



Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia

Conferencia OMS-WONCA (1994)

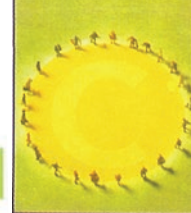
SUMARIO EJECUTIVO

Para satisfacer las necesidades de la población, deben producirse cambios fundamentales en el sistema de atención sanitaria, en la profesión médica, en las facultades de medicina y en otras instituciones educativas. El médico de familia (médico de familia/médico general) debería tener un papel fundamental para conseguir calidad asistencial, con mejor coste-eficacia y equidad en los sistemas de salud. Para llegar a tener esta responsabilidad, el médico de familia debe ser altamente competente en el cuidado de sus pacientes y **debe integrar el cuidado individual con el cuidado comunitario**. La cooperación entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), respecto a este tema, resulta un hecho histórico.

INTRODUCCION

Desde el 6 al 8 de noviembre de 1994, la WONCA y la OMS se reunieron en Ontario. Se trataba de un fórum de acción estratégica que convocó a 60 representantes oficiales de la salud, responsables de la formación médica, médicos de familia y representantes de todo el mundo. Actuó de anfitrión de la reunión el departamento de Medicina de Familia de la Universidad del Oeste de Ontario. El objetivo de la reunión era identificar acciones específicas para lograr que la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica fueran más adecuadas a las necesidades de los individuos y contribuir así a los objetivos de "Salud para Todos".

El propósito previo de este informe es examinar el papel de los médicos y, especialmente, el de los médicos de familia en los sistemas sanitarios. Aunque la OMS y la WONCA reconocen la importante contribución de otros profesionales de la salud, especialmente enfermeras y asistentes sociales, este informe está enfocado a las contribuciones de los médicos en el sistema sanitario. De hecho, **para que los médicos de familia tengan éxito a la hora de satisfacer las necesidades de sus pacientes y de las comunidades en las que viven, deben trabajar, de forma eficaz, en equipo con otros profesionales de salud.**



A través de sesiones plenarias y otras, en pequeños grupos de trabajo, los participantes analizaron los principales retos en la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica, necesarias para que las naciones obtengan, de acuerdo con sus inversiones, la mayor mejora posible. Según este análisis, **los participantes desarrollaron sus puntos de vista sobre la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica que respondían a las necesidades de los individuos y las comunidades.** Más tarde establecieron un plan de acción estratégico para ayudar a los gobiernos, a los responsables de la formación médica, a los médicos de familia y a los ciudadanos en general, para alcanzar estos objetivos.

Los participantes desarrollaron sus puntos de vista sobre la atención sanitaria, la práctica médica y la formación médica que respondían a las necesidades de los individuos y las comunidades.

Los habitantes de todo el mundo pueden alcanzar un nivel más alto de salud, de acuerdo con sus inversiones, si se dirigen sus objetivos según la clave desarrollada en los capítulos 1-3. En estos capítulos se hace referencia a las barreras que interfieren con el desarrollo de los sistemas sanitarios óptimos, el ejercicio médico y la formación médica. Es fundamental para este sistema óptimo la afirmación de que cada uno, en su país o nación, tiene la necesidad individual de atención personal. **Las comunidades y naciones tienen también una exigencia hacia sus ciudadanos de disponer de un sistema sanitario que agrupe las necesidades de la población como un todo.**

La consecución de **un estándar aceptable de salud para los individuos y las poblaciones** está dificultado por el acceso desigual a la atención médica y a los servicios preventivos, por los sistemas sanitarios insuficientes, por el incremento de los costes, especialmente en los

hospitales terciarios, y por el rápido crecimiento de la clase médica, su mala distribución y la inadecuada relación que existe entre médico general/médico especialista.

La formación pregraduada de médicos, principalmente en los servicios hospitalarios donde predomina la orientación hacia las enfermedades y se concede muy poco énfasis al hecho de enfermar, origina licenciados no familiarizados con la atención personal y basada en la comunidad. Esto se agrava con la falta de formación postgraduada para los profesionales de la atención primaria en varios países.

Suele suceder que, los fondos destinados a la investigación son, a menudo, dirigidos hacia la investigación biomédica, mientras que muy pocos recursos van destinados hacia la investigación de los servicios sanitarios, la investigación en la atención primaria y la investigación sobre la población.

DESCRIPCION DE LA ATENCION SANITARIA, EL EJERCICIO MEDICO Y LA FORMACION MEDICA OPTIMOS

Los objetivos centrales de "Salud para todos" son afirmaciones fundamentales que todas las naciones deberían perseguir para mejorar la duración de la vida productiva de la población y reducir las disparidades de los status sanitarios de los diferentes subgrupos de la población.

Muchas variables, que incluyen la renta per cápita, la vivienda y la educación, influyen en el estado de salud. Sin embargo, la manera en que se invierte el presupuesto sanitario también origina diferencias significativas.

Este informe está basado en una premisa destacada: la atención sanitaria, el ejercicio médico y la formación médica deben de ser hoy día más adecuados a las necesidades de la



población. Deben establecerse prioridades para la atención sanitaria, el ejercicio de la medicina y la formación médica, guiadas por una utilización prudente de los recursos financieros, humanos y técnicos, con el fin de mejorar la salud. Los datos presentados, en los tres primeros capítulos de este informe, proporcionan evidencias para el protagonismo de los médicos de familia a la hora de alcanzar estos objetivos.

Atención sanitaria óptima

1. Coste-eficacia de la salud pública y los servicios personalizados necesarios: los países pueden obtener el mejor resultado para sus gastos sanitarios y **responder a las necesidades de la población** si tienen un sistema sanitario que garantice que todos los ciudadanos reciban un paquete mínimo de servicios públicos personalizados y probados en cuanto a su coste-eficacia.

2. Financiación de políticas de promoción de la salud: las políticas efectivas de financiación deben recompensar a los sistemas y a los profesionales sanitarios que mejoren **la salud del individuo y de la comunidad**, otorgando premios que estén basados en el coste-eficacia de la atención sanitaria. Los sectores públicos y privados, encargados de la asistencia personal, deberían recompensar la atención preventiva, el tratamiento eficaz de las enfermedades agudas y la atención de las enfermedades crónicas, de manera que mantengan un nivel de actividad y de independencia óptimos para la persona. La financiación debería enfatizar elementos como calidad, continuidad y coordinación de la atención sanitaria así como la accesibilidad, la aceptabilidad y la satisfacción del usuario.

3. Atención primaria predominante: todo el mundo debería tener acceso a una atención primaria de calidad. Debería existir, de manera generalizada, una infraestructura adecuada que

incluyera facilidades clínicas, de equipamiento médico, de registro y de personal sanitario.

4. Utilización apropiada de los servicios sanitarios secundarios y terciarios: los individuos que buscan atención de un especialista, deberían tener un contacto inicial con un médico general. Ambos, el médico y el paciente, en relación a la eventual interconsulta, deberían tener una información adecuada que incluyera la calidad de la atención, los resultados probables y el coste de la interconsulta, para determinar si son necesarios los servicios de consulta a un especialista.

5. Profesionales sanitarios adecuadamente formados y distribuidos: los profesionales sanitarios deberían estar correctamente preparados y distribuidos para proporcionar servicios esenciales sanitarios públicos e individuales, de forma aceptable para la población atendida y consiguiendo una adecuada cobertura geográfica.

6. Datos adecuados sobre planificación de los profesionales médicos: debería realizarse una planificación sobre los requerimientos del sistema sanitario en relación a la proporción de médicos generales/médicos especialistas, así como un análisis de los requerimientos de los otros profesionales sanitarios. El destino de los recursos financieros públicos, para la formación de los médicos, debería ser guiado por un análisis detallado de los requerimientos del sistema sanitario y por un inventario detallado de la composición de la clase médica en cuanto a su tamaño real, composición demográfica, diferentes especialistas y distribución geográfica. Este inventario debería ser recopilado de una manera uniforme que permitiera comparaciones entre los diferentes países.

7. Los recursos públicos forman más médicos de familia: los países deberían variar en sus planteamientos hacia un sistema en el que la mayoría de los médicos fueran médicos de familia para, de esta forma, ayudar a las necesidades de la población mediante servicios sanitarios de



atención primaria de calidad. Para conseguir este objetivo, los recursos públicos deberían focalizarse hacia la formación de más médicos de familia y otros **profesionales sanitarios públicos orientados hacia la comunidad** y formar menos médicos especialistas de otras clases.

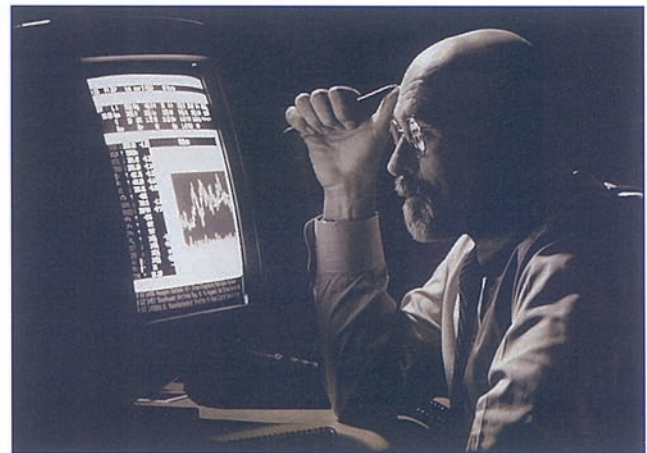
Ejercicio médico óptimo

8. El ejercicio médico es sensible a los **individuos y a las comunidades**: el ejercicio médico, de una forma óptima, debería estar centrado en la persona, orientado hacia la salud y basado en la comunidad. Los sistemas de ejercicio de la medicina, y de la salud pública, deberían estar ligados estrechamente hacia una promoción de salud más efectiva en los individuos y en las comunidades en las que viven; idealmente, los médicos de familia deberían combinar muchos aspectos de ambas funciones. El ejercicio médico precisa médicos que sean competentes como profesionales de salud, como establecedores de decisiones, como comunicadores, como gestores y como miembros del equipo sanitario.

9. Cada persona debería conocer a su médico de familia (o proveedor de salud de atención primaria) y a su vez ser reconocido personalmente por él/ella: el profesional de atención primaria debería conocer a las personas y entender sus situaciones actuales, familiares y comunitarias. La mayor parte de los problemas de salud individuales pueden ser resueltos por el profesional, quien también coordinará la atención sanitaria proporcionada por los otros miembros del equipo sanitario. La persona, con frecuencia, establece una relación basada en la confianza con el profesional que la atiende.

10. Los médicos de familia bien formados proporcionan una atención primaria de calidad: un médico de familia bien formado puede responder

apropiadamente a casi todos los problemas de salud que casi siempre refiere la mayoría de las personas. Todos los médicos de familia están preparados para cuidar a las personas enfermas, excluir enfermedades graves y proporcionar atención a las enfermedades crónicas. Están preparados para **tener en cuenta las interacciones de los sistemas biológico, familiar, social y del entorno**. Estas habilidades deberían derivarse de las **necesidades particulares de los individuos y comunidades de cada país**. Todos aquellos que ejercen como médico de familia deberían recibir la formación adecuada y poner en práctica toda su capacidad y conocimientos del sistema sanitario, antes de derivar el caso, además deberían recibir un status profesional apropiado y una remuneración adecuada a sus servicios.



Formación médica óptima

11. La formación médica es sensible a las **necesidades de la población**: el sistema de formación médica debería ser sensible a las **necesidades prioritarias de los individuos y de las comunidades** a un nivel nacional y regional. Debería formarse un número suficiente de médicos, adecuadamente organizados que adquieran las competencias necesarias para proporcionar una atención médica de calidad y con mejor coste-eficacia. La formación médica, por sí



misma, no debería determinar o predecir el futuro ejercicio profesional médico. Sin embargo, los cambios en el ejercicio de la medicina, deberían condicionar cambios en la formación médica.

12. La formación médica en el pregrado y el ejercicio médico están íntimamente relacionadas: las facultades de medicina deberían redefinir su misión, plan estratégico, política de ingresos, composición de claustro de profesores, currículum necesario y lugares de formación en el pregrado, así como tomar iniciativas ante la eventual influencia del futuro ambiente laboral del licenciado, a fin de **conocer los requerimientos del sistema sanitario y poder servir a la comunidad**. A los estudiantes se les debería exponer la cantidad de problemas de salud de los individuos en relación con la comunidad. Cada facultad de medicina debería realizar la enseñanza longitudinal de la atención primaria como una parte integral de currículum en el pregrado. Los médicos de familia pueden proporcionar formación básica en medicina de familia, una dimensión general hacia la enseñanza de las otras especialidades, y proporcionar a los estudiantes unos modelos del desempeño profesional, para una elección informada de la futura carrera profesional.

13. Los médicos de familia están preparados para un amplio espectro de habilidades: cada facultad de medicina debería hacer de la enseñanza de la atención primaria una parte integral del currículum del pregrado y proporcionar unos incentivos mayores a los nuevos licenciados que escogieran una carrera profesional como medicina de familia. Las facultades de medicina y otras instituciones deberían establecer y mantener importantes programas de postgrado en medicina de familia. A los médicos de familia en ejercicio, sin una formación específica de postgrado, y a otros médicos que pretendan satisfacer las amplias necesidades de salud de la población a la que atienden, se les debería proporcionar una formación adicional sobre los principios y el ejercicio de la medicina de familia.

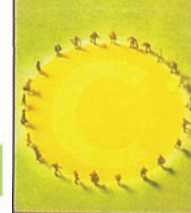
14. Las facultades de medicina enfatizan la atención primaria, los servicios de salud y la investigación sanitaria de la población: Las facultades de medicina, en colaboración con las autoridades locales, asociaciones profesionales y comunidades, deberían comprometerse de una forma activa a la formación, investigación y otras actividades para mejorar el futuro sistema de salud, **de manera que sean más sensibles a los valores sociales y mejoren la salud de la población**. Para atender las necesidades de la población, las facultades de medicina deberían hacer más hincapié en los servicios sanitarios de atención primaria y en la investigación basada en la población.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Los países deberían demostrar la mayor sensibilidad posible ante las necesidades de la población y conseguir el mayor valor para sus gastos sanitarios, asegurando que todos los ciudadanos reciban un paquete mínimo de servicios sanitarios públicos con un coste-eficacia adecuado y asegurado, también, unos servicios médicos proporcionados por unos servicios sanitarios correctamente formados y adecuadamente distribuidos desde el punto de vista geográfico. Para alcanzar este objetivo, la mayoría de los países tendrían que realizar cambios importantes y redistribuir los recursos sanitarios, el ejercicio médico y la formación médica. Estos cambios son necesarios si la atención sanitaria, el ejercicio de la medicina y la formación médica van encaminados a dar respuesta a las necesidades de la población.

Recomendación número uno: ACEPTAR QUE LA ATENCION SANITARIA DEBE CAMBIAR

Los sistemas sanitarios deben experimentar cambios sustanciales que mejoren su coste-eficacia, aumenten la equidad y sean más



acordes con las necesidades de la población. El médico de familia debería tener un papel central en la consecución de estos objetivos, siendo altamente competente y proporcionando una asistencia básica individual de calidad, e integrando el cuidado individual y el comunitario.

*Recomendación número dos:
RELACIONAR LAS POLITICAS
FINANCIERAS CON LAS NECESIDADES
DEFINIDAS*

Deberían desarrollarse herramientas y utilizarlas para definir las necesidades poblacionales, sea como individuos o como miembros pertenecientes a diversas comunidades. La financiación del sistema sanitario debería estar relacionada con las necesidades. En particular, las necesidades definidas deberían influir en la proporción de recursos disponibles para ser empleados en la atención primaria, secundaria y terciaria de los servicios sanitarios públicos.

*Recomendación número tres:
RECOMPENSAR LA ATENCION
PRIMARIA Y LA SALUD PUBLICA
EFECTIVAS*

Los servicios de salud pública de calidad y la atención individual deberían estar disponibles para todos los ciudadanos como un asunto de política nacional. Deberían existir incentivos para financiar a los sistemas y a los profesionales sanitarios que proporcionasen unos servicios de salud pública y una atención individual con mejor coste-eficacia, y con una mejora demostrada sobre la salud. Deberían asegurarse unos niveles apropiados de inversión para que los estándares de infraestructura en la atención primaria fueran equivalentes a los hospitalarios.

*Recomendación número cuatro:
PROPORCIONAR UNA REFORMA
DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS*

De manera habitual, la mayoría de los médicos deberían ser médicos de familia. Si fuera necesario, deberían adoptarse políticas nacionales para conseguir este objetivo lo antes posible.

*Recomendación número cinco:
DEFINIR LA POSICION Y EL PAPEL
DE LOS MEDICOS DE FAMILIA*

El prestigio de la atención primaria debería ser potenciado y el papel, dentro de ella, de los médicos de familia especialmente formados debería estar claramente definido. Debería haber una representación médica equilibrada entre médicos generales y médicos especialistas a lo largo de todo el sistema sanitario.



*Recomendación número seis:
UTILIZAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS
MAS ADECUADAMENTE*

La utilización apropiada de los servicios especializados debería ser posterior al contacto inicial con el profesional de atención primaria.



Este debería estar capacitado para dar un consejo médico independiente y correctamente informado tanto en lo que hace referencia a la necesidad de interconsulta como en la elección de las posibles opciones, teniendo siempre presentes la calidad y los gastos de dichas interconsultas.

*Recomendación número siete:
PROBAR LOS NUEVOS MODELOS
DE ATENCION SANITARIA INTEGRADA*

Diversos proyectos en el campo experimental deberían estar encaminados a probar diferentes modelos de atención sanitaria que integren las funciones de la atención sanitaria que integren las funciones de la atención primaria y la salud pública. Las experiencias realizadas deberían proporcionar un esquema sobre el ejercicio de la medicina que enfatizara la calidad y proporcionara una asistencia personalizada, coordinada y longitudinal, **teniendo en cuenta las necesidades sanitarias tanto de los individuos como de las comunidades** e integrando la atención sanitaria de otros profesionales.

*Recomendación número ocho:
UTILIZAR LOS ANALISIS DE LAS
NECESIDADES DE LA POBLACION,
BASADO EN LA COMUNIDAD
Y EN EL EJERCICIO MEDICO,
PARA PROVEER DE ESTANDARES
ADECUADOS EN LA CONSULTA*

El ejercicio de la medicina debería ir encaminado hacia las necesidades de la población. Los datos nacionales y comunitarios

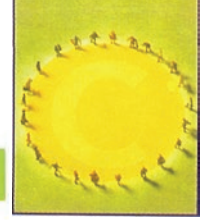
deberían equilibrarse en la consulta, basándose en el análisis de las necesidades individuales y familiares, para así proporcionar unos estándares adecuados en la consulta.

*Recomendación número nueve:
EMPLEAR A MEDICOS DE FAMILIA
BIEN FORMADOS PARA
PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA
SANITARIA DE MAYOR CALIDAD
Y CON MEJOR COSTE-EFICACIA*

Los servicios fundamentales de atención sanitaria individual deberían estar al alcance de toda la población, a través del profesional de atención primaria. Un médico de familia específicamente preparado puede responder, la mayoría de las veces, adecuadamente a la mayor parte de las demandas de la población. Siempre que fuera posible, para el primer contacto asistencial deberían emplearse médicos de familia. No solamente porque son los profesionales más cualificados para este trabajo, sino también porque representan el medio más efectivo para controlar los servicios especializados innecesarios e inoportunos.

*Recomendación número diez:
ALENTAR A TODOS LOS PACIENTES
PARA QUE SE IDENTIFIQUEN
CON UN MEDICO DE FAMILIA
DE MANERA INDIVIDUAL*

Cada persona debería conocer el nombre de su profesional de atención primaria; cada persona debería ser conocida por su nombre por su profesional de atención primaria. La identificación con un médico de familia de una manera individual debería ser promovida como



un asunto de responsabilidad personal y profesional, pero ayudada por unos crecientes incentivos financieros y requerimientos contractuales.

*Recomendación número once:
ESTABLECER COLEGIOS (ASOCIACIONES)
PROFESIONALES/ACADEMIAS
DE MEDICOS DE FAMILIA EN TODOS
LOS PAISES*

Deberían establecerse, en todos los países, colegios profesionales, academias y otras asociaciones profesionales de médicos de familia. Debería ser un objetivo de éstos, el contar como miembros a todos los médicos que trabajan en el primer nivel asistencial. Estos colegios profesionales y academias deberían comunicar a la población que los médicos de familia son los responsables de satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad y también deberían mantener altos niveles de competencia sanitaria entre sus miembros.

*Recomendación número doce:
LOS MEDICOS DE FAMILIA DEBERIAN
DEMOSTRAR CONTINUAMENTE SU
COMPETENCIA, UTILIZANDO
METODOS VALIDADOS Y FIABLES
DE AUTOEVALUACION*

Los médicos de familia deberían idear un status para todos los aspectos del ejercicio de la medicina de familia basados, si fuera posible, en evidencias científicas probadas que incluyan los aspectos cuantitativos y cualitativos. Los médicos de familia deberían incorporar estas condiciones a su propio trabajo a través de

métodos de evaluación probados por su veracidad y validez. Dichos sistemas permitirían demostrar a los médicos su competencia continuada, por ejemplo, con finalidad de recertificación.

*Recomendación número trece:
ASEGURAR QUE LOS SISTEMAS
DE REMUNERACION DE LOS MEDICOS
NO DEFORMEN LAS PRIORIDADES
SANITARIAS BASADAS
EN NECESIDADES*

Los sistemas de financiación y la remuneración de los médicos deberían ayudar a mantener un ejercicio de la medicina de características óptimas, como se revisa en este informe. Se debería realizar un análisis profundo de los sistemas existentes y las posibles alternativas.

*Recomendación número catorce:
JUZGAR LA FORMACION MEDICA
POR SU SENSIBILIDAD HACIA
LAS NECESIDADES DE LA POBLACION
Y SU APLICABILIDAD EN EL EJERCICIO
DE LA MEDICINA*

Los sistemas de formación médica deberían ser capaces de demostrar explícitamente la forma de responder a las necesidades de las personas tanto a nivel individual como de la comunidad y de la nación. La formación médica debería responder a aquellas necesidades, formando médicos que, en número suficiente, fueran capaces de proporcionar una atención sanitaria adecuada, de la calidad, equitativa y óptimo coste-eficacia. Las facultades de medicina deberían contribuir desempeñando su papel en



un sistema sanitario socialmente responsable. Se deberían desarrollar estándares de calidad a nivel nacional para la formación médica e idear métodos veraces de accesibilidad a ella. La responsabilidad social de las facultades de medicina como instituciones es de especial importancia.

*Recomendación número quince:
RECONOCER LA MEDICINA DE FAMILIA
COMO UNA DISCIPLINA ESPECIAL*

El reconocimiento final de la medicina de familia como una disciplina especial dentro de la medicina, ya aceptado en muchos países, debería llegar a ser ya universal.

*Recomendación número dieciséis:
LA FORMACION MEDICA BASICA
(PREGRADUADA) DEBERIA
PROPORCIONAR UNAS BASES
SUFICIENTES PARA LA POSTERIOR
FORMACION ESPECIFICA
(ESPECIALIZADA)*

Las facultades de medicina deberían redefinir continuamente su misión, planes estratégicos, política de ingresos, composición del claustro, currículum impartido y materias de examen y de enseñanza, de forma que los licenciados pudieran servir a las necesidades de la población y **ejercer la medicina en la comunidad**. El objetivo de la formación médica en el pregrado debería ser el preparar licenciados capaces de llevar a cabo una posterior formación específica (especializada) en cualquiera de las disciplinas elegidas, incluida la medicina de familia. La formación médica únicamente en la licenciatura es insuficiente

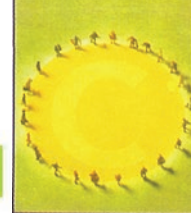
para formar médicos de familia. La medicina de familia competente requiere una formación de postgrado.

*Recomendación número diecisiete:
LA DISCIPLINA DE MEDICINA
DE FAMILIA DEBERIA SER ENSEÑADA
EN TODAS LAS FACULTADES DE
MEDICINA Y PROPORCIONAR
UN EQUILIBRIO MEDICO
GENERAL/MEDIO ESPECIALISTA*

Todas las facultades de medicina deberían tener un departamento de medicina de familia. Todas las especialidades enseñadas deberían incluir una dimensión general que abarcara: momento de la interconsulta, atención compartida, alta del especialista y seguimiento. Además, se debería realizar un énfasis equivalente en la enseñanza de la atención primaria desde la consulta del médico de familia. **Todos los estudiantes deberían experimentar la continuidad de la salud individual y la enfermedad en el contexto de la comunidad**. La implicación de un número apropiado de médicos de familia, como profesores universitarios y como modelo de ejercicio profesional, permitiría a los estudiantes una elección informada en cuanto a la carrera profesional a seguir.

*Recomendación número dieciocho:
CADA PAIS DEBERIA PROPORCIONAR
UNA FORMACION POSTGRADUADA
ESPECIFICA EN MEDICINA DE FAMILIA*

Cada país debería establecer como objetivo programas de formación específica en medicina de familia que deberían seguir a la formación médica



básica de pregrado y que deberían esforzarse para satisfacer las necesidades, manteniendo un equilibrio entre las distintas especialidades.

*Recomendación número diecinueve:
LA FORMACION MEDICA
CONTINUADA DEBERIA FOCALIZARSE
HACIA LA MEJORA DEL EJERCICIO
PROFESIONAL*

La formación médica continuada (conocida internacionalmente por CME Continuing Medical Education) debería estar centrada en el ejercicio de los médicos a la hora de satisfacer las necesidades de la población. Como parte de su tarea profesional, todos los médicos deberían participar de una forma activa con sus colegas en una puesta al día continuada en su propio

ejercicio profesional, a la luz de los estudios publicados, los protocolos existentes y la investigación. La CME debería incluir, si fuera necesario, una obligatoriedad para ausentarse de la consulta a fin de prepararse para dar respuesta a las necesidades de los individuos y las comunidades. Cada disciplina, incluida la medicina de familia, debería aceptar la responsabilidad de planificar y proporcionar sus propios programas de CME.

*Recomendación número veinte:
LA INVESTIGACION BASADA
EN LOS SERVICIOS SANITARIOS,
EN LA POBLACION Y EN LA ATENCION
PRIMARIA DEBERIA TENERSE
MAS EN CUENTA*

La investigación financiada públicamente debería otorgar una mayor prioridad a la investigación sobre los servicios sanitarios, la atención primaria, la prevención y la investigación, basada en la población, que afectan directamente a los resultados sanitarios. Las facultades de medicina deberían iniciar esta investigación en colaboración con las autoridades sanitarias, las asociaciones profesionales, las comunidades y los propios médicos de familia, individualmente. Los datos obtenidos de la investigación deberían ser aplicados racionalmente de acuerdo con la política sanitaria.

*Recomendación número veintiuno:
DEBERIA RECOPIARSE Y DIFUNDIRSE
INFORMACION Y EJEMPLOS SOBRE
EL CORRECTO EJERCICIO MEDICO*

Debería intercambiarse información entre los gobiernos, los médicos de familia, las asociaciones profesionales y otros estamentos



implicados, para compartir soluciones creativas en relación a los problemas de los sistemas sanitarios, el ejercicio de la medicina y la formación médica.

PROGRAMA PARA UNA ACCION PREPARATORIA

Como resultado de esta conferencia y de las recomendaciones del capítulo cinco, deberían llevarse a cabo nuevas negociaciones entre la OMS y la WONCA.

Debería delegarse la responsabilidad y otorgar una "misión prioritaria" a personas clave y organizaciones, a fin de:

- Convocar reuniones regionales para profundizar en estas recomendaciones.
- Convocar una conferencia consultiva sobre sistemas de financiación y de remuneración de los médicos.
- Crear un programa a fin de establecer en los países miembros:
 - Una asociación para los médicos de familia.
 - Un departamento de medicina de familia en cada facultad de medicina.

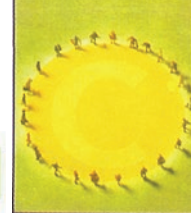
— Programas de formación de postgrado en medicina de familia.

- Fomentar centros, para la medicina de familia, colaboradores de la OMS.
- Establecer un estudio mundial OMS/WONCA sobre médicos de familia (situación actual y tendencias).
- Crear proyectos sobre provisión integrada de la atención primaria.
- Desarrollar un centro de información que proporcione: soporte al proyecto, información y equipos de consulta, importantes para la reforma de la formación médica y del ejercicio de la medicina así como para el papel del médico de familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute of Medicine. *Defining Primary Care: An Interim Report*. Committee on the Future of Primary Care. National Academy Press, Washington DC, 1994.
2. *AAFP Official Definitions Related to Primary Care*. Reprint n.º 302, septiembre, 1994.

Nota: Por criterio de la "Redacción de la Revista" se señalan en negrita aspectos relacionados con la orientación comunitaria.



Promoción de salud. Una forma de pensar en el ejercicio profesional, la gestión y la salud pública

Promoción de Salud es una expresión con significados diferentes. Para algunos incluye todas aquellas acciones en salud que pretenden mejorar la salud de las personas sanas, para otros es sinónimo de educación para la salud y para otros incluye los programas de intervención sobre el entorno ambiental o de carácter educativo, pero excluyendo las acciones realizadas por los servicios sanitarios y sus profesionales. Todas estas acepciones son legítimas desde el punto de vista etimológico y tienen su justificación en la historia de la salud pública. No obstante, en los últimos quince años se ha ido imponiendo una acepción de la expresión "promoción de salud" más global que, en estos momentos, es la más aceptada en los círculos académicos y por las organizaciones internacionales con responsabilidades sobre la salud, en especial por parte de la Organización Mundial de la Salud y de los programas de la Unión Europea por citar dos entidades relevantes para nosotros.

Esta acepción de promoción de salud, que pretende expresar este documento, consiste en concebir que promoción de salud es una "forma de pensar en salud", son unas "gafas" con las que podemos "mirar" el mundo en relación con la salud y la enfermedad. En este sentido, promoción de salud es un enfoque con el que podemos trabajar tanto en la consulta médica, en una visita domiciliaria de enfermería, siendo responsables de un Equipo de Atención Primaria o a la hora de planificar acciones sanitarias con nuestro entorno social.

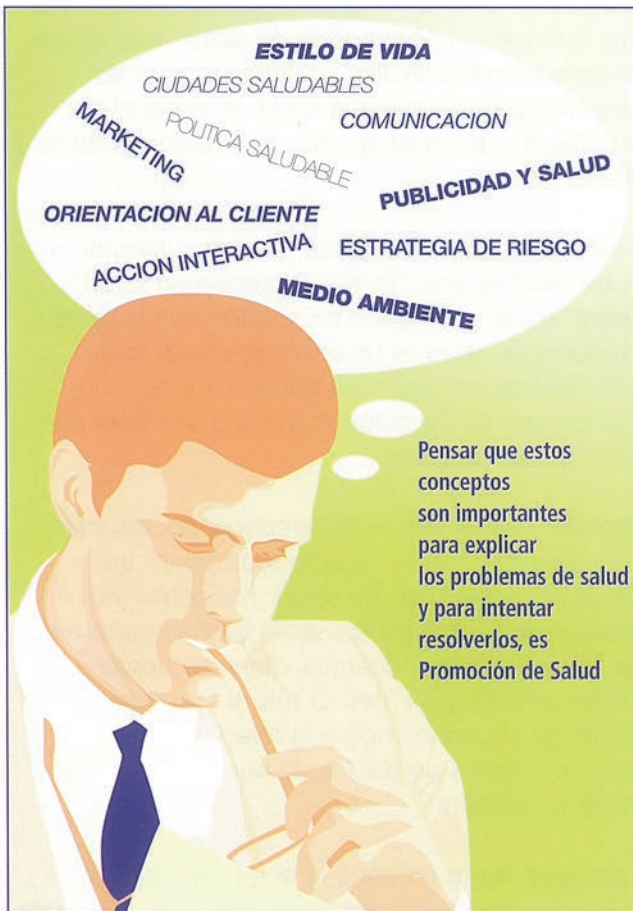
Esta "forma de pensar en salud" implica pensar que *algunos conceptos son más importantes que otros* para analizar un problema de salud o para proponer un tratamiento, o para llevar a cabo cualquier intervención en salud. Por poner un ejemplo, sólo si pensamos que los medios de comunicación social forman parte de los determinantes de la salud, se nos "ocurrirá" que podemos intervenir desde una televisión local para mejorar la salud de nuestros pacientes. O sólo si tenemos en cuenta que la satisfacción del usuario mejora la adherencia a la terapéutica de los pacientes se nos "ocurrirá" pensar que uno de los productos de nuestro ejercicio profesional es que salgan satisfechos de la consulta.

Es esta concepción de promoción de salud como enfoque la que exponemos a continuación. Se desarrollan, por tanto, algunas de las ideas importantes y útiles para la mejora de la salud de nuestros pacientes, elaboradas por un colectivo de profesionales y tomadas, en su mayor parte, de un artículo publicado en su día en el Número 3 de la "Red de Actividades de Promoción de Salud" que se lleva a cabo desde la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Naturalmente que sólo se describen algunos de los conceptos que conforman el enfoque de promoción de salud, sería posible incluir muchos otros. Quizás lo que pretendemos transmitir con esta aportación es que desde todos los ámbitos de trabajo de los servicios sanitarios y desde una buena parte de otros sectores sociales, se puede trabajar para mejorar la salud de los ciudadanos. Y también es importante



identificar que promoción de salud es una perspectiva muy relacionada con otros enfoques del trabajo de salud y de la historia de la medicina. Promoción de salud es el nombre (uno de los nombres) que tiene en este final de milenio lo que en otras épocas históricas ha sido denominado "medicina social", "humanismo médico" u otros términos similares. Promoción de salud es una manifestación del enfoque social de la medicina y de la salud pública.



MARKETING

Algunos han escrito que no es nada más que el sentido común comercial erigido en método. Otros hablan de poner a escala industrial la astucia y el olfato. En una línea más profunda, hay quien comenta que es la función comercial moderna cimentada sobre el conocimiento del mercado, ejercida según planes provisionales, llevada a cabo de

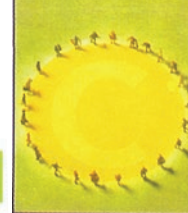
manera dinámica hacia objetivos ambiciosos programados, combinando medios de acción escogidos, coordinados y controlados según procedimientos rigurosos. Incluso se puede entender como una serie de técnicas, aplicadas con un estado de ánimo particular, que intentan satisfacer los deseos naturales o suscitados en las distintas clientelas.

La lectura de estas cuatro definiciones puede llevarnos a pensar que eso del marketing, disciplina de gestión desarrollada en los primeros años de este siglo en los Estados Unidos, es algo que concierne única y exclusivamente a las empresas de consumo.

Pero la verdad, es que buceando en la lectura de libros y libros sobre el tema se encuentra uno con que, alguno de ellos, se centra en la utilización del marketing por parte de la administración y de los servicios públicos, con un discurso que supone un cambio radical en las maneras de hacer y pensar de estas organizaciones.

Un buen número de personas puede pensar que de lo que estamos hablando es de vender motos con ruedas de bicicleta, de publicidad, engaños, de maquillaje, de imagen, de logotipos, etc. Pero esta visión va algo más lejos. La orientación social del marketing, que lo convierte en un instrumento útil tanto para la planificación familiar como para la lucha contra la drogadicción o la donación de sangre, sugiere estrategias para modificar conductas a través del diseño, la puesta en práctica y la evaluación de programas orientados a aumentar la aceptabilidad de una idea o práctica social en los grupos de población a los que se quiera llegar.

El enfoque del marketing implica tener en cuenta que la población que acude a nuestros centros sanitarios no es homogénea y por ello hay que segmentarla, hay que dividirla, que es necesario saber qué piensa la gente del servicio que se le ofrece, de los horarios que tienen, del lugar donde se realiza etc. Implica también que es necesario además de hacerlo bien, hacerlo saber. Significa que si queremos cambiar actitudes y comportamientos hemos de adoptar una actitud de intercambio, de adaptabilidad, de flexibilidad y de bidireccionalidad.



La idea es mejorar nuestros procedimientos y comportamientos de trabajo con el fin de adaptar a las necesidades actuales algunos viejos conceptos que se formularon allá por 1978 en Alma-Ata, para seguir avanzando en la incorporación al sistema sanitario de la perspectiva del ciudadano. Nuevas palabras para ideas de siempre.

LOS ESTILOS DE VIDA

En la medida que se profundiza y amplía el concepto de salud, la influencia de los estilos de vida se revela como uno de los factores con más peso en su determinación. Si descendemos en el gradiente de salud hasta la pérdida de la misma y observamos el patrón de morbi-mortalidad actual, es fácil deducir que las enfermedades que constituyen las primeras causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, accidentes...) son de un claro origen multicausal y que dentro de esta multicausalidad los factores asociados a modelos conductuales destacan de manera especial.

Estos modelos conductuales, aún en su expresión individual, hacen referencia a pautas de socialización, a mecanismos de adaptación y conformidad social. Son modelos socialmente construidos, que emergen en un momento histórico determinado como fruto de la interacción y el dinamismo de los múltiples factores sociales.



Al conjunto de modelos o pautas de conducta que caracterizan la forma de vivir de una persona o grupo determinado es a lo que llamamos estilos de vida. El estilo de vida no es por tanto la suma de las conductas emitidas por un individuo o grupo, sino la resultante de las formas más comunes y asumidas que ese individuo o grupo tiene de responder o situarse en las distintas esferas de la vida: la manera habitual de moverse, alimentarse, relacionarse, divertirse, trabajar, afrontar los conflictos o de posicionarse ante los acontecimientos. Esto conforma una manera concreta de "estar" y una forma específica de "hacer" que permite una cierta diferenciación social, dentro de marcos de referencia globales y obligados.

Esta manera concreta de vivir, este estilo, se construye en la interacción constante del individuo con su medio, interacción que le lleva a tener que elegir entre los distintos modelos preferenciales, presentes en su sociedad o grupo: podemos elegir entre fumar o no, ocupar nuestro tiempo de ocio de una manera u otra, desplazarnos andando o en coche, comer alimentos poco o muy elaborados, ver o no televisión, vivir solo o con otros.

Esta elección está mediatizada por las características del propio individuo, la cultura de su entorno, la escala de valores imperantes en su sociedad, la moda, los factores políticos y económicos y el espacio en el que se desenvuelve el individuo, entre otros.

Fomentar, por tanto, estilos de vida saludables implica no sólo trabajar con los individuos para favorecer una elección informada, sino influir en todo el entramado social, consiguiendo que la oferta de modelos de conducta generadores de salud sea cada vez más amplia y atrayente.

Las grandes transformaciones que en este momento está experimentando nuestra sociedad pasando del Hombre Productor al Hombre Consumidor, de la Sociedad del Trabajo a la Sociedad del Ocio, de la comunicación directa a la realizada a través de los grandes medios de comunicación de masas, hacen prever profundos cambios en nuestros estilos de vida y como consecuencia en los patrones de salud y enfermedad.



La actuación sobre los estilos de vida como elementos claves en la salud de los ciudadanos pasa por un planteamiento intersectorial y por la definición de políticas de promoción de salud que, enraizadas en esta realidad, tengan capacidad de generar alternativas y respuestas orientadas hacia la salud, que permitan a los individuos desarrollar estilos de vida cada vez más saludables.

LA IMPORTANCIA DE LA ACCION

En promoción de salud, al igual que en otras grandes formulaciones estratégicas, se plantean problemas con el uso e interpretación de los conceptos que conforman su marco de referencia. Estos conceptos se definen generalmente mediante términos que ayudan a identificar las características que deben reunir las actuaciones, permitiéndonos clasificar una determinada intervención como perteneciente o no al enfoque analizado.

Gran parte del esfuerzo que desarrollamos durante la elaboración de nuestras propuestas de trabajo en salud se centra en lograr su adecuación al marco escogido como referencia; siendo este proceso el que nos permite adjudicar a las actuaciones la cualidad de pertenecer a determinado enfoque ("trabajamos con la estrategia de promoción de salud pues nuestro programa recoge sus principios"). De hecho tenemos que dedicar un gran esfuerzo a conectar nuestro trabajo con el marco teórico con el que operamos, en vez de centrarnos en la realidad concreta sobre la que los programas de intervención pretenden actuar.

Este fenómeno de la posible "pérdida del objeto", es especialmente intenso en la fase de implantación de nuevos marcos de trabajo (caso de promoción de salud), y no es ajeno a las distintas posibilidades de uso e interpretación de los verbos que utilizamos en su traducción "documental": 1) expresión directa de la acción en curso (reorientar, desarrollar, defender; verbos imperfectivos); 2) expresión de una acción terminada en el momento de anunciarla (nacer, morir, decir, verbos perfectivos); 3) función indicativa de futuro; acción propuesta que "alguien" desarrollará.

La segunda y tercera acepciones son las prevalentes. La segunda, centra la misión en conseguir la formulación del programa de manera coherente; el máximo esfuerzo se concentra en este aspecto y nos deja tranquilos respecto a su ejecución. Esto ya fue reconocido como uno de los principales obstáculos para la transformación de la realidad mediante el desarrollo de planes y programas, y desde la década de los setenta se ha venido enfatizando la necesidad de incorporar, como elemento imprescindible del diseño, la traducción práctica de las propuestas en términos de acciones a desarrollar y la forma en que éstas pueden llevarse a cabo.

En el tercer uso, indicativo de futuro, nos encontramos con el fenómeno de la interpretación (errónea a nuestro juicio) de lo deseado (meta) como algo que no pertenece al entorno de lo presente, cuando por el contrario, el futuro deseado debería comportarse en nosotros como un producto intermedio que nos sirve para orientar nuestras acciones de hoy (producto final real). Son las acciones de hoy las únicas que realmente confieren sentido y potencialidad a las actuaciones en salud.

Este aspecto se recoge con absoluta claridad en la medicina curativa; el conocimiento de determinadas técnicas de intervención quirúrgica, clasificación de cuadros, alternativas posibles de tratamiento etc., son productos intermedios sin valor alguno para el paciente concreto; será la intervención sobre él (establecida habitualmente como producto final) la que nos proporcionará resultados evaluables que modifican la realidad inicial (producto final real).

En el ámbito de la promoción y más en su abordaje comunitario, las dificultades inherentes a sus principios, a los nuevos métodos de trabajo, a la necesidad de modificar la distribución de poder, al choque con la cultura sanitaria dominante etc., facilitan la vinculación de las formulaciones a esa acepción de futuro, que pensamos se construirá simplemente por ser enunciado.

Pretendemos diseñar el futuro (incluso negociarlo) a través de rigurosas y bien intencionadas declaraciones, cuando serán los



pequeños pasos de “cada hoy” los únicos que podrán ser reconocidos como posibles arquitectos de una mejor salud, dando credibilidad y fuerza a la estrategia de promoción.

LA RELACION MEDICO-PACIENTE

¿De qué hablamos cuando nos referimos a la relación médico-paciente? Ciñéndonos a su estricto sentido, menciona a un determinado profesional sanitario (el médico), a un paciente, es decir un enfermo y a la relación que se establece entre ambos.

Enfermedad y médico ¿tienen algo que ver con la promoción de salud? ¿O quizá al hablar de la relación médico-paciente estamos incluyendo más cosas, aun cuando no seamos capaces de darle un nuevo nombre que sea más adecuado a su actual contenido y que al mismo tiempo siga evocando la riqueza que se intuye en esa expresión?

En definitiva, al hablar de la relación médico-paciente situándola como eje fundamental de nuestro trabajo, lo que realmente queremos expresar es que el núcleo del mismo tiene que ver con la comunicación que se establece entre una persona o varias, que convencionalmente denominamos “paciente” aun cuando no estén enfermas (por ejemplo, una embarazada, una pareja que solicita consejo contraceptivo, un anciano que necesita que le escuchen) y un/a profesional que tanto puede ser médico como enfermera, trabajador social, etc.

Así entendida y ampliada, volvemos aún a nuestra primera pregunta, ¿qué tiene que ver con promoción de salud? O dicho de otra forma, entre los distintos estilos de relación médico-paciente ¿hay algunos que se puedan inscribir más fácilmente que otros en el marco de la promoción?

Intentemos pensarlo, identificando en ese caso cuáles serían sus características. Una relación no paternalista, basada en el respeto y confianza mutuos; con suficiente calidez pero sin

intromisiones; que sepa utilizar el “saber” de ambos para facilitar al paciente la toma de sus propias decisiones, que sea capaz de respetar éstas y prestar la ayuda que requieran para su puesta en práctica; que evite tanto la injustificada complacencia como el autoritarismo médico.

En definitiva, una relación planteada como el encuentro entre dos o más personas, situadas en un mismo nivel, pero con distintos roles que desempeñar y con el objetivo de mejorar la salud y las circunstancias que se relacionan con ella mediante un trabajo de conjunto, pactado de mutuo acuerdo.

Seguramente es una difícil hazaña conseguir todo eso, pero si nuestro ideal de relación médico-paciente es ese y a él pretendemos ir aproximándonos en nuestra actividad cotidiana, estaremos trabajando en la línea de promoción de salud.

EDUCACION PARA LA SALUD

La educación, entendida como proceso de socialización y desarrollo, tiende a capacitar al individuo para desenvolverse dentro de su medio, facilitándole herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales.

La salud, como elemento esencial para el bienestar, no puede quedar fuera de este marco. La educación para la salud es una necesidad educativa básica. Las personas deben conocer qué factores condicionan su salud, cómo contribuir a su mejora y mantenimiento y cómo enfrentarse a la enfermedad. La salud es un recurso para la vida y como tal tenemos que aprender a manejarlo.

La falsa identificación de la salud con los servicios sanitarios ha llevado a una situación de dependencia del individuo con respecto a los mismos. La delegación del cuidado de la salud en los profesionales sanitarios implica renunciar a una parcela importante de autonomía, responsabilidad y desarrollo personal y social.



La salud, dada la multiplicidad y el origen tan diverso de los factores que la determinan, no puede ser una tarea exclusiva del sistema sanitario. Elevar los niveles de salud de la población implica, además de la mejora de los sistemas de atención a la misma, mejorar los factores relacionados con la calidad de vida (medio ambiente, trabajo, vivienda, educación...) y potenciar y promover actitudes y comportamientos saludables.

Hoy sabemos que una estrategia de promoción de salud no puede desarrollarse si no están implicadas en ella el conjunto de fuerzas sociales, pero esta implicación no será posible sin una clara conciencia por parte de la población del papel que cada uno tiene que jugar en el fomento y cuidado de la salud, individual y colectivamente considerada.

Desde esta perspectiva es fácil entender que la educación para la salud no puede estar desgajada de lo que son los procesos formativos básicos. Educar para la convivencia, la participación o la autodeterminación es y tiene mucho que ver con educar para la salud.

Para asumir un papel protagonista en el cuidado de nuestra salud necesitamos no sólo disponer de unos elementos cognoscitivos. Es necesario que este conocimiento sobre la salud, su problemática y la forma de abordarla, encuentre eco en un substrato de actitudes, valores y capacidades, que trascendiendo la esfera de la salud, sea el soporte que permita reinterpretar la realidad en clave de salud e intervenir sobre ella.

Sin una realidad formativa de calidad, los esfuerzos de educar en salud pueden resultar frustrantes y poco rentables. El sistema sanitario tiene que asumir un rol directo de educador en situaciones concretas y ante problemas específicos, pero su función primordial en relación con la educación para la salud, tiene que ir orientada a reforzar los ámbitos educativos básicos. El trabajar con la escuela y los medios de comunicación social, constituye, por tanto, una tarea prioritaria. La salud es cosa de todos y educar para la salud exige la confluencia de elementos sanitarios y educativos.

Sin esta interacción la educación para la salud puede convertirse en un mero adoctrinamiento, sin capacidad para generar cambios sustanciales o quedar muy alejada de lo que son las necesidades y orientaciones de salud en un contexto y momento determinado.

Además de los contenidos básicos de alimentación, reposo, sueño, actividad, salud mental, o sexualidad, habrá que abordar contenidos asociados a los nuevos problemas de salud que van surgiendo. La población debe saber situarse en este momento ante temas como el Sida, la droga o la contaminación.

Por otro lado la persona, en su proceso evolutivo, puede pasar por situaciones de riesgo o enfermedad que hagan necesaria una formación específica. La educación a la embarazada, al diabético o al hipertenso, adquiere su verdadero sentido en el marco de estas situaciones.

Todo esto exige estructurar la educación para la salud como un proceso permanente que, comenzando en la familia y en la escuela, pueda tener una continuidad en otros contextos educativos, además del propio sistema sanitario.

La educación para la salud debe capacitar al individuo para autocuidarse en las diversas situaciones y circunstancias de su vida y dotarle de los instrumentos conceptuales y metodológicos que le permitan influir individual y colectivamente en los determinantes de la salud presentes en su medio concreto. Para conseguir estos objetivos es necesaria una acción coherente y planificada y un trabajo conjunto de los distintos sectores implicados.

PARTICIPACION COMUNITARIA

Algunos entienden que el concepto de comunidad hace referencia a los valores y a otros aspectos que son comunes, que comparten las personas de una determinada población entre sí, mientras que en nuestras sociedades locales son



muchas las cosas que diferencian a unas personas de otras, por lo que otros prefieren hablar de participación social. La llamemos como la llamemos, decimos que se produce participación cuando se puede detectar alguna influencia del medio social (de los ciudadanos, de los usuarios, de los pacientes y de los colectivos a los que estos pertenecen) sobre los servicios sanitarios y el trabajo en salud.

La capacidad de influir de los actores del medio social es diferente en cada situación. A veces el único poder que tienen es dar información o colaborar en un programa decidido por los servicios de salud. Otras veces pueden imponer determinado servicio o determinado horario, presumiblemente más adecuado para la población.

Los mecanismos concretos a través de los cuales se canaliza la influencia social son de muy diverso tipo. Algunos están altamente formalizados y sometidos a normativas oficiales (consejos de salud, sistemas de reclamaciones, etc.), mientras que otros son más informales (encuestas de satisfacción, contactos con líderes comunitarios, etc.). Depende de los fines que se tengan, unos mecanismos pueden ser más adecuados que otros.

La participación (o sea, la influencia) de la sociedad y de los individuos que forman parte de ella, es un derecho democrático, pero además es una necesidad para la eficacia del trabajo, tanto clínico como de salud pública. La mayor parte de los determinantes de la salud están relacionados con las decisiones de los propios individuos, o insertos en el medio social y político. Si queremos mejorar la salud, necesitamos aceptar la influencia de los individuos y comunidades, auténticos poseedores de la capacidad de tomar las decisiones relevantes sobre la salud.

La participación social y la orientación al usuario, son dos conceptos relacionados entre sí. Uno se refiere a la influencia social en los servicios y otro a cómo se adaptan los servicios a los deseos y necesidades sociales. Pero las formas de hacer que se produzcan son muchas veces las mismas. Las consecuencias de la participación deben ser una

mayor orientación al usuario y no se puede conseguir una adaptación a las necesidades comunitarias sin una cierta influencia de los ciudadanos.

Si queremos conectar un servicio, un programa o una administración sanitaria con la población afectada, deberemos disponer un conjunto de mecanismos concretos de participación. Ningún método, por sí solo, es capaz de solucionar, como una panacea, la vinculación del trabajo en salud con la sociedad. Las diferencias que existen entre las personas y los colectivos en una comunidad hacen que necesitemos usar varios mecanismos simultáneamente, ya que cada uno de ellos encuadra a unos colectivos pero margina a otros. De hecho debemos ser especialmente cuidadosos con los grupos desfavorecidos y marginales, porque una de las consecuencias de la marginación es precisamente estar poco organizado y poco conectado con el resto de la sociedad.

Una de las características comunes que tienen las propuestas de cambio de los servicios sanitarios de los últimos años (Holanda, Reino Unido, Informe Abril, etc.), consiste en aumentar la capacidad de decidir por parte de los usuarios, con el fin de orientar el funcionamiento de los servicios sanitarios hacia las necesidades de los pacientes. Pero la única forma que se han planteado para hacer esto es pagando o formas equivalentes. Los mecanismos de participación social pueden sugerirnos formas más equitativas de dar poder a los pacientes.

SISTEMA INFORMAL DE ATENCION A LA SALUD

La integración de los distintos niveles de atención constituye uno de los elementos clave de las políticas sanitarias en países industrializados. Sin embargo, cuando se habla de niveles se olvida con frecuencia el papel que juegan las redes sociales en el cuidado de la salud. Familiares, amigos, vecinos,



prestan su ayuda en momentos de enfermedad y contribuyen a conformar actitudes y conductas en relación con la salud.

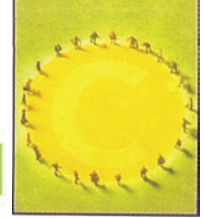
El sistema informal de atención a la salud forma parte de una gama más amplia de actuaciones del sistema social sobre la salud. En el marco de esta acción social en salud se puede definir como informal aquella serie de cuidados prestados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Se excluyen por tanto los servicios sanitarios y sociales, así como los grupos o asociaciones de ayuda mutua o voluntariado, ya que implican, en mayor o menor grado, cierto nivel de organización formal.

Para algunos autores, la atención a la salud prestada por los servicios sanitarios no es más que la punta de un iceberg, y el sistema informal constituye un verdadero sistema oculto de cuidados. Se puede afirmar que, teniendo en cuenta toda la gama de enfermedades existentes, sólo una parte de la atención corre a cargo de los servicios sanitarios, que la mayoría de los cuidados son autodispensados o suministrados por la familia y que este hecho es frecuentemente olvidado por los profesionales de la salud. Es precisamente esta invisibilidad uno de los obstáculos para la coordinación de actuaciones entre los servicios formales, ya sean sanitarios, sociales o de otro tipo y la red informal de atención a la salud.

El sistema informal de cuidados constituye un elemento de creciente interés para la organización de los servicios sociales y sanitarios en los países más industrializados. Las razones de este interés hay que buscarlas en la evolución de los diferentes protagonistas: las personas beneficiarias de los cuidados y los cuidadores.

En primer lugar, los principales beneficiarios de estos cuidados, personas dependientes, son cada día más numerosos. Las tendencias demográficas evidencian un importante aumento del grupo de población mayor de 65 años, que supondrán en el año 2010 seis millones doscientas mil personas, es decir, un 15% de la población total de nuestro país. Un veinte por ciento de los hogares españoles acogen a una persona de edad avanzada y en uno de cada diez se atiende a una o más personas con sus capacidades limitadas. Ancianos, discapacitados, enfermos crónicos, niños y, en general, personas que requieren una atención de salud continuada, son algunos de los grupos que demandan una mayor inversión de recursos, tanto del sistema informal como de los servicios sanitarios.

Los otros grandes protagonistas de la atención de la salud en el ámbito informal son los cuidadores. En el Reino Unido se calcula que un millón y medio de personas se encargan del cuidado de los ancianos que viven en la comunidad. Frecuentemente, son los familiares los que ejercen tareas de cuidado, y es generalmente una persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad. Este cuidador principal suele ser una mujer, miembro de la misma familia y con frecuencia conviviente en el mismo domicilio. Si reconocemos el importante papel que juega el ámbito doméstico en la atención a la salud, resulta obligado hacer una reflexión sobre los cambios que se están produciendo durante los últimos años en las estructuras y modos de vida familiares. Estos cambios se relacionan, en gran medida, con la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral fuera del hogar. Aunque la mayoría de las mujeres continúan asumiendo la responsabilidad del cuidado de enfermos y niños, parece claro



que se dibuja en un futuro no lejano un descenso en la disponibilidad de los cuidadores del sistema informal.

Otro elemento clave a considerar en el análisis del sistema informal es el propio funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales. Ambos sistemas, formal e informal, no actúan de manera independiente, sino que existen múltiples áreas de confluencia. Es precisamente en esta interrelación donde radica la importancia de la red informal de cuidados para la gestión de servicios sanitarios. Muchas de las reformas actuales de los servicios ponen el énfasis de la atención a la salud en el seno de la propia comunidad, en la desinstitucionalización de pacientes y en la devolución a los individuos del protagonismo sobre su salud. Tras un período de medicalización progresiva, se está produciendo una inversión del flujo de la atención a la salud desde los servicios sanitarios hacia la comunidad.

En resumen, la situación podría describirse mediante la combinación de tres líneas: el creciente al aumento de los grupos de población con mayor nivel de dependencia, que suponen una mayor demanda de cuidados de salud, la tendencia de las reformas en los servicios de salud hacia la devolución de la responsabilidad del cuidado de la salud a la propia comunidad, y la tendencia decreciente de la disponibilidad de cuidadores no remunerados, especialmente mujeres, junto con cambios en la estructura de la red informal.

Este panorama, en el que influyen elementos sociales, económicos, culturales, demográficos y de la propia organización de servicios sanitarios, requiere plantear la búsqueda de alternativas que sean socialmente aceptables y viables desde el punto de vista económico. Habrá que poner en juego una buena dosis de imaginación y creatividad para poder dar respuesta a la atención de las nuevas demandas de cuidados de salud. Esta respuesta necesariamente tendrá que afectar a la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios, desde el nivel de planteamiento de

políticas hasta la práctica cotidiana en la atención clínica. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta la necesidad de impulsar cambios en otros sectores, como son el laboral o el educativo, que posibiliten una mejor adaptación del tejido social en su conjunto a las nuevas necesidades de atención a la salud.

MEDIO AMBIENTE: DESARROLLO Y CONSERVACION

El medio ambiente, entendido en sentido amplio, se puede definir como un conjunto de interrelaciones entre los individuos y su entorno. Las personas se agrupan organizadamente en estructuras sociales y, tanto individualmente como en grupo, utilizan recursos a partir de materias primas. Por otro lado, se relacionan con un medio físico (suelo, agua, aire...), que sirve de soporte, sustento y almacenamiento de los residuos que producen.

Las sociedades primitivas, con una sencilla estructura social y poco desarrolladas económicamente, mantienen una estrecha relación de interdependencia con el medio físico, usando sólo las materias primas necesarias para subsistir y generando una mínima cantidad de residuos. Las sociedades más desarrolladas, al estructurarse complejamente, utilizan más recursos y devuelven al medio físico grandes cantidades de residuos y desechos.

Este tipo de desarrollo, basado en el consumo indiscriminado de recursos necesarios para mantener el tipo de estructura social que hemos creado, puede llevar a una ruptura del equilibrio ecológico y a un agotamiento del medio físico, tanto a niveles locales como globales.

Dadas estas interrelaciones entre el medio físico, las estructuras sociales y los individuos que las forman, es fácil deducir que un problema en la salud del medio ambiente puede convertirse en un problema para la salud de los individuos y, a su



vez, que los problemas de salud de las personas pueden tener un componente ambiental.

Ante este panorama, parecería lógico optar por el tipo de sociedad primitiva, ya que son más cuidadosas con el medio ambiente. Sin embargo, esta idea, al margen de las ideologías personales, es hoy por hoy poco realista. El camino a seguir está más en la línea de modificar el concepto que tenemos sobre el desarrollo.

El desarrollo debe entenderse como una mejora de la calidad de vida de las personas, que deberá conseguirse con un uso armónico de los recursos que nos permita equilibrar esos flujos que interrelacionan a los individuos con su medio físico y social. Es decir, no es necesario renunciar a nada mientras se respeten los ciclos naturales y no rompamos el equilibrio ecológico del planeta.

Este concepto debe entenderse a nivel global, porque cuando gastamos recursos usamos los de toda la Humanidad y no sólo los que podemos pagar como país más o menos desarrollado. Luego el desarrollo, debe definirse a nivel global como un compromiso moral de las personas y los Estados, para que aquellas puedan satisfacer sus necesidades y mejorar sus vidas sin reducir la capacidad del planeta para sostenerlas, a ellas y a sus descendientes. Pero además, introduciendo criterios de solidaridad que contribuyan a disminuir los desequilibrios entre Estados. Todo esto se traduce en trabajar con una estrategia para reconducir el desarrollo de la Humanidad hacia fórmulas de vida sostenibles para el planeta Tierra.

Este desarrollo está también íntimamente unido a la conservación del capital natural del planeta. El concepto conservación abarca la preservación, mantenimiento, utilización sostenible, restauración (cuando se gasta un recurso) y mejora del entorno o medio físico en que nos desenvolvemos. Por medio de la conservación mantendremos la sustentabilidad del planeta, es decir, aseguramos la resolución de los problemas del deterioro del medio ambiente y la disminución de los recursos naturales.

Las estrategias de conservación se deben llevar a cabo a todos los niveles, tanto individuales como colectivos. Cuando se es cuidadoso con las basuras y se depositan en el lugar adecuado o cuando restringimos el despilfarro del agua en nuestras casas, estamos conservando el medio ambiente; igualmente, si las regiones o países invierten en repoblaciones forestales con especies autóctonas. También es conservar la naturaleza el investigar sobre un mejor aprovechamiento de los recursos naturales, como la piscicultura o las energías renovables. Lo mismo ocurre cuando las organizaciones internacionales legislan y se preocupan por hacer cumplir normas sobre el control de productos tóxicos en alimentos o de los niveles máximos de contaminantes en los vehículos.

Todas estas acciones tienen como fin último mejorar la calidad de vida de las personas y conseguir que sus niveles de salud sean óptimos.

Trabajar con la vista puesta en la conservación e intentar reconducir el desarrollo hacia fórmulas sostenibles, es otra manera de buscar la promoción de salud de los individuos.

ESTRATEGIA DE RIESGO

Entran dos amigos en un tren y a la hora de comer compran un pollo, la estadística dice que tocan a medio pollo cada uno pero desgraciadamente para el más débil, el fuerte se lo comió entero. Esta chanza que ridiculiza el valor de los números podría ser aplicable a cómo enferman y mueren las poblaciones humanas. Dar como aceptable que en una ciudad el 80% de niños estén vacunados del sarampión puede esconder que frente a barrios donde todos los niños lo estén, haya otros donde sólo el 30 o el 40% hayan usado este servicio sanitario y por tanto podemos tener una epidemia no esperada.

El enfoque de riesgo parte de reconocer que las desigualdades en salud existen, estudia y



caracteriza a los grupos dónde se producen, nos dice cómo son y dónde viven, e intenta sobre todo hacer que los servicios necesarios para resolver el problema sean accesibles y por tanto usados por las personas que más los necesitan.

Por tanto, este enfoque impulsa a la acción, a no esperar pasivamente en un punto de vacunaciones o en una consulta de planificación familiar a que lleguen el niño de una familia marginal o la adolescente, sino a hacer un esfuerzo por saber por qué no vienen y ajustar los servicios a su forma de ver las cosas o a modificarlas si esto es deseable y posible.

Si tuviésemos que resumir la filosofía que subyace debajo de este enfoque podríamos hacerlo con una frase: reconocer al otro. Tener la capacidad de verlo como es, distinto, diferente, sin usar estereotipos que nos lleven a pensar que todas las personas que necesitan los servicios de salud son iguales y que, por tanto, nuestro comportamiento debe ser similar en todos los casos, dando a todos el mismo servicio y utilizando iguales recursos.

Afortunadamente, desde el punto de vista teórico, también la estadística y la epidemiología nos pueden ser útiles en este dilema, ya que nos ayuda a identificar el grado de necesidad de servicios sanitarios que un grupo o persona tiene en función de la presencia o ausencia de los factores de riesgo que están asociados a una determinada enfermedad.

Así, la incidencia de embarazo no deseado es mayor en adolescentes y en mujeres mayores de 35 años. Si combinamos esta característica con el número de hijos que tengan, podemos identificar 3 grupos que presentan alto riesgo para este problema: adolescentes sin hijos, mujeres de 25-35 años con más de 3 hijos y mujeres de más de 35 años con más de 3 hijos. Hemos construido de forma sencilla un instrumento útil para la acción: un índice de riesgo. Estos son escalas cuantitativas o cualitativas, de manejo sencillo, que nos permiten estimar el riesgo (y por tanto la

necesidad) de cada persona que se pone en contacto con nosotros.

Sin embargo decir si tiene mucho o poco riesgo no es suficiente para intervenir adecuadamente. El perfil de riesgo nos sugiere qué hacer en cada caso. No es lo mismo trabajar con una adolescente para que use adecuadamente los métodos anticonceptivos y los servicios de planificación familiar, que con una mujer multipara con más de 35 años, aunque su nivel de riesgo sea similar. Índices y perfiles de riesgo, por tanto, son los instrumentos que nos brinda la epidemiología para determinar discriminadamente la necesidad de las personas que acuden a los servicios sanitarios.

Pero aún tenemos que abordar el problema de las personas que no se ponen en contacto con nosotros, máxime cuando sabemos con certeza que la mayor necesidad se asocia al menor uso de servicios, especialmente los preventivos. Los mapas de riesgo nos informan de dónde se encuentran estos grupos humanos y sugieren las estrategias de captación activa y de implicación social a realizar para conseguir los objetivos deseables.

Mapas, índices y perfiles contribuyen a diagnosticar diferenciadamente las necesidades de salud en las personas y la comunidad. El resultado es una pirámide de necesidades que hay que acoplar a una pirámide inversa de servicios. Dar más recursos a quien más necesidad tiene es el propósito final. Si no damos una respuesta distinta a cada grupo no estaremos usando la estrategia de riesgo.

POLITICA SALUDABLE

Cuando usamos la palabra política inmediatamente pensamos en lo que hacen los políticos. Y claro, políticos hay de muchas clases y a muchos niveles que dicen o al menos parecen decir cosas distintas. En general, aunque se apoyan



cada vez más en estadísticas y cifras, las razones últimas de las diferencias están en lo que ellos consideran bueno o deseable para el conjunto de la sociedad y en los medios a utilizar para conseguirlo.

La política se funda, pues, en el sistema de valores. Por ejemplo, para unos, valores primordiales pueden ser la productividad, la eficiencia y la competitividad. Para otros, pueden ser el empleo, la redistribución de la riqueza y la justicia. No es que los que defiendan el primer conjunto de valores se olviden del segundo grupo o viceversa, la diferencia estriba en la importancia que conceden a cada valor en relación a los demás.

Política saludable se refiere al valor salud y nos indica que ésta, la salud, debe colocarse alto en la escala de valoración de forma explícita, debe existir en la agenda de todos los políticos, al menos con tanta presencia como el desarrollo, el empleo o la inflación y que debe evaluarse siempre el impacto que las otras decisiones políticas tienen sobre la salud.

Promoción de salud recupera la política como instrumento fundamental de la salud pública y anima a todos los grupos sociales que busquen la salud a influir sobre los que toman decisiones, formulan y llevan a cabo políticas públicas. Así, los alcaldes y concejales de los ayuntamientos son políticos que pueden formular políticas saludables. Que lo hagan o no depende, al menos en parte, de la acción social.

Hasta ahora en salud existía teóricamente una nítida división entre políticos y técnicos. Estos últimos valoran a los primeros como obstáculos para el desarrollo de sus proyectos. La exclamación "es que no hay voluntad política" es común cuando un bien intencionado profesional pretende abordar un problema de salud pública exclusivamente desde la perspectiva técnica. "Es bueno y debe ser hecho" es el argumento central que, sumándose a los estereotipos negativos que se manejan de los políticos, incapacita totalmente para

comprender la racionalidad de este pequeño universo.

Sin embargo, si aceptamos la política como un instrumento de la salud pública, y la evidencia empírica es aplastante, es responsabilidad de los profesionales sanitarios el aprender a valorar la viabilidad política de las propuestas técnicas, identificando los momentos oportunos y, sobre todo, sabiendo traducir los fríos datos y razones en argumentos comprensibles y utilizables políticamente.

La competencia técnica de los profesionales sanitarios debe medirse también por su capacidad para implicar a los actores sociales en la formulación y ejecución de políticas públicas saludables, para ser inductores e impulsores de la acción. También pueden ofrecer información que permita evaluar impactos y procesos en la ejecución de una política. En este sentido, las aportaciones de los técnicos son fundamentales, ya que los políticos suelen ser aves de paso, mientras que los técnicos pueden dar la continuidad necesaria para que el impacto de las políticas saludables sea el deseado.

En 1988, en la II Conferencia Internacional de Promoción de Salud de Adelaida patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, todas estas ideas se desarrollaron en profundidad, quedando claramente perfilado el concepto de política pública saludable. Sus pilares están sustentados en la visión sociológica del concepto de salud, en la afirmación de que una política saludable es necesariamente multisectorial y en la propia idea del sistema político democrático basado en el consenso social y en la implicación a través de la acción comunitaria.

Sobre esta base deberán proyectarse las metas deseables que aseguren la equidad, mediante la disminución de las distancias entre los grupos sociales, que aseguren asimismo una oferta adecuada de bienes y servicios y que potencien la creación de ambientes que protejan la salud



humana de riesgos físicos, químicos o biológicos y establezcan las condiciones sociales para mejorar la calidad de vida.

CIUDADES SALUDABLES

El Proyecto Ciudades Saludables es una estrategia de trabajo que trata de crear compromisos con sectores e instituciones que no han tenido hasta ahora un protagonismo en las decisiones concernientes a la salud y que, por circunstancias claramente identificables (cambio en los patrones de morbilidad, influencia de los estilos de vida o relevancia de los temas ambientales), son fundamentales para mejorar la salud de las personas.

En un intento por comprometer al mismo tiempo a diferentes instituciones y profesionales (planificadores urbanos, sociólogos, salubristas, etc.) y por conseguir que la comunidad tuviera una participación más activa en lo que se refiere a determinar sus necesidades de salud, se buscó un espacio globalizador. Espacio que pudiera servir de referencia a las distintas tendencias y sectores y que sirviera como aglutinador y canalizador de todo ese potencial de recursos.

Se planteó el espacio local como territorio de trabajo, y al municipio representado por los ayuntamientos, como impulsor de una estrategia denominada Ciudades Saludables.

El Proyecto Ciudades Saludables trata, en definitiva, de comprometer a las ciudades en un proceso que haga posible a sus habitantes gozar de buena salud. Se define como un proceso y no por acciones aisladas, lo que requiere compromiso a través de políticas de salud, una estructura y una estrategia.

Si consideramos a la ciudad como un ecosistema social, en el que existen una gran variedad de grupos competitivos en permanente estado dinámico, cualquier estrategia de implicación para desarrollar un esfuerzo colectivo necesita de los apoyos del nivel político y del nivel ciudadano y de

un tercer nivel, que implica la creación de estructuras sólidas, formado por instituciones y otras organizaciones de apoyo.

El Proyecto Ciudades Saludables se esfuerza por hacer realidad la visión de una ciudad más habitable a través de un proceso de compromiso político, de la visibilidad de las acciones en salud, de un cambio en las instituciones y de la puesta en marcha de acciones innovadoras en las áreas de salud y medio ambiente. La visibilidad de las acciones, es decir, el hecho de que las actuaciones en salud que se llevan a cabo sean conocidas y reconocidas como importantes, es fundamental.

Tanto el compromiso político, que confiere legitimidad y direccionalidad al proyecto, como los procesos de cambio institucional son igualmente esenciales. El proyecto debe ser intersectorial por naturaleza y las instituciones deben promover cambios de estructura para hacerlo más factible. Es necesario buscar interrelaciones, espacios comunes, alianzas y objetivos consensuados entre los sectores que influyen en la salud.

Por otro lado, las acciones deben ser creativas, prácticas, oportunas e innovadoras. Y deben promover la equidad, unos entornos favorecedores de salud, el protagonismo de la comunidad y la responsabilidad municipal en políticas de salud.

En breves líneas, estos son los desafíos que el Proyecto Ciudades Saludables plantea a los municipios. La creación de redes de apoyo a las ciudades adscritas al proyecto, pretende facilitar el intercambio de información, de experiencias y de apoyo técnico en un intento de consolidar un movimiento de salud pública que emerge desde los municipios.

SATISFACCION DE LOS USUARIOS

La medida de la satisfacción del usuario en relación a los cuidados de salud es uno de los métodos aplicados con más frecuencia para evaluar la calidad de la atención. Pero es también



una forma de participación de los usuarios, los cuales expresan mediante opiniones su percepción y valoración de dichos cuidados.

La satisfacción de los usuarios ha sido definida como una actitud positiva del individuo con respecto a la atención sanitaria. Como toda actitud, la satisfacción es una idea que predispone a un conjunto de acciones; algunas de estas acciones serán comentadas más adelante.

Del conjunto de componentes (sentimientos, valores, ideas, etc.) que constituyen una actitud, algunos autores sostienen que las expectativas son el aspecto psicológico que más influye en la satisfacción, de tal manera que si lo que ocurre se percibe como acorde con las expectativas (lo que se espera) se produce satisfacción.

El concepto de satisfacción es multidimensional, es decir, el grado de satisfacción es variable respecto a una serie de dimensiones que componen la atención sanitaria. Los modelos teóricos en los que se sustentan la mayor parte de los estudios de satisfacción, identifican 3 dimensiones: la competencia técnica del proveedor (curing), las cualidades personales del mismo (caring) y los aspectos de accesibilidad y comodidad de los servicios.

Aunque se han realizado estudios de satisfacción con cuestionarios que pretenden medir la satisfacción global como un todo, lo más usual es que se utilicen instrumentos que contengan ítems referidos a las diferentes dimensiones de la satisfacción que hayan sido definidas en el marco teórico de cada estudio.

Se ha comprobado en numerosos estudios que la satisfacción del paciente se relaciona causalmente con algunas conductas del mismo que afectan a la salud. Los hallazgos más comunes han sido que la satisfacción afecta a la continuidad de los cuidados, de forma que al decrecer aumenta la probabilidad de que el paciente decida cambiar de médico. También se ha encontrado que al aumentar la satisfacción se

produce un incremento de la adherencia de los pacientes a las recomendaciones terapéuticas del médico, entre ellas el tratamiento con fármacos o el mejor seguimiento de las citas dadas por el médico.

Algunos autores incluso han señalado que existe una relación positiva entre la satisfacción del paciente y el éxito o fracaso del tratamiento.

Por otra parte, la medida de la satisfacción de los usuarios proporciona una información valiosa sobre la prestación de servicios, difícil de obtener de otras fuentes y útil para mejorar aquellos aspectos de los mismos que deben ser modificados para adaptarlos mejor a las necesidades de los usuarios.

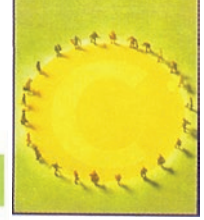
INTEGRACION DE LA SALUD PUBLICA Y LA GESTION

Dos perspectivas contrapuestas interpretan en estos momentos los problemas de los servicios de salud.

Los partidarios de la primera de ellas utilizan normalmente, al hablar o escribir, términos de moda de las ciencias económicas, mezclados con la jerga de los gestores y de las escuelas de negocios. Según su interpretación, el problema principal de los servicios sanitarios es que se gasta demasiado dinero público en ellos y que los médicos asistenciales son unos derrochadores a los que hay que controlar.

La otra perspectiva corresponde a promoción de salud; su lenguaje hace un uso frecuente de términos sociológicos y referencias explícitas a valores como solidaridad y justicia social. El problema prioritario de los servicios sanitarios, según esta visión, es aumentar su eficacia en la mejora de la salud colectiva.

Pero hay otra diferencia fundamental entre las dos perspectivas citadas. La visión economicista



parece concebir al sistema de servicios sanitarios como un conjunto de instituciones que se financian y gastan, prestando poca atención a las repercusiones que tienen los servicios sanitarios sobre la salud de los ciudadanos. Su única finalidad con respecto a los usuarios es que estos estén satisfechos con los servicios recibidos.

La perspectiva de promoción de salud se preocupa de que los servicios sanitarios incidan en la mejora de la salud, en la medida de sus posibilidades reales. Una de las incorporaciones relevantes del concepto de promoción ha sido simultanear la búsqueda de la salud con la de la satisfacción de los pacientes. Cuando los gestores y profesionales del sistema sanitario utilizan para realizar su trabajo la perspectiva de promoción de salud pueden integrar la búsqueda de la salud en sus tomas de decisiones cotidianas.

No obstante, también es importante que sepamos corregir nuestras deficiencias y aprender de nuestros colegas economicistas en algunos aspectos importantes. Por ejemplo, el dinero puede ser un instrumento muy útil para conseguir determinados objetivos de promoción de salud (pagando a los profesionales de determinada forma, o comprando algunos servicios). Tendremos que usar estos instrumentos con cuidado y de forma diferente a como se usan en las empresas de producción, pero no debemos renunciar a los posibles beneficios que nos pueden aportar para la salud.

Algunas técnicas procedentes de las ciencias de la gestión pueden ser también útiles para hacer mejor nuestro trabajo de salud pública. El segmentar a nuestra población de referencia para diseñar servicios sanitarios adecuados a cada colectivo puede ser útil y las técnicas de estudios de mercado nos pueden proveer de enseñanzas interesantes, a pesar de que las usen también los fabricantes de jabón.

Debemos ser conscientes de que no sabemos todavía cuál es la mejor forma de llevar a la práctica en el siglo XXI los valores de solidaridad y equidad. Y si los instrumentos del pasado no se

demuestran útiles, debemos atrevernos a utilizar nuevas formas de conseguir las viejas y eternas aspiraciones.

INFORMACION CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Estamos en la era de la información. La técnica nos permite conocer realidades muy distantes de nuestro entorno habitual con medios asombrosamente rápidos y precisos. No es posible desarrollar nuestra profesión, e incluso nuestra vida cotidiana, sin mantenernos adecuadamente informados. Disponer de la información necesaria en el momento preciso permite actuar con un mayor nivel de seguridad, con conciencia de que nuestras decisiones se basan en un conocimiento suficiente de la realidad en la que nos desenvolvemos.

Existen algunos elementos clave a la hora de decidir qué tipo de información necesitamos y cómo la podemos obtener. El uso que se le va a dar es uno de ellos. Habitualmente, en el campo de la salud pública y la gestión sanitaria, necesitaremos predecir hechos o explicar fenómenos que nos permitan tomar decisiones, intervenir sobre una realidad concreta. Asimismo, el tipo de realidad de que se trate ofrece pistas sobre la adecuación de uno u otro método de acercamiento. No podremos utilizar la misma metodología si se trata de hechos físicos que biológicos, o si queremos conocer un fenómeno social. En definitiva, las cuestiones acerca de qué se desea conocer, para qué y quién va a utilizar la información, resultan esenciales a la hora de determinar cómo se va a obtener, qué instrumentos o técnicas se van a utilizar y qué recursos serán necesarios. Vamos a ocuparnos de los dos tipos básicos de información disponible para trabajar en salud pública y gestión sanitaria.

Para enfocar de manera adecuada la disyuntiva entre información cuantitativa y cualitativa, vamos a asumir que la realidad por la cual estamos

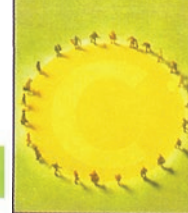


interesados, sólo nos permite una aproximación, más o menos certera, pero no total, a su conocimiento. Asumamos también que cada realidad, por simple que parezca, presenta varias facetas que, en conjunto, pueden ofrecernos una idea de la totalidad. Podemos, por tanto, plantearnos la utilización de distintos métodos de acercamiento a estos distintos aspectos. La diferenciación entre información cuantitativa y cualitativa, en cuanto a paradigmas, metodologías y técnicas, no se entiende así como enfrentamiento, sino como complementariedad en el objetivo común de conocer la realidad. No cabe duda de que ambos acercamientos, cuantitativo y cualitativo, son diferentes. Es precisamente esta distinción la que confiere una mayor potencia a la complementariedad de ambos. Los inconvenientes de uno se fortalecen con las ventajas del otro y viceversa.

Podemos identificar algunas de las características de cada aproximación utilizando un ejemplo. Supongamos que un científico se interesa por conocer el mar. Toma varias muestras de agua marina, en distintas épocas y lugares, en las que mide la temperatura, separa los diferentes componentes, aísla los elementos químicos de los biológicos y determina su composición. Para completar su estudio, lleva a cabo el mismo proceso con muestras de agua dulce, compara los resultados y establece las diferencias. De esta manera, y si ha sido riguroso, nuestro científico dispone de una serie de mediciones exactas, no sesgadas, que le han proporcionado datos numéricos, cuyo análisis estadístico ha dado lugar a resultados generalizables. La comparación con un grupo control confiere una mayor potencia a sus hallazgos. Se podría decir que cualquier otro científico llegaría a los mismos resultados si siguiera los mismos pasos. El investigador ha sido muy cuidadoso en el control de aquellos factores “extraños” que pudieran interferir en sus determinaciones, y especialmente en los que dependen de su propia observación, manteniendo en todo momento la independencia entre el observador y lo observado. En definitiva, consideraría todo un éxito si su estudio pudiera merecer el calificativo de “objetivo”.

Sin embargo, nuestro protagonista sospecha que el mar no es sólo lo que arrojan los resultados de su estudio. Desea conocer otras facetas de esa realidad, cada vez más apasionante. Decide sumergirse en el mar, dispuesto a anotar todas las experiencias que el baño le proporcione. Nota así que el agua moja su piel, que se mueve con las olas, que resulta agradablemente tibia, y que estas sensaciones le parecen placenteras y relajantes. Probablemente esta experiencia, difícil de describir, no sería la misma para otro científico que intentara proceder del mismo modo. ¿Será el hidrógeno o el oxígeno el responsable de esta sensación? Realmente, esa no es la cuestión. La cuestión es que así ha podido comprender mejor lo que es el mar. Nuestro científico ha accedido a una información rica y detallada, obtenida en las condiciones reales y concretas en las que ocurre el fenómeno. Para comprender mejor sus hallazgos tendríamos que conocer un poco más de cerca a nuestro científico, ya que se encuentra inmerso en el propio objeto de su investigación y nos refiere sus experiencias, con la perspectiva del que está implicado en esa realidad. Necesitaríamos saber algo más de las circunstancias en las que se ha desarrollado su baño, con qué experiencias previas contaba, cuáles eran sus expectativas. En definitiva, elementos del contexto dentro del cual se sitúa su estudio, un contexto al cual no sólo no pretende sustraerse, sino que resulta esencial para comprender el tipo de información cualitativa que nos ofrece.

Vemos así que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa difieren en varios aspectos. En primer lugar, en su objeto de estudio. La perspectiva cuantitativa pretende el aislamiento, la separación de los efectos de las diversas variables, con el propósito de determinar relaciones causales y poder predecir los fenómenos, de explicarlos. En un estudio cualitativo se pretende comprender los fenómenos, la manera en la que los participantes definen, experimentan y conforman su mundo, para lo cual la interacción entre los distintos factores es un elemento decisivo. En segundo lugar, los tipos de diseños son distintos. El diseño paso a paso, característico de los estudios



cuantitativos —definición de la pregunta, recogida de datos y análisis—, se convierte en un diseño iterativo y cíclico en los cualitativos. La recogida de datos se realiza en un caso mediante instrumentos de medida, como cuestionarios preestructurados, mientras que en el otro se dispone de técnicas como la entrevista en profundidad, los grupos focales o el estudio de casos, entre otras, de carácter más abierto. Finalmente, el análisis cuantitativo requiere la utilización de procedimientos estadísticos más o menos complejos, propios del tratamiento de datos numéricos, y en el caso cualitativo se precisan técnicas de análisis del lenguaje, adecuadas cuando tratamos con textos y discursos.

Si bien, desde la racionalidad científica actual, medir es comprender, no podemos asumir la afirmación de que comprender es medir, ni siquiera desde esa misma racionalidad. La gran mayoría de las decisiones, tanto en los campos de la salud pública y de la gestión sanitaria como en nuestra vida cotidiana, se toman en base, no a datos numéricos, sino a información cualitativa, que proviene de la experiencia propia o de otros, que tiene en cuenta intereses, deseos, prejuicios, creencias. También en el campo de la investigación científica, la aproximación cuantitativa utiliza un tipo de conocimiento diferente, no cuantificado, tanto para plantear preguntas de investigación como para interpretar sus resultados. Es ese conocimiento que da sentido a la información proporcionada por los datos numéricos analizados estadísticamente.

La transformación que se está produciendo en el concepto de salud, que pasa de ser entendida como un hecho biológico a definirse como un fenómeno social, requiere una revolución también en nuestro modo de acercamiento a esta realidad. Su propia complejidad necesita de la aplicación de todas las estrategias disponibles de obtención de información, información que nos permite comprender cómo funcionan los fenómenos relacionados con la salud e intervenir sobre ellos de manera más certera.

ORIENTACION AL CLIENTE

Hace unos meses, leía en un periódico especializado en economía la respuesta que un grupo de empresarios españoles, pertenecientes a diversos sectores, daban a la cuestión de qué era lo que les hacía perder el sueño en sus negocios.

Sorprendentemente para mí, la mayoría de ellos contestaron que mejorar la atención al cliente. Dicha respuesta me trajo a la memoria algunos libros que, hablando y contando maravillas de las “empresas excelentes”, facilitaron mi acercamiento, desde una óptica de promoción de salud a la visión de lo importante que puede ser para los servicios sanitarios el incorporar una mayor sensibilidad en la atención hacia sus posibles usuarios.

La orientación al cliente debe constituirse en uno de los “puntos fuertes” que conformen en los próximos años la necesaria reorientación de los servicios sanitarios; la reorientación de centros de salud y de hospitales, así como de los programas asistenciales y de la incorporación de atención preventiva y de promoción de salud a los mismos.

El cambio necesario en la atención al cliente se debe manifestar sobre todo en el hecho de que sea posible establecer relaciones fluidas y próximas entre los profesionales y los pacientes. Pero se debe concretar también en aspectos tales como que las personas conozcan qué servicios se prestan en su hospital y en su centro de salud, o que se encuentren unas áreas de recepción agradables y con un personal que dé una información clara y correcta, con un lenguaje sencillo y un trato amable. Deben manifestarse igualmente en que, en los centros sanitarios, los procedimientos administrativos sean escasos y simples, los formularios sean sencillos de rellenar o los indicativos orientadores sean claros y faciliten la circulación.

Pero no todo debe acabar en esto. Son diversas las medidas que podemos adoptar para atender mejor a los pacientes y familiares que acuden a



los centros sanitarios. Para ello, es necesario conocer las preferencias y expectativas de las personas que acuden, o que no acuden, a nuestros servicios. Esto nos permitirá adaptar los horarios de las consultas, facilitar el acceso a grupos más desfavorecidos, mejorar la limpieza de los centros, incorporar la información procedente del sistema de sugerencias y reclamaciones para mejorar la gestión, eliminar las barreras, contar con salas de espera confortables y espacios para que los niños puedan jugar, mejorar la relación interpersonal entre el personal y el usuario empezando por la telefonista y el celador y terminando en el médico, la enfermera o el director-gerente.

Este conjunto de medidas, cuya aplicación dependerá de características tales como recursos humanos y materiales existentes o grado de motivación del personal, deben contribuir a que los usuarios no tengan la sensación de ser pelotas de ping-pong dentro del centro sanitario y a que todo el personal esté dispuesto a ayudarles con coherencia y sinceridad en la resolución de sus problemas.

Para ello, estas acciones deben tener su reflejo en algo más que en declaraciones de buenas intenciones. Esta orientación debe traducirse en medidas palpables para los usuarios que acuden a nuestros centros de salud u hospitales, en un cambio en las "maneras" en que son atendidos los usuarios de los servicios sanitarios, en la búsqueda de la excelencia.

DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD

Ser joven o acercarse a la edad de la jubilación. Mujer, ama de casa o profesional, con o sin hijos o madre soltera. Trabajador manual o cualificado de un sector puntero (servicios). Jornalero, temporero, autóctono o inmigrante. Desempleado de larga duración de un sector en crisis (monocultivos, industria pesada). Vivir en

una capital de provincia (Sevilla, Málaga), en un municipio de la costa del sol o en el interior en una zona predominantemente agrícola de Granada, Córdoba o Jaén. Ser fumador o politoxicómano. Comer en exceso o seguir la dieta mediterránea. No practicar el sedentarismo, seguir alguna corriente de moda. Conducir a más velocidad de la permitida, saber controlar el stress o ser usuario de servicios de salud mental. Ser promiscuo con o sin control ... Son algunos de los variados y múltiples rasgos o marcadores sociales que podemos observar para describir las "diferentes" condiciones de vida y oportunidades de salud y bienestar, modos y estilos de vida de los andaluces en su viaje hacia un planeta llamado "Salud para todos en el año 2000 (SPT 2000)".

A partir de este relato podemos extraer algunas líneas de interpretación del paradójico concepto de "desigualdad" y sus interacciones con la salud individual y colectiva.

Que la distribución de la salud y la enfermedad no es homogénea socialmente hablando es un hecho constatado desde cualquier perspectiva de análisis. Estadísticamente, hablamos de "diferencias observadas". Los epidemiólogos utilizan el concepto de "riesgo". Los sociólogos clásicos interpretan las desigualdades sociales como las "ventajas o desventajas" asociadas a las pautas que impone la estratificación social y hablan del nivel de instrucción, el acceso al trabajo y su traducción en situaciones de mercado, de clase social o status si lo que interesa es analizar el status social como comportamiento de consumo y disfrute de bienes y servicios "aparentes" o más probables.

La salud es también un fenómeno sociocultural. Cada sociedad, cada cultura define e interpreta su concepto de salud y enfermedad y lo que se considera "sano y saludable". A partir de los años setenta, se comienza a retomar la influencia de los factores culturales en los estudios de los patrones de comportamiento social.



Las variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, hábitat, etc.), son útiles para clasificar y segmentar poblaciones, comportamientos y públicos pero son muy "frías", nos aportan información sobre "cuántos son y quiénes son", pero no dan respuesta a ¿cómo son?, ¿cómo se comportan las personas?, ¿qué creencias y valores son compartidos por la sociedad en su conjunto y cuáles de ellas son sólo compartidas por un grupo determinado? El fenómeno de las *subculturas sociales* nos ofrece nuevas imágenes en el caleidoscopio de nuestra sociedad.

Esta forma singular de ser y estar en la sociedad actual está, además, determinada culturalmente por los gustos, aficiones e intereses de sus protagonistas, algunos aficionados a las corrientes culturales más costumbristas y otros ejemplares seguidores de las "corrientes de

moda". Lo cierto, es que en el complejo mundo del deseo las opciones personales se sitúan en primera línea de meta.

Es cierto que cada persona conforma su propio "estilo de vivir" y que éste repercute positiva o negativamente en su salud y bienestar, pero esto no significa que todos tengamos las mismas oportunidades u opciones de vida. La teoría de la elección racional, puesta tan de moda por el discurso economicista actual, es válida para interpretar los comportamientos de quienes, por su posición de "ventaja social" adoptan hábitos y comportamientos de vida perjudiciales para su salud, de los que sí son responsables. "Ir al campo los domingos" o "practicar parapente" sí parece ser una cuestión de elección personal.

Sin embargo, las condiciones de salud y bienestar de los *grupos más vulnerables*, o también llamados "*grupos frontera*", que no comparten el cómodo bienestar y estilo de vida saludable del ciudadano medio, se consideran inaceptables, evitables y susceptibles de ser modificadas. Es por esto, por lo que compartimos como ciudadanos, profesionales o políticos, cada uno con su nivel de responsabilidad y compromiso, la necesidad de aplicar estrategias y acciones de gobierno orientadas a ir corrigiendo progresivamente estas tendencias.

Las políticas equitativas de asignación y uso de recursos pueden ser interpretadas desde diferentes ideologías sociales. "Construir un futuro para nuestros hijos" era el eslogan romántico y revolucionario de los años 60. Ahora, hay quien se plantea que pagamos demasiados impuestos que no revierten en nosotros mismos. Se produce una asimetría entre quién paga y quién se beneficia, nuestras aspiraciones no son satisfechas. ¿Por qué pagar por personas desconocidas? Yo pregunto: ¿cuándo dejaremos de anteponer nuestras exigencias en la definición de las necesidades ajenas?

El planeta SPT 2000 es muy exigente y propone a sus futuros habitantes el cumplimiento de unos objetivos en salud y bienestar que sólo podrán



alcanzarse si todos, la sociedad, los gobernantes y sus organizaciones sintonizan con el eslogan “más salud, más solidaridad e intersectorialidad”.

—Oye SPT2000..., ¡eh!, ¿tú crees que todos conseguiremos llegar hasta ti?

—Algunos terrícolas ya han llegado, otros están en camino. Pero no dejaré de enviar mensajes a la tierra hasta que no lo consigáis todos.

—Este planeta está loco, loco, loco...

PUBLICIDAD PARA UNOS... SALUD PARA TODOS

Hoy he desayunado con Nestlé, fruta, cereales, leche desnatada con edulcorante acalórico “en línea con mi estilo de vida”. Mis hijos prefieren Cola Cao “el alimento de la juventud” y “Frostis o Krispis con cinco vitaminas y hierro”, nosotras siempre queremos lo mejor para nuestros hijos. Tengo que ir a la oficina, tengo una reunión importante, he de hacer lo posible por transformarme en una mujer diferente y seductora... (la voz en off) ... Lanofil “tú también puedes ser famosa por tu pelo”. Si pero... “Don’t worry be happy”. Arturo no sale del cuarto de baño (...) Filomatic: “es de suave ..., da un gustirrinín...”. Por fin. ... “Te gusta mi coche ¿eh?, a mí me encanta... y es que va con mi carácter, con mi estilo”. “Los coches te llevan, te transportan, vívelos como tú vives...”. Ha sido un día duro, tengo que pasar por el hiper y comprar, salchichas, catsup, yogures, petit-suisse para el pequeño...

—Y tú, ¿cómo te lo montas?

La publicidad... esa dama tan bella y seductora que logra informar y persuadir en un tiempo récord, transmite todo un decálogo de la salud y de lo que es sano y saludable.

—... pero, no crees que el contenido de los mensajes y los contextos crean una imagen ilusoria de nuestra sociedad... Bueno al menos ignoran a otros, otras formas de vida, se ofrece la imagen de un solo mundo, un mundo sin diferencias.

“Publicidad para unos... salud para todos”

—¿Por qué dices eso?

—Porque va dirigida a los colectivos con mayor capacidad de consumo. Nos hace creer que la felicidad es un paraíso particular en donde lo más importante son los objetos de los que uno se puede rodear, no las personas. “La chispeante alegría de vivir” es un jarabe que contiene ciertas dosis de opulencia, belleza, éxito, prestigio, salud y amor.

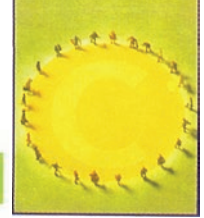
—... Además a mí hay un tipo de publicidad comercial que me preocupa,... creo que puede tener efectos negativos para la prevención de algunos comportamientos de riesgo (los accidentes de coche, la automedicación, el colesterol).

Como profesionales tenemos que reconocer el poder que tienen los medios de comunicación, sobre todo tú televisión, eres como un observatorio de la sociedad. Nunca te había contado por qué eres tan eficaz. Pues, fíjate bien, cumples varias funciones sociales:

1. Como “agente de socialización” transmites normas, valores, modelos de comportamientos —aunque trabajas mucho los estereotipos—, incluso me atrevería a decir que eres capaz de transformar los movimientos sociales.

2. Transmites información y facilitas la comunicación entre personas, sociedades y culturas. El mundo se hace cada día más pequeño y conocido. Eres un elemento clave de homogeneización de los referentes culturales.

3. Cuando quieres le quitas o le pones hierro a muchos temas delicados. Consigues mantener o cambiar valores, creencias y opiniones, modificar hábitos y conductas.



4. Eres muy eficaz para conseguir la "participación simbólica" que tan claro nos muestran los concursos, tan populares y numerosos en tus parrillas de programación. Los concursantes son gente normal, "sin vergüenza", que no tienen reparo en demostrar lo que saben o lo que no saben, sus habilidades o incluso sus veleidades. Claro, lo importante no es que hayan estudiado en la universidad y sean "cultos", sino que mientras ellos desempeñan su rol, nosotros desde casa les apoyamos moralmente, a veces nos identificamos con ellos y además nos enteramos de "cosas" que no sabíamos. Los concursos son un tipo de programa que consiguen homogeneizar los niveles culturales de la sociedad.

5. La sociabilidad es inducida. Aprendes con quién debes relacionarte, a quién debes proteger, cómo debes vestirte, cómo debes comportarte según tu posición social o la corriente de tu subcultura de referencia.

—Los medios nos dicen lo que hay que hacer, y lo que hay que pensar o lo que no hay que pensar. "Inyectan" ideas, modelos de conducta, hacen a los individuos pasivos y atomizan la sociedad. Eso dicen los defensores de la teoría de los efectos poderosos o de la mitomanía de los medios.

—Pero también debemos tener en cuenta que las personas tienen capacidad selectiva, filtran sus percepciones; reciben, retienen mensajes e imágenes y las interpretan según su "ideología", es decir, según sus valores, creencias y estilos de vida del grupo o subcultura a la que pertenecen. No creo que los medios tengan un "efecto total".

—¡Ah! ... ya recuerdo, a eso le llamaban otros autores *teoría de los "efectos limitados"*.

La publicidad es y puede ser una excelente y eficaz "escuela de salud", siempre que diseñemos campañas institucionales integradas en una *estrategia global de comunicación*, no cositas aisladas. La modificación de actitudes y hábitos de

salud es un proceso lento y debe ser estratégicamente pensado, los éxitos y los fracasos se observan a largo plazo.

—Bueno, la verdad es que todos hemos aprendido a "amar la tónica" y a irnos de un restaurante o boicotear la salida de un vuelo de Iberia "si no hay casera". Gracias por esta agradable velada. Hasta mañana, "Flex te desea tus mejores sueños". "Besos sin azúcar".

—Antes de que te apagues, ¿puedo pedirte un favor?

Tú, que tienes esos ideales de *informar, formar y distraer* y que lo haces siempre con ese estilo tan relajante, tan simpático y con ese arte que casi no nos damos cuenta de lo que nos enseñas y nos cuentas... Si los profesionales de salud y de los medios de comunicación nos pusiéramos de acuerdo, ¿nos dejarías utilizar tu energía y tu poder tecnológico?...

—En realidad yo sola no puedo hacer nada. No tengo autonomía, dependo de mis guardianes, productores, profesionales de la comunicación y de la imagen, pero estoy dispuesta a cooperar con vosotros... Me gusta que la gente me encienda, me dé vida y además sería divertido que me dieran un premio por ser la televisión europea "más saludable".

—¡Cuidado con el zapping!

ACCION INTERSECTORIAL

Que la salud depende de multitud de factores y que para mejorarla se deben poner en marcha acciones que involucren a todos los sectores implicados en esa mejora, es una afirmación difícilmente cuestionable. Ahora bien, el papel que debe cumplir cada sector (léase servicios de salud, educación, medios de comunicación, servicios sociales o de planificación urbana), a quién corresponde la iniciativa de las acciones o cómo se



trabaja coordinadamente son, con toda probabilidad, cuestiones algo más complicadas.

Y es que no es fácil pasar de la teoría a la práctica en una cuestión que lleva implícitos aspectos tan complejos como definir prioridades, consensuar objetivos o establecer procedimientos comunes de trabajo, teniendo en cuenta que todos ellos varían de un sector a otro.

En principio, y sin mucha dificultad, podemos acordar otra cuestión y es que elevar los niveles de salud es, hoy por hoy (o debiera ser) "el objetivo" del sector sanitario. Y no es que a las personas que trabajan en otros sectores no les importe el tema, sino que sus objetivos centrales son otros: educar, apoyar a personas socialmente desfavorecidas o informar.

Por tanto, a los servicios de salud les corresponde en primer lugar actuar de abogados de la causa de la salud ante los otros sectores, es decir, hacer que el valor salud sea tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones en cualquier otro ámbito de la vida pública.

Por otro lado, al hablar de "acción con otros sectores", no debemos confundirlo con "participación de otros sectores" en los programas o actuaciones que se emprenden desde los servicios. El hecho de que la iniciativa parta normalmente del sector sanitario no debe implicar que éste se erija en el árbitro que dicta las normas de juego. Más bien al contrario, para que otros sectores asuman realmente sus responsabilidades en materia de salud debemos articular las relaciones de manera que cada sector, en un plano de igualdad y en el marco de su propia lógica, defina su papel y haga sus aportaciones.

Trabajar coordinadamente con otros sectores no es nada fácil, ya que implica, aparte de ceder protagonismo, estar dispuestos a introducirse en dinámicas ajenas a las propias. Así, conviene conocer la lógica de lo político cuando se trabaja con los ayuntamientos, o saber valorar cuáles son las prácticas profesionales reconocidas como "buenas prácticas" en el sector educativo.

Una última cuestión. Es fundamental, como parte del proceso de coordinación entre sectores en base a proyectos concretos, establecer procedimientos que incorporen a cada institución la práctica del trabajo coordinado con otros organismos.

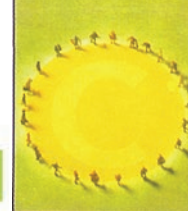
Es frecuente observar, que cuando cambian los equipos de trabajo (algo muy común, por otra parte) se abandonan los proyectos que implicaban a varios sectores. La institucionalización de reuniones, la creación de comités intersectoriales, la elaboración de convenios o la introducción de procedimientos administrativos que rutinicen en la práctica de cada organización la puesta en marcha de acciones comunes, son algunos ejemplos del tipo de medidas que deben formar parte de un proceso que lleve implícita la acción coordinada de varios sectores sobre un problema de salud.

Si no tomamos esta precaución, corremos el riesgo de que las acciones emprendidas no pasen de ser algo coyuntural, de ser un mero ejercicio de buena voluntad por parte de unas cuantas personas que trabajan juntas durante un período de tiempo.

ACCION SOCIAL EN SALUD

Los servicios de salud son uno de los instrumentos de los que se dota la sociedad para mejorar los niveles de salud. Ahora bien, las acciones que repercuten sobre la salud no son sólo las que parten de los servicios sanitarios, aunque éstos tengan un papel importante que cumplir. También se llevan a cabo actividades por parte de otros sectores, de asociaciones, de individuos aislados o en el seno de la familia y de las redes sociales, que inciden sobre la salud y contribuyen a mejorarla. Es lo que llamamos acción social en salud.

De alguna manera, reconocer que existe la acción social en salud implica desplazar el protagonismo de los servicios sanitarios y pasar a considerar que hay también otros protagonistas en



la lucha por la salud: los maestros, los políticos, los periodistas, las madres, los líderes comunitarios... etc. Todos ellos, con sus acciones (más o menos organizadas) están influyendo en aspectos tales como la adopción de determinados estilos de vida, la prestación de cuidados o la mejora de la salud ambiental, por poner algunos ejemplos.

Decíamos que implica desplazar el protagonismo, pero esto no significa dejar de tener la responsabilidad pública en materia sanitaria. Es decir, que los servicios de salud deben adecuar sus actuaciones al hecho de que se produce acción social en salud. ¿Cómo?, en primer lugar, reconociendo su existencia, para después pasar a reforzarla, a asesorar procesos y a tener en cuenta estas acciones realizadas "fuera" cuando se llevan a cabo intervenciones (sean curativas, preventivas o de promoción de salud) desde "dentro".

Significa tener en cuenta que son las madres las que fundamentalmente cuidan a los niños y a los ancianos, o que hay asociaciones formales que cumplen una labor asistencial y de apoyo, o que en los colegios se les enseñan a los niños una serie de habilidades y conocimientos que influyen en su salud, o que desde los ayuntamientos se toman decisiones que afectan a la salud de las personas.

Convendría que los profesionales que trabajamos en los servicios de salud reflexionáramos en profundidad sobre el hecho de que la mayor parte del trabajo sanitario se hace fuera de nuestras instituciones y, por tanto, replanteáramos las funciones que nos corresponden para alcanzar de una forma más eficaz la misión que tenemos encomendada por la sociedad y que no es otra que mejorar la salud.

Luis Andrés López Fernández
y Joan Carles March

coordinaron el trabajo de elaboración
de este documento.

Han participado además:

José Manuel Aranda, Ana Delgado,
María del Mar García Calvente,

José Antonio Infiesta, Valle López Santos,
Nacho Martínez Millán, Juan José Pérez Lázaro,
Miguel Sanz, Elia Sevilla, Lole Siles y Olga Solas.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, R. *Health Promotion an Overview*. OMS- Euro Technical, Paper 1983.
2. ASHTON, J.; SEYMOUR, H. *La nueva Salud Pública*. Ed. Masson, Barcelona, 1990.
3. BORREL, F. *Manual de entrevista clínica*. Ed. Doyma, Barcelona, 1989.
4. HANCOCK, T.; DUHL, L. *Ciudades saludables: el fenómeno de la salud en el contexto urbano*. Symposium Healthy cities, Lisboa, 1986.
5. HANCOCK, T. "Beyond Health Care. Creating a Healthy Future". *The Futurist*, agosto, 1982 (4-15).
6. Healthy Public Policy. *Strategies for Action*. II Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Adelaida, abril, 1988.
7. IRIGOYEN, J. *Mecanismos de Participación Comunitaria*. Mesa redonda de las IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria, Granada, 1989.
8. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services, Canadá, 1978.
9. LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.A.; ARANDA, J.M. "Promoción de salud. Un enfoque en salud pública", en *La Sanidad española a debate*. Ed. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Madrid, 1990.
10. MCKEOWN, T. *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* Ed. Siglo XXI, México, 1982.
11. NUTBEAN, D. "La Promoción de Salud en Acción. Ideas prácticas para llevar a cabo los programas". *Salud entre todos*. Suplemento 32, febrero, 1988.
12. NUTBEAN, D. "Glosario de Promoción de Salud". Separata técnica de la revista *Salud entre todos*, Sevilla, 1987.



13. NUTBEAN, D.; CATFORD, S. "Estrategia de evaluación del Programa de prevención de enfermedades cardiovasculares de Gales: progresos, planes y perspectivas". *Red de Actividades de Promoción de Salud*, n.º 2, Granada, 1990.
14. PETERS, T.; WATERMAN, R. H. *En busca de la excelencia*. Ed. Folio, Barcelona, 1984.
15. OMS. *Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, 1978, Ginebra, 1980.
16. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional Europea. "Documento informativo sobre conceptos y principios. Promoción de la Salud". *Salud entre todos* (versión del documento original en inglés). Copenhague, septiembre 1984/ICP/HSR, 602 (m01).
17. *Red de Actividades de Promoción de Salud*, n.º 1. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1989.
18. *Red de Actividades de Promoción de Salud*, n.º 2. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1990.
19. STARFIELD, B. *La eficacia en la Atención Médica. Validez del juicio clínico*. Ed. Masson, Barcelona, 1989.
20. *Sundsvall Statements on Supportive environments*. Actas de la III Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Sundsvall, julio 1991.
21. TSOUROU, A. (Ed.) *El proyecto Ciudades Sanas de la Organización Mundial de la Salud: un proyecto que ha llegado a ser un movimiento*. Ed. IVESP, Valencia, 1991.
22. Who. *Ottawa Charter for health Promotion*. Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986.
23. Who-IEA. *Measurement in Health Promotion and Protection*. Who Regional Publication European. n.º 22, Copenhague, 1987.