

Editorial

Para contactar:

M^a Eugenia Azpeitia Serón
azpeitiaseron@gmail.com

LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CAPACITACIÓN (EMPODERAMIENTO) DE PERSONAS Y COMUNIDADES PUEDE SER UN SIGNO PARA DETERMINAR SI UNA INTERVENCIÓN ES DE PROMOCIÓN DE SALUD O NO

La promoción de la salud: un reto, una utopía...

Autora:

M^a Eugenia Azpeitia Serón.
Coordinadora general del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla¹. Abarca no solo las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también aquellas cuyo objetivo es modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no^{2,3}. Constituye un escalón más dentro del proceso de atención integral, que viene definido por: la asistencia (primaria y especializada), la prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud).

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) de 2005, orientó sobre la necesidad de encauzar la promoción de la salud a través de las actividades comunitarias en los centros de salud, teniendo como premisa necesaria la coordinación y la participación de las instituciones, los servicios y los propios ciudadanos para conseguir la participación comunitaria, para poder desarrollar una conciencia colectiva y una acción comunitaria sobre la salud positiva a través de la

educación para la salud. Pero nos podemos preguntar por qué coordinar estas actividades desde el centro de salud. Barbara Starfield plantea que la Atención Primaria (AP) aborda la provisión de cuatro funciones básicas: es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario (accesibilidad), se orienta a la atención a la persona a lo largo del tiempo (longitudinalidad), cubre todas las necesidades en salud de las personas, derivando a la atención especializada únicamente los problemas demasiado inusuales como para mantener competencias (globalidad) y coordina la atención cuando las personas reciben servicios de otros niveles asistenciales (coordinación)⁴. Ha demostrado que existe evidencia de que una AP de calidad mejora los resultados en salud, con mayor equidad y menores costos, y que por esta razón los sistemas sanitarios deben estar orientados a la AP, que ha de ser el eje del sistema.

Por otro lado, la teoría salutogénica ha influido indudablemente en el desarrollo de la promoción de la salud, abogando por que el enfoque debía realizarse sobre la salud y no sobre la enfermedad⁵. Según Aaron Antonovsky, es preciso cambiar la mirada para apreciar los recursos con los que cuentan los individuos y enfocarla en los factores que apoyan la salud humana y el bienestar; en esto se basa la salutogénesis (relación salud-estrés-afrontamiento). Su trabajo se dirigió en principio a los campos de la psicología, la medicina del comportamiento y la sociología de la salud; posteriormente, se ha adaptado a la psiquiatría, la gerencia de la salud, la naturopatía, la enfermería y la antropología⁶. Erio Ziglio y Antony Morgan nos hablan del patrimonio en salud como espacios salutogénicos externos al individuo como cualquier factor o recurso que promueve en individuos, comunidades y poblaciones la capacidad de mantener y promover su salud y bienestar; a su vez

entienden el trabajo en salud pública como un aprovechamiento cada vez más sofisticado del patrimonio de salud que ya traen nuestras sociedades y no como un crecimiento exponencial de servicios, tal como se entiende en la actualidad.

Otros abogan por la investigación-acción-participación, que se puede definir como un método de estudio y acción que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los propios colectivos que se quieren investigar, de forma que pasan de ser «objeto» de estudio a convertirse en «sujeto» protagonista de la investigación, no solo controlando e interactuando a lo largo del proceso de investigación (diseño, fases, devolución, acciones, propuestas, etc.), sino siendo requerida su implicación y precisándose la convivencia del investigador externo en la comunidad que se estudia. Proceso cíclico que no tiene fin de acción-reflexión, en el que se reestructura la relación entre conocer y hacer, de manera que vaya configurando y consolidando la capacidad de autogestión de los implicados⁷.

Las intervenciones que se realizan desde las administraciones públicas muy a menudo tienen que ver con los determinantes de la salud. La evaluación del impacto en la salud (EIS) se utiliza como una herramienta predictiva para incorporar la salud en las políticas públicas no sanitarias. La realización de una EIS implica estudiar la intervención, caracterizar la población objeto de la intervención y, mediante la combinación de evidencias cuantitativas y cualitativas, estimar sus impactos potenciales sobre la salud. La EIS se ha ido extendiendo a múltiples sectores (transportes, regeneración urbana, cultura, desarrollo energético, etc.), en ámbitos diversos (local, nacional, europeo) y en numerosos países. A pesar de su escaso uso en España, la EIS permite incorporar la salud en la toma de decisiones de las políticas sectoriales, teniendo en cuenta las desigualdades sociales en salud, y desarrollar así políticas públicas más saludables y equitativas. Por otra parte, se trata de una herramienta en pleno desarrollo metodológico, cuya aplicación se ve dificultada por el predominio de la visión biomédica reduccionista de los determinantes de la salud, y por la dificultad de trabajar con enfoques multisectoriales y participativos en las actuaciones del ámbito público⁸.

De todas formas, no debemos olvidarnos de lo que decía Alan Blum, en 1983, en un número especial sobre tabaco, del *New York State Journal of Medicine*: «Escribir editoriales no es suficiente». En la reseña que escribe para *Medicina Social*⁹ no está hablando sobre la necesidad de eliminar expertos en adicciones y en políticas sanitarias. No. Dice que ya tenemos bastantes: no hace falta capacitar más. Lo que hace falta ahora es generar y formar activistas, trabajadores, movimiento ciudadano en los intersticios y en las fronteras para llevar a la práctica lo que académicamente ya sabemos desde hace mucho.

Todos estamos de acuerdo en que es necesaria la reflexión crítica del modelo de AP (modelo biomédico, presión de la industria sanitaria, fragmentación y burocratización de la asistencia, etc.), que es preciso buscar modelos alternativos con una orientación integral y desmedicalizadora, y contar con la participación ciudadana para conseguir la promoción de la salud. La incorporación de la perspectiva comunitaria a la AP ofrece posibilidades de mejorar la atención ofrecida a los ciudadanos y de mejorar el estado de salud de la población. Esto se debe, fundamentalmente, a que la salud comunitaria se desarrolla en un ámbito local o comunitario. En este ámbito:

- Se identifican y son abordables numerosos determinantes de la salud.
- Se pueden desarrollar experiencias de integración de servicios intrainstitucionales e interinstitucionales.

EN EL ÁMBITO DE LA SALUD COMUNITARIA SE IDENTIFICAN Y SON ABORDABLES NUMEROSOS DETERMINANTES DE LA SALUD



- Puede planificarse la promoción de la salud de un modo integral.
- Constituye el escenario idóneo e imprescindible para el desarrollo de intervenciones integrales a grupos de pacientes con necesidades especiales, como los crónicos.

Por otra parte, el PACAP se identifica con el compromiso:

- Del desarrollo del conocimiento de las ciencias de la salud en lo referente a sus factores determinantes y la forma de abordar los problemas de salud, a través de la formación, la investigación y la evaluación en el enfoque comunitario.
- Del desarrollo de la acción intersectorial y fortalecimiento del «contexto comunitario en salud».
- Con la ciudadanía y el papel que debe tener en la salud y en los sistemas sanitarios, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, con sus derechos y sus deberes y con los instrumentos y mecanismos de participación.

Es preciso un cambio en la orientación del sistema, desde el paradigma biomédico al de los determinantes sociales de la salud. El sistema sanitario ha de asumir que su influencia sobre la dimensión colectiva de la salud, siendo relevante, es parcial y menor que la de otros sectores que afectan directamente a los aspectos sociales, económicos y de condiciones de vida, como los agentes de urbanismo, educación, cultura, servicios sociales, etc. La contribución del sistema sanitario a la efectiva promoción de la salud requiere una alianza entre la AP, la salud pública y la ciudadanía, que denominamos salud comunitaria.

Introducir y desarrollar nuevas actuaciones supondrá dejar de hacer cosas, ya que los recursos son finitos. Priorizar comporta limitar o suprimir algunas intervenciones para sustituirlas por otras más pertinentes y apropiadas, más eficientes y equitativas, ya sea la prevención de la yatrogenia o la contribución a un entorno social más apropiado para la promoción de la salud.

Bibliografía

1. Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986.
2. Davies JK, MacDonald G. Quality, Evidence and effectiveness in health Promotion. London: Ed. Routledge; 1998.
3. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. UIPES; 2000.
4. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy [Internet]. 2002;60(3):201-18 [consulta el 17 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
5. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996;11:11-8.
6. Becker CM, Glascoff MA, Felts WM. Salutogenesis 30 years later: Where do we go from here? IEJHE. 2010;13:25-32.
7. Moreno Pestaña JL, Espadas Alcázar MÁ. Investigación-acción participativa. En: Román Reyes, director. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social. 3ª ed. (digital). Madrid: UCM; 2002 [consulta el 20 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://snipurl.com/22bns12>
8. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. Gac Sanit. 2009; 23(1): 62-6.
9. Blum A. El tabaquismo y la Revista de Medicina del Estado de Nueva York, una breve introducción. Medicina Social. 2010;5(2):146-50.

ES PRECISO UN CAMBIO EN LA ORIENTACIÓN DEL SISTEMA, DESDE EL PARADIGMA BIOMÉDICO AL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD