualmente a participar en estas formas de aprendizaje para superar la actitud reacia. De conformidad con las preferencias de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, si tienen que dar su aprobación a la formación, deben evitarse los siguientes elementos: pago de tasa por participar, larga duración, necesidad de hablar en público, comprobar los conocimientos adquiridos, intimidación e introducción de prohibiciones. Por otro lado, sería útil incluir varios tipos de premios: loterías con premios, regalos, refrigerios o incluso pequeños premios en metálico.

Los trabajadores con bajo nivel educativo suelen estar menos abiertos a la formación tradicional, pero también a otros tipos de transmisión de conocimientos; es menos habitual que participen en la formación que exija una implicación adicional por su parte, como búsqueda de información por su cuenta en

Internet, leer guías o artículos en periódicos o revistas. Sin embargo, es más habitual que estén dispuestos a participar en concursos, es decir, en cosas que son menos comprometidas. Esto indica que es mejor no esperar que este grupo esté dispuesto a desarrollar sus conocimientos de manera independiente, basándose en los medios arriba mencionados, y que sus miembros conozcan los contenidos difundidos a través de estas formas de comunicación.

El grupo encuestado no es específico (es decir, no se distingue del grupo de los/as trabajadores/as con mejor empleo), pero suele estar más dispuesto a usar la radio y la televisión como fuentes de información sobre la salud, o al menos estos medios de comunicación les parecen obvios para cumplir esta función, aunque no los prefieran de manera consciente. Del mismo modo, a menudo este grupo espera contacto directo con los profesionales, como médicos, enfermeras y otros expertos sanitarios. Quieren tener la posibilidad de consultas individuales y de hacer preguntas sobre su salud durante reuniones más generales. Según indicaban otros estudios, las expectativas de este tipo de contactos pueden estar más relacionadas con la necesidad de consultar problemas de salud experimentados hasta entonces, más que hablar sobre temas generales del estilo de vida saludable.

En este contexto, merece la pena plantear la duda de si el poder de la comunicación por radio y televisión como medio en la educación en salud de los trabajadores con bajo nivel educativo es fiable. Es obvio que no podrán beneficiarse plenamente de dichos mensajes porque estarán elaborados para receptores en masa y no para este grupo específico. Por eso los contactos directos de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo con los/as profesionales especializados en temas de salud serán un impacto mucho más eficiente y efectivo. No obstante, sus conocimientos profesionales sobre salud no serán suficientes. Estos/as expertos/as sanitarios/as también deberán poseer aptitudes profesionales en el ámbito de entender y tener un impacto sobre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, que serán más importantes para los fines de esta forma directa de educación. Otros estudios han indicado que el personal médico normalmente siente que no ha sido preparado adecuadamente para estas tareas. Las formas individuales de educación también pueden convertirse en un reto logístico significativo para la organización de dichas intervenciones. No obstante, a pesar de estas dificultades, parece que vale la pena considerar la educación directa puesta en marcha por los/as profesionales sanitarios/as (idealmente por los que poseen una formación más amplia).

Los/as trabajadores/as con bajo y alto nivel educativo tampoco son diferentes por lo que respecta a las acciones beneficiosas para la salud que sus empleadores/as esperan de ellos. Todos los/as trabajadores/as suelen esperar reconocimientos médicos y tratamiento pagado por su empresa, y también les importa la comodidad y la seguridad en el trabajo a un nivel más alto del que exige la normativa. Los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo con más frecuencia que el otro grupo sólo esperan vacunas preventivas. Merece la pena hacer hincapié en las dos conclusiones siguientes.

En primer lugar, está el hecho de que los/as trabajadores/as esperan que otra persona se ocupe de ellos/as y de su salud, y por ello su empresa les proporcionará algo que será bueno para su salud. Esta expectativa es más fuerte que su disposición para hacer algo bueno por su salud, hacer una aportación propia para mejorarla. En el contexto de la salud, perciben a su empresa principalmente como un organismo que financia los servicios médicos y condiciones de trabajo físicas cómodas y de alto nivel en lugar de un organismo que espera y exige hábitos adecuados por su parte. Por eso merece la pena garantizar que en el marco de las intervenciones educativas y promocionales previstas, sobre todo durante la primera etapa, los/as beneficiarios/as reciban primas razonables en lugar de que tengan que soportar un gasto significativo (como el coste de cambiar de hábitos, invertir su tiempo, necesidad de revisar las creencias que tenían hasta ahora, etc.).

En segundo lugar, merece la pena aprovechar esta expectativa común de servicios médicos y cuidado de las condiciones de trabajo. Si se prevé que dichas acciones se ofrezcan a trabajadores/as, recomendamos que no se usen sólo como inversión, regalo o forma de pago, sino también como estímulos para introducir cambios saludables en su estilo de vida. Los servicios médicos (como reconocimientos, vacunación y consultas) se pueden combinar con la educación directa mencionada anteriormente (y también sugerida para su puesta en marcha) en la consulta del médico, lo que revelaría relaciones entre el estado de salud diagnosticado del paciente y sus hábitos, que lo convencerán para cambiar de hábitos y mejorar su estado de salud. De modo similar, las modernizaciones esperadas de los puestos de trabajo y la infraestructura social

se pueden complementar con actividades educativas como las relacionadas con el trabajo seguro (cuando se mejora el equipamiento de trabajo), una dieta saludable (cuando se modernizan las cantinas), relajación y gestión del estrés (cuando se renuevan los lugares para el descanso de los/as trabajadores/as).

Las observaciones anteriores llevan a la conclusión importante en general de que aparte de poner en marcha diversas intervenciones centradas en la salud (incluidas las educativas), también es necesario desarrollar y poner en marcha programas complejos de promoción de la salud. Combinan la educación con el establecimiento de las condiciones ambientales que estimulan y facilitan la puesta en marcha de hábitos saludables. Consolidan acciones centradas en la prevención de accidentes y enfermedades con impactos centrados en la salud de los/as empleados/as percibida de manera positiva.

El resumen de este capítulo volverá a hacer hincapié brevemente en las recomendaciones clave sobre actividades educativas y promocionales centradas en la estimulación de los hábitos saludables de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, basándose en los resultados de los estudios realizados en el marco de este proyecto, otras conclusiones y experiencias recabadas en el ámbito de la puesta en marcha directa de actividades saludables. Merece la pena recomendar las siguientes soluciones:

1. Reevaluación de los opiniones de los/as profesionales/as especializados/as en la educación en salud y la promoción de la salud, que implicará reconocer que las personas no siempre deben guiarse por el pensamiento racional (y tienen todo el derecho a hacerlo), y que pueden guiarse por su propia racionalidad, que puede ser percibida como diferente e "ilógica" por un/a observador/a externo/a que acepte opiniones médicas. La aceptación mejorada del hecho obvio (por tanto no descuidado) de que la salud no tiene por qué ser el valor más importante para algunas personas y que en sus acciones a menudo se guían por las emociones y están sujetas a fuertes impactos de las comunidades en las que se desenvuelven. Las actividades educativas y promocionales deben tener en cuenta de forma realista la regularidad que indica que diversos grupos sociales son distintos en cuanto a su salud, hábitos, posibilidades objetivas de actuar, formas de pensar, aptitudes para entender términos y mensajes sobre salud, que en el caso de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo significa la necesidad de ajustar las actividades (en la etapa de su planificación, puesta en marcha y evaluación) según la particularidad identificada del grupo destinatario; este enfoque debe complementar la simplificación convencional de la información que se va a transmitir.

En el caso de los/as trabajadores/as con mejor nivel educativo las acciones únicas o las campañas educativas pueden ser efectivas, mientras que en el caso de los/as de bajo nivel educativo suele ser necesario que las formas de intervención se organicen de manera global. Las intervenciones en el ámbito de la educación en salud y promoción de la salud, por un lado deberían implicar el suministro de información relacionada con la salud, construir emociones positivas relacionadas, formar aptitudes psicológicas y la capacidad de facilitar un estilo de vida saludable y establecer las condiciones que faciliten la puesta en marcha de actividades saludables, por otro lado. Estas intervenciones deberían aplicarse como un proceso a largo plazo y coordinado para facilitar cambios de hábitos centrados en la salud (y en el entorno). También deberían conservarse y mantenerse a largo plazo.

Es importante que los proyectos centrados en la salud no se apliquen exclusivamente en relación con la salud, sino también en contextos que no están directamente asociados a la salud (como el contexto de cuidar el buen aspecto de cada uno, el ocio y la forma física, prepararse para conseguir un trabajo mejor), que puede hacer que los/as trabajadores/as participen. También recomendaríamos que los demás proyectos puestos en marcha en el entorno del grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo, especialmente en el lugar de trabajo (como programas de cambios en la organización del trabajo, renovaciones de infraestructura, cursos de desarrollo profesional), se diseñen para tratar temas de salud en mayor medida, y formen condiciones favorables para la salud y competencias que también se usen en actividades saludables.

Dado que los miembros de este grupo a menudo comparten el sentimiento de ser ineficientes, merece la pena llevar a cabo actividades complejas e integradas centradas en: (a) el desarrollo de su capacidad psicológica y la mejora de su autoestima (durante las intervenciones centradas en la salud u otras, las actividades no relacionadas con la salud arriba mencionadas), (b) enseñarles algoritmos simples de cambio de hábitos que garanticen un éxito rápido, (c) establecer facilidades así como apoyo social y organizativo para la puesta en marcha de hábitos saludables.

Merece la pena seguir la norma que establece que antes de empezar a esperar que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo empiecen a aplicar los cambios en sus hábitos de salud (y que indirectamente requieren que hagan alguna inversión, como dejar "cosas agradables", hábitos, contribuir con su tiempo), primero deberíamos ofrecer algo que puedan percibir como un premio y cumplir sus expectativas.

En las intervenciones que principalmente incluyen la transmisión de conocimientos dirigidos a trabajadores/as con bajo nivel educativo, se recomienda que el número y la frecuencia de los impactos (estímulos) que estimulan el interés y la reflexión sobre salud se incremente. Esto debería implicar la concienciación sistemática, aunque no agresiva, sobre temas de salud y un estilo de vida saludable. Las estrategias de marketing y los métodos presentados arriba pueden resultar muy útiles.

Los conocimientos relacionados con la salud deberían difundirse con la ayuda de métodos que no se asocien con la educación escolar y el sistema de educación formal. Significa que los educadores deberían evitar la aplicación de formas de desarrollo de competencias y hábitos de salud tales como conferencias, charlas, textos más largos (guías) para leer. Cuando es necesario realizar cursos y formación, hay que hacer especial hincapié en respetar los principios generales de la enseñanza a adultos. Las tasas para participar en los eventos, su larga duración, la necesidad de hablar delante de otros, la evaluación de los conocimientos, la intimidación y la introducción de prohibiciones también se deben evitar. En su lugar es mejor ofrecer varios tipos de premios, como loterías, regalos, refrigerios e incluso considerar pequeños premios en metálico.

Cuando se dirigen varios mensajes a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, no hay que asumir que entienden todos los términos que se usan habitualmente en la educación en salud o que los entienden correctamente. Por tanto, no hay que evitar explicar estos términos, especialmente porque a menudo admiten que no los entienden.

Pasar de la comunicación al nivel de cuestiones generales de salud y ciudadanos/as medios/as a la comunicación dirigida individualmente, a una persona concreta, es un método valioso para influir en los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo. Esto se puede conseguir ofreciéndoles la posibilidad de beneficiarse de pruebas médicas simples. Estas pruebas sirven para estimular su interés por la salud y crear motivación para cambiar los hábitos. Ayudan a formular recomendaciones sobre el estilo de vida saludable aplicable y específico para un individuo en particular, basándose en parámetros específicos de su salud. Esta recomendación está relacionada con la necesidad de cooperar con los/as expertos/as médicos (que poseen la formación para generar impactos sociales) en los campos de estas intervenciones educativas y promocionales individualizadas. También está relacionada con la organización de consultas individuales con expertos/as sanitarios/as (como psicólogos/as, nutricionistas y entrenadores/as).

Los fenómenos de exclusión y estigmatización de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo deben contrarrestarse, en proyectos de hábitat (implantados en el lugar de trabajo) en particular. Esto puede implicar (a) "ocultar" el hecho de que la oferta centrada en la salud, que en realidad está desarrollada para las necesidades de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, está específicamente dirigida a ellos/as, (b) complementar la oferta con actividades dirigidas a los grupos que representen todos los niveles de educación, aunque también hay que (c) garantizar que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo sean las personas beneficiarias preferentes de esta oferta.

CAPÍTULO 9
La actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo español

Jose Manuel Gil Guzmán, Dolores García, Manuel López

1. Introducción a la situación de la salud en España

De acuerdo con el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud, la situación de la salud en España es la siguiente:

- La esperanza de vida media en España es una de las mejores en el mundo; 84,3 años para las mujeres y 77,8 para los hombres.
- Los accidentes de tráfico y laborales están considerados como un importante problema de salud.
- VHI/SIDA están considerados entre los principales problemas de salud.
- La drogadicción (principalmente cocaína) es, también, un importante problema social y de salud.
- Según la Organización Mundial de la Salud, el 27% de personas se declararon fumadores/as diarios en España en el año 2007. (European Health for All database, January 2009).
- Por otro lado, el consumo de alcohol y las muertes asociadas a dicho consumo han decrecido desde los años 80.
- La proporción de población con sobrepeso y problemas de obesidad está aumentando (INE 2008).
- Se constatan importantes desigualdades en relación con la salud en España (SESPAS 2000; Ministerio de Salud y Consumo 2003). A pesar de la más alta esperanza de vida de las mujeres, su auto percepción de la condición de salud es más baja.
- Según el Ministerio de Salud, todavía existen **desigualdades en la auto percepción de salud entre clases.**

2. Los Fundamentos de la vulnerabilidad en España – Educación para la salud y situación económica de los trabajadores y las trabajadoras con bajo nivel educativo.

El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (2008-2010) considera los siguientes factores asociados con la vulnerabilidad:

- **Empleo**: considerado como la principal fuente de ingresos y subsistencia.
- **Pobreza económica**: El porcentaje de adultos bajo el umbral de riesgo de pobreza es diferente según las circunstancias de su actividad económica.
- **Razón de género y edad**. La ratio de población bajo riesgo de pobreza es más alta entre las mujeres (21,2%) que entre los hombres (18,5%).

- **Tipo de hogar:** definido como las personas o grupos de personas que habitan en el mismo hogar.
- **Apoyo de la familia.** La familia es importante para explicar situaciones individuales sociales y laborales.
- **Acceso a nuevas tecnologías** está considerado hoy en día como esencial para el desarrollo económico y social. .
- **Nivel de educación y salud**

El nivel de educación es una actividad básica que marca las vidas de hombres y mujeres y afecta: al acceso y promoción en el mercado de trabajo, futuros ingresos y participación en la vida social y económica. Algunos gráficos y tablas nos ayudarán a entender la situación:

Tabla 1. Población bajo el umbral de riesgo de pobreza según nivel de educación (%). Fuente: Encuesta de condiciones de vida. Instituto Nacional de Estadística.

Nivel de educación	2004	2005	2006
Educación primaria o inferior	32,2	28,3	29,9
Educación secundaria – primera etapa	21,1	20,2	20,7
Educación secundaria – segunda etapa	15,6	13,3	12,4
Educación superior	7,9	7,4	7,2

En relación a las edades correspondientes a la educación superior, la tasa tiende a disminuir conforme aumenta la edad. El porcentaje de personas entre 25 y 64 años que participa en acciones de formación o educación en España es del 10,4% (9,3% para hombres y 11,5% para mujeres)

En relación a toda esta información, el proyecto Grundtvig Leech, a través del análisis de una muestra de 458 trabajadores en España, aporta nuevos datos vinculados a la situación económica, salud y nivel educativo de los/as trabajadores/as en España:

- El 55,7% de los/as trabajadores/as del grupo de menor nivel educativo encuestado declara vivir modestamente, mientras que el grupo de mayor nivel educativo lo ha afirma en un 34,6%.
- En la medida que se incrementa el nivel educativo desciende el número de enfermedades crónicas o accidentes que requieren estar en contacto regular con los servicios médicos. Un 36% de las personas con bajo nivel educativo dice haber tenido alguna enfermedad o accidente, mientras que en las personas con alto nivel educativo desciende hasta el 24,3%.
- Lo mismo sucede –pero con una menor intensidad- cuándo se pregunta por los accidentes o enfermedades sufridas en el pasado año. Los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo sufrieron un 9,4% de accidentes o enfermedades mientras que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo sufrieron sólo un 4,2%.
- No se aprecian diferencias estadísticas significativas en lo que se refiere a género en ninguna de las 3 variables analizadas.

Conclusiones y recomendaciones

España sitúa como causas de vulnerabilidad la situación laboral, pobreza, sexo, edad, estructura y soporte familiar, acceso a las nuevas tecnologías, nivel de educación y salud.

La muestra de 458 trabajadores/as confirma lo siguiente:

- El nivel educativo está directamente relacionado con la situación económica.
- A menor nivel educativo mayor es la tendencia a sufrir enfermedades o tener accidentes.
- Queda patente la vinculación entre el nivel de educación y el riesgo de encontrase en situación de pobreza.
- No se han apreciado diferencias estadísticas significativas entre géneros.

3. Conocimientos y alfabetización sobre formas de cuidar la salud- aspectos subjetivos y objetivos

3.1. Auto valoración de las formas de cuidar de la salud

Los/as trabajadores/as con un menor nivel educativo valoran su salud de forma muy parecida a las personas con un mayor nivel educativo. El 63,4% de las personas con mayor nivel educativo afirman tener buena salud, por un 60% de los/as trabajadores/as con menor nivel educativo.

El 71,4% de los LEEs encuestados y el 78% de las personas con mayor nivel educativo desean aprender más sobre la salud. Por otro lado, sólo el 17,4% de los LEEs expresa que lo que sabe sobre salud es suficiente. En esta variable se aprecian importantes diferencias de género: mientras que un 80,2% de las mujeres afirma desear saber más sobre cómo mejorar la salud, sólo un 68,5% de los hombres ha mostrado este interés.

3.2. La alfabetización sobre la salud en los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo

Los LEEs muestran una alta preocupación por mejorar sus conocimientos. Un 30% está participando en algún proceso de formación, por un 24% de las personas con mayor nivel educativo.

El 31% de las personas con bajo nivel educativo considera que sus verdaderos conocimientos son mayores que los que refleja su titulación académica.

En lo que respecta a la posesión de hábitos o conocimientos básicos sobre lectura, ordenadores y dominio de una segunda lengua, los resultados son positivos, aunque aparecen grandes diferencias entre los grupos. Debemos resaltar la diferencia en el porcentaje de trabajadores/as que conocen una segunda lengua (95% de los/as trabajadores/as con alto nivel educativo por 36,8% para los de bajo) y los hábitos de lectura (79% de los/as trabajadores/as con alto nivel educativo por 47,2% para los de bajo). Todos ellos han demostrado poseer buenos o muy buenos conocimientos de ordenador o Internet.

Centrándonos más sobre la salud, todas las personas encuestadas aseguran poseer un correcto conocimiento sobre este tema.

La salud no parece ser un tema del que le moleste a nadie hablar o debatir. La mayoría de las personas entrevistadas piensan sobre el tema de la salud o escuchan información sobre lo que es bueno para su salud. En el aspecto negativo, debemos resaltar que el 31% de los LEEs no piensan diariamente o no prestan atención a su salud.

En lo que respecta al grado de conocimientos sobre salud que poseen los dos grupos educativos, se han encontrado importantes diferencias estadísticas en todos los conceptos preguntados. Los trabajadores con mayor nivel educativo han mostrado en todas las preguntas puntuaciones muy buenas, siempre superiores al 70% de aciertos, mientras que el grupo de LEEs se ha situado en alguna de las preguntas en un porcentaje de aciertos de sólo el 22,89%, como es el caso del significado del concepto de “radicales libres”.

Los conceptos que los LEEs han mostrado un mayor porcentaje de preguntas acertadas han sido:

- 78,6% saben el significado de “fumador/a pasivo/a”.
- 73,2% conocen el significado de “prevención de enfermedades”.
- 70% saben que el ejercicio físico moderado es bueno para la salud.

Por otro lado, se han apreciado importantes dificultades en la comprensión del significado de:

- Radicales libres. Sólo un 22,89% saben que son perjudiciales para la salud. En este caso el grupo de alta educación sólo pudo alcanzar un 35% de aciertos.
- El significado de colesterol (58,3%) o pirámide alimenticia (53,73%)

Conclusiones recomendaciones

El primer dato que destacamos es la participación de los LEEs en acciones de formación. Entendemos que es la respuesta de los/as trabajadores/as sin cualificación a la preocupación por la mala situación económica en España y el esfuerzo de las empresas en formar a sus trabajadores/as, sobre todo los que poseen un menor nivel educativo.

Los/as trabajadores/as encuestados/as valoran, en general, su salud de forma positiva. No se aprecian diferencias entre sexo o nivel educativo.

La salud se muestra como un tema que preocupa y sobre el que se desea tener un mayor conocimiento. Es importante cambiar la mentalidad de ese 31% de LEEs encuestados que no prestan atención a su salud.

Dentro de la muestra encuestada, los LEEs expresan un adecuado interés por los procesos de formación (71,4% desean saber más sobre su salud), un correcto interés por la lectura y buenos conocimientos de Internet y ordenador que podrían ser de mucha utilidad para impartir futuras acciones formativas orientadas hacia la salud.

Se han detectado grandes diferencias en el conocimiento del significado de conceptos clave sobre salud dependiendo del nivel educativo de las personas encuestadas.

4. Trabajadores/as de bajo nivel educativo. Conductas saludables

En relación a las conductas de salud de trabajadores/as, el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora informes anuales que muestran esencial información desglosada según cualificación de los/as mismos/as. En esta introducción abordamos: índice de masa corporal y dieta; ejercicio físico, tabaco, y consumo de alcohol.

Índice de masa corporal y dieta: Afecta más a trabajadores/as no cualificados/as (16.9%) comparados/as con trabajadores/as cualificados/as (10%). Con respecto al número de personas que siguen una dieta, los resultados pueden ser observados en la siguiente tabla:

Tabla 2. Porcentaje de personas que siguen una dieta. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2009

Cualificación	Si	No	No responde
Trabajadores/as no cualificados/as	9,6	89,3	1,1
Trabajadores/as cualificados/as	12,5	86,2	1,3

Ejercicio físico: el 51,9% de los trabajadores/as no cualificados/as practica ejercicio físico en su tiempo libre. Entre los trabajadores/as cualificados/as este porcentaje alcanza el 66%. Las razones por las que no se practica ningún ejercicio se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3. Razones por la que no se practica ningún ejercicio. Fuente: Insituto Nacinal de Estadística, 2009

Cualificación	Problemas de salud	Otras preferencias	Falta de tiempo	Falta de voluntad	Otras razones
Trabajadores/as no cualificados/as	19,6	10,9	36	22	8,7
Trabajadores/as cualificados/as	10,8	9,2	48,2	25	5,6

Consumo de tabaco: el 50% de los/as españoles/as afirma que nunca ha fumado. El 20,5% se declara ex-fumador/a y el 26,4% de la población de más de 16 años afirma fumar todos los días. Por sexo, el 31,6% de hombres fuma por un 21,5% de mujeres. En relación a la cualificación de los/as trabajadores/as, la siguiente tabla muestra la frecuencia de consumo de tabaco:

Tabla 4. Frecuencia del consumo de tabaco. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2009

Cualificación	Diaria	Ocasional	Ex-fumador/a	Nunca ha fumado
Trabajadores/as no cualificados/as	36	3,5	27,2	32
Trabajadores/as cualificados/as	27,2	3,1	23,1	46,4

Consumo de alcohol: en relación al consumo de alcohol, el 26% de la población española de más de 16 años afirma que nunca ha bebido, el 5,8% se declara como ex-bebedores/as, mientras que el 19,8% reconoce beber ocasionalmente y un 48,4% consume bebidas alcohólicas con regularidad. El 7% de hombres y el 3% de mujeres consume alcohol en cantidades consideradas como peligrosas.

Por otro lado, la muestra realizada mediante el proyecto Grundtvig Leech determina que un 59% de LEES intentan reducir el consumo de grasas; un 59% hace ejercicio o práctica deporte a diario; un 75% intenta beber pequeñas cantidades de alcohol o no beber nada. Se ha detectado una gran diferencia en lo que respecta al ejercicio físico dónde el grupo de mayor nivel educativo ha expresado intentar reducir el consumo de grasas en un 75% de los casos, por un 59% de las personas con menor nivel educativo.

Conclusiones y recomendaciones

Existen conceptos claves que deben considerados cuando hablamos de conductas asociadas a la salud en los LEEs como son: tabaco, obesidad, alcohol, consumo de drogas y ejercicio físico.

Se ha detectado mayor incidencia de estas conductas perjudiciales para la salud en los/as trabajadores/as menos cualificados/as, sobre todo la obesidad y el consumo de alcohol.

5. La especificidad de las creencias de los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo sobre las conductas saludables

El 31,9% de los/as LEEs encuestados/as ha mostrado escasa persistencia cuando inicia acciones vinculadas a la mejora de su salud. Dentro del abanico de opciones mostradas, los dos grupos han mostrado las siguientes preferencias:

Tabla 5. Porcentaje de personas que realizan acciones vinculadas con la salud

Grupos con mayor nivel educativo	%	Grupos con menor nivel educativo	%
1. Trabajar de forma menos dañina para la salud	80	1. Trabajar de forma menos dañina para la salud	79
2. Beber pequeñas cantidades de alcohol	73	2. Beber pequeñas cantidades de alcohol	75
3. Reducir el consumo de grasas	75	3. Hacer ejercicio/estar en forma	59
4. Reducir el consumo de azucares	61	4. Reducir el consumo de grasas	59
5. Hacer ejercicio/estar en forma	58	5. Reducir el consumo de azucares	53
6. Hacerse reconocimientos médicos	47	6. Hacerse reconocimientos médicos	48

Se aprecia una significativa diferencia estadística según el nivel de educación en lo que respecta al consumo de grasas, dónde sólo el 59% de LEEs expresan haber intentado reducirlo.

Los dos grupos han expresado haber realizado estas actividades con cierta facilidad. En especial las siguientes:

- Intentar trabajar todos los días de la forma menos dañina para la salud (82%)
- Hacerse reconocimientos médicos (78%)
- Reducir el consumo de alcohol (76%)

Por otro lado, la acción que se ha considerado más difícil de realizar ha sido la reducción del consumo de grasas.

Por último, en lo que respecta a la comprensión que las personas de menor nivel educativo reciben por parte de los familiares, esta es superior en 12 puntos a la que expresan las personas con un mayor nivel educativo.

Conclusiones y recomendaciones

Las acciones que los LEES han expresado realizar con mayor facilidad son: “trabajar de forma menos perjudicial para la salud” en un 82% de las ocasiones, “hacerse reconocimientos médicos” en un 78% de las ocasiones, “beber pequeñas cantidades de alcohol” en un 76% de las ocasiones, y “hacer ejercicio” en un 73,4% de las ocasiones.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que un 31,9% de los LEEs encuestados no es demasiado persistente cuando inicia acciones vinculadas a la mejora de su salud.

Sería importante aprovechar la comprensión que los LEES tienen de sus familiares. En todas las situaciones preguntadas la comprensión de los familiares se sitúa por encima del 50%.

6. Conductas y creencias de los/as trabajadores/as de menor nivel educativo sobre la salud laboral

En relación a la vinculación entre condiciones laborales y salud, no se han encontrado diferencias estadísticas entre los dos grupos de trabajadores/as. A pesar de que España es uno de los países europeos con mayor accidentabilidad laboral, sólo el 21,3% de los LEEs entrevistados piensan que las condiciones en las que trabajan son perjudiciales para su salud. En el caso del grupo con mayor nivel educativo la percepción se sitúa en el 19,8%.

En relación a la preocupación sobre la salud cuando se está trabajando, los dos grupos han mostrado escasas diferencias. La mitad de los LEEs consultados ha afirmado que ignora por completo o casi por completo su salud cuando está trabajando.

Cuando preguntamos sobre la tendencia a evitar enfermedades, achaques o accidentes en el trabajo, los dos grupos han mostrado alto interés en saber cómo evitar enfermedades, achaques o accidentes. Un 71% de los LEEs afirmar alta o media preocupación sobre este tema.

En el lado negativo, nos encontramos con un 16,9% de LEEs que afirman que vale la pena cumplir sólo las Leyes que nos evitan ser multados. Se aprecia una diferencia con el grupo de mayor nivel educativo que lo afirma sólo en un 6%.

No se aprecian diferencias entre los grupos en relación a las acciones sobre salud que deberían ser implementadas por las empresas. Se espera de las empresas que realicen las siguientes acciones:

1. Reconocimientos médicos y tratamientos.
2. Cuidar de la estética y confort en el puesto de trabajo.
3. Cuidar de la salud y seguridad en el puesto de trabajo más allá de lo que exige la Ley.

Conclusiones y recomendaciones

Los/as trabajadores/as de menor nivel educativo no demuestran suficiente preocupación sobre la importancia de la salud en el puesto de trabajo, ya que la mitad de ellos ignora por completo o casi por completo su salud cuando está trabajando. Este, junto con la creencia de algunas personas que se deben cumplir sólo las normas de salud para evitar la sanción, pudieran ser dos de los factores que hace de España uno de los países con mayor accidentabilidad laboral, afectando en mayor medida a las personas con bajo nivel educativo.

7. Actitudes hacia la educación en salud y las metodologías seleccionadas

Opinión sobre diferentes herramientas de educación para la salud

En relación a las preferencias de los encuestados sobre metodologías de formación adecuadas para impartir contenidos sobre salud, todas las personas encuestadas han mostrado alta preferencia por: a) participar en reuniones presenciales bajo la supervisión de un especialista, b) oír la radio y televisión, c) participar en reuniones dónde un grupo de participantes, bajo la supervisión de un especialista, practican buenas conductas para la salud. Por el contrario, la opción “leer libros relacionados con la salud” ha sido la menos valorada.

Los tópicos que deberían ser incluidos en una acción formativa son los siguientes: tabaquismo, nutrición, deporte y ejercicio, Alcohol (más acentuado en los LEEs) y cómo afrontar el estrés.

Preferencias sobre formadores/as en salud

No se aprecian diferencias entre los grupos según nivel educativo. El 52% de LEEs entrevistados les gustaría escuchar a “Otros especialistas de salud: psicólogos/as, dietistas o fisioterapeutas. El 41% le gustaría escuchar a “doctores/as, enfermeros/as o comadrón/as”. Por el lado contrario, muy pocos están interesados en la medicina alternativa y casi nadie en oír a un sacerdote.

Factores que incrementan la motivación para participar en acciones de formación sobre salud

En general no se aprecian diferencias entre los grupos por lo que respecta a factores que incentivan la participación en acciones de formación. La única excepción es "recibir un regalo por participar" que ha sido seleccionados en un 71% en los LEE y sólo un 48% en el grupo de mayor nivel educativo.

Para los LEEs encuestados, los factores principales que les motivan a participar en una acción formativa serían: "que fuera gratuito" (89%), "recibir una beca por participar" (84%), "obtener un diploma" (80%) y "obtener respuestas a mis preguntas" (80%). Por otro lado, se le concede muy poca importancia a los aperitivos o aparecer en medios de comunicación.

Factores que disminuyen el interés en educación sobre salud

En este caso si que se aprecian fuertes diferencias según el nivel educativo en relación a los factores que desmotivan a participar en una acción formativa.

El 51,3% del grupo de LEEs considera que la obligación de hablar en público es un factor negativo a la hora de participar en una acción formativa. Para el grupo de más nivel educativo sólo es desmotivador en el 36% de los casos. Lo mismo sucede sobre la dificultad de entender al/a formador/a. Mientras que el 50% de los LEEs entrevistados la señalaron como desmotivadora, sólo la consideraron un 30,2% del otro grupo.

Los dos grupos afirman que pagar por recibir formación es un factor negativo determinante a la hora de participar en una acción formativa (64% de las personas encuestadas).

Conclusiones y recomendaciones

No se han apreciado importantes diferencias estadísticas según el nivel de educación con respecto a las actitudes y preferencias a la hora de realizar una acción formativa sobre salud.

Las reuniones presenciales guiadas por profesionales, gratuitas, con alta participación de los/as alumnos/as, centradas en temas como el tabaquismo, nutrición, deporte, ejercicio y Alcohol; y con entrega de diploma al final de la acción formativa se perfilan como las más adecuadas para los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo.

8. Resumen

Los diferentes estudios españoles consultados hacen clara referencia a la relación existente entre educación, salud y situación económica de las personas (y trabajadores/as). Además, edad, género, estructura del hogar, soporte familiar y acceso a las nuevas tecnologías son factores determinantes que deben ser tenidos en cuenta en todo proceso de integración social, laboral o formativa de las personas (o trabajadores/as).

Según estos estudios, los principales problemas que deben ser abordados son: sida, drogas (principalmente cocaína), consumo de alcohol, accidentes de tráfico, obesidad y tabaco. Queda patente la mayor incidencia de estos problemas en las personas con menor nivel educativo.

La muestra realizada en el proyecto Grundtvig "Leech" sobre 458 trabajadores y trabajadoras corrobora los datos de informes previos ya publicados. Así pues, el 24% de trabajadores/as con mayor nivel educativo sufre enfermedades crónicas o ha tenido accidentes que requieren estar en contacto regular con los servicios médicos, por un 36% de las personas con menor nivel educativo. Por otro lado, se ha detectado una menor comprensión de conceptos por parte de las personas con menor nivel educativo.

En relación a la formación sobre salud de las personas con menor nivel educativo, debemos aprovechar varios aspectos positivos detectados como son que el 71,4% de los trabajadores/as está preocupado y desea aprender más sobre la salud. Se ha detectado una correcta comprensión y apoyo por parte de familiares (por encima del 50%) y compañeros/as de trabajo. Existe declarada facilidad para realizar las siguientes acciones: trabajar de la forma menos dañina para la salud, hacerse reconocimientos médicos y reducir el consumo de alcohol. Junto a estas, hacer ejercicio y deporte se expresan como las preferidas de las personas con menor nivel educativo.

En el lado negativo, se debe contemplar acciones de sensibilización para un 31% que no presta atención a su salud, tener en cuenta la falta de persistencia en el mantenimiento de acciones de un 31,9%,

la dificultad para mantener una dieta libre de grasas y la despreocupación de más de un 50% sobre su salud cuando está trabajando.

Por último, el modelo de acción formativa sobre salud para los/as trabajadores/as con menor nivel educativo debería poseer las siguientes características:

- Orientado hacia reuniones presenciales de índole práctico donde un profesional (psicólogo, dietista, fisioterapeuta, doctor, enfermera...), de manera fácilmente comprensible, ofrezca soluciones a los problemas de los/as alumnos/as.
- Los contenidos que deberían ser el centro de curriculum serían: tabaquismo, nutrición, deporte/ejercicio, alcohol y cómo afrontar el estrés.
- Utilización de Internet y televisión como vehículo de transmisión de los conocimientos.
- Gratuito, becado y con entrega de diploma al final de la acción.
- Sin la obligación de tener que hablar en público.

Referencias

1. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization
2. Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). España. Revisión sistema de Salud, Sistemas de salud en transición, 2006; 8(4):8-15. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_13_nhs_en.htm
3. Informe sobre el Sistema de Salud en España 2007. Control de las condiciones de salud de la población. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/monitoring.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2006, 2007, 2008, 2009). Disponible en: http://www.ine.es
5. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (2008-2010). Diagnóstico sobre pobreza y exclusión social en España.. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Disponible en: http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-3-nap-inclusion-2008-2010-annex-iii-contributions-esf.pdf?documentId=0901e72b8003c916

CAPÍTULO 10
Actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo letón

Ivars Vanadziņš, Maija Eglīte, Inese Mārtiņsone, Dagmāra Sprūdža, Mārīte Baķe, Mairita Zellāne, Šarlote Konova

1. Introducción

La sociedad letona ha sufrido muchos cambios importantes durante los últimos 20 años en lo que a economía, educación y cultura se refiere; desgraciadamente, arrastraba graves problemas en lo que concierne a educación y salud. El rápido crecimiento interrumpido por la crisis económica 2008-2009 ha tenido como resultado que no se hayan dedicado suficientes recursos a la educación y la salud; una pequeña parte del PIB de la UE se gasta en el sistema educativo y en la sanidad que se encuentran en un continuo proceso de reforma constante. Esto nos lleva a algunos datos estadísticos muy poco agradables, como por ejemplo que Letonia se encuentra en los países líderes en muertes causadas por cardiopatías isquémicas con 1.214 muertos por cada 100.000 habitantes (entre mujeres de 65-84, datos: Eurostat, 2006) y el país con uno de los índices más altos en número de suicidios de la Unión Europea (Eurostat, 2006.). Estos datos no sorprenden si, por ejemplo, tenemos en cuenta la actitud que presenta el 49% de los/as ciudadanos/as letones/as que nunca practica deporte alguno y que se ven claramente en el estudio sobre estilos de vida saludables (hábitos deportivos de los ciudadanos letones, SKDS, Riga, 2007).

Esta situación precisa, obviamente, tomar acciones respecto a la educación de la sociedad en materia de salud, incluso entre aquellos que trabajan. En situaciones con recursos limitados es de suma importancia que el dinero se gaste en utilizar los mejores recursos y conocimientos disponibles y dirigirse a la población que presenta más riesgo, concretamente a los que tengan un menor nivel educativo. Por tanto, este estudio pretende encontrar respuestas sobre el mejor modo de dirigirse a los/as trabajadores/as con menor nivel educativo e influir en sus elecciones en temas de salud.

2. Información general

En total, se realizaron 426 entrevistas en Letonia en distintas regiones y varios sectores industriales. 212 entrevistas dentro de la categoría de trabajadores/as con bajo nivel educativo (LEE) y 214 dentro del grupo de control de personas con, al menos, un título de educación secundaria o trabajadores/as con un mayor nivel educativo (WEE).

Las entrevistas se han hecho principalmente en:

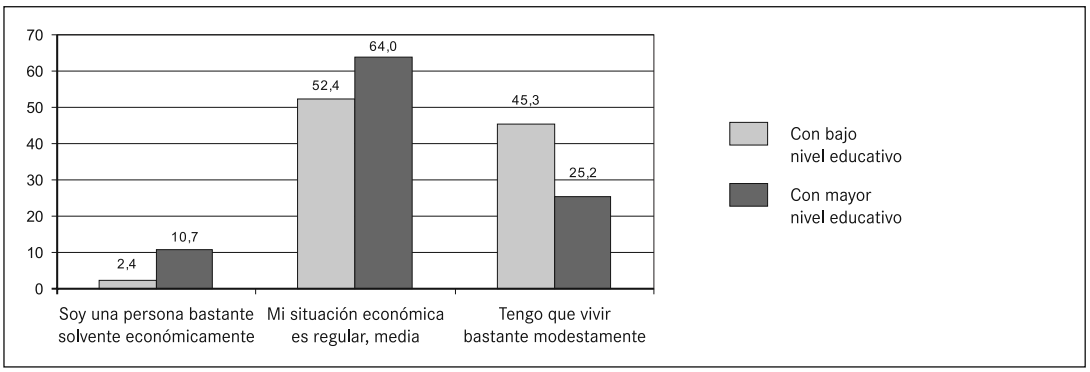
- El centro de Medicina del Trabajo donde llegan pacientes quejándose de algunas enfermedades laborales (la mayoría, trabajadores con bajo nivel educativo) y en el departamento de pacientes hospitalizados de la clínica de medicina del trabajo perteneciente al hospital clínico universitario de Riga (aproximadamente el 20% de las entrevistas);

- En empresas (normalmente, de un tamaño de 20 trabajadores/as o más) basándose en su acuerdo voluntario de participar en una entrevista.

Se han cubierto distintos grupos de edad y sexo. Entre los 212 trabajadores con bajo nivel educativo un 42,9% eran mujeres y un 57,1% hombres, mientras que en el grupo de trabajadores con mayor nivel educativo, el 54,7% eran mujeres y el 45,3% hombres. Eso, en nuestra opinión, es digno de consideración en lo que respecta a las tendencias en educación de los/as letones/as y es que hay un número bastante más significativo de mujeres que hombres con un nivel de educación superior. La distribución por grupos de edades era aproximadamente equitativa entre 3 grupos de edad distintos formados por trabajadores/as de edades comprendidas entre 25-34, 35-44 y 45-54.

Se entrevistó a trabajadores/as con distintas situaciones económicas, describiendo la mayoría de ellos/as su situación económica como media (el 52,4% en el caso de trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 64% entre los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo). (Véase la Tabla 1).

Tabla 1. ¿Cómo describiría su situación económica?



3. Estado general de salud de los/as trabajadores/as entrevistados/as

En general, la mayoría de los grupos entrevistados evaluó su salud como buena (el 45,3% del grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 48,6% del grupo con mayor nivel educativo) o mencionaron que, a menudo, padecen algunos problemas de salud pero que no son graves (el 42,0% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 45,3% del grupo con mayor nivel educativo), no existiendo diferencias significativas entre los grupos (véase la Tabla 2). Estos datos se corresponden con los del estudio realizado en 2008 como parte del estudio europeo sobre salud de los ciudadanos/as letones/as (Estudio sobre la salud de los ciudadanos/as letones/as, Oficina Central de Estadísticas, Riga, 2008) donde el 49,2% afirmaba que su estado de salud era bueno. Sin embargo, el estudio sobre hábitos de salud de los/as ciudadanos/as letones/as realizado en el año 2008 apuntaba que poco más del 20% de los/as encuestados/as afirmaba que su estado de salud era bueno (Hábitos de salud entre la población adulta letona - 2008, Centro de Economía sobre la Salud, Riga, 2008). Tal vez podría explicarse esta situación argumentando que el estudio se realizó mediante entrevistas por carta y que el índice de respuesta fue de un 50% aproximadamente.

La mayoría de los/as trabajadores/as de ambos grupos no mencionó haber sufrido accidente alguno o padecido alguna enfermedad que hubiera resultado en limitaciones importantes a la hora de realizar sus actividades diarias (el 72,2% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 80,4% del grupo de mayor nivel educativo) pero casi una quinta parte (17,5 y 17,3%, respectivamente) mencionó haberse encontrado en dicha situación (véase la Tabla 3.). Se observó una situación similar con respecto al tema de las enfermedades crónicas que precisaban de un contacto regular con los servicios sanitarios – el 18,4% de los/as empleados/as con bajo nivel educativo y el 23,8% del grupo de mayor nivel educativo respondió positivamente a dicha pregunta (véase la Tabla 4.). En general se puede, por tanto, suponer de manera segura que hasta el 40% de todos los/as entrevistados/as ha tenido un contacto cercano con los servicios médicos y presumiblemente tendrían más información sobre su estado de salud. Estos datos son muy parecidos a los datos recogidos en

el Estudio sobre la salud de los ciudadanos/as letones/as (Oficina Central de Estadísticas, Riga, 2008) donde el 40,4% de los/as encuestados/as afirmaba haber padecido alguna enfermedad crónica y grave.

Tabla 2. ¿Cómo evalúa su propia salud?

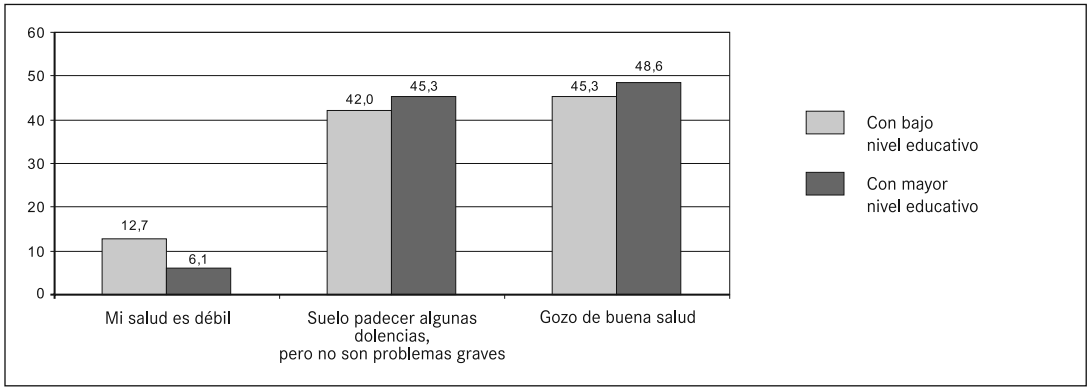


Tabla 3. ¿Ha sufrido algún accidente o padecido alguna enfermedad que resultara en una limitación importante?

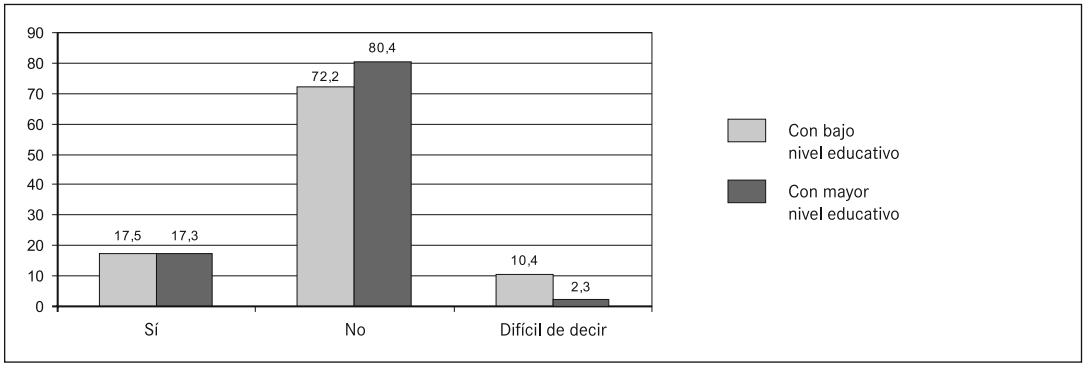
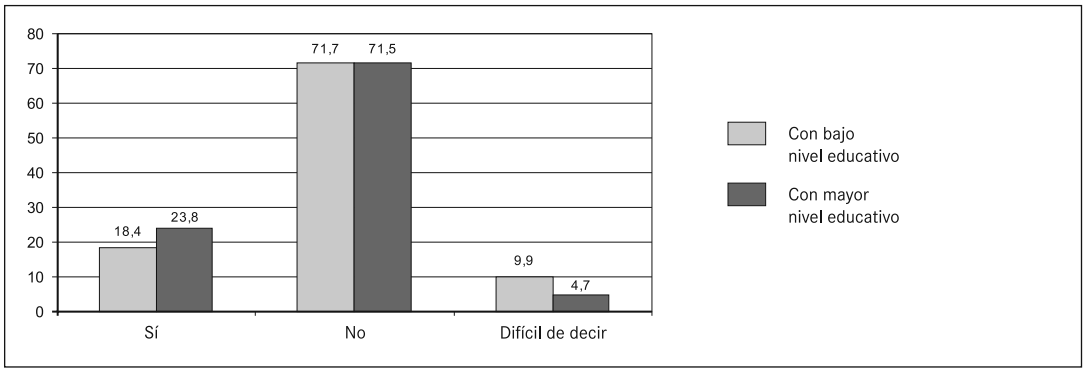


Tabla 4. ¿Padece alguna enfermedad crónica que requiera estar en contacto con los servicios sanitarios, con regularidad, realizarse revisiones periódicas, analíticas, llevar un determinado régimen en su estilo de vida o tomar algún medicamento?



4. Conocimiento general sobre la salud y actitud hacia temas de salud

Más de la mitad de los/as trabajadores/as con buen nivel educativo se dio cuenta que su conocimiento sobre la salud era muy bueno o bueno (54,7%) mientras que en el caso de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo el porcentaje era del 33,5% (véase la Tabla 5). Cuando se les preguntó si deseaban saber más sobre su salud, un poco menos del 20% contestó que lo que saben es suficiente (el 19,8% de los/

as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 17,8% de los de mayor nivel educativo) pero la mayoría declaró que les gustaría saber más (el 55,2% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 61,2% de los de mayor nivel educativo) (véase la Tabla 6).

Tabla 5. ¿Cómo evalúa su propio conocimiento sobre la salud?

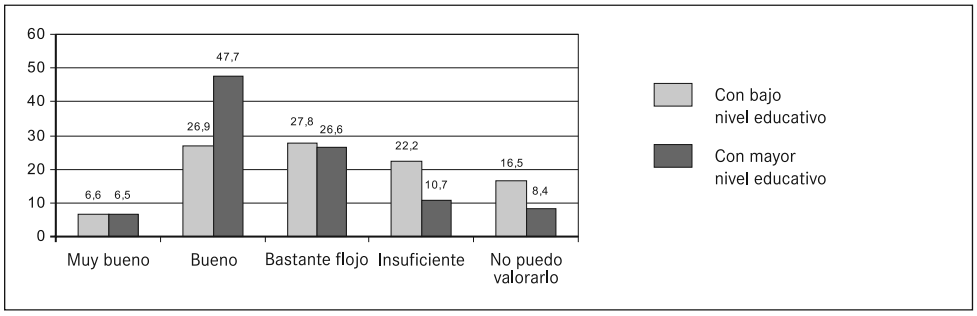
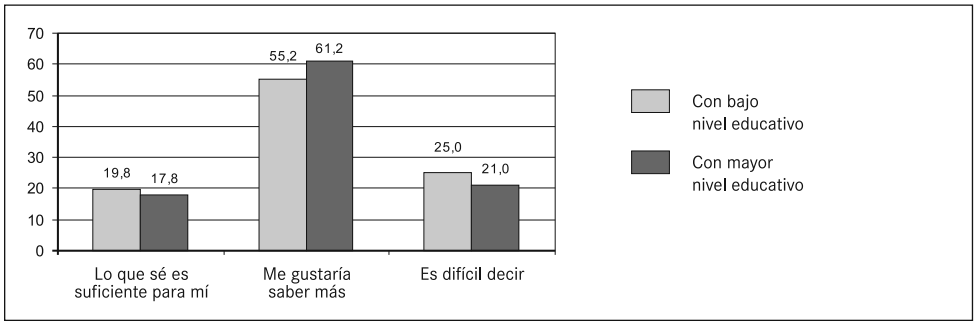
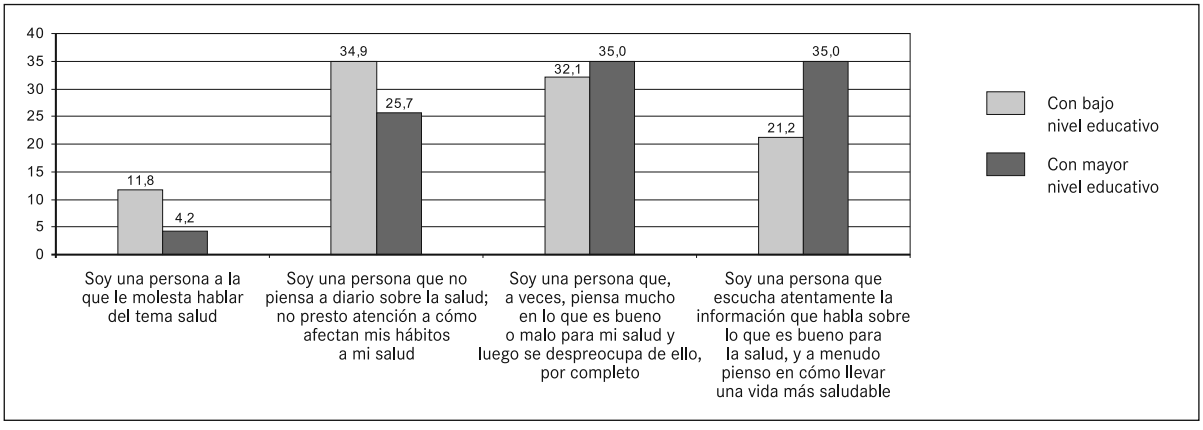


Tabla 6. ¿Le gustaría saber más sobre cómo cuidar su salud?



Al analizar los tipos de personalidad y su actitud general hacia el tema de la salud, se observó que sólo el 21,2% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo respondió que son personas que escuchan atentamente cualquier tipo de información que apunte a qué es bueno para su salud y, en general, cómo llevar una vida más saludable en contraposición con el grupo de trabajadores/as con mayor nivel educativo donde el 35,0% de los/as entrevistados/as marcó esta opción (véase la Tabla 7). Había significativamente más personas a las que les incomodaba el tema de la salud y personas que no pensaban en su estado de salud a diario entre el grupo de los/as trabajadores/as con menor nivel educativo (46,7%) que entre los de mayor nivel educativo (29,9%) (Véase la Tabla 7).

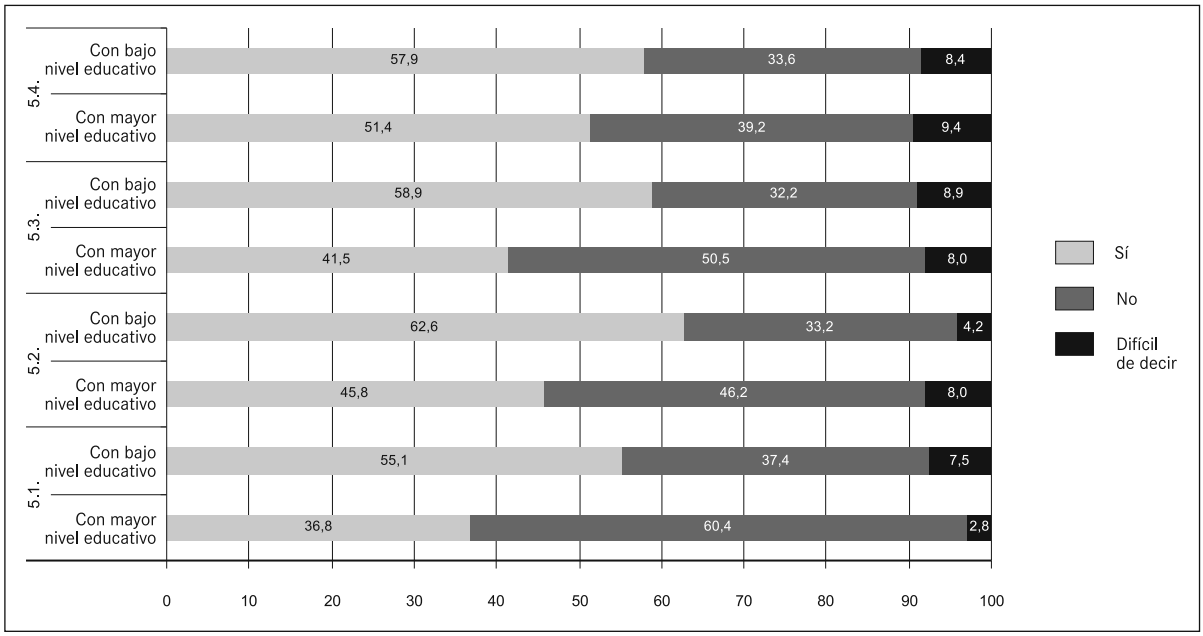
Tabla 7. ¿Piensa en cómo afectan sus hábitos a su salud? (y si es así, ¿con qué frecuencia?)



Se podía observar la misma tendencia al analizar los grupos con respecto a sus hábitos a la hora de adquirir nuevos conocimientos e información. Cuando se les preguntaba si adquirían conocimiento en un idioma extranjero, leían los periódicos a diario o aprendían otro tipo de habilidades, resulta evidente

que en las respuestas a todas estas preguntas hubo más personas que respondieron "Sí" entre el grupo de trabajadores/as con mayor nivel educativo (por ej.: respondieron un 62,4% de este grupo a la pregunta: "¿Es usted una persona que lee, a diario, periódicos y revistas?" mientras que el 45,8% lo hizo dentro del grupo de trabajadores/as con menor nivel educativo) (véase la Tabla 8).

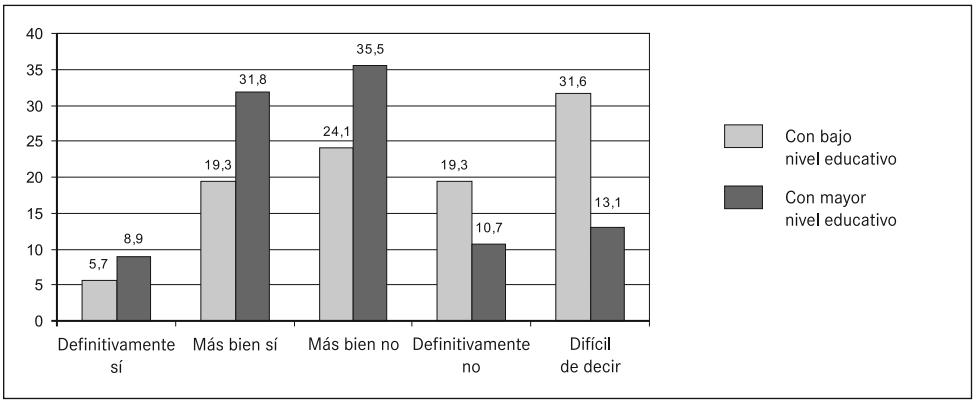
Tabla 8. ¿Es usted una persona que ...?*



* 5.1. ...adquiere conocimiento en un idioma extranjero, 5.2. ...lee periódicos y revistas, a diario, 5.3. ...aprende otras habilidades como usar el ordenador o Internet, 5.4. ...mejora sus aptitudes laborales participando en cursos/estudios, lee revistas profesionales, usa Internet.

Al analizar la capacidad de los/as trabajadores/as de realizar actividades para mejorar su salud se observó que en los dos grupos había más personas que respondieron que son poco o nada constantes en actividades que mejoren su salud (46,2% entre los trabajadores de mayor nivel educativo y 43,4% en el otro grupo); sin embargo, sí hubo más personas que respondieron definitivamente sí o por supuesto que sí, entre los que tenían un mayor nivel educativo (40,7% en comparación con el 25,0% de los/as trabajadores/as con menor nivel educativo) (véase la Tabla 9).

Tabla 9. Cuando empieza a hacer alguna actividad para mejorar su salud, mantenerse más en forma, mejorar su cuerpo (por ejemplo, haciendo dieta o ejercicios) ¿es constante?



Al analizar las preguntas relativas al nivel real de conocimiento sobre determinados aspectos relacionados con un estilo de vida saludable se observó que existía un nivel muy variado de conocimiento

en diferentes temas. Era bastante bueno en preguntas relativamente sencillas como las relativas al/a fumador/a pasivo/a y la prevención. Por ejemplo, cuando se les preguntó qué significa ser fumador/a pasivo/a, más del 70% de los/as encuestados/as respondieron de manera correcta con un índice notablemente superior de respuestas correctas entre los trabajadores con mayor nivel educativo (71,7% de los trabajadores con bajo nivel educativo y 88,3% del grupo de trabajadores con mayor nivel educativo) (véase la Tabla 10). No obstante, aún se podría decir que a esta pregunta uno/a se podría esperar un 90% de respuestas correctas. La situación respecto a la pregunta de qué significa la prevención de enfermedades muestra un cuadro similar con la excepción de que la distancia entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y los de mayor nivel educativo es aún mayor – 92,5% de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo respondió de manera correcta frente al 55,7% de respuestas correctas entre el grupo de trabajadores/as con bajo nivel educativo (véase la Tabla 11). Se puede observar una situación similar cuando se les pregunta qué significa un estilo de vida saludable – aquí la distancia entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y mayor nivel educativo es del 93,5% y 75,0% respectivamente (véase la Tabla 12).

Tabla 10. ¿Qué significa ser fumador pasivo?

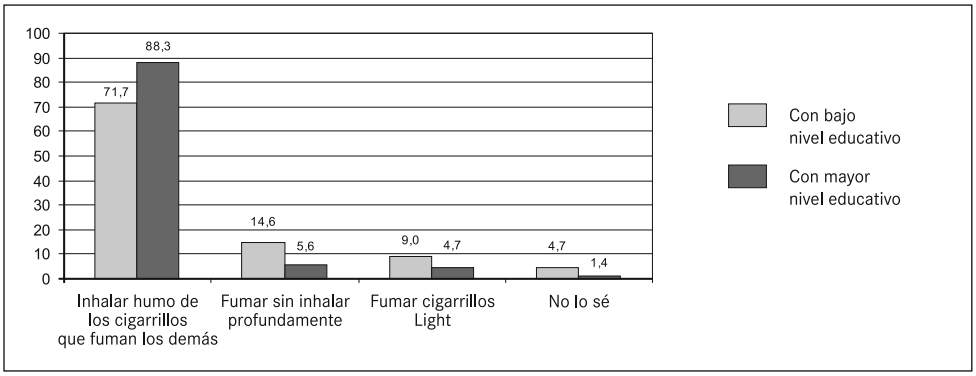


Tabla 11. ¿Qué significa prevención de enfermedades?

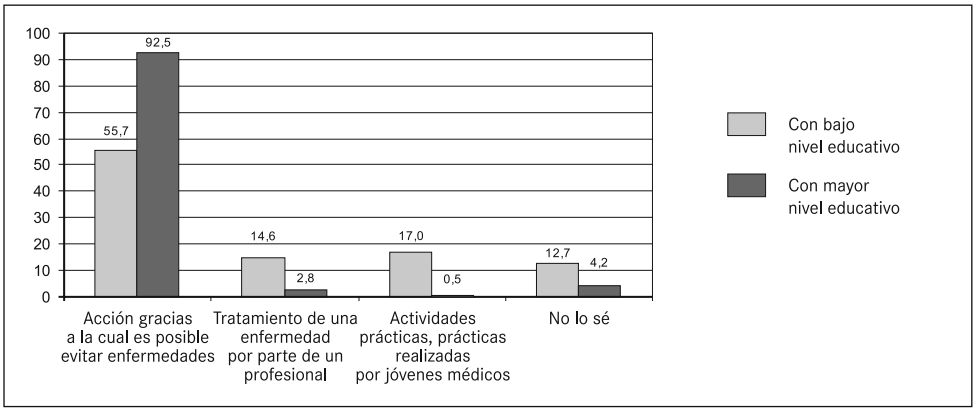
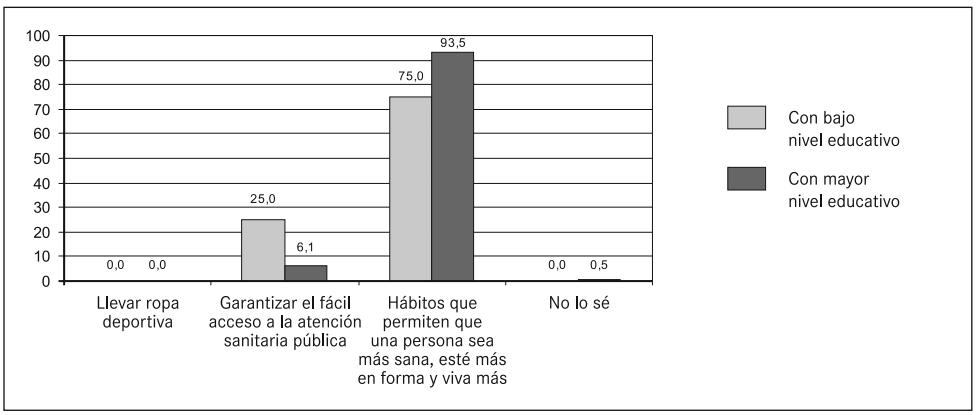


Tabla 12. ¿Qué significa un estilo de vida saludable?



La tendencia antes descrita sigue siendo igual para la pregunta relativa a la pirámide alimenticia saludable, índice de masa corporal y colesterol, encontrándose la diferencia más significativa en aquellos/as que han elegido la respuesta "No lo sé", en concreto en lo que respecta a la pregunta relativa a la pirámide alimenticia, donde el 32,5% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 12,6% del grupo de mayor nivel educativo han elegido que no lo saben (véase la Tabla 13). Casi el mismo cuadro se puede encontrar al analizar la pregunta relativa a qué debería hacer una persona que quiera comprobar su índice de masa corporal, aquí también podemos observar un 34,9% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y un 14,5% de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo que afirman no saberlo (véase la Tabla 14). Se encontraron problemas similares a la hora de responder a la pregunta sobre qué es el colesterol con una pequeña diferencia en el nivel de respuesta: "No lo sé" entre los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo que, en este caso, resultó ser inferior al 8,9% (véase la Tabla 15).

Tabla 13. ¿Qué es la pirámide alimenticia saludable?

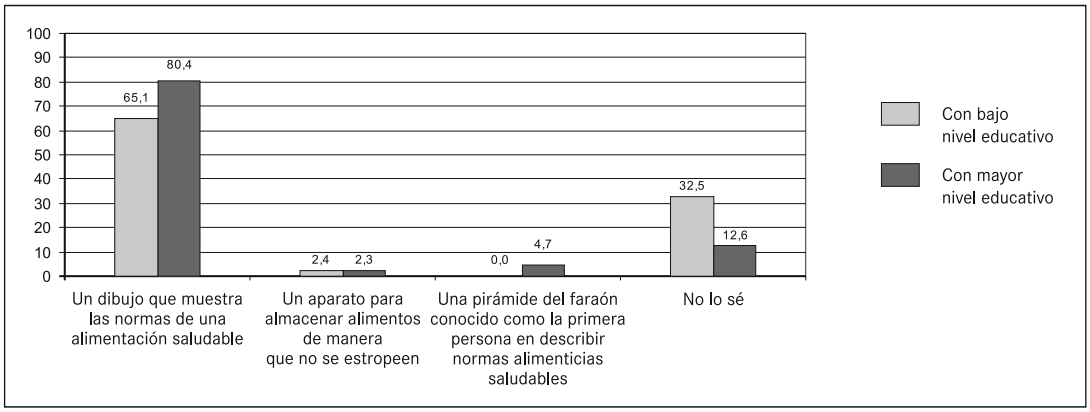


Tabla 14. Una persona que quiera comprobar su índice de masa corporal debería...

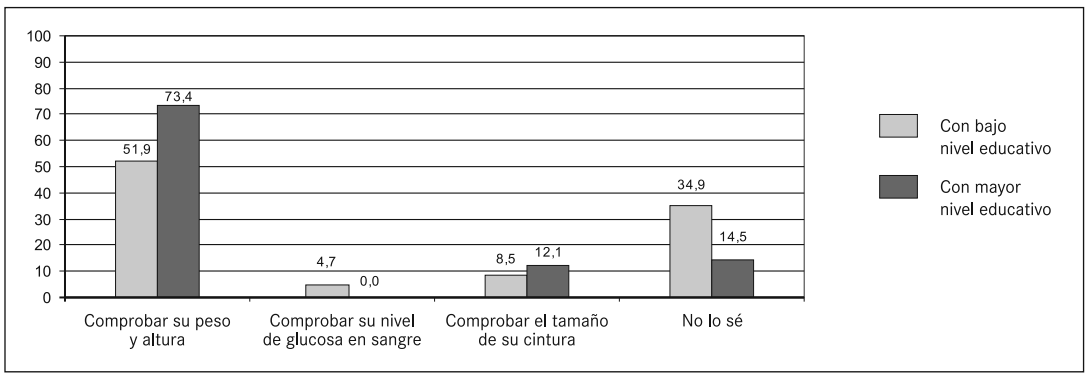
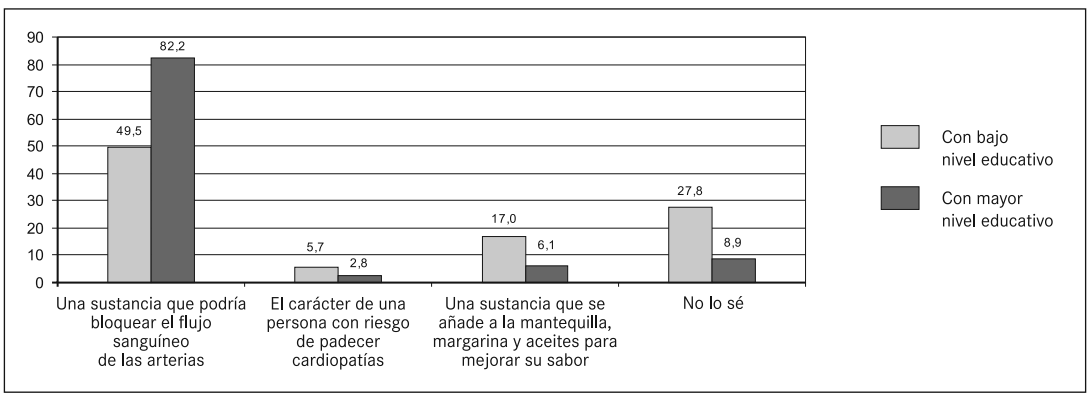
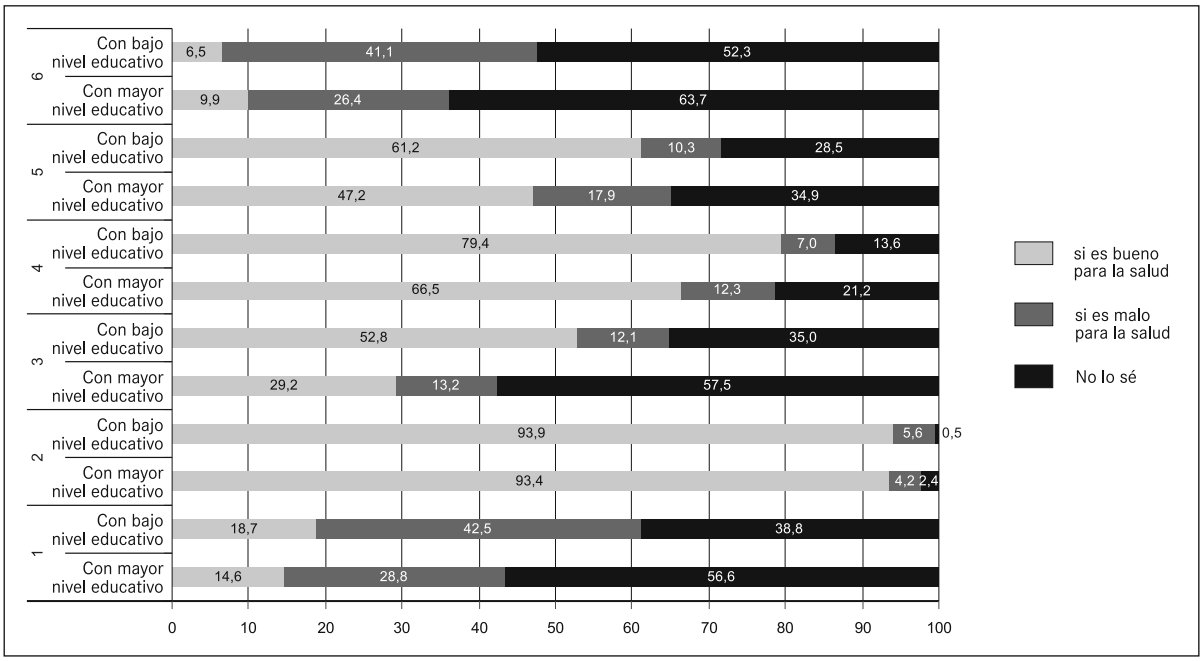


Tabla 15. ¿Colesterol es?



Cuando se les pregunta qué es bueno o malo para su salud, las personas encuestadas solían responder bastante acertadamente a cuestiones de sobra conocidas como los efectos positivos de realizar ejercicio físico moderado o la cantidad de fibra en la dieta (más del 93% de los/as trabajadores/as de ambos grupos respondieron que el ejercicio físico es bueno para la salud, y el 66,5% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 79,4% entre los/as de mayor nivel educativo respondieron que la fibra es buena) (véase la Tabla 16.). No resultó ser tan fácil en preguntas relativas al colesterol LDL, los ácidos grasos insaturados, antioxidantes y radicales libres. Aquí algunas de las respuestas demuestran un conocimiento insuficiente sobre estos temas, por ejemplo, sólo el 47,2% de los trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 61,2% de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo piensa que los antioxidantes son saludables (véase la Tabla 16). Más de lo mismo en las preguntas relativas a los efectos saludables del colesterol LDL y los radicales libres donde hubo un número significativo de personas que admitieron no saberlo (por ej.: el 56,6% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 38,8% de los/as de mayor nivel educativo respondió no saber la respuesta respecto a si el colesterol LDL es bueno y el 63,7% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 52,3% del grupo con mayor nivel educativo desconocían los efectos saludables de los radicales libres (véase la Tabla 16.).

Tabla 16. ¿Qué piensa sobre si es bueno o malo para la salud?*



* 1. Colesterol LDL, 2. Ejercicio físico moderado, 3. Ácidos grasos (poli)insaturados, 4. Fibra, 5. Antioxidantes, 6. Radicales libres.

Al analizar la situación relativa a la capacidad de los/as trabajadores/as de calcular la respuesta correcta sobre el número de pastillas o la cantidad de alcohol que deberían tomar, se pudo observar que la tendencia era bastante similar a la de las preguntas anteriores, alrededor de un 75% (el 77,4% concretamente) de personas con bajo nivel educativo eran capaces de calcular la respuesta correcta. Entre los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo la respuesta correcta llegó a ser del 93,5% (véase la Tabla 17). La pregunta relativa a la cantidad correcta de alcohol supuso más problemas para los/as encuestados/as y sólo el 34,4% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y el 60,7% de los de mayor nivel educativo contestaron correctamente. En este caso, un número significativo de trabajadores/as con bajo nivel educativo afirman que es difícil decirlo (41,5%) (Véase la Tabla 18.) y un número significativo ha fallado a la hora de encontrar la respuesta correcta (24%). Entre los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo ha fallado el 15,4% dando una respuesta errónea y el 23,8% afirma que es difícil decir (véase la Tabla 18).

Tabla 17. ¿Cuántas pastillas debería tomarse?

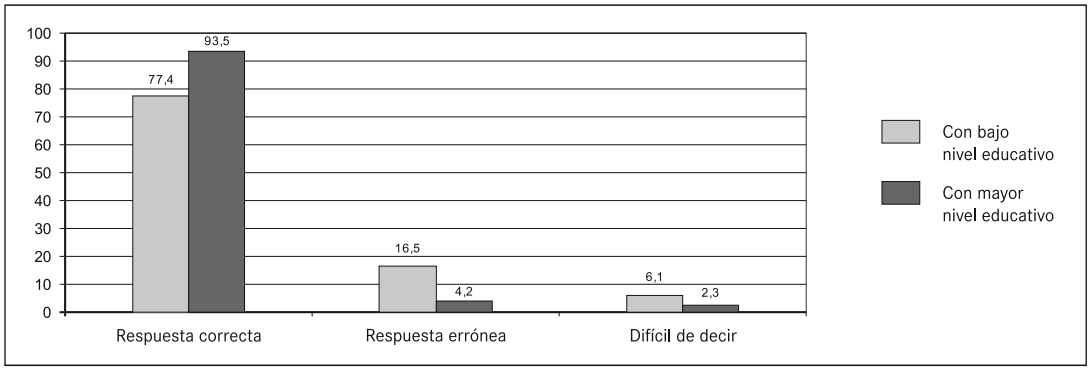
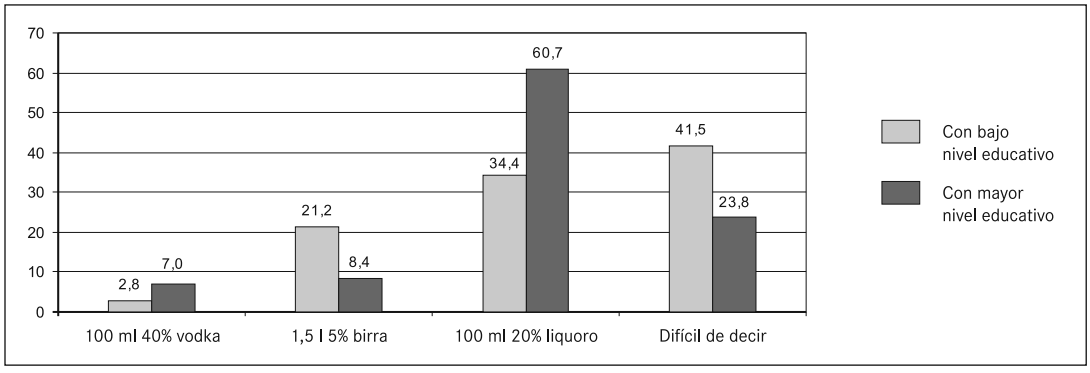


Tabla 18. 200 ml al 10% de volumen de alcohol es...



5. Actitudes sobre la educación relacionada con la salud de los trabajadores y tabajadoras letones/as y metodologías seleccionadas

Existen varios tipos diferentes de adquirir conocimiento y aptitudes relacionados con la salud, sin embargo, está claro que hay múltiples opiniones sobre cuál es el modo más adecuado. Por consiguiente, este estudio trata el tema preguntando la opinión de trabajadores con bajo y alto nivel educativo sobre la mayoría de modos típicos y populares para este tipo de formación. El análisis de datos muestra (véase la Tabla 19) que los modos más populares de adquirir conocimiento sobre temas de salud entre los trabajadores con bajo nivel educativo son:

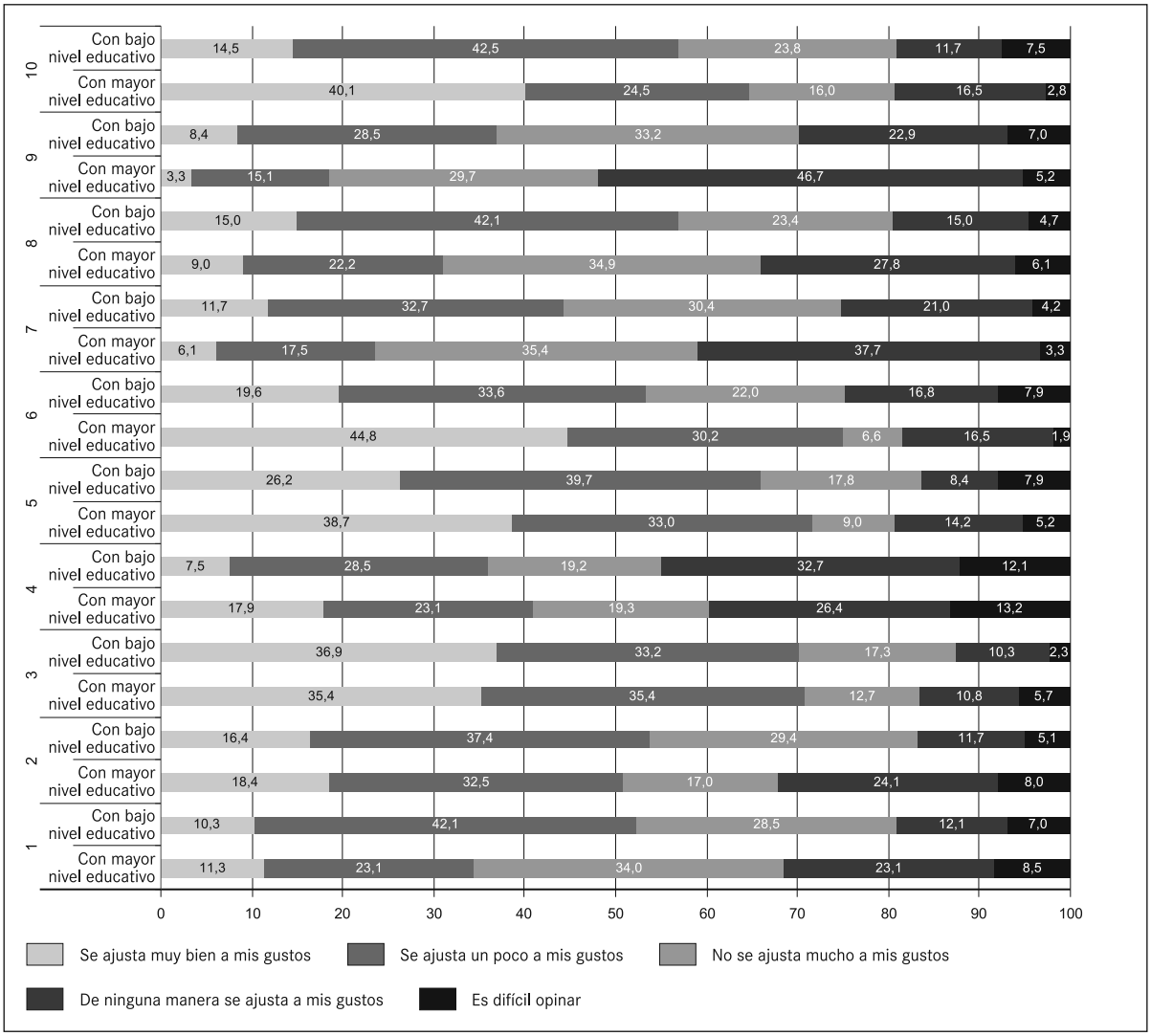
- Participar en una competición, una campaña sanitaria que ofrezca la oportunidad de ganar o conseguir algo (en total, el 75% eligió esta opción),
- Participar en ferias que promocionen estilos de vida saludables, ofreciendo la posibilidad de divertirse y hacer algo bueno para mi salud (71,7%) y
- Participar en reuniones cara a cara con un especialista, es decir, un/a formador/a, nutricionista o psicólogo/a que tras conocer mis problemas y necesidades me aconseje sobre los modos adecuados de cuidar de mi salud (70,8%).

Por otro lado, los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo eligieron:

- Participar en reuniones cara a cara con un especialista, es decir, un/a formador/a, nutricionista o psicólogo/a que tras conocer mis problemas y necesidades me aconseje sobre los modos adecuados de cuidar de mi salud (70,1%);
- Participar en ferias que promocionen estilos de vida saludables, ofreciendo la posibilidad de divertirse y hacer algo bueno para mi salud (65,9%) y
- Ver la televisión, escuchar programas de radio dedicados a la salud (57%) y leer artículos e información relativos a la salud en periódicos y revistas (57,1%).

Tal y como se indica, las elecciones más populares son realmente muy similares en ambos grupos con tan sólo algunas pequeñas diferencias. La diferencia más destacada entre los grupos se observa cuando sólo el 23,6% de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo elige consultar información sobre salud en Internet frente al 44,4% del grupo con mayor nivel educativo. Se observó un número importante de respuestas negativas entre los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo respecto a la opción de leer libros de autoayuda profesionales sobre salud (51,9%).

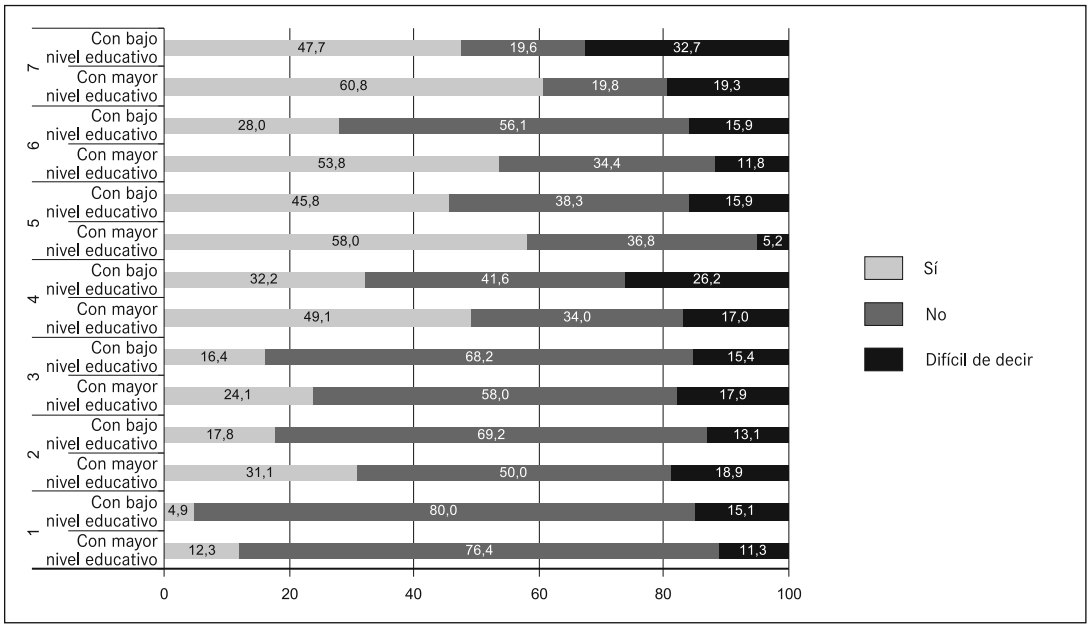
Tabla 19. Modos preferidos de adquirir conocimiento y aptitudes sobre la salud*



* 1 – Participar en una clase magistral, una charla durante la que el especialista comparte con un grupo de asistentes diferentes modos de cuidar de la salud, cómo superar enfermedades, 2 – Participar en reuniones donde un grupo de participantes, bajo la supervisión de un especialista, practicar algunas conductas buenas para su salud (como ayudarles a combatir el estrés o dejar de fumar), 3 – Participar en una reunión cara a cara con un especialista, es decir, un formador, nutricionista o psicólogo que tras conocer mis problemas y necesidades me aconseja sobre los modos adecuados de cuidar la salud, 4 – Leer folletos, panfletos, pósters relacionados con el cuidado de la salud, 5 – Participar en ferias que promocionen estilos de vida saludables, ofreciendo la posibilidad de divertirse y hacer algo bueno por mi salud, 6 – Participar en una competición, campaña sanitaria que ofrezca la posibilidad de ganar o conseguir algo, 7 – Buscar información interesante/importante sobre mi salud en Internet, 8 – Leer artículos e información sobre salud en periódicos y revistas, 9 – Leer libros de autoayuda profesionales sobre salud, 10 – Ver la televisión, escuchar programas de radio dedicados a la salud.

Al analizar los modos de llegar al público objetivo no sólo es importante el tipo de formación sino también entender posibles factores alentadores que podrían mejorar el índice de participación. Se formuló esa pregunta durante las entrevistas y, por lo visto, no se dieron grandes diferencias entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y los que tienen un nivel superior. Ambos grupos reconocieron que los factores más alentadores (alrededor del 75% de las personas encuestadas mencionaron los tres primeros) sería un acceso gratuito a la formación, seguido de recibir dinero por participar en actividades formativas y en la posibilidad de recibir tratamiento de salud durante la formación (por ejemplo, un masaje). Entre los factores menos alentadores y más mencionados: aparecer en los medios de comunicación, recibir folletos sobre el cuidado de la salud y la posibilidad de intercambiar opiniones, así como compartir experiencias. Esto demuestra claramente que la formación tradicional con elementos de intercambio de experiencias y participación en los medios de comunicación seguido de la redacción de folletos informativos probablemente no funcionen en el caso de los trabajadores letones. Otro factor estimulante solía ser el denominado "modelo de conducta" – una persona a la que se escucha y se sigue. Cuando se formuló esta pregunta a los trabajadores con bajo nivel educativo afirmaron que preferirían escuchar a expertos/as de reconocido prestigio mientras que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo preferían escuchar al médico o la enfermera. Otras respuestas también populares de ambos grupos incluían escuchar al experto en salud de alguien que haya superado con éxito el problema.

Tabla 20. Estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones relativas a la formación destinada a la salud*



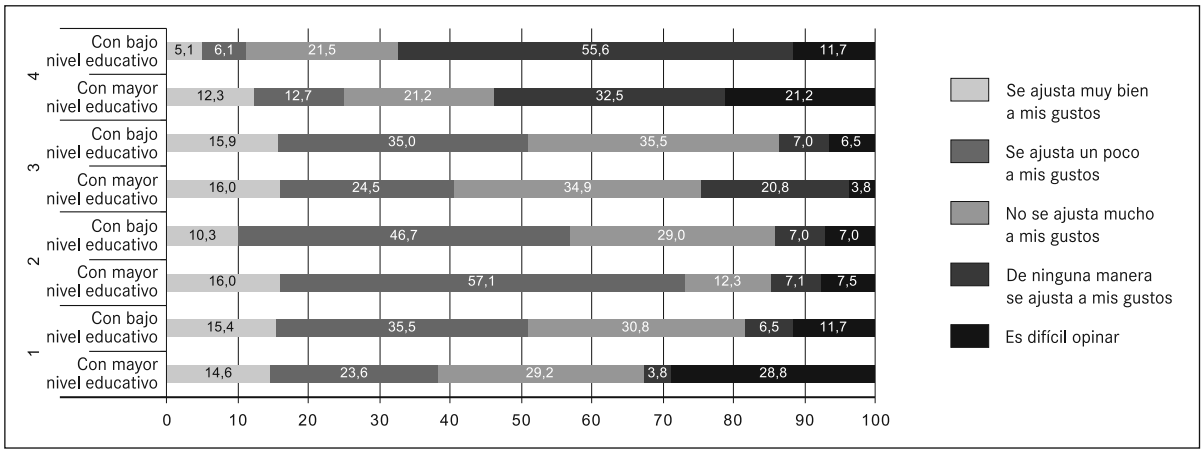
* 1 – El participar en esas actividades formativas me haría quedar mal entre mis amigos, 2 – Mientras goce de buena salud, no quiero saber nada de esas actividades formativas, 3 – Yo sé muy bien cómo cuidar de mi salud sin dichas actividades formativas, 4 – Estas actividades formativas sólo sirven para comerle el coco a uno, los formadores cada vez dicen una cosa distinta, 5 – No tengo tiempo para ese tipo de formaciones, 6 – A veces, es mejor saber lo menos posible sobre la salud de uno, 7 – Durante ese tipo de formaciones, a menudo, los organizadores quieren vender algo con el pretexto de hablar sobre salud.

Al analizar los factores menos alentadores que podrían desalentar la participación en actividades formativas sobre salud, el factor estimulante más importante, en ambos grupos, era la necesidad de pagar por formación, más del 60% de los/as entrevistados/as lo mencionan como su primera elección. Seguido de la duración del curso de más de 2 horas. Resulta interesante destacar que existen grandes diferencias respecto a los múltiples factores desalentadores, en concreto, a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo les da bastante miedo cumplimentar los tests que evalúan su conocimiento sobre la salud, hablar en público y les preocupa si será difícil entender lo que les dice el/a formador/a. En general, para todos los factores, los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo se mostraban menos reacios y desanimados que los del grupo con bajo nivel educativo.

Cuando se organizan actividades formativas sobre hábitos de salud suelen darse diversas actitudes hacia ello. Las afirmaciones más importantes se analizan en la tabla 20. Al analizar la percepción de los/as letones/as hacia la formación dedicada a la salud, parece ser, que ambos grupos de trabajadores/as solían estar bastante acostumbrados/as a que se hiciera mal uso de dicha formación aprovechando la misma como pretexto para vender algún tipo de producto (la típica experiencia en Letonia incluye la venta de vitaminas, complementos alimenticios, aparatos de gimnasio, etc.). Muy pocos de las personas encuestadas mencionaron simplemente no tener tiempo para dedicarle a ese tipo de formación (el 58% de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo y el 45,8% de los de bajo nivel educativo). Entre las respuestas más populares se encontraba también la afirmación de que dichas formaciones sólo sirven para confundir (los/as formadoresa/s cada vez dicen una cosa distinta) (véase la Tabla 20). Sorprendentemente muy pocos/as encuestados/as mencionaron la humillación como factor desalentador.

Resulta interesante y bastante sorprendente que los/as trabajadores/as letones/as no se mostraran muy entusiastas a la hora de recibir consejos sobre determinados temas que debían enseñarse en materia de salud. Las sugerencias más populares eran muy tradicionales y relacionadas con beber menos alcohol y fumar menos, seguido del consejo de participar en revisiones médicas e informar sobre sus derechos al someterse a revisiones médicas. Una diferencia interesante entre los grupos es que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo sugirieron formación que les enseñara a combatir el estrés y realizar ejercicio con más frecuencia, mientras que el grupo con menos nivel educativo no lo consideraba tan importante.

Tabla 21. Estoy de acuerdo con la siguiente afirmación*



* 1 – Mi trabajo y las condiciones en las que trabajo son perjudiciales para mi salud, 2 – Suelo descuidar mi salud en el trabajo, 3 – Intento aprender el modo de trabajar correcto para evitar dolencias, enfermedades, accidentes, 4 – Vale la pena seguir las normas sobre seguridad e higiene en el trabajo para evitar ser multado.

Especialmente en Letonia es muy típico que los/as trabajadores/as no se muestren preocupados/as sobre su estado de salud hasta que no existan problemas graves y sólo unos/as cuantos/as trabajadores/as relacionan el trabajo con su estado de salud. Esto se puede ver con más detalle en la Tabla 21 donde el 73,1% de las personas con bajo nivel educativo se muestra de acuerdo con esta afirmación – "Suelo descuidar mi salud en el trabajo". Dicha actitud suele ser más habitual entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y este estudio muestra una tendencia similar dado que sólo el 57% de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo está de acuerdo con esta afirmación. Los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo suelen estar mejor informados sobre los peligros en el lugar de trabajo en contraposición con los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo (el 50,9% de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo y el 38,2% de los de bajo nivel educativo). Desgraciadamente sólo la mitad de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo y menos del 40% de los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo están de acuerdo en que intentan aprender el modo de trabajar de un modo más seguro.

A pesar de la creencia común de que, en la mayoría de los casos, especialmente entre los trabajadores con bajo nivel educativo los compañeros de trabajo no suelen apoyar mucho los esfuerzos que hacen otros por mejorar sus hábitos de salud (por ej.: dejar de fumar, intentar perder peso o realizar ejercicio físico); los resultados de este cuestionario muestran lo contrario, en todas las situaciones en las que se formuló esta pregunta hubo muy pocas respuestas que decían que los compañeros de trabajo pretendían burlarse de ellos/as y, en la mayoría de los casos, la respuesta dominante (de haber existido dicha actividad más tarde) era que se mostraban dispuestos a ayudar.

Al analizar las expectativas de los/as trabajadores/as de su empresa respecto a cómo mejorar su salud o el entorno laboral no sorprende comprobar que las respuestas más populares incluían prestaciones muy habituales, de sobra conocidas en Letonia como vacunación gratuita y la posibilidad de recibir revisiones y tratamientos médicos gratis. La co-financiación de las actividades de ocio también era una de las opciones más escogidas. Los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo también mencionaron la organización de actividades deportivas y la creación de condiciones laborales menos estresantes.

6. Resumen

Según un estudio realizado a nivel nacional, alrededor del 45% de todos las personas encuestadas sienten que su estado de salud es bueno, según su propia valoración que se corresponde con los datos obtenidos en otros estudios. No obstante, cerca del 20% padece enfermedades de tipo crónico o ha sufrido algún accidente que le ha llevado a ciertas alteraciones de la salud sin que existan diferencias significativas entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y los de mayor nivel educativo.

Una proporción relativamente pequeña (alrededor de la mitad de los de mayor nivel educativo y sólo un tercio de los de bajo nivel educativo) de los/as encuestados/as piensa que su conocimiento sobre la salud es bueno y la mayoría de ellos desea aprender más. Esto quedó de manifiesto en el estudio, ya que las personas encuestadas fueron capaces de responder a la mayoría de las preguntas relativamente sencillas diseñadas para comprobar sus conocimientos sobre salud pero tuvieron dificultades al responder a las preguntas más difíciles y confusas.

Los métodos tradicionales de formación como la participación en competiciones o ferias que promocionen estilos de vida saludables parece que funcionan mejor en el caso de los trabajadores con bajo nivel educativo, mientras que las entrevistas cara a cara, leer y escuchar programas de radio y televisión especialmente dedicados a la salud funcionan mejor en el caso de los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo.

La participación libre y la oportunidad de recibir algo gratis (como por ejemplo, un masaje) son los factores más alentadores que convencen a las personas a participar en formación mientras que los folletos tradicionales parecen estar obsoletos para la población letona. La necesidad de pagar o recibir demasiadas horas de formación son los factores menos alentadores, así como el que los formadores muestren demasiado interés sobre su nivel de conocimiento y el miedo a hablar en público entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo.

Parece ser que los/as trabajadores/as letones/as también se muestran bastante escépticos a la hora de recibir formación en materia de salud, ya que se ha debido utilizar con bastante frecuencia de manera indebida intentando vender algo durante dichas actividades formativas.

Los/as compañeros/as de trabajo deberían involucrarse en el cambio de hábitos relacionados con la salud, ya que sorprendentemente hubo un alto índice de encuestados/as que sintieron su papel de apoyo.

Fumar y beber son los temas más populares que los/as propios/as trabajadores/as proponen como formación, además de actividades diseñadas para mejorar los exámenes médicos. El estrés no parece ser un tema que preocupe al colectivo de trabajadores/as con bajo nivel educativo, sin embargo, sí que lo es para los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo.

En lo que al tema de la salud en el trabajo se refiere, muy pocas personas se muestran interesadas en aprender modos seguros de trabajar y una gran proporción de los/as trabajadores/as está acostumbrado/a a trabajar sin preocuparse sobre temas de salud.

Las vacunas y los servicios médicos gratuitos son probablemente el mejor modo de atraer trabajadores/as a una empresa en concreto, y probablemente también a sesiones formativas sobre una vida sana.

Bibliografía

1. Causas de fallecimiento en la Unión Europea, 2006, Eurostat. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF
2. Estudio sobre la salud de los ciudadanos letones, Oficina Central de Estadísticas, Riga, 2008. Disponible en: http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc_cat=471&id=10914
3. Hábitos de salud sobre la población adulta letona - 2008, Centro de Economía sanitaria, 2008. Disponible en: http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt_1_dala.pdf
4. Hábitos deportivos de los ciudadanos letones, SKDS, Riga, 2007. Disponible en: http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf

CAPÍTULO 11
Actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud – ejemplo polaco

Elżbieta Korzeniowska

1. Introducción

Analizando el periodo de los últimos 20 años en Polonia, podemos observar profundas transformaciones en la estructura educativa de la sociedad, incluida la población activa. El número de personas con formación profesional básica (alrededor del 30%) se mantiene en un nivel similar; no obstante, se han producido cambios sustanciales en los niveles de educación extremos de los/as trabajadores/as polacos/as. El porcentaje de personas con nivel educativo inferior al profesional básico ha disminuido del 33% al 10%, mientras que los de las personas con educación superior ha aumentado del 10% al 22%. Además, se ha producido un ligero ascenso en el nivel de educación media, pasando del 30% al 38%. (Anuario estadístico de la República de Polonia, 1993, Anuario demográfico, 2006, Anuario estadístico de la República de Polonia, 2008). Por tanto, en la actualidad tenemos una población laboral mucho mejor preparada, ya que el 60% de los/as trabajadores/as tiene, al menos, educación secundaria o superior, y sólo el 40% no llega a ese nivel, mientras que hace 20 años esta proporción era justo a la inversa. Se trata de una situación completamente nueva, en general altamente positiva; no obstante, puede llevar consigo un cambio en el significado del concepto de comunidad con bajo nivel educativo en las actividades de la política estatal, incluidos los ámbitos laboral y de la salud. Esta amenaza es especialmente real en el caso de personas con estudios primarios que representan sólo el 10% de la población activa, convirtiéndose por tanto, en un grupo objetivo marginal (grupo de interés).

Desde que se publicó el Informe Black (1988), existe la opinión generalizada de que un nivel de educación bajo (y unos ingresos bajos) se ha vinculado a unos conocimientos insuficientes sobre aspectos relacionados con la salud, poco cuidado de la salud, y en consecuencia un peor estado de salud de aquellas personas que pertenecen a este tipo de categoría sociológica. En lo que a la sociedad polaca respecta, se llevan analizando las relaciones entre el nivel educativo y salud y sus determinantes sólo desde mediados de los 90[1], cuando el diagnóstico hecho con respecto a las relaciones en materia de salud y educación (basados en los datos de CBOS, IFiS PAN, GUS y PBS) indicó que un mayor nivel educativo significaba, entre otras cosas, unos hábitos alimenticios más saludables, mayor frecuencia de la actividad física, descenso en el porcentaje de fumadores/as y aumento del porcentaje de aquellas personas que habían dejado de fumar (Ostrowska 1999). Otro informe (realizado desde el año 2002) con representación completamente polaca, dentro de los programas relativos a las enfermedades del sistema cardiovascular (NATPOL PLUS, WOBASZ) mostró, por ejemplo, unos parámetros peores sobre el estado de salud entre las personas con

[1] Anteriormente, se hacía referencia a este tipo de análisis como por ej.: sólo hábitos médicos (Titkow, 1976) o ciudadanos de Varsovia (POL-MONICA-1983).

menor nivel educativo (por ej.: mayor obesidad y sobrepeso), menor conocimiento sobre la prevención de la hipertensión o sus complicaciones, además de menos hábitos alimenticios saludables (Kwaśniewska et al 2007)[2]. Los resultados del denominado diagnóstico social, realizado entre una muestra representativa de ciudadanos polacos en 2000, 2003, 2005 y 2007 indicó que un menor nivel educativo, el fumar cigarrillos y el consumo de alcohol están relacionado con un uso más frecuente de la atención sanitaria, (www.diagnoza.com). En lo que a los/as trabajadores/as se refiere, los estudios cíclicos de IMP en Łódź confirman tendencias similares, entre otros, de los años 1988, 2002 y 2007. Sus conclusiones indican que una baja educación se relaciona con una menor actividad física, fumar y beber más y peores hábitos alimenticios (Gniazdowski, 1990, Korzeniowska, 2004, Korzeniowska, 2008). Además, en general, estas personas prestan menos atención a aspectos relacionados con la salud, están menos satisfechos con su estado de salud y, en raras ocasiones, relacionan un cambio futuro de dicho estado con sus hábitos o con el hecho de cuidarse un poco más. Un menor nivel de educación suele estar relacionado con la falta de interés sobre la información presente en los medios respecto a cómo evitar enfermedades o cómo cuidar mejor su salud y con la sensación de que este tipo de mensajes son difíciles de comprender (Korzeniowska, 2008).

Los fenómenos arriba ilustrados muestran que los/as trabajadores/as polacos/as con bajo nivel educativo son una comunidad amenazada con la exclusión social en el ámbito de la salud y, en consecuencia, pueden estar en una peor posición en el mercado laboral, lo que apunta a una necesidad urgente de ampliar el campo de acciones que les garanticen la igualdad de oportunidades. Uno de los métodos para conseguir dicho objetivo puede ser una conducta adecuada respecto a la educación en materia de salud y la promoción de la salud lo que significa que este grupo tenga en cuenta, en un ámbito mucho más amplio que hasta ahora, un modo concreto de pensar y de comportarse con respecto a la salud, como base para crear proyectos eficaces de este tipo especialmente para ellos.

No obstante, tratamos una situación en la que los compromisos relacionados con la salud se dirigen a todo el mundo (lo que puede suponer el riesgo de que no llegue a nadie) o a la comunidad con mayor estatus en la estructura social. Por ejemplo, según datos del Centro Nacional Polaco de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo del Instituto Nofer de Medicina Laboral[3] de Łódź de 2002, se dirigieron varias actividades dentro de los programas de salud de las empresas polacas a, por ejemplo, directores/as (Korzeniowska, 2004). Se llevan a cabo campañas educativas en masa de manera que se precisa de un receptor que pueda manejar con habilidad los textos escritos y que comprenda perfectamente los mensajes. Incluso la información relativa a productos medicinales no se ajusta a las habilidades perceptivas de un cliente con bajo nivel educativo (Cianciara, 2006). Se critica la promoción de la salud como una estrategia aterrorizante o incluso se le tilda de aumentar las desigualdades en materia de salud (Słońska, 2005).

El objetivo de este capítulo es describir a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo como grupo objetivo de promoción y educación de la salud, incluida la dimensión que atañe a la formación de hábitos saludables (también en comparación con otros países que participan en el proyecto descrito). Por tanto, el texto presentará las necesidades elegidas que condicionan la percepción y aceptación o rechazo de ofertas incluidas en los proyectos de este tipo, identificados en base a datos subjetivos y objetivos. Un "retrato" de lo presentado podría consistir en los siguientes elementos: estado de salud percibido por uno/a mismo/a, sentido de la responsabilidad sobre su propia salud, hábitos sobre la salud, evaluación subjetiva del conocimiento sobre cómo cuidar la salud y disponibilidad de mejorarla en el contexto del nivel objetivo de conocimiento de información elegida sobre educación de la salud (la denominada "alfabetización sanitaria"), así como las preferencias sobre actividades relacionadas con la salud (entre otros en el lugar de trabajo).

Esta característica se basa en los datos recogidos de entrevistas tipo cuestionario con 405 trabajadores/a nacidos entre 1955 y 1984 que representaban, a partes iguales, cuatro grupos educativos: primaria, formación profesional básica, secundaria/post-secundaria y superior. La mitad de los entrevistados eran mujeres y la otra mitad hombres. Se buscó el carácter específico de las personas con bajo nivel educativo, entre los que se incluían graduados/as de escuelas primarias y formación profesional básica, en comparación con las personas que, al menos, habían acabado secundaria y postsecundaria.

---

[2] En Cardiología polaca también se puede encontrar una colección de artículos sobre los resultados de WOBASZ, 2005, 63

[3] En lo sucesivo nos referiremos a KCPZwMP

2. La salud en la reflexión diaria de los/as trabajadores/as polacos/as con bajo nivel educativo

Estudios anteriores del Centro KCPZwMP IMP de Łódź indicaban que los trabajadores polacos con bajo nivel educativo no piensan en qué consiste la salud, a qué se parece y qué podría hacerse cuando nada malo sucede (fenómeno definido por C. Herzlich (1973) y denominado "health in void"). Por eso, en el diagnóstico aquí presentado, se destacó el concepto de salud percibido/a por uno/a mismo/a. Resultó que sólo alrededor de uno/a de cada dos trabajadores/as con bajo nivel educativo cree que goza de buena salud, mientras que entre la población con mayor nivel educativo piensa así el 73%, y dos veces más los/as entrevistados/as con bajo nivel educativo (del 41% al 22%) aseguran padecer alguna dolencia, con cierta regularidad, aunque no se trata de problemas graves[4]. Desde este punto de vista, podemos suponer que una parte considerable de personas con bajo nivel educativo puede que estén ansiosos de participar en tareas relacionadas con la salud.

Un fenómeno importante que describe la actitud de cada persona hacia el tema de la salud y que determina, de antemano, su interés en desarrollar su conocimiento o aptitudes en este ámbito, también se encuentra presente en la forma de pensar y reflexionar sobre qué influencia personal tiene sobre su salud, y la creencia de que es fundamental. Parece ser que las personas con bajo nivel educativo difieren en este punto con respecto al grupo con mayor formación. El 45% afirma que no piensa en la salud a diario, no presta atención al modo en que sus hábitos pueden afectar a su salud (sólo el 28% del segundo grupo piensa así). Además, sólo una quinta parte de los/as encuestados/as afirma ser una persona que escucha con entusiasmo la información que se da sobre lo que es bueno para la salud y, a menudo, piensa en cómo podría hacer para que su vida fuera más saludable (en un grupo de control: uno de cada tres) [5]. Por eso, se detectó una barrera visible para poder acceder a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo porque una parte considerable de aquellos que no se responsabilizan de su propio estado de salud puede que no se consideren destinatarios/as de mensajes y actividades que pretendan llevar un estilo de vida más saludable. La situación entre la población trabajadora con bajo nivel educativo es aún peor en este sentido si lo comparamos con letones/as, eslovenos/as y españoles/as, donde casi uno de cada tres personas encuestadas no piensa a diario sobre el modo en que sus hábitos afectan a su estado de salud y un porcentaje ligeramente superior suele pensar en qué podría hacer para mejorar su salud (21%, 32%, 31% respectivamente, mientras que en el caso polaco es del 18%)[6].

3. Hábitos sobre la salud

El objetivo final de la educación y promoción de la salud es hacer que los hábitos saludables sean algo habitual para los/as destinatarios/as. Desde este punto de vista, el diagnóstico de cómo trata el grupo objetivo su salud es una premisa fundamental a la hora de planificar actividades de los programas y estrategias de este tipo. Parece ser que los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo practican, con menos frecuencia que el grupo de mayor nivel educativo, hábitos saludables, de un modo significativamente estático.

Tabla 1. Cuidado de la salud por parte de trabajadores/as con diferentes niveles educativos

Tipo de actividad	% de bajo nivel educativo	% de mayor nivel educativo
Evitar o reducir la ingesta de grasas	35%	62%
Cuidar la actividad física a diario	21%	49%,
Someterse a revisiones médicas sistemáticas	23%	39%
Intentar trabajar del modo menos perjudicial para la salud	59%	67%
Intentar beber pocas cantidades de alcohol o ser abstemio	68%	66%

[4] $p<0,0001$, df=2, X^2(Prueba X^2 de Pearson)=20,4
[5] $p<0,0001$, df=3, X^2=28,0)
[6] $p<0,0001$, df=12, X^2=113,7

Por tanto, tal y como muestra la tabla, los/as trabajadores/as con educación primaria y formación profesional básica parece que cuidan menos de su salud, según las áreas analizadas, que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo, lo que significa que las actividades de promoción y educación de la salud deberían dirigirse a ellos/as en particular.

4. Conocimiento respecto a la salud – aspectos objetivos y subjetivos

Una condición previa importante que influye en el interés a la hora de ofrecer actividades relacionadas con cuidar la salud es la autoevaluación del conocimiento en este ámbito y la necesidad de ampliar dicho conocimiento. Resulta que junto al descenso del nivel educativo, el porcentaje de personas que reivindican saber cómo cuidar de su salud cae significativamente (79%, 61%, 40%, 29% respectivamente[7]), logrando un nivel medio de alrededor de una cada tres personas en el grupo en cuestión. Además, sólo uno/a de cada tres encuestados/as (36%) manifiesta su voluntad de mejorar su conocimiento al respecto, mientras que en el grupo control, uno/a de cada dos.[8] Por eso, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo evalúan su conocimiento como bajo, aunque suelen mostrar poco interés en mejorarlo. Los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo suelen estar satisfechos con el conocimiento que tienen en este ámbito; no obstante, la mitad de ellos/as desea mejorarlo. En cuanto a la situación de los trabajadores/as polacos/as con bajo nivel educativo en comparación con otros países, un porcentaje similar de letones/as evalúa como bajo su conocimiento sobre salud mientras que españoles/as y eslovenos/as creen, el doble de veces, que su conocimiento es bueno o muy bueno[9]. Además, el índice más bajo respecto a la necesidad de mejorar dicho conocimiento se observa en Polonia, en comparación con el 48,5% de Eslovenia, el 55% de Letonia y el 71% de España[10].

Tabla 2. Respuestas correctas de los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos sobre términos empleados en los mensajes sobre educación de la salud

Término	% de bajo nivel educativo	% de mayor nivel educativo
Prevención de enfermedades	90	95
Fumador pasivo	93	96
Actividad física moderada	88	90
Estilo de vida saludable	80	89
Colesterol	74	91
Fibra	69	91
Índice de masa corporal	65	88
Pirámide alimenticia sana	65	89
Antioxidantes	18	31
Radicales libres	23	49
Ácidos grasos poliinsaturados	25	46
colesterol LDL	43	52

Para objetivar las necesidades de la educación en salud de los trabajadores con bajo nivel educativo, en las entrevistas se comprobaba si comprendían o no correctamente los términos de este tipo de mensajes, la denominada "alfabetización sanitaria" (Iwanowicz, 2009). Entre los que se incluyen: fumador/a pasivo/a, prevención de enfermedades, estilo de vida saludable, pirámide alimenticia sana, índice de masa corporal, colesterol, en cuyo caso los/as encuestados/as tenían que elegir una de entre

[7] $p<0,0001$, df=4, $X^2= 41,7$
[8] $p<0,01$, df=2, $X^2=13,3$
[9] $p<0,0001$, df =12, $X^2=113,6$
[10] $p<0,0001$, df=6, $X^2 =69,5$

tres definiciones que asociaban con dicho término. En lo que respecta a: el colesterol LDL, ejercicio físico moderado, ácidos grasos poliinsaturados, fibra, radicales libre y antioxidantes se les pedía que indicaran si dichos agentes son buenos o malos para la salud.

Los significados de determinados términos como: prevención de enfermedades, fumador/a pasivo/a, actividad física moderada, estilo de vida saludable se suelen identificar correctamente en los dos grupos del estudio. En otros casos, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo se manejan peor en este tipo de pruebas, en concreto, que los de mayor nivel educativo. Uno de cada cinco graduados/as en educación primaria y formación profesional básica no sabe lo qué es el colesterol, y un tercio de ellos/as desconoce qué es la pirámide alimenticia saludable, además ni tan siquiera han oído hablar de ese índice gracias al cual podemos comprobar si nuestro peso corporal es bueno para nuestra salud o no. Los resultados son similares cuando se les pide a los/as encuestados/as evaluar el modo en que afecta la fibra a su salud, e incluso peor aún cuando han de señalar la influencia que tiene el colesterol LDL, los antioxidantes, los radicales libres y los ácidos grasos poliinsaturados sobre la salud. Por consiguiente, estos términos que suelen aparecer en mensajes sobre la educación son prácticamente "incomprensibles" para los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo (se puede añadir aquí que también la intelectualidad polaca presenta un débil conocimiento sobre las consecuencias que tienen estos agentes sobre la salud).

5. Actitudes respecto a la educación en salud y sus metodologías preferidas

Una de las cuestiones a las que se han de enfrentar las personas que trabajan con la promoción y la educación de la salud se refiere al problema de qué fuentes de conocimiento y habilidades son necesarios para ocuparse de nuestra propia salud y, a veces, la de otros y transmitirlos, de manera razonable, a grupos objetivo. La siguiente tabla muestra las respuestas sobre este tema dadas por los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y los de mayor nivel educativo.

Tabla 3. Preferencias a la hora de adquirir conocimiento y habilidades respecto a la salud entre los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos.

Tipo de fuente	% de bajo nivel educativo	% de mayor nivel educativo
Emisiones de TV, radio	74	81
folletos, pósters	56	58
Consejo individual	55	68
Artículos en periódicos y revistas	51	72
Libros de autoayuda profesionales	44	66
Ferias	40	47
Competiciones, campañas	40	40
Internet	37	76
Talleres	37	53
Clases magistrales	27	44

El modo más aceptado, por regla general, por más de tres cuartas partes de las personas encuestadas, de obtener conocimientos y habilidades respecto a la salud es viendo la televisión y escuchando la radio. Se puede encontrar un interés similar (aunque algo inferior) de trabajadores con distintos niveles educativos en el caso de folletos y pósters, campañas y competiciones ofreciendo la oportunidad de ganar algo, además de ferias y reuniones cara a cara con especialistas que aconsejen sobre los modos adecuados de cuidar de la salud[11]. De manera que estos modos de transmitir información sobre salud resulta efectiva para un número muy similar de personas de los dos niveles educativos. En lo que respecta a artículos en periódicos y revistas, libros de autoayuda, Internet, clases magistrales y talleres, resultan menos efectivos

[11] Falta de relaciones estadísticas importantes entre el nivel educativo y la modalidad preferida.

en lo que respecta al grupo de menor nivel educativo[12], sobre todo, los tres últimos modos, ya que sólo podemos llegar a un tercio de los/as encuestados/as mediante dichos métodos. Además, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo polacos sienten una fuerte aversión por las clases en comparación con otros países participantes en el proyecto, por ejemplo, eslovenos/as y españoles/as que presentan casi la mitad[13].

En cuanto a los temas que, según los/as entrevistados/as, deberían enseñarse a los ciudadanos de este país, tanto trabajadores con bajo nivel educativo como superior coinciden en los temas. Con gran frecuencia suelen señalar: dieta sana, fumar cigarrillos (alrededor del 40% de las personas encuestadas), beber alcohol, y saber cómo sobrellevar el estrés (alrededor del 30%).

Cuando se refiere a programas relacionados con la salud organizados por los centros de trabajo, tanto los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo como superior exigen las mismas condiciones. La gran mayoría, alrededor de uno de cada dos encuestados quiere tener la posibilidad de someterse a un tratamiento médico y a revisiones médicas por parte de varios especialistas, pagados por la empresa. Un porcentaje algo inferior, quiere que la empresa se ocupe de su salud y seguridad en el trabajo mucho más de lo que exige la ley. Casi una de cada tres personas pide que la empresa se encargue de la cofinanciación de las actividades recreativas/de ocio de los/as trabajadores/as. Alrededor de una de cada cinco personas encuestadas pide que la dirección de la empresa se ocupe de crear unas condiciones laborales menos estresantes. Sólo un número inferior a uno de cada diez trabajadores señala que la empresa podría organizar clases y distribuir folletos que expliquen los distintos modos de cuidar de nuestra salud, invitarles a participar en actividades formativas sobre cómo beber alcohol de manera que no perjudique a la salud y prestar apoyo para dejar de fumar.

Las tareas relacionadas con la promoción y educación de la salud se suelen realizar teniendo en cuenta diversas actividades formativas. No se pueden sobreestimar en la situación en las que se aporta conocimiento que va más allá de los términos y la información básica o mejorar algunas de las habilidades concretas de un grupo objetivo. Sin embargo, el reto de los creadores de programas de promoción y educación de la salud está en cómo hacer participar a la gente. Este estudio presenta cuál ha sido la actitud general en dichas actividades formativas, qué los anima y que los desalienta a participar en ellas, además de cuáles son las preferencias de las personas que dirigen dichas actividades formativas.

Resulta que el 42% de las personas con bajo nivel educativo y el 31% de los de mayor nivel educativo piensan[14] conocer el mejor modo de cuidar de la salud sin necesidad de hacer dichas actividades formativas, lo que sugiere que invalidan el sentido de este tipo de tareas. Mientras que la creencia de que "siempre y cuando sea una persona sana, no me interesan dichas actividades formativas" la expresan alrededor de una de cada dos personas con bajo nivel educativo y alrededor de una de cada tres personas con mayor nivel educativo (53% y 35% respectivamente)[15]. Por consiguiente, el diagnóstico muestra la existencia de un problema grave en el modo de pensar de las personas con bajo nivel educativo respecto a la realización de actividades formativas dedicadas a la salud. Más del 40% invalida el sentido de dicha formación y más de la mitad considera participar en formaciones sólo en aquellas situaciones en que algo va mal con su salud. Además, las dos opiniones arriba mencionadas están presentes entre las personas con bajo nivel educativo, en mayor medida en Polonia, que en el resto de países entrevistados.[16]

Respecto a los diferentes tipos de temores relacionados con la formación, la creencia de que cuanto menos se sepa sobre la salud de uno mejor, estadísticamente hablando, suele darse entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, alrededor de la mitad (56%) más que en el grupo de los de mayor nivel educativo donde suelen mostrar dicha actitud uno de cada tres (33%)[17]. Los resultados son similares cuando opinan que "dichas actividades formativas sólo sirven para confundir, los/as formadores/as cada vez dicen una cosa distinta". De nuevo, más de la mitad de los trabajadores con bajo nivel educativo y alrededor de uno de cada tres con mayor nivel educativo entrevistados están de acuerdo con ello.[18] Además, los

[12] respectivamente: $p<0,01$, $df=4$, $X^2=18,1$; $p<0,001$, $df=4$, $X^2=21,7$; $p<0.0001$, $df=4$, $X^2=67,6$; $p<0,001$, $df=4$, $X^2=19,3$; $p<0,01$, $df=4$, $X^2=16,5$

[13] $p<0,0001$, $df=12$, $X^2=113,9$

[14] No se produjo una relación estadísticamente importante.

[15] $p<0,001$, $df=2$, $X^2=17,9$

[16] $p<0,0001$, $df=6$, $X^2=52,6$; $p<0,0001$, $df=6$, $X^2= 59,1$

[17] $p<0, 0001$, $df=2$, $X^2= 22,8$

[18] $p<0,0001$, $df=2$, $X^2= 23,1$

trabajadores con menos nivel educativo sospechan que "durante dichas actividades formativas sus organizadores suelen querer venderles algo bajo el pretexto de hablar de salud". El 58% de ellos expresan dicho temor mientras que en el grupo de control, la cifra es del 42%[19]. Por otro lado, el nivel educativo no varía en lo que respecta a las quejas habituales sobre falta de tiempo para realizar dichas formaciones, aspecto que indica tres cuartas partes de todos los/as encuestados/as. Cabe destacar también que en lo que respecta a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, los/as polacos/as señalan con más frecuencia dicho problema (79% de ellos). Entre los/as letones/as, la cifra es del 58%, del 49% en el caso de eslovenos/as y el 41% entre los/as españoles/as. Por ello, nuestros graduados de educación primaria y formación profesional básica tienen muy poco tiempo para recibir formación relacionada con la salud[20].

En resumen, la población trabajadora con educación primaria y formación profesional básica muestran una actitud más hostil hacia las actividades formativas relacionadas con la salud que los licenciados de educación secundaria y superior. Con más frecuencia, creen que saben muy bien cómo cuidar de su salud sin necesidad de realizar este tipo de formaciones, que es mejor saber poco sobre la salud de uno/a, que no confían en la información facilitada en dichas sesiones e incluso sospechan que los organizadores quieren vender algún producto con el pretexto de la formación. Por tanto, el grupo entrevistado no sólo parece confiar poco en el sentido que tienen dichas actividades formativas sino que sus miembros también tienen ciertas dudas sobre las mismas.

La educación y promoción en salud se dirige principalmente a personas que no sienten la necesidad de, o no pueden ampliar su conocimiento y habilidades relacionados con el cuidado de su salud. A menudo, significa no sólo preparar el formato de mayor calidad, los mejores temas de los programas y campañas de este tipo, sino también diseñar y realizar tareas, cuyo objetivo sea animar a los potenciales receptores haciéndolos atractivos, captando su atención y/o evitando aquellas actuaciones que desanimarían y disuadirían a sus destinatarios/as. He aquí las opiniones de las personas encuestadas, sobre este tipo de actividades que se suelen emplear en la práctica.

Tabla 4. Factores que determinan la participación en formaciones relativas a la salud de los/as trabajadores/as con diferentes niveles educativos

Tipo de incentivo	% de bajo nivel educativo	% de mayor nivel educativo
Acceso gratuito	73	78
Cobrar por participar	73	65
Tratamiento de salud durante la formación	71	83
Que se organice en horas de trabajo	72	64
Revisión de la salud durante la formación	70	80
Un pequeño obsequio	65	61
Posibilidad de obtener respuestas a sus preguntas	65	78
Posibilidad de practicar algo con la ayuda del experto	64	75
Participar en un sorteo con pequeños premios	58	51
Durante la actividad formativa se sirven refrigerios	51	45
Posibilidad de intercambiar opiniones, compartir experiencias	48	59
Un diploma, o certificado por asistir a la actividad formativa	48	57
Panfletos/ folletos para los participantes	44	48
Posibilidad de aparecer en los medios de comunicación en programas dedicados a la formación	31	25

[19] $p<0,01$, df=2, $X^2=10,4$

[20] $p<0,0001$, df=6, $X^2=84,2$

Parece ser que la opinión de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo no difiere mucho de la de los de mayor nivel educativo[21]. El acceso gratuito resulta ser el mayor incentivo. Lo que resulta interesante es que los/as encuestados/as optan, a menudo, por cobrar su participación en la formación. Los/as entrevistados/as también se animarían con la posibilidad de recibir diferentes tipos de servicios relacionados con la salud como un masaje o una revisión médica (por ej.: nivel de glucosa en sangre o presión arterial), así como que se organizaran durante las horas de trabajo en el propio centro de trabajo.

A continuación, se muestran los factores que desaniman a los grupos entrevistados a participar en actividades formativas relacionadas con la salud.

Tabla 5. Factores que les disuaden de participar en actividades formativas relacionadas con la salud

Tipo de causa de desánimo	**% de trabajadores con bajo nivel educativo**	**% de trabajadores con un mayor nivel educativo**
La necesidad de pagar	90	85
Duración del curso superior a dos horas	72	66
La necesidad de rellenar un test para comprobar los conocimientos	58	33
La necesidad de hablar en público	52	33
Preocupación de que a los participantes se les prohibirá hacer algo o tendrán miedo de hacerlo	51	29
Preocupación de que lo que se aprenda sea difícil de aplicar a la vida diaria	45	23
Preocupación de que la formación la organice un empresario que pueda enterarse de algo sobre la salud del trabajador	39	22
Contenido difícil de entender	38	22
Examinar el estado de salud	31	19

Parece ser que los representantes del grupo descrito difieren del grupo control mucho más que cuando se tienen en cuenta los factores que los animan a participar. Sólo las opciones de la necesidad de pagar por participar, que duren demasiado o la preocupación por el estado de salud son elegidas, tanto por los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo como los de mayor nivel educativo con la misma frecuencia. Sin embargo, las primeras dos opciones son barreras que se indican habitualmente mientras que la tercera es la menos elegida. Los/as graduados/as de primaria y formación profesional básica declaran, desde el punto de vista estadístico con mucha más frecuencia, que no participarían en actividades formativas durante las que tuvieran que cumplimentar algún test, hablar en público o donde se les prohibiera realizar determinadas cosas o tuvieran miedo a hacerlas. Alrededor de la mitad de ellos sienten cierto temor mientras que en el grupo de control sólo es así en una de cada tres personas. Además, casi la mitad de la población trabajadora con bajo nivel educativo no participarían en actividades formativas donde el conocimiento adquirido fuese difícil de aplicar a la vida diaria, y unos cuantos menos en el tipo de formaciones donde los/as formadores/as dijesen cosas difíciles de comprender (en este caso, sólo una de cada cinco personas renunciaría). Entre los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo también existe el temor de que a través de dichas sesiones formativas, los datos relacionados con su estado de salud podrían llegar a sus jefes y jefas.[22]

Las preferencias relativas a los/as formadores/as de salud son similares entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y los de mayor nivel educativo. La única diferencia, desde el punto de vista estadístico, estriba en la disposición a la hora de aprender de alguien que ha superado un problema de salud pero que no es significativo. Este tipo de orador/a suele ser más aceptado por los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo (uno de cada tres) mientras que entre los de bajo nivel educativo sólo uno de

[21] Sólo en el caso de certificados y diplomas por asistencia a la formación había una diferencia estadísticamente significativa, aunque débil.

[22] En todos los casos $p<0{,}0001$, df=2, a X^2 =32,7; 22,1; 22,7; 28,9; 14,2; 28,5 respectivamente

cada cuatro.[23] En general, parece ser que la gran mayoría de los/as trabajadores/as (alrededor de la mitad de personas entrevistadas) espera encontrarse para este puesto una persona con experiencia profesional en problemas de salud como un médico, una enfermera, un psicólogo. Otros oradores potenciales (una persona experta de reconocido prestigio, un representante de la medicina alternativa, un clérigo) reciben muchos menos puntos.

6. Resumen de los resultados y conclusiones de la educación y promoción de la salud

Resulta que y, de hecho se ha vuelto a confirmar,[24] los/as trabajadores/as polacos/as con educación primaria y formación profesional básica difieren, de manera negativa, respecto a su actitud general hacia la salud y el modo de cuidar de la misma, si los comparamos con aquellos que pasan a la educación superior. Suelen presentar menos cambios que son buenos para su salud, por ejemplo, en cuanto a hábitos alimenticios, se preocupan menos por realizar alguna actividad física a diario, no suelen controlar sistemáticamente su estado de salud. Además, la mitad de ellos no piensa, a diario, sobre cómo afectan sus hábitos a su salud y sólo uno de cada cinco escucha atentamente la información sobre qué es bueno para su salud y piensa en cómo llevar una vida más sana. Por consiguiente, suelen estar poco al tanto sobre este tipo de temas. Alrededor de una de cada dos personas únicamente se interesa por las actividades formativas relacionadas con la salud.

En lo que respecta a los conocimientos que tienen sobre temas de salud, es bastante frecuente, tres de cada personas encuestadas admite que poseen pocos o insuficientes conocimientos, y al mismo tiempo alrededor de una de cada tres personas le gustaría hablar más sobre la salud. Esta actitud podría expresarse de la siguiente manera: "No sé muy bien cómo cuidar de mi salud pero con lo que ya sé, me basta" (y entre los que tienen un mayor nivel educativo: "mi conocimiento es bueno pero me gustaría saber más"). La interpretación de dicha actitud supone un reto importante. No se puede percibir simplemente (o sólo) como un signo de ignorancia hacia temas de salud. Parece que la evaluación crítica (y precisa con respecto al nivel de "alfabetización en salud" de la persona entrevistada) sobre su propio conocimiento puede indicar que la salud es un tema significativo (que parece ser igual en las conclusiones a las que han llegado otros estudios sobre el estado de salud de la sociedad polaca, Puchalski, 2009). Lo que también debería analizarse profundamente es la comprensión del motivo por el que no desean saber nada más sobre salud, si no evalúan bien su conocimiento. En más del 40% de los casos, la convicción de que "con lo que ya sé, me basta" puede resultar de la creencia "Yo sé la mejor manera de cuidar de mi salud" y en este caso la situación es bastante clara. No obstante, surge la duda de si en el resto de casos, no estamos hablando de la opinión del tipo: "lo que sé ha de ser suficiente". Dicha interpretación queda confirmada por signos como: a) preocupación, b) desconfianza generalizada hacia lo que se enseña, c) retirada o falta de fe en la posibilidad de mejorar nuestro propio conocimiento. En cuanto a la preocupación, más de la mitad de las personas encuestadas con bajo nivel educativo opinan que, a veces, es mejor saber cuanto menos mejor sobre la salud de uno. Puede que ello sea, en primer lugar, el resultado de una evaluación crítica del funcionamiento del sistema polaco de atención sanitaria que incluye la posibilidad de recibir ayuda en caso de padecer alguna enfermedad[25]. El indicador de la desconfianza/sospecha generalizada es, por ejemplo, la preocupación de casi el 60% de los/as encuestados/as con educación primaria y formación profesional básica que durante dichas sesiones formativas sus organizadores han intentado venderles algo con el pretexto de hablar de salud. La actitud crítica hacia la educación de la salud queda ilustrada por las opiniones de alrededor de la mitad de trabajadores/as con bajo nivel educativo de que dichas formaciones: proporcionan información contradictoria ("los/as formadores/as dicen cada vez una cosa distinta"), o información difícil de llevar a la práctica en la vida diaria o que da miedo o representa una serie de prohibiciones. Además, una de cada tres personas se mostraba preocupada sobre si le resultaría difícil comprender la información facilitada. Dicha actitud hacia las formaciones de índole

[23] $p<0,01$, $df=1$, $X^2=8,2$

[24] Las conclusiones de los estudios realizados por el Centro Nacional Polaco de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo del Instituto Nofer de Medicina Laboral de Łódź se debatieron en el capítulo anterior.

[25] Stwierdzono to zjawisko m.in. w ramach badania 50. pracowników o niskim poziomie wykształcenia, przeprowadzonego w 2009r. przez KCPZwMP IMP w Łodzi, metodą wywiadu swobodnego

sanitaria pueden, obviamente, proceder de una experiencia de aprendizaje anterior de la escuela y no ser originada por la evaluación crítica de tareas destinadas a la salud; no obstante, se ha de tener en cuenta. En resumen, se puede suponer que no todos de esas tres cuartas partes de trabajadores/as con bajo nivel educativo que afirman que "a ellos les basta" estén claramente en contra de ampliar sus conocimientos sobre cómo cuidar su salud.

Un análisis sobre las preferencias concretas relativas a las fuentes a través de las cuales a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo les gustaría cuidar de su salud, mostró que tres de cada cuatro de ellos elegían este tipo de programas de radio y televisión, y que más de la mitad elegían los pósters, folletos, artículos en prensa y consejo individualizado facilitado por el paciente. Por ello, se ven a sí mismos como destinatarios/as de las emisiones de los medios de comunicación y de las campañas educativas. Ven la segunda opción de conocimiento en las reuniones cara a cara con, por ejemplo, un nutricionista o psicólogo/a. De modo que se puede suponer que los/as trabajadores/as del grupo de estudio en comparación con los del grupo de control (que, aparte de los medios de comunicación señalan a Internet, prensa y libros de autoayuda), parecen estar más preparados para la recepción pasiva, mientras que escuchar la radio, ver la televisión, mirar las vallas publicitarias, pósters y el consejo cara a cara se puede asociar con visitas al médico. Por otro lado, las dos comunidades, del mismo modo y cada vez menos, ven a los centros de trabajo en el papel de facilitadores de conocimiento o creadores de habilidades relacionados con el cuidado de la salud, sino que ven a sus empleadores/as como organizadores de dichas actividades de tipo estándar, cuyo objetivo es cuidar de la salud y seguridad en el trabajo, crear unas condiciones de trabajo menos estresantes y pagar las revisiones y tratamientos médicos de los/as trabajadores/as, así como sus actividades recreativas/ y de ocio.

Entre las cosas que animarían a participar en actividades formativas relacionadas con la salud serían, primero que nada, (alrededor de tres de cada cuatro trabajadores/as con bajo nivel educativo) que fueran de acceso gratuito, se organizara durante el horario de trabajo, existiera la posibilidad de participar en un tratamiento de salud o someterse a una revisión médica durante la formación. Lo que sorprende es que estén dispuestos a ganar dinero por participar en dichas formaciones, al mismo nivel.

Entre los factores que desaniman a los/as graduados/as de educación primaria o de las escuelas de formación básica a la hora de participar en este tipo de formación, alrededor de uno de cada dos, hace referencia a la necesidad de contestar a un test o de hablar en público. Los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo también mostraron cierto temor de que a través de las formaciones, los/as empleadores/as supieran del estado de salud de los/as trabajadores/as.

En lo que respecta a los ponentes de dichas formaciones, los trabajadores polacos de bajo nivel educativo suelen elegir (alrededor del 40%) especialistas como médicos, enfermeras, matronas u otras personas relacionadas con la salud como psicólogos/as, nutricionistas o fisioterapeutas. Con menos frecuencia (25%) consideran a una persona famosa y el 20% a profesionales de la medicina alternativa. Por eso, de manera subjetiva, el derecho y probablemente la competencia de llevar a cabo este tipo de actividades se daría, en primer lugar, a todos los representantes de profesiones médicas (o relacionados con la medicina).

Los organizadores de tareas relacionadas con la educación de la salud dirigidas a trabajadores/as de bajo nivel educativo tienen que enfrentarse a un reto muy difícil. En primer lugar, este tipo de personas deberían mostrar mayor interés sobre el tema de la salud y un sentido de responsabilidad por su estado de salud. Supone la necesidad de cambiar la creencia: "no veo por qué tengo que cuidar mi salud si soy una persona sana" o suposiciones de que todo el mundo sabe cómo cuidar de su salud porque lo ha ido aprendiendo a lo largo de toda su vida. En este sentido, la educación sobre salud se enfrenta a una barrera fundamental que es, de hecho, la falta de demanda de dichos mensajes y no la sensación de carencia o de un problema de mejor calidad.

A continuación, surge la necesidad de minimizar la aversión de aprender, ampliar conocimientos sobre cómo comportarse de manera razonable para no perjudicar a nuestra propia salud, y cómo reforzarla, algo que afirman dos de cada tres trabajadores/as con bajo nivel educativo. Afortunadamente, están acostumbrados al hecho de que la salud se trata en los medios de comunicación y que se puede ver en los pósters que nos rodean (vallas publicitarias) o folletos dedicados a la salud. Éstas son algunas de las formas de llegar a ellos. No obstante, en el caso de los medios de comunicación se da el problema de que este colectivo pertenece a un grupo más pequeño (una minoría), y este tipo de mensajes ha de llegar a una

audiencia más grande (una mayoría), por lo que puede que a los medios de comunicación no les interese la información destinada a ese grupo o, al menos, puedan limitarlo. Por otro lado, los estudios sobre calidad realizados por KCPZwMP IMP en Łódź demuestran que los programas dedicados a la salud en la televisión o en la radio fácilmente pierden la contienda con la emisión de películas o competiciones deportivas a la hora de elegir este tipo de público (Percepción..., 2009). Como resultado de ello, se siguen distribuyendo pósters y folletos por donde se mueven estas personas pero no en los centros de trabajo donde esperan verlos los/as trabajadores/as, a fin de realizar actividades tradicionales relacionadas con la salud y seguridad en el lugar de trabajo, revisiones médicas y tratamientos médicos. De modo alternativo, también se puede hacer llegar dicha información a los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo con pequeños artículos en prensa o revistas, pero tal y como se indicó en el anterior estudio de calidad, podrían estar presentes en determinados lugares donde esta gente busque otras cosas como entretenimiento o información (por ejemplo, sobre un programa de televisión), y así poder leer sobre salud al mismo tiempo.

Otro problema importante se da en la situación en la que queremos ampliar nuestro conocimiento o habilidades más de lo que nos proporcionan los programas de radio y televisión o los folletos, etc., y es entonces cuando son necesarias las formaciones (el diagnóstico realizado demuestra que se da cuando el conocimiento de los fenómenos y los términos que se suelen emplear en mensajes relacionados con la educación de la salud no es satisfactorio). En esta situación, la mitad de trabajadores/as con educación primaria o formación profesional básica evoca una serie de asociaciones negativas. No quieren "sentarse en un pupitre" otra vez (sólo una de cada tres personas se muestra conforme con participar en una clase o taller), y temen que aquello que se diga durante las formaciones sea difícil de comprender para ellos y que el conocimiento enseñado no sea fácil de aplicarlo a la vida diaria. También les preocupa la necesidad de contestar a un test para comprobar su nivel de conocimiento o hablar en público. Además, no están dispuestos a pasar más de dos horas realizando este esfuerzo, y en cualquier caso prefieren hacerlo en horas de trabajo; pero aún así la mayoría piensa que no tiene tiempo para este tipo de actividades formativas. Tres cuartas partes de esta comunidad espera que estas formaciones sean gratuitas y ansiosamente esperan aceptar dinero por participar en ellas. Les gustaría tener la posibilidad de participar durante dicha formación en un tratamiento de salud o una revisión médica y dos tercios desean recibir algún tipo de obsequio. La mitad no rechazaría algún refrigerio que se sirviera durante la formación, así como lotería con pequeños regalos. Todo ello supone grandes gastos para los organizadores, pero también dificultades de tipo logístico. Afortunadamente, dos tercios de esta comunidad se animaría ante la posibilidad de recibir respuestas a sus preguntas, o de llevar a cabo determinados hábitos saludables bajo la supervisión de un experto.

El status quo presentado indica que la educación y promoción de la salud en el caso de trabajadores/as polacos/as con bajo nivel educativo realmente tiene un "nudo gordiano" que cortar. Se aprecia fácilmente que dicho destinatario precisa de actividades sobre las que recapacitar concretamente. Parece ser que los medios comerciales (radio y televisión) que son medios orientados a la comunicación de masas no cumplirían el papel de una cadena que completaría su falta de conocimiento o cambiar sus creencias desfavorables sobre salud. En la prensa (sobre todo, la diaria) se pueden ver algunas posibilidades pero sólo si los ojos de los/as lectores/as son captados por artículos dedicados a la salud al leer artículos/información sobre otros temas. Por tanto, han de cumplir algunos desmesurados criterios: llamar la atención (por tema elegido), que sean cortos y fáciles de comprender. Significa que, en lo que respecta al contenido, puede llegar al/a destinatario/a por esta vía una oferta muy limitada. Los mismos retos y limitaciones se dan en el caso de pósters y folletos.

El diagnóstico realizado muestra, en primer lugar, que todos los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo sienten la necesidad de tener un contacto individual con los expertos en salud, sobre todo, con un médico, les gustaría tener la posibilidad de hacer preguntas y que se les contestaran, e incluso aprender algunas nuevas habilidades bajo su supervisión. Éste es probablemente el modo más aceptado por este tipo de personas a la hora de aprender a cuidar de la salud de uno. Evidentemente, no son buenas noticias para los organizadores de proyectos de promoción y educación de la salud porque es un método costoso y para el que hay que invertir mucho tiempo. No obstante, este modo de llegar a los trabajadores con bajo nivel educativo no ha de descartarse. Parece que debería tomarse en cuenta este método para campañas educativas dirigidas a la población activa y por supuesto que se considere el problema de que

se apunten los trabajadores con bajo nivel educativo (sobre todo en el caso de chequeos), lo que significa una vez más que una estrategia bien meditada fomenta este tipo de influencia. Parece que este problema y otros retos identificados podrán resolverlos la organización de este tipo de consultas individuales en los centros de trabajo que emplean a trabajadores/as con bajo nivel educativo. El problema de la participación podría resolverse, de manera efectiva, agregando consultas sobre salud bien dirigidas a revisiones médicas iniciales obligatorias, chequeos o atención complementaria. Si asumimos que dejarán una buena impresión y que las próximos reuniones de este tipo especialmente organizadas se celebrarían durante el horario de trabajo y serían subvencionadas por un segundo empleador (es decir, no resultante de puestos de trabajo característicos) las revisiones o tratamientos para la salud, la probabilidad de éxito de este tipo de proyectos aumentaría. Por tanto, parece que los programas de promoción de la salud en las empresas serían un bueno modo de cumplir los retos derivados del modo característico de comportarse y pensar sobre la salud de los trabajadores con bajo nivel educativo. Estos programas tendrían que tener en cuenta la educación sobre salud realizada individualmente, la oferta de realizar un chequeo médico preventivo adicional o un tratamiento de salud (por ejemplo, fisioterapéutico), algunas formas de cofinanciar las actividades de ocio/recreo, actividades dirigidas a aumentar el aspecto estético y el confort en el lugar de trabajo y crear unas condiciones de trabajo menos estresantes, etc., dependiendo de las capacidades de cada empresa.

Bibliografía

1. Anuario demográfico, Oficina Central de Estadística [en polaco], Varsovia 2006
2. Anuario estadístico de la República de Polonia, Oficina Central de Estadística. [en polaco] Varsovia 1993
3. Anuario estadístico de la República de Polonia, Oficina Central de Estadística. [en polaco] Varsovia 2008
4. Anuario estadístico de la República de Polonia, Oficina Central de Estadística. [en polaco] Varsovia 2008
5. Anuario estadístico, Oficina Central de Estadística. [en polaco] Varsovia 1988.
6. Cianciara D.: Evaluación de la estructura y utilidad de la información presente en los materiales que promocionan medicamentos sin receta desde la perspectiva de la nueva Sanidad Pública. [en polaco]. Państwowy Zakład Higieny, Varsovia 2006.
7. Gniazdowski A.: Hábitos saludables fuera del trabajo de las personas que trabajan en industrias. En: Gniazdowski A, editor, Hábitos saludables. Aspectos teóricos, Un intento de describir los hábitos saludables de la sociedad polaca. [en polaco] IMP, Łódź, 1990
8. Herzlich C.: Salud y enfermedad. Un análisis socio-psicológico, Academic Press, Londres, 1973
9. http:// www.diagnoza.com/ (Citado el 6.05.2010)
10. Iwanowicz E.: Alfabetización en salud como uno de los retos contemporáneos de la salud pública. [en polaco] Medycyna Pracy, 2009, Nº. 5
11. Korzeniowska E.: Concienciación sobre la salud de trabajadores con bajo nivel educativo profesionalmente activos como un reto de la educación en salud. En: Chrzanowska I, Jachimczak B., editores: Un para otros en la ciencia educativa contemporánea. Retos en la práctica. [en polaco]. Satoridruk.pl, Łódź, 2008
12. Korzeniowska E.: Beneficios para la salud y hábitos saludables en trabajadaores mayores de empresas grandes y medianas. [en polaco] Medycyna Pracy, 2004, 55(2).
13. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk – Hałas K., Pikala M., Drygas W.: Evaluación de popularización de un estilo de vida saludable entre los ciudadanos adultos de Voivodeships of Łódź y Lublin. Project WOBASZ. [en polaco]. Przegląd Lekarski, 2007/64 /2
14. Ostrowska A. Estilo de vida y salud. [en polaco] IFiS PAN, Varsovia, 1999
15. Percepción de mensajes en la educación en salud de personas con bajo nivel educativo. [in Polish] IMP, Łódź, 2009
16. Puchalski K: Valor de la salud en base a los resultados del estudio. En: Bąk A, Kubisz-Muła Ł. (editores): Métodos, técnicas y práctica de estudios sociales. [en polaco] Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, Bielsko Biała 2009
17. Słońska Z.: Revisión sociológica de la promoción en salud. Problemas elegidos. En: Piątkowski W., Brodniak W., A. (editores): Salud y enfermedad. Perspectiva sociológica. [en polaco] WSSG, Tyczyn, 2005

CAPÍTULO 12
Actitud de los trabajadores y trabajadoras con bajo nivel educativo hacia la salud. El ejemplo esloveno

Natasa Dernovscek Hafner, Tanja Urdih Lazar, Klavdija Besednjak

1. Fundamentos de vulnerabilidad – estado de salud, nivel educativo y posición económica de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo

1.1. La estructura educativa de la población activa económicamente

Las estadísticas nacionales sobre la estructura educativa de la población activa desde el punto de vista económico para el año 2008 indican que el 14,8% de los/as trabajadores/as había finalizado los estudios de educación secundaria y el 26,8% los de primaria o formación profesional básica (Oficina de Estadística de la República de Eslovenia, 2008 a). Una visión general de la estructura educativa de los/as trabajadores/as dividido por sectores industriales para el año 2007 indica que los/as trabajadores/as con nivel educativo por debajo de la enseñanza secundaria (trabajadores/as no cualificados o semi-cualificados) predominan en los siguientes sectores: construcción (37,0%), seguido de la agricultura, la caza y la silvicultura (30,6%), industria manufacturera (29,4%) y hostelería 24,0% (Oficina Estadística de la República de Eslovenia, 2008 b).

La estructura educativa de los/as trabajadores/as de las últimas dos décadas favorece la contratación de una mano de obra más cualificada y la fuga de trabajadores/as con bajo nivel educativo, debido a la demanda de una reestructuración económica (Ivancic et al 2007).

El 41,6% de los/as trabajadores/as (cifras del año 2007) de Eslovenia no llegan a los niveles educativos de educación secundaria general o técnica, "condición indispensable para seguir estudiando en educación superior e indicador de los índices de alfabetización necesarios para tener éxito en las sociedades de la información modernas" (Oficina de Estadística de la República de Eslovenia, 2008 a, Ivancic et al 2007).

1.2. Situación económica

Según investigaciones extranjeras, alrededor de la mitad de los/as trabajadores/as con cualificaciones básicas tienen unos empleos con salarios bajos. Conseguir un nivel medio o alto de alfabetización funcional es extremadamente importante a la hora de huir de los salarios bajos y los ingresos bajos. Del 65 por ciento de los trabajadores que se encuentran en el nivel 3 (categoría media) o superior según el Estudio nacional de alfabetización de adultos, sólo el 3,5 por ciento de los hombres y el 6,5% de las mujeres percibían salarios bajos y vivían en familias con ingresos por debajo del 150 por ciento del nivel de pobreza federal. Por otro lado, la baja alfabetización funcional prácticamente aumenta las posibilidades de conseguir un trabajo con un salario bajo. Por ejemplo, la incidencia de salarios bajos en mujeres era del 30 por ciento superior entre los que tenían una puntuación en el nivel de alfabetización más bajo en comparación con las mujeres que se encontraban en el nivel medio (Lerman, Skidmore 1999).

Según los resultados del estudio nacional no se aprecian diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a la evaluación de su propia salud. Más del 70% de las personas encuestadas afirma gozar de buena salud.

La tendencia podía indicar que las personas encuestadas con estudios de educación primaria son más propensas a tener limitaciones graves, dificultades o enfermedades crónicas que el resto de los/as encuestados/as.

Existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de estudio. Los resultados demuestran que las personas encuestadas con bajo nivel educativo evalúan su nivel de educación en base a su conocimiento y habilidades, que consideran superiores al nivel oficialmente alcanzado.

En lo que respecta al nivel de compromiso de actividades de auto-desarrollo existen diferencias estadísticas significativas entre los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo y los de mayor nivel educativo en todas aquellas situaciones en las que se les preguntó (conocimiento de lenguas extranjeras, conocimientos de informática e Internet, técnicas sobre empleo mejoradas o hobbies) salvo "leer los periódicos y revistas a diario". Cuanto más alto sea el nivel educativo, mayor número de personas aprenderá lenguas extranjeras, hará uso de Internet e informática y más participará en cursos o leerá revistas profesionales.

El 70% de las personas encuestadas respondió que se encuentran en una posición económica media, pero existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de estudio. Casi la mitad de las personas encuestadas con educación primaria afirmó tener que vivir de manera bastante modesta, mientras que entre los de mayor nivel educativo el porcentaje era sólo el 10%.

Conclusiones y recomendaciones

En general, más del 70% de los/as encuestados/as afirmó gozar de buena salud. Por otro lado, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo parecen ser más vulnerables a padecer problemas de salud que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo, suelen tener más enfermedades crónicas y disponen de una peor situación económica en comparación con las personas encuestadas de mayor nivel educativo.

2. Conocimiento y alfabetización respecto a las formas de cuidar de la salud – aspectos objetivos y subjetivos

2.1. Índice de alfabetización de la población activa desde el punto de vista económico

Conforme al estudio de alfabetización internacional OCDE, se define la alfabetización como "la capacidad de comprender y emplear información impresa en actividades diarias en el hogar, en el trabajo, en la comunidad – lograr el objetivo marcado y desarrollar sus habilidades y potencial". Los logros de alfabetización se explican con los cuatro factores clave: nivel de educación, educación de los padres, edad, y situación laboral. En el ámbito de la alfabetización entre los veinte países participantes Eslovenia se situó casi al final de la escalera – los peores resultados los consiguieron Polonia, Portugal y Chile (Ivancic et al 2007).

El que haya una mejor respuesta en cuanto a alfabetización sanitaria está directamente relacionado con un mejor logro educativo. El factor que separa a los/as trabajadores/as con un bajo rendimiento con respecto a los que consiguen mejores resultados es la educación secundaria de cuatro años de duración (Ivancic et al 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la alfabetización sobre salud como "las habilidades sociales y cognitivas que determinan la motivación y la capacidad de individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, a fin de promover y mantener una buena salud". Además añade: "Al mejorar el acceso de las personas a la información sanitaria y su capacidad de usarla de manera eficaz, la alfabetización sanitaria resulta fundamental para la capacitación." El Servicio Nacional de Salud añade "la disposición para recibir información sobre salud" junto a los niveles educativos y de lectura y los antecedentes culturales en su descripción de alfabetización sanitaria (Kempner 2003).

La alfabetización sanitaria baja afecta a la capacidad de una persona de tomar decisiones informadas sobre su salud pudiendo resultar en el tratamiento ineficaz y la rehabilitación errónea del paciente. Los niveles bajos de alfabetización sanitaria existen en todos los países Un estudio estadounidense de

1995 descubrió que un tercio de los pacientes de hospitales de habla inglesa no sabía leer ni comprender materiales sanitarios básicos. Los ancianos y las personas con peor estado de salud general eran las que presentaban los peores niveles de alfabetización sanitaria (Alfabetización sanitaria 2003).

Hace tiempo que se sabe que la capacidad de lectura afecta a la salud. Debido al bajo nivel de alfabetización general de los/as trabajadores/as que tienen un nivel de formación inferior a la educación secundaria de cuatro años, se puede concluir que tienen escaso acceso a la información sanitaria y pocas posibilidades de utilizarla de manera efectiva.

2.2. Autoevaluación respecto a los modos de cuidar de la salud

Los resultados del estudio nacional demuestran que casi el 70% de las personas encuestadas evalúa su conocimiento sobre salud como "muy bueno" o "bueno". Sin embargo, existen grandes y significativas diferencias desde el punto de vista estadístico entre los diferentes grupos del estudio. Más del 40% de las personas encuestadas con educación primaria valoran su conocimiento como "bastante pobre" o "insuficiente", mientras que sólo lo considera así el 10 % de las personas encuestadas del grupo formado por personas con educación superior.

Alrededor del 56% de los/as encuestados/as piensa que sería bueno saber más sobre la atención sanitaria y alrededor del 30% piensa que ya sabe suficiente. Existen algunas diferencias entre los distintos grupos – los/as encuestados/as con educación profesional básica creen que "lo que saben sobre cómo cuidar de su salud es suficiente"; la gran mayoría de ellos, en comparación con el resto de grupos del estudio.

2.3. Alfabetización en materia de salud de los trabajadores y las trabajadoras con bajo nivel educativo

Existen diferencias significativas, desde el punto de vista estadístico, entre los grupos de estudio en lo que respecta a su nivel de alfabetización sanitaria. Los/as encuestados/as con educación superior o post-secundaria conocen más conceptos de salud como, por ejemplo: qué significa, fumador pasivo, prevención de enfermedades, estilo de vida saludable e índice de masa corporal (IMC). No se encontraron diferencias en lo que respecta a: colesterol y pirámide alimenticia.

Más de un tercio de las personas encuestadas no sabe si el colesterol LDL es bueno o malo para su salud.

Casi todos los/as encuestados/as son conscientes de los beneficios que tiene realizar ejercicio físico moderado. Existen diferencias significativas, desde el punto de vista estadístico, entre los grupos de estudio. Casi dos tercios del grupo formado por personas con nivel de educación superior piensa que los ácidos grasos poliinsaturados son buenos para la salud, mientras que el 38% de los/as encuestados/as con nivel de educación primaria desconocían la respuesta a esta pregunta.

Alrededor del 90% de las personas encuestadas entre el grupo formado por personas con nivel post-secundario o superior piensa que la fibra es buena para su salud, entre los grupos de nivel de educación primaria o profesional básica el porcentaje es del 67% y 77% respectivamente.

Existen diferencias significativas, desde el punto de vista estadístico, entre los grupos de estudio. Alrededor del 84% de los encuestados dentro del grupo con nivel de educación superior piensa que los antioxidantes son buenos para su salud, y sólo el 38% entre el grupo con nivel de educación primaria.

Casi la mitad de los/as encuestados/as no saben si los radicales libres son buenos o malos para su salud.

2.4. Necesidades percibidas en la educación de la salud de los/as ciudadanos/as

No se dan diferencias estadísticas significativas entre las necesidades percibidas en el tema de la educación de la salud. La respuesta más elegida era saber sobrellevar el estrés, seguido de realizar ejercicio físico con regularidad y someterse a revisiones médicas periódicas para conseguir un diagnóstico, a tiempo, de posibles enfermedades.

Conclusiones y recomendaciones

Casi el 70% de los/as encuestados/as evalúa sus conocimientos sobre salud como "bueno" o "muy bueno". Existen grandes diferencias entre los distintos grupos de estudio, los/as trabajadores/as de bajo nivel educativo son conscientes que su conocimiento es "bastante pobre" o "insuficiente", de manera que sería conveniente dirigirles hacia programas de promoción de salud, al estar motivados/as.

El nivel de conocimiento y alfabetización sobre salud básico sometido a examen parece bueno, aunque existen diferencias entre los distintos grupos del estudio; los/as encuestados/as con bajo nivel educativo presentan un nivel de conocimiento inferior y, probablemente, se beneficiarían más de programas de promoción de la salud. Entre las necesidades percibidas para la educación de la salud, la respuesta más elegida era saber sobrellevar el estrés.

Según fuentes fidedignas, en términos de intervenciones, que se centra en los resultados sobre la salud, el apoyo más fuerte recibido para comprobar la efectividad de la promoción de la salud en el lugar de trabajo parece darse en el tema de la gestión del estrés (Maes, van der Doef, 2004). Se sugiere organizar programas de educación de la salud centrados en la gestión del estrés.

3. Hábitos de salud de los trabajadores con bajo nivel educativo

Existe una relación bien establecida entre un estatus socioeconómico bajo y un mayor riesgo de padecer cardiopatías entre la población masculina. Se han propuesto varias causas de por qué esta relación, incluida que las personas más pobres, con menor nivel educativo puede que tengan estilos de vida menos saludables o menos acceso a la asistencia médica, o que puede que se enfrenten a más estrés en el trabajo. Las mujeres con menor nivel educativo se enfrentan a un mayor riesgo de padecer cardiopatías, según un estudio realizado en Suecia. Esto se debe, según los/as investigadores/as del estudio (Kuper et al 2006), en gran parte, al hecho de que mujeres con menos años de escolarización son más propensas a tener factores de riesgo que les llevan a padecer cardiopatías por fumar cigarrillos, un estilo de vida sedentario, mayor índice de masa corporal, tensión alta y diabetes. Los investigadores suecos analizaron datos de un estudio realizado con 49.259 mujeres de edades comprendidas entre 30 y 50 al principio del estudio entre 1991-1992, y que continuó durante una media de 11 años. Las mujeres con un nivel de educación bajo eran tres veces más propensas a padecer infartos que las que habían realizado más años de estudios, según pudieron observar los/as investigadores/as durante el periodo de seguimiento. Casi la totalidad de esta relación se podría atribuir a una mayor preponderancia de los factores ligados a padecer cardiopatías como fumar y el sobrepeso entre las mujeres con bajo nivel educativo (Kuper et al 2006, Las mujeres con bajo nivel educativo se enfrentan a graves riesgos relacionados con el corazón 2006).

El investigador sueco R. Dahlberg estudió la salud y las condiciones de trabajo de las mujeres con bajo nivel educativo. Su estudio indica claramente que las mujeres con bajo nivel educativo son más susceptibles de padecer enfermedades de tipo físico que los hombres, debido en parte, al mercado laboral segregado y también al hecho de que los lugares de trabajo industriales suelen estar diseñados teniendo en cuenta el cuerpo del hombre. No obstante, incluso entre las de mayor nivel educativo, aún se ve a las mujeres como las que tienen una salud más débil (Las mujeres con bajo nivel educativo presentan más riesgos de padecer enfermedades que los hombres de su mismo nivel educativo).

La mayoría de los/as encuestados/as del estudio nacional (78%) intenta beber sólo pequeñas cantidades de alcohol. Entre los que practican hábitos de salud positivos se encuentran aquellos que (alrededor de la mitad o un poco más de los encuestados) reducen el consumo de azúcar, realizan ejercicio físico y evitan comer grasas, y además trabajan todos los días del modo menos perjudicial posible para su salud.

Conclusiones y recomendaciones

La educación sobre la salud básica debería incluir, al menos, temas relacionados con la gestión del estrés, la actividad física y el hecho de enfatizar la importancia de someterse a revisiones médicas periódicas para detectar, a tiempo, posibles enfermedades. También estaría bien tocar el tema del cuidado de la salud en el trabajo, dado que parece que se ha subestimado demasiado, sólo el 8% de todos los/as encuestados/as marcó este tema entre sus 3 temas favoritos.

4. Particularidad de las creencias de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo respecto a los hábitos de salud

Los resultados del estudio nacional indican que existen diferencias significativas entre los diferentes grupos del estudio con respecto al impacto que tienen los hábitos de salud entre los/as encuestados/as. Alrededor de un tercio de aquellos que han recibido educación primaria o formación profesional básica cree que son personas que suelen pensar en cómo llevar una vida más saludable. En los grupos de secundaria o superior, esto ocurre en la mitad o más de los/as encuestados/as.

No existen diferencias entre los participantes del estudio en lo que respecta a la persistencia a la hora de mantener hábitos saludables. Alrededor de 2/3 de los/as encuestados/as afirma que son "muy" o "bastante" constantes a la hora de mantener sus hábitos saludables. Los hábitos saludables más fáciles de adoptar por los/as encuestados/as eran beber pocas cantidades de alcohol y someterse a revisiones médicas, de manera sistemática. La mayoría de los hábitos saludables se llevan a cabo con la comprensión de los familiares. El hábito más difícil de llevar a la práctica es, según los/as encuestados/as, realizar ejercicio a diario y trabajar todos los días en las condiciones menos perjudiciales para su salud. La mayoría de los hábitos saludables potenciales se evalúan como buenos para su salud, sobre todo, realizar ejercicio a diario, de manera regular.

Existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los compañeros de trabajo cuando alguien intenta dejar de fumar o reducir su consumo: sólo un tercio de los/as compañeros/as dentro del grupo de nivel de educación primaria aprecia esta actitud, mientras que dentro de los grupos de educación secundaria y superior la cifra es superior al 50%.

Existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los/as compañeros/as de trabajo cuando alguien intenta perder peso: menos de un tercio de los/as compañeros/as de trabajo del grupo con nivel de educación primaria aprecia esta actitud, mientras que la cifra es del 52% y del 42% entre el grupo de educación secundaria y superior, respectivamente.

No existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los/as compañeros/as de trabajo cuando alguien intenta reducir o eliminar el consumo de azúcar y dulces.

No existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los compañeros de trabajo cuando alguien intenta reducir la cantidad de grasa en su dieta y no comer comida con mucha grasa. Un tercio de los/as compañeros/as de trabajo aprecia esta actitud, y otro tercio no presta atención a este tipo de cosas.

Existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los/as compañeros/as de trabajo cuando alguien intenta correr, nadar o practicar algún tipo de ejercicio: en el 45% de los casos los/as compañeros/as de trabajo aprecian esta actitud y la elogian.

No existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los compañeros de trabajo cuando alguien intenta someterse a revisiones médicas periódicas: en el 31% de los casos los compañeros no prestan atención a este tipo de cosas, en el 34% de ellos, los compañeros en general elogian este comportamiento.

No existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los/as compañeros/as de trabajo cuando alguien intenta tomar vitaminas y microlementos: en el 40% de los casos los/as compañeros/as de trabajo no prestan atención a este tipo de cosas.

No existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los compañeros de trabajo cuando alguien asiste a una formación sobre salud voluntariamente: en el 34% de los casos los/as compañeros/as de trabajo no prestan atención a este tipo de cosas, un cuarto de ellos/as aprecian y elogian esta actitud.

No existen diferencias entre los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la reacción de los compañeros de trabajo cuando alguien intenta cambiar el modo en que trabaja para que sea más seguro o saludable. En un tercio de los casos, los compañeros de trabajo aprecian y elogian dicha actitud.

Conclusiones y recomendaciones

En general, reducir el consumo de alcohol es el hábito saludable que más se practica y el único que se acepta sin tapujos, en estos momentos, por lo que el resto de temas (como evitar tomar azúcar, una dieta con menos grasa y practicar algún ejercicio) deberían tomarse en cuenta al preparar el programa de un nuevo curso sobre salud. El tipo de incentivo entre los/as encuestados/as que no practican estilos de vida saludables parece positivo, también reconocen cuáles son los factores beneficiosos de un estilo de vida saludable. Otro aspecto positivo es que los compañeros de trabajo no se consideran influencias negativas para cambiar de un estilo de vida hacia otro más saludable (muy pocos/as encuestados/as afirman que los compañeros de trabajo se burlarían de los cambios hacia un estilo de vida saludable).

5. Hábitos y creencias de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo en el ámbito de la salud en el trabajo

Los resultados del estudio nacional demuestran que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de estudio. Los/as encuestados/as de los grupos de nivel de educación primaria y formación profesional básica consideran que sus condiciones de trabajo son perjudiciales para su salud, en mayor medida, que en el caso de los/as encuestados/as con un nivel educativo superior. No existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a no prestar atención a su salud mientras trabajan. Más del 50% de los/as encuestados/as, en general, tienden a ignorar su salud mientras trabajan.

No existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a la tendencia de encontrar el modo de trabajar, de manera tal que se eviten dolencias, enfermedades o accidentes. Más de 2/3 de los/as encuestados/as en general intenta averiguar el modo de trabajar evitando dolencias o enfermedades.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a su creencia de que vale la pena seguir (en el trabajo únicamente) las normas sobre seguridad y salud, pues en caso contrario se incurriría en multas. Los/as encuestados/as con nivel de educación primaria o formación profesional básica tienden a creer, en mayor medida, que los del grupo de encuestados con mayor nivel educativo que vale la pena cumplir dichas normas sobre seguridad y salud en el trabajo, pues en caso contrario incurrirían en multas.

No existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de estudio en lo que respecta a las expectativas sobre su salud de que la empresa cuide de la salud de sus empleados. En general, las siguientes expectativas son las más obvias: “cuidar de la salud y seguridad en el trabajo mucho más que lo que exige la ley” y la “posibilidad de someterse a revisiones y tratamientos médicos por determinados especialistas y pagados por el empleador o empresario”.

Conclusiones y recomendaciones

Los empleos y condiciones laborales repercuten negativamente sobre la salud de los/as encuestados/as; sobre todo, en el caso de los/as encuestados/as con bajo nivel educativo dado que consideran que sus condiciones laborales son perjudiciales para la salud. Si combinamos esta conclusión con el resultado de que más del 50 % de los encuestados no presta atención a su salud mientras trabaja, resulta evidente que aún no existe un gran nivel de concienciación sobre las condiciones laborales saludables. Dado que existe un fuerte deseo de “cuidar de la salud de los/as trabajadores/as más de lo que exige la ley”, sería bueno influir o educar también a los/as empleadores/as.

6. Actitudes respecto a la educación de la salud y sus metodologías preferidas

Conforme a la investigación internacional sobre calidad de vida en 7 países (Eslovenia, Alemania, Austria, Hungría, Suecia, Suiza y España), las personas encuestadas clasificaron a la salud en primer lugar de importancia de sus vidas (Tos et al 2004).

6. 1. Opiniones sobre varias herramientas de educación de la salud

No existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a lo apropiado o no de las clases sobre salud. Convienen alrededor del 55% de todos/as los/as encuestados/as.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a participar en talleres prácticos. Más encuestados/as de los grupos de educación secundaria, post-secundaria o superior piensa que les conviene.

No existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al asesoramiento profesional cara a cara. Conviene a alrededor de 2/3 de los/as encuestados/as.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta a leer folletos, panfletos, mirar pósters que hablen de los modos de cuidar de la salud. Esto conviene alrededor del 63 % de todos/as los/as encuestados/as y conviene a más encuestados con alto nivel educativo.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al grado de conveniencia de participar en ferias para promocionar estilos de vida saludables. Conviene alrededor del 64% de todas las personas encuestadas y conviene más a aquellos/as con estudios de secundaria y superior.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al grado en que conviene a los/as encuestados/as participar en ferias que promocionen estilos de vida saludable. Conviene alrededor del 64% de todos/as los/as encuestados/as y más a los que tienen educación secundaria o superior.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al grado en que conviene o no a buscar información interesante/importante sobre salud en Internet. Conviene más a los/as encuestados/as con nivel de educación secundaria o superior.

No existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al grado en que conviene a los/as encuestados/as leer artículos e información relativa a salud en periódicos y revistas. En general, conviene a ¾ de los/as encuestados/as.

No existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al grado en que conviene a los encuestados leer libros profesionales de autoayuda sobre salud. En general, conviene a la mitad de los/as encuestados/as.

Existen diferencias significativas entre los grupos de estudio en lo que respecta al grado en que conviene a los encuestados ver programas de televisión y escuchar programas de radio dedicados a la salud. En general, conviene a ¾ de los/as encuestados/as y más a los/as encuestados/as con bajo nivel educativo.

6. 2. Preferencias respecto a los/as formadores/as de la salud

No existen diferencias significativas sobre los estudios de preferencia de los/as formadores/as de salud. A la mayoría de las personas encuestadas les gustaría escuchar a algún especialista de salud, (por ejemplo, un/a psicólogo/a, un/a nutricionista o un/a fisioterapeuta) o alguien que haya superado con éxito algún problema de salud y quiera compartir su experiencia con otros.

6. 3. Factores que aumentan la motivación para beneficiarse de la oferta existente en educación de la salud

No existen diferencias significativas respecto al hecho de que servir refrigerios durante la formación es un incentivo que puede animar a los/as encuestados/as a participar en sesiones formativas sobre salud. No animarían a los/as encuestados/as a participar en una sesión formativa sobre salud.

No existen diferencias significativas respecto al hecho de que recibir un tratamiento de salud, de belleza, como por ejemplo, un masaje sea un incentivo que puede animar a los encuestados a participar en sesiones formativas sobre salud. Animaría a más del 60% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas respecto al hecho de que una revisión médica sea un incentivo que puede animar a los encuestados a participar en sesiones formativas sobre salud. Animaría a más del 70% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas respecto a que practicar algo con la ayuda de un/a experto/a y bajo su supervisión sea un incentivo que puede animar a los/as encuestados/as a participar en sesiones formativas sobre salud. Animaría a más del 70% de los encuestados en general.

No existen diferencias significativas respecto al hecho de que los panfletos/folletos que hablan del cuidado de la salud de las personas sea un incentivo que pueda animar a los encuestados/as a participar en sesiones formativas sobre salud. Animaría al 45% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas respecto al hecho de que el que se haga un sorteo con pequeños regalos para los asistentes a las sesiones formativas sea un incentivo que pueda animar a los encuestados a participar en sesiones formativas sobre salud. No animaría a más del 50% de las personas encuestadas en general.

No existen diferencias significativas entre los encuestados en lo que respecta a que dar un pequeño obsequio a los participantes en todas las sesiones formativas sea un incentivo que pueda animar a los encuestados a participar en sesiones formativas sobre salud. No animaría a más del 45% de los/as encuestados/as en general, y animaría al 47% de los/as encuestados/as.

No existen diferencias significativas entre los encuestados en lo que respecta a que el acceso gratuito sea un incentivo que pueda animar a los/as encuestados/as a participar en sesiones formativas sobre salud. Animaría a más del 75% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas entre los/as encuestados/as en lo que respecta a la posibilidad de que los asistentes a las sesiones formativas reciban respuesta sobre las preguntas formuladas, y que el/a formador/a resuelva sus dudas. Animaría a más del 79% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas entre los encuestados en lo que respecta a la posibilidad de aparecer en los medios de comunicación en programas destinados a la formación. No animaría a más del 72% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas entre los/as encuestados/as en lo que respecta a la posibilidad de intercambiar opiniones, compartir experiencias con otros participantes en las sesiones formativas. Animaría a más del 65% de encuestados en general.

No existen diferencias significativas respecto a las sesiones formativas organizadas por la empresa durante el horario de trabajo. Animaría a más del 65% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas respecto a que cobrar por participar en sesiones formativas sea un incentivo. No animaría a más del 45% de los/as encuestados/as en general.

No existen diferencias significativas respecto a que sea un incentivo recibir un diploma o certificado de asistencia por las sesiones formativas. Animaría a más del 44% de los/as encuestados/as general.

6.4. Factores que disminuyen el interés en educación de la salud

Existen diferencias significativas entre los diferentes grupos educativos. Los factores más señalados a la hora de desanimar a los encuestados a participar son: necesidad de pagar, necesidad de hablar en público, duración de la formación superior a dos horas y realizar una prueba al finalizar el curso.

Participar en la educación de la salud no humillará, en general, a los/as encuestados/as frente a sus amigos, más del 20% de todos los encuestados afirma no estar interesado por dichas sesiones formativas, más del 40% afirmó no tener tiempo suficiente para realizar las mismas y casi el mismo porcentaje teme que los organizadores quieran venderles algo. Existen diferencias significativas entre los distintos grupos de estudio en cuanto a las siguientes afirmaciones: “Sé muy bien cómo cuidar de mi salud sin necesidad de realizar dichas sesiones formativas” y “estas sesiones formativas sólo sirven para confundir, los/as formadores/as cada vez dicen una cosa distinta”.

Conclusiones y recomendaciones

Al considerar diversas formas de educación de la salud, las opciones que más se prefieren son leer artículos e información en periódicos y revistas o ver programas sobre salud en televisión o escucharlos en la radio. Al ser estas dos actividades sólo pasivas y no precisar demasiado de la participación del

asistente, sería bueno influir sobre el conocimiento y la concienciación de la salud en reuniones o talleres, donde los/as encuestados/as puedan participar, de manera activa, en el debate o en el curso. Según las respuestas, este tipo de talleres debería ser gratuito y debería responder a todas las preguntas que tengan los participantes. Otros factores importantes a tener en cuenta en los talleres son: no forzar a los participantes a hablar en público y la eficacia del tiempo.

7. Resumen

Según el estudio nacional más del 70% de todas las personas encuestadas afirma gozar de buena salud. Por otro lado, los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo parecen ser más vulnerables a tener problemas de salud que los/as trabajadores/as con mayor nivel educativo – suelen padecer más enfermedades de tipo crónico y también una peor situación económica en comparación con los encuestados con mayor nivel educativo.

Casi el 70% de todos/as los/as encuestados/as evalúan su **conocimiento sobre salud** como "bueno" o "muy bueno". Existen grandes diferencias entre los distintos grupos de estudio, – los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo son conscientes de que su conocimiento es "débil" o "insuficiente", de manera que sería conveniente dirigirse a ellos en programas de promoción de la salud, dado que están motivados. El conocimiento y el nivel de alfabetización sobre salud básico sometido a prueba parece ser bueno, aunque una vez más se encuentran diferencias entre los diferentes grupos de estudio – el nivel de conocimiento entre los encuestados con bajo nivel educativo es menor y probablemente se beneficiarían más de programas sobre salud–. Entre las necesidades percibidas para la educación de la salud, saber cómo sobrellevar el estrés era la opción elegida con más frecuencia.

La **educación sobre salud** básica debería incluir, al menos, temas relacionados sobre la gestión del estrés, la actividad física y destacar la importancia de revisiones médicas periódicas para conocer el diagnóstico precoz de enfermedades. También sería bueno tratar el tema de cuidar de la salud en el trabajo, dado que parece que se subestima bastante – sólo el 8% de todos los encuestados eligió este tema entre sus 3 favoritos–.

En general, reducir el consumo de alcohol es el hábito saludable que más se practica y el único que se acepta sin tapujos, en estos momentos, por lo que el resto de temas (como evitar tomar azúcar, una dieta con menos grasa y practicar algún ejercicio) deberían tomarse en cuenta al preparar el programa de un nuevo curso sobre salud. Aquellos/as encuestados/as que no llevan estilos de vida saludables reconocen los factores beneficiosos de un estilo de vida saludable. Otro aspecto positivo es que los/as compañeros/as de trabajo, en general, no influyen negativamente a la hora de cambiar a un estilo de vida más saludable (muy pocos encuestados asegura que sus compañeros/as de trabajo se burlen si pasan a llevar un estilo de vida más saludable).

En lo que respecta al **ámbito de la salud en el trabajo** los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo creen que su trabajo y las condiciones laborales influyen, de manera negativa, en su salud. Esto es especialmente cierto en el caso de los/as encuestados/as con bajo nivel educativo dado que consideran que sus condiciones laborales son perjudiciales para su salud. Si combinamos esta conclusión con el resultado de que más del 50% de los/as encuestados/as no presta atención a su salud mientras trabaja, resulta evidente que aún no existe un gran nivel de concienciación sobre las condiciones laborales saludables. Dado que existe un fuerte deseo de "cuidar de la salud de los/as trabajadores/as más de lo que exige la ley", sería bueno influir o educar también a los/as empleadores/as.

Al considerar las diversas formas de **educación de la salud** de los/as trabajadores/as con bajo nivel educativo, la opción preferida por la mayoría es ver programas de televisión o escuchar programas de radio destinados a la salud. En segundo lugar, estaría leer artículos e información relativa a la salud en periódicos y revistas. Al ser estas dos actividades sólo pasivas y no precisar demasiado de la participación del asistente, sería bueno influir sobre el conocimiento y la concienciación de la salud en reuniones o talleres, donde los/as encuestados/as puedan participar, de manera activa, en el debate o en el curso. Según las respuestas, este tipo de talleres debería ser gratuito y debería responder a todas las preguntas que tengan los participantes. Otros factores importantes a tener en cuenta en los talleres son: no forzar a los participantes a hablar en público y la eficacia del tiempo.

Bibliografía

1. Alfabetización sanitaria 2003. (citado el 14 de diciembre de 2009) Disponible en: http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372
2. Ivancic A, Drofenik O, Mozina E. Normas de estrategias de desarrollo sobre habilidades fundamentales de los trabajadores: La propuesta. Ljubljana: Instituto esloveno de Educación de adultos; 2007 [en esloveno].
3. Kempner N. Alfabetización sanitaria en un mundo cambiante (publicación digital) (citada el 14 de diciembre de 2009). Disponible en: http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372
4. Kuper H, Adami HO, Theorell T, Weiderpass E. Determinantes psicosociales de cardiopatías coronarias en mujeres de mediana edad: Un futuro estudio en Suecia. Am. J. Epidemiol 2006;164:349-357. DOI 10.1093/aje/kwj212.
5. Las mujeres con menor nivel educativo se enfrentan a mayores riesgos de corazón. (publicación digital) Agosto de 2006 (citado el 9 de diciembre de 2009). Disponible en: http://www.redorbit.com/news/health/630637/less_educated_women_face_greater heart_risks/index.html.
6. Lerman RI, Skidmore F. AYUDAR a trabajadores con sueldos bajos: Políticas del futuro. Washington D.C.: Urban Institute 1999. (publicación digital) (citado el 16 de diciembre de 2009) Disponible en: http://www.dol.gov/oasam/programs/history/herman/reports/futurework/conference/low-wage.htm
7. Las mujeres con bajo nivel educativo padecen más problemas de salud que los hombres de ese mismo nivel educativo. (publicación digital) (citado el 9 de diciembre de 2009). Disponible en: http://www.epha.org/a/2014
8. Maes S, Van der Doef M. Promoción de la salud en el lugar de trabajo. En: Kaptein AA, Weinman J, editores. Psicología de la salud. 1ª ed. Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd; 2004. p. 358-83.
9. Oficina de Estadística de la República de Eslovenia: Informes rápidos. Resultados del estudio sobre la población activa. Ljubljana, 2008 a. (publicación digital) (Citado el 9 de diciembre de 2009) [en esloveno]. Disponible en: http://www.stat.si/doc/statinf/07-si-008-0904.pdf.
10. Oficina de Estadística de la República de Eslovenia: Anuario estadístico, 2008 b. (publicación digital) (Cited 2009 December 9) [en esloveno]. Disponible en: http://www.stat.si/letopis/2008/12_08/12-06-08.htm.
11. Tos N, editor. Valores en la transición III. Opinión pública eslovena 1999 - 2004. [en esloveno]. Facultad de Ciencias Sociales, IDV – CJMMK 2004; 81–118.

Bibliografía

Cada capítulo de este manual muestra la bibliografía traducida al castellano. En este capítulo se presenta en idioma inglés.

1. American Medical Association. Health literacy introductory kit. Chicago: AMA, 2000
2. Anderson P., Baumberg B.: Alcohol in Europe. Report from the perspective of public health [in Polish]. Warszawa: PARPA Media, 2007.
3. Anderson R., Mikuliç B.; Vermeylen G.; Lyly-Yrjanainen M.; Zigante V.: Second European Quality of Life Survey – Overview, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg 2009. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf
4. Bardone L, Guio A-C: In-Work Poverty - New commonly agreed indicators at the EU level. Statistics in focus. Eurostat. Issue number 5/2005. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF
5. Batorski D., Using ICT in: Czapiński J., Panek T., editors, Social Diagnosis. Conditions and quality of life of Poles, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2009 [in Polish].
6. Batorski D: Conditions and consequences of using ICT technologies. In: Czapiński J, Panek T, editors. Social Diagnosis 2007. Objective and Subjective Quality of Life in Poland. The Report. [in Polish] Warsaw 2007. Available from: http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf
7. Causes of death in the EU, 2006, Eurostat. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF
8. CBOS: Current issues and events. Research Report, BS/138/2007, Warszawa, 2007 [in Polish].
9. Central Statistical Office, Statistical Office in Cracow. Beneficiaries of social welfare and family benefits in 2008. Statistical analysis [in Polish]. Kraków 2009b. Available from: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2009_Beneficjenci.pdf
10. Central Statistical Office: The Adult Education [in Polish]. Warsaw 2009a. Available from: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_WZ_ksztalcenie_doroslych.pdf
11. Cianciara D.: Evaluation of the Structure and Usefulness of Information Present in the Materials Promoting Non-prescription Medicines from the Perspective of New Public Health. [in Polish]. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2006.
12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, World Health Organization, Geneva, 2008. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
13. CSDH: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
14. Demetrio D.: Adult education, In: B. Śliwerski (editor) Pedagogy. Subdyscyplines of pedagogy knowledge. Volume 3. [in Polish] Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
15. Demographic Yearbook, Central Statistical Office [in Polish], Warszawa 2006.
16. DG Education and Culture - web service: www.llp.org.pl.
17. Dubas E.: Age category 50+. Developmental characteristics and educational aspects. In: E. Dubas, J. Pyżalski, M. Muszyński P., J. Rapuš Pavel (editors): Supporting of the development of the unemployed aged 50+. Experience of the Adults Mentoring Project [in Polish], Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2008.
18. Durán A, Lara JL, van Waveren M:. Spain: Health system review, Health Systems in Transition, 2006; 8(4):8-15. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_13_nhs_en.htm

19. European Commission. Europe in figures – Eurostat yearbook 2009b. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-09-001
20. European Commission. Sustainable development in the European Union. 2009 monitoring report of the EU sustainable development strategy. Eurostat 2009a. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF
21. European Commission: Combating poverty and social exclusion: a statistical portrait of the European Union 2010, Eurostat 2010. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF
22. European Commission: Communication from the Commission Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth, final. 2010
23. European Commission: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Renewed social agenda: Opportunities, access and solidarity in 21st century Europe, COM/2008/0412, final. 2008 b
24. European Commission: Eurobarometr survey on poverty and social exclusion. Luxemburg 2009c. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf
25. European Commission: European Year for Combating Poverty and Social Exclusion – strategic framework document. Priorities and guidelines for 2010 European Year activities, Brussels, 2008 a.
26. European Commission: The Social Situation in the European Union 2007. Social Cohesion through Equal Opportunities. Eurostat 2008.
27. European Council: CO EUR 4, CONCL 1, Brussels. 2010
28. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Access to employment for vulnerable groups. Foundation paper NO. 2 JUNE 2002. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/44/en/1/ef0244en.pdf
29. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Employment security and employability: A contribution to the flexicurity debate. 2008. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/36/en/2/EF0836EN.pdf
30. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Working poor – bringing them into the net, Information sheet. 20 January 2010. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/1094/en/1/EF091094EN.pdf
31. European Parliament: Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008 to 2013). 2007
32. Federacja Konsumentów. (2007). Available from: http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=440 [in Polish] (access: 12th October 2009)
33. Finnegan J.R., Viswanath K., Communication theory and health behaviour change. The media studies framework, in: Glanz K. et al., editors, Health behaviour and health education. Theory, research and practice, Jossey-Bass A. Wiley Imprint, San Francisco 2002.
34. Glanz K., Rimer B. K., Lewis F. M. (eds.): Health behaviour and health education. Theory, research and practice, 3rd edition, San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
35. Gniazdowski A., Educational and promotional actions in public health, in: Indulski J.A., Jethon Z., Dawydzik L.T., editors, Public health. Selected issues, IMP, Łódź 2000 [in Polish].
36. Gniazdowski A.: Health Behaviours outside Work of People Employed in Industry. In: Gniazdowski A, editor, Health Behaviours. Theoretical Issues, An Attempt to Characterize Health Behaviours of the Polish Society. [in Polish] IMP, Łódź, 1990
37. Górowska–Fells M., Kolasińska E., Smoczyńska A.: Preschool education and nonvocational adult education as crucial steps in the process of lifelong learning in Europe [in Polish], 2007. Available from: http://www.eurydice.org.pl/files/wpnkd.pdf (access on 3rd March 2010)
38. Grantham-McGregor SM et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet, 2007, 369:60-70.
39. Grossmann R., Scala K.: Health promotion and organisational development, European Health Promotion Series no 2, Vienna: IFF, 1993.
40. Hamalainen R.M., Workplace Health Promotion in Europe - the role of national health policies and strategies, FIOH, Helsinki 2007.
41. Health Behaviour among Latvian Adult Population - 2008, Centre of Health Economics, Riga, 2008. Available from: http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt_1_dala.pdf
42. Health Literacy 2003. (cited 2009 December 14) Available from: http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372
43. Herzlich C.: Health and illness. A socio-psychological analysis, Academic Press, London, 1973

44. http:// www.diagnoza.com/ (Cited 6.05.2010)
45. http://europass.frse.org.pl/files/isced.pdf
46. Ivancic A, Drofenik O, Mozina E. Guidelines of development strategies of fundamental skills of employees: The proposal. Ljubljana: Slovenian Institute for Adult Education; 2007 [in Slovene].
47. Iwanowicz E.: Health literacy as one of the contemporary public health challenges. [in Polish] Medycyna Pracy, 2009, no. 5
48. Joling C, Kraan K: Use of technology and working conditions in the European Union. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg 2008. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/63/en/1/EF0863EN.pdf
49. Kempner N. Health Literacy in a Changing World (serial online) (cited 2009 December 14). Available from: http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372
50. Korzeniowska E. Education in sociology of health research – changes of the phenomenon and interpretation dilemmas. In: Bąk A., Kubisz-Muła Ł. [edit.]: Methods, techniques and practice of social surveys. Bielsko-Biała 2009, p. 129-147 [in Polish].
51. Korzeniowska E., Organisation and implementation of health promotion programmes at work, IMP, Łódź 1998 [in Polish].
52. Korzeniowska E., Puchalski K., Pyżalski J., Wojtaszczyk P., Iwanowicz E.: Development and dissemination of health promotion methods tailored to the low educated employees' specific needs. [in Polish] Łódź: IMP, 2007 (unpublished report prepared for the Ministry of Health)
53. Korzeniowska E.: Health Awareness of Professionally Active Low Educated Employees as a Challenge for Health Education. In: Chrzanowska I, Jachimczak B., editors: A place of the Other in the Contemporary Education Science. Challenges for the Practice. [in Polish]. Satoridruk.pl, Łódź, 2008
54. Korzeniowska E.: Health beliefs and health behavior in older employees of medium-size and large enterprises. [in Polish] Medycyna Pracy, 2004, 55(2).
55. Kuper H, Adami HO, Theorell T, Weiderpass E. Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: A Prospective Study in Sweden. Am. J. Epidemiol 2006;164:349-357. DOI 10.1093/aje/kwj212.
56. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk – Hałas K., Pikala M., Drygas W.: An Evaluation of Popularization of a Healthy Lifestyle among Adult Citizens of the Voivodeships of Łódź and Lublin. Project WOBASZ. [in Polish]. Przegląd Lekarski, 2007/64 /2
57. Lerman RI, Skidmore F. HELPING Low Wage Workers: Policies for the Future. Washington D.C.: Urban Institute 1999. (serial online) (cited 2009 December 16) Available from: http://www.dol.gov/oasam/programs/history/herman/reports/futurework/conference/low-wage.htm
58. Less educated women face greater heart risks. (serial online) 2006 Aug (cited 2009 December 9). Available from: http://www.redorbit.com/news/health/630637/less_educated_women_face_greater heart_risks/index.html.
59. Low-educated women experience greater health risks than their male counterparts. (serial online) (cited 2009 December 9). Available from: http://www.epha.org/a/2014
60. Maes S, Van der Doef M. Worksite Health Promotion. In: Kaptein AA, Weinman J, editors. Health Psychology. 1st ed. Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd; 2004. p. 358-83.
61. Managed Care Outlook. Partnership for Clear Health Communication Works to Improve Health Literacy, volume 20, number 8, 2007.
62. Manning D. K., Kripalani S.: The Use of Standardized Patients to Teach Low-literacy Communication Skills, American Journal of Health Behavior, 31, 105-110, 2007
63. Minelli M., Breckon D., J., Community Health Education, Settings, Roles and Skills, Jones and Bartlett Publishers International, Sudbery, 2009
64. Ministry of Economy and Labor. Thematic Review on Adult Learning. Poland Country Note. Warsaw 2006 [in Polish]. Available from: http://www.mpips.gov.pl/_download.php?f=userfiles%2FFile%2FDepartament+Rynku+Pracy%2FNotatka+na+temat+kraju.pdf
65. Ministry of Labour and Social Policy: Poland 2007. Report on labour market and social protection [in Polish]. Warszawa 2007. Available from: http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1061
66. Ministry of Labour and Social Policy: Thematic Review on Adult Learning [in Polish]. Available from: http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505
67. National Action Plan on Social Inclusion of the Kingdom of Spain 2008-2010. Diagnosis of poverty and social exclusion in Spain. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Available from: http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-3-nap-inclusion-2008-2010-annex-iii-contributions-esf.pdf?documentId=0901e72b8003c916
68. National Statistics Institute (INE) (2006, 2007, 2008, 2009). Available from http://www.ine.es
69. O'Connell P.J.: Adults in training: an international comparison of continuing education and training. Centre for Educational Research and Innovation 1999. Available from: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf

70. OECD: Beyond Rhetoric: Adult Learning Policies and Practices, 2003a.
71. OECD: Education Policy Analysis 2003, Paris 2003b
72. OECD: Promoting Adult Learning, 2005
73. Ossowski S.: Works. Volume 3: Problems of social psychology. [in Polish], Warszawa: PWN, 1967.
74. Ostrowska A. Lifestyle and Health. [in Polish] IFiS PAN, Warsaw, 1999
75. Owen N, Fotheringham M., Marcus B.H., Communication technology and health behaviour change, in: Glanz K. et al., editors, Health behaviour and health education. Theory, research and practice, Jossey-Bass A. Wiley Imprint, San Francisco 2002.
76. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G: Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg 2007. Available from: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf
77. Pentor, Feeding habits of Poles. Report of Knorr. 2005 [on line material, 12.02.2009], [in Polish]. Available from: http://www.pentor.pl/19963.xml?MEDIA=pop.
78. Perception of Messages within Health Education of Low Educated People, unpublished research report. [in Polish] IMP, Łódź, 2009
79. Petrakva A., Sadana R.: Problems and progress in public health education, Bulletin of the World Health Organization 2007; 85: 963–970, 2009.
80. Pratkanis A., Aronson E., Age of Propaganda. [in Polish] PWN, Warszawa 2004.
81. Public Opinion Research Centre: Educational aspirations and motives of the Polish society in 1993-2009 [in Polish]. Warsaw 2009. Available from: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_070_09.PDF
82. Public Opinion Research Centre: Professional life in Poland. The research report „Life conditions in Poland: problems and strategies". [in Polish] Warsaw 2008b. Available from: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_034_08.PDF
83. Public Opinion Research Centre: Working poor. The research report. [in Polish] Warsaw 2008a. Available from: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_182_08.PDF
84. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: Health activity and common awareness [in Polish], Łódź: IMP, 1999.
85. Puchalski K., Korzeniowska E.: Why dont't we take care of our own health. The role of common racionalisations in explaining health behaviours. In: Piątkowski W. (red.): Health, disease, society. Studies of sociology of medicine (p. 107-126) [in Polish]. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2004.
86. Puchalski K.: Determinants of health activities in the context of health promotion - a draft of a sociological model, in: Heszen I., Życińska J., editors, Health psychology in the search of positive inspiration [in Polish]. Warszawa: SWPS Academica, p. 205-222, 2008
87. Puchalski K.: Unhealthy behaviors and reasons for it in the thinking of employees. [in Polish]. Medycyna Pracy; 55 (5), s. 417-424, 2004.
88. Puchalski K: Health value based on survey results. In: Bąk A, Kubisz-Muła Ł. (editors): Methods, Techniques and Practice of Social Surveys. [in Polish] Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, Bielsko Biała 2009
89. Reeves M. J., Rafferty A. P.: Health lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000, Archives of Internal Medicine, 165: 854-857, 2005.
90. Royuela–Mora V., Moreno R., Maya E.: Monitoring the Lisbon Strategy, in: Lenain P. et al., Halfway through the Lisbon Strategy: expectations and reality. [in Polish] Centrum Analiz Społeczno – Ekonomicznych, Warszawa, 2005.
91. Schwartzberg J. G.: Low health literacy. What do your patients really understand?, Nursing Economics, 3, 1-3, 2002.
92. Schwartzberg J.G., Cowett A., MD, VanGeest J, Wolf M. S.: Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists, American Journal of Health Behavior, 31, 96-104, 2007
93. Schwarzer R: Self-efficacy in taking and continuation of health behaviour. Existing approaches and the new model, in: Heszen-Niejodek I., Sęk H., editors, Health Psychology [in Polish]. PWN, Warszawa 1997.
94. Schyve P. M.: Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective, Journal of General Internal Medicine, 22, 360-361, 2007
95. Sęk H: Behavioral Health, in: Strelau J.: editor, Psychology. Academic Handbook [in Polish]. GWP, Gdańsk 2000.
96. Słońska Z.: Sociological Review of Health Promotion. Selected problems. In: Piątkowski W., Brodniak W., A. (editors): Health and Illness. Sociological Perspective. [in Polish] WSSG, Tyczyn, 2005
97. Spanish National Health System 2007 Report. Monitoring the health conditions of the population. Available from: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/monitoring.pdf
98. Sport habits of Latvian inhabitants, SKDS, Riga, 2007. Available from: http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf
99. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Rapid reports. Labour Force Survey Results. Ljubljana, 2008 a. (serial online) (Cited 2009 December 9) [in Slovene]. Available from: http://www.stat.si/doc/statinf/07-si-008-0904.pdf.

100. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Statistical Yearbook, 2008 b. (serial online) (Cited 2009 December 9) [in Slovene]. Available from: http://www.stat.si/letopis/2008/12_08/12-06-08.htm.
101. Statistical Yearbook of the Republic of Poland, Central Statistical Office. [in Polish] Warszawa 1993
102. Statistical Yearbook of the Republic of Poland, Central Statistical Office. [in Polish] Warszawa 2008
103. Statistical Yearbook, Central Statistical Office. [in Polish] Warszawa, 1988
104. Steinbrunn R.L.: Blue collar workers: what factors influence participation in health education programmes, "Benefits Quarterly", 4, 71-79, 1988
105. Survey of health of Latvian inhabitants, Central Bureay of Statistics, Riga, 2008. Available from: http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc_cat=471&id=10914
106. Szarfenberg R.: The European Union strategy against exclusion, (2008). IPS UW, [in Polish].
107. Szomburg J.: The Lisbon Strategy a chance for Europe, Information Seminar of the Polish Lisbon Strategy Forum [in Polish], 2004. Available from: www.pfsl.pl.
108. Tos N, editor. Values in transition III. Slovenian Public Opinion 1999 - 2004. [in Slovene]. Faculty of Social Sciences, IDV – CJMMK 2004; 81–118.
109. Woynarowska B.: Health Education. Academic Handbook [in Polish]. PWN, Warszawa 2008.
110. Ylikoski M., Lamberg M., Yrjanheikki E., Ilmarinen J., Partinen R., Jokiuluoma H., Vainio H., Health In the World of Work: Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life, FIOH, Helsinki 2006.
111. Zimbardo P., G., Leippe M., R.: Psychology of behavior change and social influence [in Polish]. Zysk i S-ka, Poznań 2004.

Índice de autores y autoras

Baķe Mārīte,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia
Besednjak Klavdija,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Slovenia
Dernovšček Hafner Nataša,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Slovenia
Eglīte Maija,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia
García Dolores,
Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Spain
Gil Jose,
Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Spain
Goszczyńska Eliza,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poland
Konova Šarlote,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia
Korzeniowska Elżbieta,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poland
López Manuel,
Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Spain
Mārtiņsone Inese,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia
Puchalski Krzysztof,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poland
Pyżalski Jacek,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poland
Sprūdža Dagmāra,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia
Urdih Lazar Tanja,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Slovenia
Vanadziņš Ivars,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia
Wojtaszczyk Patrycja,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poland
Zellāne Mairita,
Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvia

El Instituto Valenciano de Atención a los Discapacitados y Acción Social (IVADIS) es una Entidad de Derecho Publico, adscrita a la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana que desarrolla sus actividades en las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

Somos una entidad pública cuya **misión** es proporcionar a las personas con necesidad de atención social los apoyos necesarios para su desarrollo integral.

Visión: Consolidar un servicio de calidad que, de forma participativa, *responda* a las necesidades y demandas de las personas que *forman parte* de nuestra organización o *solicitan* nuestros servicios

En IVADIS nos gusta pensar que entre todos trabajamos para que personas con discapacidad o con problemas sociales tengan las mismas oportunidades que el resto de ciudadanos. Para ello, proporcionamos a estas personas los apoyos necesarios para su desarrollo integral.

IVADIS está formado por:

Personas con Discapacidad que con su ejemplo nos enseñan a superarnos en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana;
800 personas que se encargan de prestar sus conocimientos y apoyos a todos los usuarios de IVADIS. Gracias a su trabajo, hoy somos una realidad de futuro;
Voluntarios que dedican parte de su tiempo y esfuerzo a atender las necesidades de las personas con discapacidad durante las actividades de ocio y tiempo libre;
Familias que nos ayudan a mejorar y nos apoyan día a día;
Empresas colaboradoras que facilitan que nuestros proyectos se lleven a cabo.

Para desarrollar nuestras actividades contamos con las siguientes infraestructuras:

Alicante: tres centros ocupacionales, una residencia y un servicio de formación y empleo
Castellón: cuatro centros ocupacionales y un servicio de formación y empleo
Valencia: siete residencias, un centro especial de empleo, tres centros ocupacionales, seis viviendas, cuatro centros de día, un servicio de formación y empleo y un Centro Asociado Servef

"El Instituto Valenciano de Atención a los Discapacitados y Acción Social (IVADIS) es una entidad de derecho público, de acuerdo con el artículo 5.2, segundo párrafo, del Texto Refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat, aprobado por Decreto Legislativo de 26 de junio de 1991, encargada de la protección y tutela de los discapacitados psíquicos y de los afectados por otras discapacidades, así como de la prestación y ejecución de actuaciones en materia de servicios sociales y acción social." Publicado en el **BOE** el 25 de enero de 2008.