

COLABORACION ESPECIAL**ESTRUCTURAS DE RACIONALIDAD EN EDUCACION PARA LA SALUD:
FUNDAMENTOS Y SISTEMATIZACION****Antonio Sánchez Moreno(1), Elvira Ramos García(2), Virtudes Sánchez Estévez(3) y Pedro Marset Campos(4)**

(1) Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Murcia.

(2) Cátedra de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

(3) Centro de Salud "La Ñora", Murcia.

(4) Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

RESUMEN

Se realiza una reflexión teórica sobre las estructuras de racionalidad en Educación para la Salud, bajo la hipótesis de que es posible reducir la sensación de confusión que produce la diversidad de modelos en este campo, al enmarcar cada perspectiva en un marco general de análisis. Para ello se hacen confluír diferentes lógicas científicas, analizando, paso a paso, las aportaciones de bibliografía específica sobre modelos y teorías al respecto.

Este análisis, sobre las estructuras de racionalidad, es de gran actualidad y trascendencia en los campos de la Educación Sanitaria, la Participación Comunitaria y la Promoción de la Salud. El currículum constituye la unidad conceptual en Educación para la Salud y, constituido por pensamientos y acciones, programados o no, en contextos de tiempo y espacio, integra estos procesos bajo la inspiración de las Ciencias Biológicas y Sociales. Debido a ello se obtiene una gran riqueza de matices para cada acto concreto en este campo.

Un punto clave viene dado por la controversia surgida, desde principios de siglo, en torno a los paradigmas que la orientan, que ha hecho posible una evolución desde posiciones positivistas a hermenéuticas y críticas. Esta tercera generación en Educación para la Salud se distancia de las posiciones informativas y conductuales, para adoptar enfoques participativos.

Se estudian y clasifican las diferentes posiciones de autores en Educación para la Salud, españolas e internacionales, y se reflexiona sobre las principales consecuencias sobre la programación y la evaluación en EpS de esta controversia paradigmática, referidas a modelos, diseños y metodologías cualitativas o cuantitativas. Se señala como cuestión clave, para los enfoques críticos, la necesidad de la participación comunitaria en todas las fases de los procesos. Aún cuando en la actualidad se postula la complementariedad entre diferentes tendencias, se concluye optando por el paradigma crítico, situándolo como núcleo en el que integrar otros enfoques epistemológicos.

Palabras clave: Educación para la Salud. Promoción de la Salud. Participación Comunitaria en Salud. Atención Primaria de Salud.

I. INTRODUCCION

En el campo de la Educación para la Salud (EpS), son numerosos los autores que se

Correspondencia:

Pedro Marset Campos. Historia de la Medicina.
Facultad de Medicina. Campus de Espinardo, Murcia.
Fax: (968) 36 41 50.

ABSTRACT**Rational Structures in Health Education Models**

The different Health Education (HE) models appeared in the scientific literature are analyzed, trying to eliminate the confusion produced by its great diversity, applying a general and systematic point of view. Due to the relevance of that topic in the activities of Health Promotion in Primary Health Care it is urgent a deep reappraisal due the heterogeneity of scientific papers dealing with that topic.

The curriculum, as the confluence of thought and action in Health Education, is the basic concept thanks to which it is possible to integrate both scientific logics, the biological one and that pertaining to the social sciences. Of particular importance have been the different paradigms that have emerged in the field of HE from the beginning of the present century: a first generation with a "normative" point of view, a second one orientated from positivistic bases, and a third generation adopting an hermeneutic and critic nature. This third generation of paradigms in HE has taken distances from the behaviouristic and cognitive perspectives being more critical and participative.

The principal scientific contributors in the field of HE, international as well as spaniards are studied and classified.

The main conclusions obtained from this Health Education paradigm controversy are referred to two aspects: 1) planning, programming and evaluating activities, and 2) models, qualitative and quantitative methodologies. Emphasis is given to the need of including Community Participation in all phases of the process in critic methodologies of HE. It is postulated the critic paradigm as the only one able to integrate the rest of the scientific approaches in Health Education.

Key words: Health Education. Health promotion. Community Participation in Health. Primary Health Care.

quejan de la diversidad de enfoques, con insuficiente implantación de modelos, así como de la abundante confusión al respecto^{1,2}.

El objetivo de este trabajo es presentar una reflexión teórica sobre las estructuras de racionalidad en Educación para la Salud, teniendo en cuenta las principales aportaciones en este

sentido y las que surgen como confluencia de las Ciencias Biológicas y las Sociales.

Creemos, en primer lugar, que es posible reducir la sensación de confusión si conseguimos encuadrar cada perspectiva en un marco general de análisis, como consecuencia de la evolución social y conceptual que, en relación con estos aspectos, tiene lugar en el presente siglo. En segundo lugar, pensamos que las diferentes posiciones que existen deberían ser vistas como la riqueza de la Educación para la Salud y no como señal de su limitación.

II. LA UNIDAD DE ANALISIS EN EDUCACION PARA LA SALUD

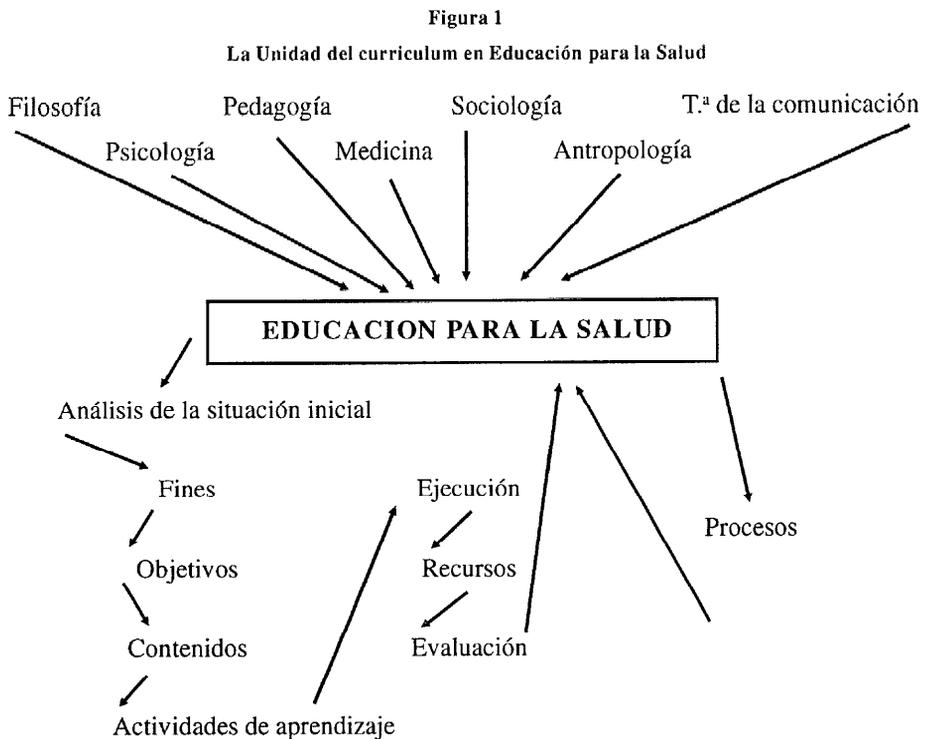
La Educación para la Salud es un amplio conjunto de pensamientos y acciones, programados o no, en unos contextos de tiempo y espacio, que constituyen su curriculum y nuestra unidad de análisis. Comprende diagnósticos de situación, fines, objetivos, conteni-

dos, actividades, recursos y evaluación, junto a fenómenos de proceso que se derivan de los mismos. Todo ello inspirado por planteamientos filosóficos, psicológicos, pedagógicos, antropológicos y sociológicos de la medicina y de otras Ciencias de la Salud (Figura 1). Obtenemos, así, lejos de análisis fragmentarios, una gran riqueza de matices, según los distintos aspectos que se contemplen.

III. UN PUNTO CLAVE: LA CUESTION DE LOS PARADIGMAS

Tomando, así, la Educación para la Salud en su conjunto, podemos acercarnos a su estructura de racionalidad. Para ello, hay que conocer la controversia surgida en torno a los paradigmas³ que la orientan y definen.

Un primer acercamiento se origina a comienzos de siglo, basado en la confianza del modelo ético que irradia la persecución de la



salud y la justicia⁴. Tras la Segunda Guerra Mundial adquiere importancia⁵ el paradigma técnico o positivista para el que la Educación Sanitaria se constituye por realidades naturales verificables y reproducibles, enunciando leyes libres de referencia éticas. Son coherentes, desde aquí, las teorías de transmisión del aprendizaje, significativo o no, y encuentra su principal expresión en una pedagogía por objetivos⁶.

La insuficiencia de este acercamiento da lugar a la teoría práctica o hermenéutica en la que juega un papel fundamental lo que cada protagonista, subjetivamente, entiende que está pasando. Predominan los acercamientos holísticos, con preferencia por las teorías interaccionistas en educación. Supone⁷ una ruptura con el enfoque anterior, cobrando importancia el proceso sobre los objetivos.

Sin embargo, el cuestionamiento del sistema social, visto globalmente como causa de situaciones injustas, da lugar a que vaya cobrando fuerza el paradigma crítico, emancipatorio o participativo. Según éste los acontecimientos en EpS no pueden ser entendidos si no se sitúan en su contexto sociohistórico, no objetivo, sino lleno de intereses que necesitan del razonamiento dialéctico para su comprensión y de la participación para su transformación, resultando éste el principal objetivo. La Investigación Acción es un buen exponente de esta metodología⁸ y, más aún, lo que Lather⁹ llama investigación orientada a la práctica. Tiene preferencia por los procesos de aprendizaje, basados en la interacción social, asumiendo así, riesgos e incertidumbres¹⁰.

IV. UNA TERCERA GENERACION EN EDUCACION PARA LA SALUD

En Educación para la Salud el problema de los paradigmas se encuentra, así, claramente planteado^{11, 12}, ya que los diferentes enfoques^{13, 14} que, algunos autores describen^{15, 16}, tienen su verdadero fondo en este tema.

No es casualidad que, siguiendo a Modolo¹⁷, Briziarelli¹ y Minkler¹⁸, puedan apreciarse tres generaciones en el desarrollo de la Educación para la Salud, que van en paralelo con los cambios sociopolíticos, la evolución de la nosología y los factores de riesgo.

1.^a) *Enfoques de primera generación: La Educación para la Salud informativa y prescriptiva.* La dimensión igualitaria que posee la Relación Médico-Enfermo en la medicina hipocrática¹⁹⁻²⁰, que se traslada al aspecto educativo de la misma, desaparece con el hundimiento de la democracia^{21, 22} bajo el Imperio Romano, siendo sustituida por una relación vertical, propia de la medicina galénica, coherente con la elitización del conocimiento y la jerarquización social, desarrolladas en esos siglos. Las transformaciones sociales que tienen lugar a partir del Renacimiento, unidas al efecto de la difusión de la imprenta, recuperan la educación para la salud que se expresa de múltiples formas, pero sobre todo en el renovado auge del género de los "Consilia" o "Regimina Sanitatis", como conjunto de normas básicas para evitar la enfermedad. El idealismo rousoniano y el avance científico de las ciencias biológicas obligó a la subsidiariedad de la EpS y acentuó su intención normativa. Dentro de este modelo podría identificarse una línea autoritaria, que obligaba al paciente a seguir las normas (decálogos de salud, naturalmente buenos y no discutibles) y otra democrática que reclamaba una información "neutral". En todo caso se trata de una transmisión de conocimientos, con intención prescriptiva, desde el entendido al profano, en una concepción "bancaria"²³ de la educación. Este modelo, que Vuori¹⁹ llama "médico" y Tonnes¹⁴ "educativo", se encuentra en descrédito, aunque en la práctica sigue presente. No hay que olvidar que se configura en un contexto social que combina el prestigio creciente de la ciencia médica, bajo el auge del positivismo como confianza en la capacidad liberadora de la racionalidad científica y la actividad médica liberal desde la que la EpS sería una conducta secundaria y comprensible desde una óptica paternalista.

2.^a) *Enfoques de segunda generación: La Educación para la Salud comportamental.* Esta orientación se va desarrollando en la década de los 60 al contar con las aportaciones de la antropología cultural, recuperando la subjetividad individual. Enfrentada al problema nuevo que supone la elevada mortalidad y morbilidad cardiovascular y oncológica, asociadas a estilos de vida no saludables, se pone énfasis en la modificación de los hábitos personales. Su objetivo es conseguir comportamientos saludables, y la información es sólo una parte del proceso, insuficiente para una acción duradera. Se abre el discurso de los factores sociales y culturales, el análisis de motivaciones y resistencias, de los instrumentos educativos y persuasivos para el cambio, pero, en definitiva, centrados en la conducta de los individuos.

Para estas posiciones, mayoritarias en la actualidad, son clave las aportaciones de la teoría del aprendizaje, en la que destacan, especialmente, ciertos aspectos del condicionamiento operante, el neoconductismo vicario de Bandura y los procesos cognitivistas. De la misma forma son relevantes la aplicación de estudios sobre motivación humana (Maslow, locus de control, etc) y sobre la actitud (Fishbein & Ajzen, comunicación persuasiva, etcétera). Aunque cobra cierto auge la dinámica de grupos, se está, todavía, centrado en lo individual. Minkler¹⁸ cree que esta etapa fue institucionalizada por el Informe Lalonde y el concepto de campo de salud, y paralelamente a la aparición del concepto "yo soy peligroso para mi salud" (más tarde *versus* "culpabilización de la víctima"), fundamentalmente a través de Green.

Desde estas perspectivas²⁴, iniciadas por Matarazzo, destaca el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock²⁵ que muestra como las creencias de las personas influyen en las decisiones que adoptan en relación a la salud y, aunque Mechanic^{26, 27} reconoce el gran papel que ha cumplido este modelo, sigue sin encontrar una teoría general que integre todos los datos.

El modelo Precede de Green^{13, 28} pretende determinar los factores predisponentes de la conducta, los que la hacen posible y los de refuerzo para poder concluir en unos objetivos conductuales.

El modelo de Campo, propuesto por Costa^{16, 29}, supone desde el conductismo que el comportamiento queda descrito, definido y explicado, de manera necesaria y suficiente, porque una determinada respuesta está en función de un estímulo determinado, pudiéndose identificar variables que funcionan como antecedentes y otras que constituyen las consecuencias.

En esta línea, los modelos conductistas son abundantes en EpS, como demuestran los trabajos de Johns³⁰, Greene & Simons Morton³¹, Richard David³², Polaino Lorente³³ o Méndez Carrillo³⁴ y muy similares al de Rochon³⁵ o a las tecnologías de ciertos enfoques ecológicos³⁶.

También merece destacarse que los planteamientos eclécticos de la "nueva sociología económica" (Gary Becker³⁷) y la sociología del cambio racional (James Coleman) siguen suponiendo aproximaciones individuales para la explicación de hechos sociales^{38, 39}. Por último, dentro de estos planteamientos, hay que decir que las técnicas de *counseling* (*interacción* entre consejero y aconsejado desde una perspectiva profesional¹⁵) no pertenecen estrictamente al campo de la Educación para la Salud³³.

Los fundamentos conceptuales sobre los que se basan las diferentes propuestas de esta segunda generación se configuran, tras la Segunda Guerra Mundial, en un contexto de creación y desarrollo del Estado de Bienestar, y en su seno, en Europa, de los sistemas sanitarios públicos⁵. Cobra importancia en esta etapa histórica la racionalidad y la lógica de la tecnocracia del Aparato del Estado, de las burocracias y la sumisión y adaptación del individuo aislado a estas exigencias^{40, 41, 42}. La hegemonía teórica de los postulados, que Max Weber⁴³ formuló a principios de siglo, facilita la necesaria cobertura desde el cam-

po de las ciencias sociales, en medio de un indiscutible predominio del modelo médico biológico.

3.^a) *Enfoques de tercera generación: una Educación para la Salud participativa, crítica y emancipatoria.* Esta perspectiva, a la que podemos sumar enfoques hermenéuticos^{11,44}, va surgiendo, poco a poco, ante las insuficiencias de las positivistas anteriores, ligada a la cultura preventiva social y democrática, proponiendo, como señala Freudenberg⁴⁵, alternativas de cambio social⁴⁶. Según Terris⁴⁷, hay que buscar en la estructura socioeconómica el tejido causal de los patrones de morbimortalidad. Se trata de reducir las desigualdades ante la salud, investigando con la comunidad y poniendo énfasis en la participación^{48,49}. Señala Modolo¹⁷ que es trascendente para ello el reconocimiento de la OMS, en los años 80, de los movimientos populares (Alma-Ata⁵⁰ y Carta de Ottawa⁵¹), fundamentalmente de los trabajadores y de la mujer (reivindicaciones de salud en los estatutos de trabajadores, divorcio, interrupción voluntaria del embarazo, etc.), que se ven recogidas en Leyes de Reforma Sanitaria en diversos países.

Son, así, enfoques críticos las aportaciones^{52, 53} realizadas desde Perugia^{1, 54}, relacionando la salud con el comportamiento, en un sentido amplio y enfatizando la participación⁵⁵, las de Vuori⁵⁶, resaltando su valor en sí mismo, por encima de su utilidad como recurso, así como las de los autores relacionados con la obra de Freire²³ (Rifkin^{57,58}, Bjärás⁵⁹, Minkler¹⁸, Wallerstein⁶⁰ y Serrano González⁴⁸, entre otros). Enfoques críticos pueden encontrarse, también, cuando se concibe la Educación como algo más que procesos informativos⁶¹ o persuasivos⁶², y se busca la responsabilización ciudadana^{63,64} y la participación⁶⁵, en diversos movimientos dentro⁶⁶ y fuera⁶⁷ de España.

Al desarrollo de esta tercera generación no es ajena la influencia que tiene la crisis fiscal del Estado que actúa desde 1973⁶⁸, modificando los supuestos del mismo y dando lugar a la ofensiva neoliberal⁶⁹, ni tampoco

es ajena la quiebra producida en la confianza depositada en la medicina curativa para dar respuesta a las diferentes enfermedades. La Conferencia de la OMS de Alma-Ata⁵⁰ de 1978 no solamente señala un nuevo marco y una dimensión totalmente diferente para la EpS, de creciente importancia, sino que también refleja la consciencia creciente de un protagonismo activo por parte de los agentes sociales en la necesaria modificación de la sociedad. No sorprende en estas circunstancias el énfasis puesto en la participación comunitaria o en la intervención pública consciente, sobre el funcionamiento de las estructuras sociales, tanto productivas como de ocio, para poder eliminar las causas "sociales" de las principales enfermedades, sean cancerosas, degenerativas, debidas a estilos o hábitos de vida peculiares, a la siniestralidad, a las toxicomanías o a la transmisión sexual.

La crítica de las rigideces de los modelos sociológicos, hacia los métodos cuantitativos "integradores" o "normalizadores", buscando modelos y métodos capaces de albergar lo cualitativo y el cambio, acompaña a esta reciente evolución⁷⁰.

Resulta, así, evidente el paralelismo existente en el desarrollo de los paradigmas en las Ciencias Sociales⁷¹ y en la Educación para la Salud, tratándose, en definitiva de la misma cosa. Podemos hablar, pues, de una evolución paradigmática en Educación para la Salud (cuadro 1).

Los planteamientos anteriores tienen consecuencias prácticas, hasta el punto de que podría hablarse de dos maneras de realizar Educación para la Salud: una positivista y otra participativa, viéndose afectadas todas las fases de la misma, pero, fundamentalmente, la programación y la evaluación.

¿Es posible programar una EpS crítica y participativa? ¿Cómo se realiza una evaluación desde estos planteamientos? ¿En qué se diferencian de los planteamientos positivistas? ¿Son incompatibles ambos postulados?

Cuadro 1
Estructuras de racionalidad en Educación para la Salud

	Educación para la Salud tecnológica	Educación para la Salud práctica	Educación para la Salud crítica
Paradigma	Positivista, hipotético deductivo o tecnológico	Hermenéutico o fenomenológico	Emancipatorio o participativo
Objeto de conocimiento	Objetivo	Subjetivo	Dialéctico
Fin	Leyes universales	Autorrealización	Emancipación
Metodología	Cuantitativas	Cualitativas	Cualitativa
Teorías del aprendizaje	Transmisión del conocimiento, conductista o cognitivista	Teorías cognitivistas interaccionistas	Interaccionismo social
Papel del sujeto	Receptor del conocimiento	Constructor del conocimiento	Utilizador del conocimiento para la interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la comunidad	Cliente	Contexto	Protagonista
Papel de la Educación para la Salud	Autoridad	Mediadora para la autonomía personal	Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad

V. CONSECUENCIAS SOBRE LA PROGRAMACION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

Aunque la programación es una parte que siempre debe estar presente⁷², sin embargo no es posible hablar de una única forma de hacerlo. Esto es así, porque tiene una dependencia del modelo general y, más globalmente, del paradigma de partida.

El punto de vista tecnológico en la programación es, sin duda, el más frecuente, entre otras cosas por encontrarnos socializados en él y haber demostrado eficacia en variadas disciplinas científicas. La programación, desde aquí^{28,31}, supone preparar una serie de actividades pensadas para ser desarrolladas en el futuro y así alcanzar unos objetivos preestablecidos, debiendo especificarlos lo más concretamente posible e, incluso, en términos de conducta³⁵. Esta pedagogía por objetivos⁶ suele estar muy estructurada, huyendo

de la ambigüedad, aunque asumen cierta flexibilidad como mecanismo de retroalimentación. Incluyen^{73,74} diagnóstico de la situación inicial, fines, objetivos, actividades, ejecución y evaluación.

Para los programas crítico participativos en Educación para la Salud, conviene señalar, de principio^{75,76}, que no aparecen por generación espontánea, sino que suele haber alguien con una especial preocupación por el tema que realiza una cierta planificación.

Lo que ocurre es que se trata, en este caso, de un auténtico cambio de perspectiva ya que, si en la programación positivista el principal hilo conductor son los objetivos, aquí el núcleo es la propia participación, en palabras de Lather⁹, con un interés emancipador⁷⁷.

En definitiva, ¿cuál es la principal diferencia entre un modelo tecnológico de programación y uno crítico? La respuesta es que, fundamentalmente, no está en su estruc-

tura, sino en el requisito de que la población participe en cada una de las fases⁷⁸, en situaciones concretas, con sus contradicciones, donde se analiza la realidad, se elabora un plan, se lleva a la práctica, se controla su curso y se evalúan e interpretan los resultados⁷⁹.

VI. CONSECUENCIAS SOBRE LA EVALUACION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La evaluación de programas⁸⁰ en Educación para la Salud muestra un desarrollo insuficiente y desordenado. Insuficiente porque se evalúa poco⁸¹ y con escaso rigor⁸². Desordenado porque se ve muy influenciado por la controversia sobre paradigmas¹¹ y, por ello, al uso de metodologías cualitativas y cuantitativas¹². Así, Mullen⁸³, señala que las técnicas con experimentos aleatorios, cuasiexperimentales, de objetivos medibles y análisis estadístico, con una concepción libre de valores, está siendo reexaminada en Educación para la Salud, llamando la atención sobre el proceso, sobre la generalidad, lo holístico, el naturalismo y otros enfoques cualitativos.

Por lo cual el primer paso para la evaluación debe consistir en saber en qué paradigma está uno situado. Es así aunque puedan encontrarse esquemas de síntesis⁸⁴ que evalúan la definición de un proyecto, su diseño, ejecución y conclusión. Pero, al preguntarnos ¿quién evalúa?, ¿cómo? y ¿con qué tecnología?, volveremos a encontrarnos con el problema de los enfoques epistemológicos.

En efecto, hay que decidir si la población participa en la evaluación, cuestión importante desde el punto de vista crítico de la Investigación Acción Participativa^{9,75}. También hay que saber que, si nos decidimos por el uso de metodologías cuantitativas, hablamos fundamentalmente de evaluación de producto o sumativa, control de variables, expresión numérica, explicación causal, diseños experimentales o cuasiexperimentales

a través de análisis de sistemas, evaluación por objetivos o para la toma de decisiones, con el uso de datos objetivos (indicadores, encuestas, ficheros, historias clínicas, test y escalas, etc). Si, por el contrario, nos decidimos por metodologías cualitativas, hablamos fundamentalmente de evaluación de proceso o formativa, describiendo los hechos en el contexto en el que ocurren, utilizando, por ejemplo, la evaluación iluminativa, responsiva, de percepción cualitativa o libre de objetivos, con datos que proceden de entrevistas, observación participativa o no, análisis de actas, registros y anotaciones de campo, diarios personales, etc. Asumiremos, así, una cierta confrontación entre validez interna y externa, por un lado, y credibilidad y utilidad por otro.

En resumen, un programa de Educación para la Salud, crítico y participativo, supone el planteamiento de un problema (en la escuela, de diagnóstico de salud, consejo de salud, en torno a un programa de crónicos, de la mujer, etc) en una colectividad relativamente reducida (una zona de salud, uno o varios centros escolares, barrio, colectivo de mujeres, educación de adultos, etc), convocando a todos los interesados. Tras la discusión se llega a conclusiones a través del diálogo, estableciendo un plan para su resolución, cuestión que posteriormente es evaluada por los propios participantes, a través de los diseños y técnicas que se estimen precedentes.

VII. LA NECESIDAD DE LA COMPLEMENTARIEDAD DE PUNTOS DE VISTA Y METODOLOGIAS

Es preciso acabar este trabajo con la constatación de que toda la polémica sobre métodos cualitativos y cuantitativos está quedando obsoleta en la actualidad, fundamentalmente porque el problema no está en los métodos, sino en los paradigmas. Más aún, existe un amplio acuerdo sobre la nece-

sidad de la complementariedad^{85,86} entre diferentes enfoques^{70,83}, donde la principal cuestión se sitúa en la capacidad de las teorías para resolver problemas⁸⁷, sin compromisos demasiado estrictos pero lejos de pragmatismos empiristas, explorando las posibilidades de las distintas perspectivas⁸⁸ en función de cada situación concreta^{89,90} y tratando de superar las dificultades que esta alternativa presenta⁹¹. De todas formas la opción epistemológica por el paradigma crítico sitúa a éste como núcleo en el que integrar, complementariamente, los enfoques y aportaciones de otros paradigmas.

BIBLIOGRAFIA

1. Briziarelli L. New tendencies in health education in Italy. *Health Promotion* 1987; 2: 153-159.
2. Nebot M. Educación Sanitaria: ¿dónde estamos?. *Atenc Prim* 1992; 9: 508-511.
3. Khun TLS. La estructura de las revoluciones científicas. México: F.C.E., 1978.
4. Fee E, Acheson RM. A History of Education in Public Health. Oxford: University Press, 1991.
5. Marset Campos P. Historia de la Salud Pública. En: Manual de Salud Pública. Madrid: Interamericana, 1994. En prensa.
6. Gimeno Sacristán J. La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Morata, 1984.
7. Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid: Morata, 1987.
8. Lewin K. Group Decision and Social Change. En: Reading in Social Psychology. Nueva York (USA): Swanson and Neucomb, 1947.
9. Lather P. Research as Praxis. *Harvard Educational Review* 1986; 56: 257-277.
10. Kemmis S. El currículum: más allá de la teoría de la reproducción. Madrid: Morata, 1988.
11. Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. The Paradigm Revolution and Health Promotion. *Revue Canadienne de Santé Publique* 1992; 83: supplement 1: 56-60.
12. Kelly MP. Some problems in Health Promotion research. *Health Promotion* 1989; 4: 317-330.
13. Green LW; Kreuter MW. Health Promotion as a Public Health Strategy for the 1990s. *Ann Re Public Health* 1990; 11: 319-335.
14. Tones K. Educación sanitaria: ¿prevención o subversión?. En: Centre d'analisi i programes sanitaris, editores. Tendencias actuales en Educación Sanitaria. Barcelona: CAPS, 1987: 27-38.
15. Coffano ME, Galanti MR, Bottasso F, Segnan N, Demicheli V, Costa G. Modelli in educazione sanitaria. *Educazione sanitaria e promozione della salute* 1992; 15: 92-103.
16. Costa M, Benito A, González FL, López, E. La educación para la salud: aportaciones de la psicología de la salud. *Jano* 1989; 36: 65-73.
17. Modolo MA, Briziarelli L. Educazione Sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale. *Educazione sanitaria e promozione della salute* 1990; 13: 161-174.
18. Minkler M. Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Hlth Educ Q* 1989; 16: 17-30.
19. Vuori H. El modelo médico y los objetivos de la Educación para la Salud. En: Centre d'analisi i programes sanitaris, editores. Tendencias actuales en Educación Sanitaria. Barcelona: CAPS, 1987: 13-26.
20. Laín Entralgo P. La Medicina Hipocrática. Madrid: CESIC, 1976.
21. Ramos García E, Sánchez Moreno A, Marset Campos P. Ciudad, salud y participación. *Ciudad y Territorio* 1991; 89: 157-167.
22. Ramos García E, Sánchez Moreno A, Marset Campos P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (I). Problemas históricos y conceptuales. *Atenc Prim* 1992; 9: 334-336.
23. Freire P. Pedagogía del oprimido. Madrid: Siglo XXI, 1983.
24. Salleras Sanmarti L. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos, 1985.

25. Rosenstock I, Strecher VJ, Becker M. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Hlth Educ Q* 1988; 15: 175-183.
26. Mechanic D. The stability of health and illness behavior: results from a 16 years old follow-up. *Am J Public Health* 1979; 69: 1142-1145.
27. Mechanic D. Actitud ante la salud y la enfermedad. En: LAST, JM (Ed). *Salud Pública*. Madrid: Interamericana 1992: 1059-1070.
28. Green LW. Modifying and developing health behavior. *Ann Rev Public Health* 1984; 5: 215-236.
29. Costa M, López E. *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
30. Johns MB, Hovell MF, Ganiats T, Peddecord M, Agras WS. Primary Care and Health Promotion: model for Preventive Medicine. *Am J Prev Med* 1987; 3: 346-357.
31. Greene WH, Simons Morton BG. *Educación para la Salud*. México: Interamericana, 1988.
32. Richard N. Los métodos y la efectividad de la Educación para la Salud: pasado, presente y futuro de un compromiso científico y social. En: Centre d'anàlisi i programes sanitaris, editores. *Tendencias actuales en Educación Sanitaria*. Barcelona: CAPS, 1987: 93-132.
33. Polaino Lorente A. *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder, 1987.
34. Méndez Carrillo FX, Macfía Antón D, Olivares Rodríguez J. Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención. Madrid: Pirámide, 1993.
35. Rochon A. *Educación para la Salud*. Barcelona: Masson, 1991.
36. Fernández Bennàssar C, Fornés Vives H. *Educación y salud*. Palma de Mallorca: Universidad de las Islas Baleares, 1991.
37. Becker GS. Habits, Addictions and Tradition. *Kyklos* 1992; 45: 327-346.
38. Pescosolido, BA. Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *Am J Sociology* 1992; 97: 1096-1138.
39. Moessinger, P. La theorie du choix rationnel: critique d'une explication. *Information sur les sciences sociales* 1992; 31: 87-111.
40. Chomsky N. *El miedo a la democracia*. Barcelona: Crítica, 1992.
41. Dahl RA. *La democracia y sus críticos*. Barcelona: Paidós, 1992.
42. Bobbio, N. *Estado, Gobierno, Sociedad*. Barcelona: Plaza y Janés, 1987.
43. Vericat J. *Ciencia, Historia y Sociedad*. Madrid: Istmo, 1975.
44. Anderson JM. Home care management in chronic illness and the self-care movement: An analysis of ideologis and economics processes influecing policy decisions. *Adv nurs Sci* 1990; 12: 71-83.
45. Freudenberg N. Shaping the future of health education from behavior change to social change. *Hlth Educ Monographs* 1978; 6: 373-377.
46. Tones K. Why theorise? Ideology in health education. *Hlth Educ J* 1990; 49: 2-6.
47. Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI, 1980.
48. Serrano González MI. *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
49. Ramos García E, Sánchez Moreno A, Marsset Campos P. Paradojas y posibilidades de participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (II). *Alternativas críticas y emancipatorias*. *Atenc Prim* 1992; 9: 398-400.
50. Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Serie Salud para Todos, n.º 1, 1978.
51. Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 129-133.
52. Modolo MA. Strategie educativa per i programme sanitari. *Educazione sanitaria e Medicina preventiva* 1980; 3: 22.
53. Modolo MA. La practica. En: Modolo MA, Sepilli A. *Educazione Sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1983: 27-86.
54. Mori M. La contribución de la Educación Sanitaria a la reforma de los servicios sanitarios. *Atenc Prim* 1987; 4: 169-172.

55. Modolo MA. Educación sanitaria, comportamiento y participación. En: Centre d'analisi i programes sanitaris, editores. Tendencias actuales en Educación Sanitaria. Barcelona: CAPS, 1987; 39-58.
56. Vuori H. La participación comunitaria en Atención Primaria de Salud: un medio o una finalidad en si misma. *Atenc Prim* 1992; 10: 1036-1048.
57. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes. *Health policy and planning* 1986; 1: 240-249.
58. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary Health Care: On measuring participation. *Soc Sci Med* 1988; 16: 931-940.
59. Bjarás G, Haglund B, Rifkin SB. A new approach to community participation assessment. *Health Promotion International* 1991; 6: 199-206.
60. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment Education: Freires's Ideas Adapted to Health Education. *Hlth Educ Q* 1988; 15: 379-395.
61. Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion. Research Implications for Community Health Programs. *Canadian Journal of Public Health* 1990; 81: 53-60.
62. Juan Creix i Bretons I. de. Educación Sanitaria *versus* información persuasión. *Atenc Prim* 1987; 4: 167-168.
63. Rice M. Health Promotion, Education and Community Participation in the Americas Reality or Myth?. *Hygie* 1988; 7: 7-11.
64. Madan TN. Community Involvement in Health Policy. Socioestructural and Dynamic aspects of Health Beliefs. *Soc Sci Med* 1987; 25: 615-620.
65. Tranquada. Participation of the poverty Community in Health Care Planning. *Soc Sci Med* 1973; 7: 719-728.
66. Miguel J de. Participación de la población. En: *Salud Pública del futuro*. Barcelona: Ariel, 1985: 194-265.
67. Sherrard Sherraden M, Wallace SP. Innovation in Primary Care: community Health Services in Mexico and the United States. *Soc Sci Med* 1992; 35: 409-417.
68. O'Connor J. The fiscal crisis of the State. Nueva York: Saint Martin's Press, 1973.
69. Berzosa C et al. Tendencias de la economía mundial hacia el 2000. Madrid: IEPALA, 1990.
70. Steckler A, McLeroy KR, Goodman RM, Bird ST, McCormick L. Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Hlth Educ Q* 1992; 19: 1-8.
71. Sáez Carreras J. La Pedagogía Social en España: sugerencias para la reflexión. *Revista de Pedagogía Social* 1986; 1: 7-20.
72. Kok G. Quality of Planning as a Decisive Determinant of Health Education Effectiveness. *Hygie* 1992; 11: 5-9.
73. Sáez Crespo JA, Alonso Atienza MC, Fernández Paez F, Vos Saus R. Fundamentos para la elaboración de un programa de educación para la salud en la comunidad. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 1007-1016.
74. Rodríguez Idigoras MJ, Rodríguez Cabezas A, Cabrerizo Portero J. Planificación y evaluación de un programa de educación sanitaria. *Rev San Hig Púb* 1986; 60: 1179-1200.
75. Kemmis S, McTaggart R. Como planificar la investigación acción. Barcelona: Laertes, 1988.
76. Park P. Qué es la investigación acción participativa. Perspectivas teóricas y metodológicas. En: Salazar, editor. *Investigación acción participativa. Inicios y desarrollos*. Madrid: Popular, 1992: 135-174.
77. Nitcher M. Project community Diagnosis: Participatory Research as a First Step Toward Community Involvement in Primary Health Care. *Soc Sci Med* 1984; 19: 237-252.
78. Hall B. Research, commitment and action: the role of Participatory Research. *Int Rev Education* 1984; 30: 289-299.
79. Escudero Muñoz JM. La investigación acción en el panorama actual de la investigación educativa. Algunas tendencias. *Innovación e investigación educativa* 1987; (3): 5-39.
80. Hawe P, Degelling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para los trabajadores de la salud. Barcelona: Masson, 1993.
81. Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en la Ac-

- ción Primaria de Salud. 1983; Serie de Informes Técnicos n.º 690.
82. Loevinsohn BP. Health Education Intervention in Developing Countries: A methodological Review of Published Articles. *Int J Epidemiology* 1990; 19: 788-794.
 83. Mullen PD, McCuan RA, Iverson DC. Evaluation of Health Education and Promotion Program: review of qualitative approaches. *Advances in Health Education and Promotion* 1986; 1: 467-498.
 84. Muncio P. Evaluación de programas educativos. *Bordon* 1992; 43: 373-395.
 85. Reichardt Ch S, Cook D. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En: *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, 1986: 25-78.
 86. Yach D. The use and value of qualitative method in health research in developing countries. *Soc Sci Med* 1992; 35: 603-612.
 87. D'Onofrio C.N. Theory and the Empowerment of Health Education Practitioners. *Hlth Educ Q* 1992; 19: 385-403.
 88. Fernández Sierra J, Santos Guerra MA. Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud. Málaga: Aljibe, 1992.
 89. Hungentobler MK, Israel BA, Schurman SJ. An Action Research Approach to Workplace Health: Integrating Methods. *Hlth Educ Q* 1992; 19: 55-76.
 90. Vries H de, Weijts W, Dijkstra M, Kok G. The Utilitatio of Qualitative and Quantitative data for Health Education Program Planning, Implementation and Evaluation: A Spiral Approach. *Hlth Educ Q* 1992; 19: 101-115.
 91. Buchanan DR. An Uneasy Alliance: Combining Qualitative and Quantitative Research Methods. *Hlth Educ Q* 1992; 19: 117-135.