

Recibido: 02/03/2020

Aceptado: 07/05/2020

# “LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD”: UNA REVISIÓN SOBRE EL CONCEPTO Y SUS UTILIDADES.

**CARMEN BUSQUETS FERRER**

Enfermera Hospital Santa Cristina Madrid.  
cabferrer@gmail.com

**DANIEL MUÑOZ JIMÉNEZ**

Enfermero Universidad Pontificia de Salamanca. Salus Infimorum.

## PALABRAS CLAVE

*Alfabetización en salud, eSalud, enfermeras educadoras, capacitación en salud.*

## RESUMEN

*En este artículo se realiza una revisión bibliográfica que nos aproxima a La Alfabetización en Salud (AES), que es un término creado en los años 70. Se define como las habilidades para acceder, procesar, juzgar y entender la información sobre salud. Se han creado diversos modelos y métodos de evaluación, destacando entre todos los dados por el European Health Literacy Survey (HLS-EU). Algunos autores han contextualizado la AES en el marco digital actual, evaluando estas habilidades para diseñar la información proporcionada en internet. La utilidad de investigar la Alfabetización es que se hace preciso conocer el grado de alfabetización en salud de la población para poder diseñar estrategias de capacitación en hábitos saludables y en autogestión de la enfermedad a los pacientes. Las enfermeras son los profesionales que pueden desarrollar proyectos en base a sus hallazgos en relación con la Alfabetización.*

## KEYWORDS

*Health Literacy, "eHealth", nurse educators, health training.*

## ABSTRACT

*Health Literacy (HL), a term created in the 70's, is defined as the abilities to obtain, process, and understand basic health information. In this article, a bibliographic review is carried out that brings us closer to HL. There are several models and assessment methods, highlighting among all, the ones from the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Some authors, assess the abilities in the eHealth context, evaluating these abilities to design the information provided on the internet. The usefulness of researching Literacy is that it is necessary to know the degree of health literacy of the population in order to design training strategies in healthy habits and self-management of the disease for patients. Nurses are the professionals who can develop projects based on their findings regarding HL.*

## 1. INTRODUCCIÓN.

Hoy en día, la población española se caracteriza por ser una población envejecida; según datos de la Proyección de Población en España 2014-2064 publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), “el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064”. Por primera vez el número de defunciones superará al número de nacimientos en el 2015 (saldo vegetativo negativo) (INE, 2016). A nivel mundial existe una paradoja. El mundo está en un momento de superpoblación, lo que supone que el número de personas supera los recursos disponibles en el planeta. Los recursos, se concentran en los países con más índice de desarrollo (Europa y Norte América) (Basagoiti, 2012).

Un claro ejemplo de esta situación de desigualdad es, que según el estudio de estadística sobre el Panorama de la Salud Mundial publicado en 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El riesgo de que un niño muera antes de cumplir 5 años es ocho veces mayor en la Región de África que en la Región de Europa de la OMS” (OMS, 2014). En este punto, a nivel internacional se aboga por políticas sostenibles y ecológicas, que aseguren la estabilidad y longevidad de los recursos y esto pasa por la responsabilidad compartida, las de los profesionales y los ciudadanos en el cuidado de su salud.

Esta idea de sostenibilidad es aplicable al marco sanitario. Por su propia naturaleza, es esencial que los recursos sanitarios perduren y sean utilizados de forma responsable y eficaz para garantizar su disponibilidad futura y esto, también supone un cambio en los roles de los profesionales sanitarios para lo cual algunos grupos, por ejemplo las enfermeras, tienen mayor formación y desarrollo de competencias, y por ello, están capacitadas para asumir mayores responsabilidades en el mundo de los servicios sanitarios.

## 2. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

Según estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en 2013 España gastó en sanidad pública unos 2.099 dólares por persona, 437 dólares menos que la media del resto de países. Si se observa el gasto en sanidad sobre el Producto Interior Bruto (PIB), en este caso la diferencia es menor; nuestro país gastó el 6,4%, frente al 6,5% de la OCDE (OCDE, 2015). Sin embargo, nuestro sistema de salud se considera muy eficiente debido a su equidad y a su capacidad de transformación; cualquier persona puede acceder al mismo, al recurso que necesita, lo que no sucede en la mayoría de los países, y esto supone que dispone de flexibilidad, lo que le lleva a la sostenibilidad.

El 10 de Abril de 2010, el periódico El País publicaba el artículo “La sostenibilidad del sistema sanitario público”, en el que el Dr. Sánchez Bayle, presidente de la International Association of Health Policy, y Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa

de la Sanidad Pública, señalaba que actualmente el gasto sanitario español se encuentra por debajo de la media de la OCDE, 313 euros per cápita menos y 0,5 puntos porcentuales menos sobre el PIB, con un crecimiento anual del gasto sanitario del 2,7% en los últimos 10 años, promedio de la OCDE, 4,5% . Además reseñaba que nuestro gasto sanitario es muy eficiente considerando como resultado la esperanza de vida de la población (El País, 2010).

### **3. EL PACIENTE EMPODERADO Y ACTIVO COMO UNA SOLUCIÓN A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.**

Un elemento de desarrollo que se ha propuesto cuando se habla de realizar nuevos enfoques de futuro es el trabajo en estrategias de “Paciente activo y empoderado”. El término paciente activo surge a principios del siglo XXI como consecuencia del auge de las enfermedades crónicas. Hoy en día es una realidad; se define como aquel que “se preocupa por su salud, se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad” (Jovell et al., 2006). Como consecuencia de este cambio de rol, el usuario está demandando más información y presenta unas altas expectativas con respecto a su salud y la atención recibida; esta forma emergente, contrasta con la tradicional actitud pasiva (Catalán & Talavera, 2012).

Este cambio se debe, entre otros, al aumento del nivel educativo de la población española. Según datos del INE el 56% de la población adulta española posee estudios de la segunda etapa de Educación Secundaria o estudios superiores (Mestre, 2014). Además el abandono educativo temprano ha disminuido considerablemente desde 2005 hasta la actualidad, por ejemplo, en las comunidades autónomas donde hay mayor nivel de abandono (Andalucía, Murcia, Ceuta y Melilla) ha descendido de un casi 40 % al actual 27% (European Commission, 2015).

También se relaciona con los cambios en la estructura y roles familiares; una transformación de la percepción de salud como un bien individual y subjetivo, no como una situación estática, sino como el desarrollo de todas las capacidades individuales de la persona, que se consigue mediante un proceso permanente y continuo. “No vivimos para tener salud, sino que procuramos tener salud para vivir con más intensidad y mejor” (European Commission, 2015).

Y por supuesto, se vincula con un aumento de la prevalencia de la enfermedad crónica, lo que supone la adopción de estrategias de autocontrol y autocuidado; y finalmente la aparición de las asociaciones de pacientes como intermediarios entre el sistema sanitario y los mismos (Jovell et al., 2006). Sin duda, la activación de los ciudadanos en la corresponsabilidad de la salud y su participación activa en la toma de decisiones se convierten en un elemento de futuro, muy relacionado con un término emergente, el Empowerment.

La OMS (2012) define el Empowerment como “un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud”. El empoderamiento puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual, los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias para la participación en la toma de decisiones (Basagoiti, 2012).

Así, el paciente-ciudadano se responsabiliza de su salud y quiere tomar sus propias decisiones (Jovell, 2006). De esta forma, se habla de empoderamiento del paciente o Empowerment, ya que éste no deja su salud de forma ciega en manos de los profesionales sino que toma una actitud más protagonista, define los objetivos terapéuticos y toma decisiones. Sin embargo, aquí surgen numerosos dilemas, ya que a pesar de ser una actitud muy beneficiosa y positiva, da pie a cuestionarse si el paciente está verdaderamente preparado para tomar decisiones, y asumir sus consecuencias.

Se sabe que las conductas individuales juegan un papel muy importante en la salud de las personas, al igual que el medio ambiente. El término “estilo de vida” es utilizado para expresar el conjunto de conductas que conforman el modo de vida. A veces se tiende a considerar al individuo como el principal y único responsable de las consecuencias que tienen para su salud, excluyendo e ignorando otros factores causales en el origen de la enfermedad y su desigual distribución. Las decisiones que se toman dependen en gran medida del ambiente cultural, social, económico e incluso físico en el que se vive. “Elegir un estilo de vida saludable no sólo depende de la voluntad (“querer”), sino también del conocimiento (“saber”) y de la accesibilidad al mismo (“poder”)” (European Commission, 2015).

Por esta razón es esencial que el ciudadano se forme en temas de salud y tenga un mínimo conocimiento que le posibilite entender los diagnósticos, o decidir que tratamientos/cuidados se podrían adecuar mejor a su situación; y en el caso de no disponer de esos conocimientos, debería tener las habilidades suficientes para buscar información a través de todas las fuentes de información a su alcance, juzgando si ésta se ajusta a su situación personal.

*“España podría mejorar la continuidad de la asistencia sanitaria ofrecida al creciente número de personas con una o más enfermedades crónicas, evitando así admisiones hospitalarias innecesarias para personas con asma o insuficiencia cardíaca congestiva. España también podría mejorar la calidad de los servicios de emergencia para personas admitidas al hospital debido a infartos agudos de miocardio (IAM) o Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico, incrementando así la supervivencia” (OECD, 2015).*

Los datos de la OCDE del Health at a Glance 2015 determinan entre los principales hallazgos: “la expectativa de vida en España es la segunda más alta en la OCDE (después de Japón). Para lograr un mayor progreso es necesario realizar un abordaje a importantes factores de riesgo

para la salud como el consumo de tabaco y alcohol, al igual que la obesidad en poblaciones adultas e infantiles”. En este punto juegan un papel muy importante las políticas de prevención y promoción de la salud, ya que engloban acciones que evitan o controlan precozmente la enfermedad, además de disminuir los gastos sanitarios. Aparece entonces el término de Alfabetización en Salud que es una traducción del inglés Health Literacy, fue creado por Simonds en el año 1974 en un artículo donde “hacía un llamamiento a que la educación para la salud en la escuela permitiera a los estudiantes adquirir conocimientos sobre la salud, al igual que lo hacían en las materias tradicionales como matemáticas e historia” (Simonds, 1974).

### **Conceptualización de Alfabetización en Salud (AES).**

De entre todos los artículos que hemos revisado sobre Alfabetización en Salud para este trabajo, destaca uno publicado en el año 2012 titulado “Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, en él se analizan 17 definiciones diferentes de la AES, y 12 modelos conceptuales (Simonds, 1974).

Este artículo explica cómo se ha ido transformando la definición de Alfabetización en Salud (AES). Al principio ésta se centraba en la capacidad de realizar operaciones numéricas y en comprender textos relacionados con la salud, sin embargo, actualmente se tiende a pensar en la AES como la utilización simultánea de unas habilidades concretas, como informarse en materia de salud y actuar en consecuencia, entender las recomendaciones de los profesionales, sin olvidar la influencia que tiene el nivel de motivación, conocimientos e implicación (Simonds, 1974). Todo ello produce una interacción entre lo que el sistema sanitario moderno espera de los usuarios y las habilidades individuales de éstos.

En este artículo, tras analizar las diferentes definiciones y condensarlas, Sorensen et al. (2012), establecen una nueva: “La AES se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta”.

También cabe destacar la definición promulgada por la Organización Mundial de la Salud, en su glosario de términos de Salud Pública: “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (OMS en Basagoiti, 2012).

En definitiva, la AES es un conjunto de habilidades que capacitan a la persona para obtener, procesar y entender la información básica sobre la salud, acciones necesarias para tomar decisiones apropiadas en un contexto sanitario. Es un concepto dinámico, influido

por factores culturales, individuales y sociales (edad, interacción social, idioma y vivencias personales en el proceso salud-enfermedad).

El Modelo de Sorensen/ European Health Literacy Survery (2012), combina las dimensiones de la AES (atención y cuidado, prevención de la enfermedad y promoción de la salud) con las cuatro dimensiones referidas al procesamiento de la información (acceder, entender, evaluar y aplicar). Como resultado obtenemos 12 dimensiones. Además se incluye en el núcleo del modelo la motivación, dando cabida a los enfoques sociales, antropológicos y psicológicos de la AES.

### **El papel de las TIC.**

Un estudio realizado en el año 2012 por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, titulado “Los ciudadanos ante la e-Sanidad” declara que actualmente en España la principal fuente de información para la población general es el profesional sanitario (88,1% consulta médica u otros profesionales), y que internet como recurso informativo sanitario es utilizado por el 29,9% de la población, la fuente con menor grado de uso (ONTSI, 2016).

Sin embargo, también apunta que el 48,3% de los internautas utilizan Internet como fuente de información en temas de salud. En la población joven y de mediana edad (menores de 50 años), es utilizada por más del 40% de los encuestados. A partir de esta edad, el uso de Internet como fuente de información se reduce de manera importante, siendo del 21% en sujetos de 50 a 64 años y casi testimonial (4,8%) entre los ciudadanos de 65 años o más (ONTSI, 2016).

Datos del INE publicados el 1 de octubre del 2015, señalan que el 64,3% de la población entre 16 y 74 años utiliza internet a diario. El 78,7% de los hogares españoles tiene acceso a la red, frente al 74,4% del año anterior. Esto significa que en España existen 12,6 millones de viviendas familiares con acceso a internet (INE, 2015).

Por ello se deduce que en un espacio de tiempo no muy lejano, internet será una fuente de información muy importante, para toda la población. Esta tendencia responde a un fenómeno llamado eSalud, que se define como “la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el ámbito de la salud”. Pero internet no sólo se caracteriza por ser un recurso informativo, sino también un medio de comunicación, una herramienta para la provisión de servicios y un campo de actuación pública. Un ejemplo de ello es la plataforma web PyDeSalud, diseñada para los ciudadanos con enfermedades crónicas de gran impacto socioeconómico (Perestelo-Pérez et al., 2013). En este punto es donde internet presenta su mayor beneficio, ya que permite que los pacientes se involucren en el proceso de toma de decisiones, aumenta su satisfacción y permite un correcto manejo de los cuidados (Navas-Martin et al., 2012).

Es decir, se pueden destacar cinco puntos fuertes de Internet como fuente de información que son (Jain & Bickham, 2014):

- Fácil acceso a la información.
- Aumenta la involucración del usuario en cuanto a su salud.
- Permite la interacción.
- Existe información adaptada a la población general.
- Promueve la confidencialidad y el anonimato.

No obstante, internet presenta dos barreras como fuente de información: la fiabilidad y el grado de legibilidad (Lupiáñez-Villanueva, 2011). Para valorar el grado de alfabetización se utilizan diferentes instrumentos que se presentan en la tabla 1.



**Tabla 1 Análisis de los instrumentos de medida de la alfabetización en salud en patologías/poblaciones específicas.**

AÑO	AES en Patología o grupo	ESCALA	AUTORES
2001	Diabetes	Literacy Assessment for Diabetes (LAD)	Nath, Sylvester, Yasek y Gunel.
2006	Cáncer	Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Test (SIRACT)	Agre et al.
2007	Nutrición	Nutrition Literacy Scale (NLS)	Diamond.
2009	Reuma	Functional Health Literacy Test (FHLT)	Zhang, Thumboo, Fong, y Li,
2009	Salud bucodental	Oral Health Literacy Instrument (OHLI)	Sabbahi, Lawrence, Limeback, y Rootman
2010	Padres	Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT) 55 y dos versiones cortas: PHLAT-10 y PHLAT-8; y versión en español	Kumar et al.
2011	Diabetes	Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)	Fransen, Van Schaik, Twickler, y Essink-Bot
2012	Hipertensión arterial	High Blood Pleassure Health Literacy Scale (HBP-HLS)	Kim et al.
2012	Cáncer de colon	Assesment of Colon Cancer Literacy (ACCL)	Pendlimari, Holubar, Hassinger, y Cima.
2012	Diabetes	Special Diabetes Program for Indians Healthy Heart Health Literacy (SDPI-HH HL)	Brega et al.
2012	VHP y cancer de cervix	TALKDOC	Helitzer, Hollis Sanders y Roybal.
2013	Diabetes	Chinese Health Literacy Scale for Diabetes (CHLSD)	Leung, Lou, Cheung, Chan y Chi
2013	Salud bucodental	Oral Health Literacy Assessment in Spanish (OHLA-S) and English (OHLA-E)	Lee, Stucky, Rozier, Lee, y Zeldin
2013	Nutrición	Nutrition Literacy Assessment Instrument (NLAI)	Gibbs y Chapman-Novakofski
2013	VIH	HIV-Related Health Literacy Scale (HIV-HL)	Ownby et al.
2015	Salud Mental	Mental Health Literacy Scale (MHLS)	O'Connor M y Casey L.

Fuente: Elaboración propia.

Actualmente los instrumentos más utilizados en la medición de la AES son el TOFHLA, REALM y Newest Vital Sign (NVS). Ambas pertenecen al grupo llamado escalas de valoración objetiva.

El test TOFHLA (creado en 1995 por Parker et al.) es considerado la principal herramienta para la medición de la AES, y se divide en dos partes. La primera parte evalúa las habilidades numéricas de los pacientes para aprender pautas y/o dosis de medicamentos. La segunda parte mide la comprensión lectora. Existe una versión en español y una versión breve.

El test REALM fue el primer instrumento de medición de la AES, en el año 1991 por Davis et al. Es un test de reconocimiento de 125 palabras desarrollado para identificar pacientes con baja AES. El paciente tiene que leer todos los términos en voz alta, de esta forma se puntúa positivamente cuando su pronunciación es correcta y negativa cuando es incorrecta. Se han desarrollado numerosas versiones, desde versiones más cortas, adaptadas a adolescentes, adaptadas en la consulta del dentista, y adaptada para la población hispanohablante.

### **¿Qué implica una baja Alfabetización en Salud (AES) para los ciudadanos?**

Las consecuencias de una baja AES son:

- Menor nivel de salud percibida (Ruiz-Cabello, 2015).
- Menor uso de los recursos preventivos (Baker et al., 2004) en contraste con una mayor tasa de hospitalización e hiperfrecuentación de los servicios de urgencias.
- Detección tardía de la enfermedad y de sus síntomas (Basagoiti, 2012).
- Peor comunicación médico-paciente.
- Peor conocimiento de la enfermedad y de sus síntomas en enfermos crónicos, y en definitiva, deficiente autogestión de la enfermedad (Gazmararian et al., 2003).
- Consumo inadecuado de los medicamentos, errores de dosificación y baja adherencia terapéutica (Paschal et al., 2016).
- Aumento de la tasa de mortalidad. Un estudio realizado en Inglaterra y publicado en el 2012, muestra que un nivel de AES deficiente se asocia a un mayor riesgo de muerte de más de cinco años, incluso teniendo en cuenta las circunstancias socioeconómicas y de salud de referencia (Bostock & Steptoe, 2012).

Asimismo, diversos estudios demuestran que una baja alfabetización en salud en los padres está relacionada con el uso indebido de las urgencias pediátricas y errores en la dosificación de los medicamentos de sus hijos (Stikes et al., 2015).

Es decir, las consecuencias de una baja AES influyen directamente sobre la salud individual y colectiva.

Individualmente influye en los grupos más vulnerables, sobre todo cuando la enfermedad en cuestión es grave y compleja, como en el caso del cáncer, dándose situaciones problemáticas en la comunicación médico-paciente con respecto a riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento o la no comprensión del consentimiento informado (Davis et al., 2002).

Colectivamente entorpece y encarece el funcionamiento del Sistema Sanitario, además de suponer un impacto económico significativo; de hecho, la National Academy on an Aging Society de Estados Unidos estima que una alfabetización en salud baja supone un coste adicional de 73 mil millones de dólares al año en los fondos que este país destina a su sistema de salud, una cifra nada desdeñable.

#### **4. EL PROYECTO EUROPEO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD.**

Han pasado 40 años desde que se creó éste término; y 18 años desde que se publicó en el Glosario de Términos de Salud Pública de la OMS.

Hasta hace unos años el desarrollo en investigación de AES se concentraba en Estados Unidos y Canadá. Entre los años 1991 y 2005 Europa proporcionaba menos de un tercio de publicaciones globales relacionadas con la AES (Falcón & Luna, 2012). Sin embargo en la última década se han abierto las fronteras internacionales.

En el año 2008, la Comisión Europea planteó una estrategia que duraría hasta el año 2013; el objetivo de ésta era afrontar los problemas de Salud Pública presentes en la población de los Estados miembros.

En el año 2009 se pone en marcha el Proyecto Health Literacy Survey European Poyect (HLS-EU) financiado por la Comisión Europea. En él se planteó la necesidad de contar con un instrumento adecuado para medir la Alfabetización en Salud, y documentar, por primera vez, datos sobre la AES en los países europeos y así, contar con indicadores para una vigilancia tanto a nivel nacional como de toda la Unión Europea (UE) y establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud (Falcón & Luna, 2012).

Como consecuencia nace el marco conceptual citado anteriormente de Sorensen et al., (2012) y la escala HLS-EU-Q, que se tradujo a seis lenguas (búlgaro, holandés, alemán, griego, polaco y español).

Entre los 8 países Europeos que participaron en el Proyecto (Grecia, Irlanda, Polonia, España, Países Bajos, Alemania y Bulgaria) se administró un cuestionario validado aplicando los estándares del Eurobarómetro en sus procedimientos de muestreo y metodología. Los resultados fueron que “la alfabetización en salud del 12,4% de los europeos resultó inadecuada, mientras que un 35,2% tenía una alfabetización en salud problemática. En otras

palabras, una de cada dos personas en Europa tiene una alfabetización en salud limitada”. La muestra incluyó un total de 1.000 personas por país.

La muestra española fue recopilada por la empresa Intercampo, Investigación y Técnicas de campo S.A, entre el 5 y el 21 de Julio del 2011. Para recabar información se empleó la técnica de las encuestas personales asistidas por ordenador o CAPI. Las entrevistas guardaron la proporción con los estándares demográficos nacionales de las siguientes características sociodemográficas: edad, sexo, área de urbanización y distribución por Comunidades Autónomas. Los resultados de la muestra española fueron: 9,5% tiene un nivel excelente, el 32,6% nivel suficiente, el 50,8% nivel problemático y, finalmente, el 7, 5% tiene un nivel inadecuado. (Speros, 2011).

A la vista de lo encontrado, la pregunta es: ¿cómo se relaciona este concepto de Alfabetización con el papel que han de jugar las enfermeras como líderes de esta estrategia, y qué son capaces de aportar estos profesionales a la sociedad para su capacitación en Salud?

La Educación para la Salud es uno de los pilares más importantes en enfermería. De entre todos los profesionales del Sistema Sanitario Español, sin duda, el que más horas pasa al lado del paciente es el equipo de enfermería. Por ello es el más accesible y al que se suele recurrir en primera instancia en momentos de duda, desconocimiento o inquietud. Aunque es evidente que la Alfabetización en Salud está íntimamente relacionada con la enfermería, se puede contextualizar esta relación en un marco teórico-enfermero; éste podría ser el de Dorothea Orem.

Primero se podría relacionar la AES con la “Teoría del Autocuidado”. Para Orem el autocuidado es una conducta dirigida por las personas sobre sí mismas, los demás y el entorno, lo que ocasiona un beneficio. Este proceso tiene tres fases (García Martín, 1995):

- Fase I: La toma de conciencia, lo que implica capacidad cognitiva, procesar información y dar significado a una situación.
- Fase 2 : La toma de decisión, lo que exige motivación y pensar en la causa-efecto.
- Fase 3 : La ejecución de la acción, lo que implica la capacidad motora y persistir en el curso de la acción.

Speros, en el artículo “Promoting Health Literacy: A Nursing Imperative” realiza un símil entre una persona con baja Alfabetización en Salud y otra que acude a un servicio de urgencias en donde nadie habla su idioma. En este servicio de urgencias nadie se toma el tiempo de preguntarle si está entendiendo lo que le están diciendo, le preguntan cosas que no es capaz de traducir ni entender, y finalmente le entregan un montón de papeles que no entiende y le piden que los firme. Esta situación ocasiona confusión, frustración y pánico (Speros, 2011).

Acorde con el “sistema de enfermería de apoyo-comunicación” de Orem, las enfermeras juegan un rol de importancia en la facilitación de la comunicación y en definitiva en el proceso de promoción de la salud, evalúan las motivaciones individuales, identifican barreras en la comprensión, hacen que la información sea legible y accesible adaptando la información a cada persona. (García Martín & Sellán Soto, 1995). Estas estrategias, en definitiva, son las que promueven el empoderamiento del paciente.

En segundo lugar, existen algunas organizaciones sanitarias, la mayoría americanas, que han publicado un conjunto de recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios para mejorar y facilitar la alfabetización en salud en sus pacientes. Entre ellas, se destaca: The Health Literacy Universal Precautions Toolkit from the Agency for Healthcare Research and Quality (Darren et al., 2020). Estas recomendaciones son dadas por la Agency for Healthcare Research and Quality perteneciente al U.S. Department of Health & Human Services.

Además, se sugiere que los profesionales sanitarios, y por tanto a las enfermeras que ante un paciente desconocido, presupongan que tiene baja alfabetización en salud. El toolkit (“kit de herramientas”) proporciona una guía basada en la evidencia científica, para su fácil administración y aprendizaje se divide en cuatro apartados, que son:

- Comunicación hablada.
- Comunicación escrita.
- Automanejo y empoderamiento.
- Sistemas de apoyo.

En este toolkit también añade que los ciudadanos con baja AES, tienen menos probabilidad de hacer preguntas durante la entrevista clínica, buscan menos información en salud y tienen dificultades para entender la terminología y el argot sanitario o de salud.

## 5. CONCLUSIÓN.

Actualmente el concepto alfabetización en salud es casi desconocido y poco reconocido en España, además, en este país, los estudios que determinan el nivel Alfabetización en Salud (AES) en distintas poblaciones son mínimos. Sin embargo, esta situación es muy distinta en otros países como Estados Unidos, que se presenta como un país puntero en el estudio de la Alfabetización en Salud.

Entre la bibliografía científica, no se ha encontrado otro estudio que relacione la escala europea con la escala de valoración en eSalud. Si bien la valoración de las habilidades en eSalud se mide con la escala de Norman y Skinner (escala eHEALS), en la mayoría de estudios se utiliza una escala complementaria que analice la AES global o pruebas específicas con el ordenador e Internet (Falcón & Luna, 2012).

En el caso de la validación española, la autora relaciona la escala eHEALS con otras escalas de bienestar psicológico, obteniendo relaciones positivas significativamente estadísticas entre la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima.

Atendiendo a los datos recogidos en el Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud, el nivel de Alfabetización está fuertemente relacionado con la educación formal, es más, los datos recogidos en el proyecto muestran que aquellos países con mejores promedios de educación tienen unos menores porcentajes de población con alfabetización en salud limitada.

La enfermera puede ser el profesional capaz de ejercer un mayor liderazgo a la hora de trabajar desde el conocimiento del grado de Alfabetización en Salud de las poblaciones y desarrollar proyectos eficaces en lo que la capacitación en salud, entrenamiento en autocuidado y las acciones de promoción, mejoren la salud, la adherencia a los hábitos saludables y la calidad de vida de los ciudadanos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *Journal of general internal medicine*, 19(3), 215-220.

Basagoiti, I. (2012) Alfabetización en salud. De la información a la acción. Recuperado el 2 de mayo de 2020 de <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>

Blanco Pérez, A., & Gutiérrez Couto, U. (2002). Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista española de salud pública*, 76, 321-331.

Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344, e1602.

Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26).

Darren A. DeWalt, M.D., M.P.H. Leigh F. , Callahan, Ph.D. Victoria H. Hawk, M.P.H., R.D., Kimberly A. Broucksou, M.S.W., M.P.A., Ashley Hink, M.P.H. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2010 Revisión 2020). Recuperado el 16 de abril de 2020, from <https://www.ahrq.gov/health-literacy/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>

Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA: a cancer journal for clinicians*, 52(3), 134-149.

EUROPEAN COMMISSION. Education and Training Monitor 2015, Country Analysis. p. 250-259. Recuperado en fecha de 16 de abril de 2020 de [http://www.moec.gov.cy/aethee/chrisimo\\_yliko/education\\_training\\_2015/education\\_training\\_monitor\\_2015\\_vol2.pdf](http://www.moec.gov.cy/aethee/chrisimo_yliko/education_training_2015/education_training_monitor_2015_vol2.pdf)

Falcón, M., & Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.

García Martín C, Sellán Soto M. (1995). Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería.

Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling*, 51(3), 267-275.

Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de población y censos demográficos / Proyecciones de población (2016). Recuperado el 2 de mayo de 2016 de [http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob\\_inicio.htm](http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob_inicio.htm)

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. 2015. Recuperado el 16 de abril de 2020. <http://www.ine.es/prensa/np933.pdf> Navas-Martin, M. Á., Albornos-Muñoz, L., & Escandell-García, C. (2012). Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la infoxicación. *Enfermería Clínica*, 22(3), 154-158.

Jain, A. V., & Bickham, D. (2014). Adolescent health literacy and the Internet: challenges and opportunities. *Current opinion in pediatrics*, 26(4), 435-439.

Jovell, A. J. (2006). El paciente del siglo XXI. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 85-90). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Jovell, A. J., Rubio, M. D. N., Maldonado, L. F., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria*, 38(4), 234-237.

Lupiáñez-Villanueva, F. (2011). Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista española de cardiología*, 64(10), 849-850.

Mestre, A. G. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería clínica*, 24(1), 67-73.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI). Los ciudadanos ante la e-Sanidad. 2012. Recuperado el 10 de mayo de 2016 [http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe\\_ciudadanos\\_esanidad.pdf](http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf)

OCDE. Panorama de la educación, Interim Report 2015. Recuperado el 1 de Mayo de 2020 de <https://www.educacionyfp.gob.es/inee/indicadores/indicadores-internacionales/ocde/2015-report.html>

OECD. Health at a Glance 2015. ¿Cómo compara España? (2015). Recuperado el 2 de mayo de 2020 de <https://www.oecd.org/spain/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-SPAIN-In-Spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Salud 2020. Un marco político y una estrategia europea para el siglo XXI. (2012). Recuperado el 2 de mayo de 2020 de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública. (2014) Recuperado el 2 de mayo de 2020 de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf)

Paschal, A. M., Mitchell, Q. P., Wilroy, J. D., Hawley, S. R., & Mitchell, J. B. (2016). Parent health literacy and adherence-related outcomes in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 56, 73-82.

Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., Abt-Sacks, A., Rivero-Santana, A., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Promoción de la participación ciudadana en cuidados de salud a través de PyDEsalud. com. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 466-467.

Ruiz-Cabello, A. L. (2015). La alfabetización en salud de la población española: variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).

Sanchez, Bayle, M. (15 de abril de 2010). La sostenibilidad del sistema sanitario público. *El País*. Recuperado el 2 de mayo de 2020 de [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/04/15/actualidad/1271282402\\_850215.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/04/15/actualidad/1271282402_850215.html)

Sarmiento, P. B., Gutiérrez, M. F., Méndez, M. P., & Piris, M. F. (2015). Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychologia Latina*, 6(1), 1-11.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1\_suppl), 1-10.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.



Speros, C. I. (2011). Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nursing Clinics*, 46(3), 321-333.

Stikes, R., Arterberry, K., & Logsdon, M. C. (2015). A nurse leadership project to improve health literacy on a maternal-infant unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(5), 665-676.

Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. & Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 806-812.

Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086-1090.

