

ORIGINALES

Empoderamiento de personas con enfoque comunitario

Marta Pisano González, Delia Peñacoba Maestre, Encarnación Fernández Fernández, José Ramón Hevia Fernández, Itziar Llarena Camacho

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias.

Para contactar:

Marta Pisano González: martam.pisanogonzalez@asturias.org

RESUMEN

Introducción. La búsqueda de nuevos abordajes de las personas que poseen una enfermedad crónica y de sus cuidadores y cuidadoras sigue siendo una necesidad en el siglo XXI.

Objetivos. Incluir en la implementación de una metodología estandarizada de empoderamiento de personas con enfermedad crónica y de sus cuidadores o cuidadoras, la acción municipal y la integración de activos de salud y ciudadanía en el programa.

Métodos. Intervención comunitaria de educación entre iguales denominada Programa de Paciente Activo de Asturias con abordaje municipal, teniendo en cuenta cuatro áreas de intervención: programa de formación, inclusión de activos, implicación multisectorial y capacitación de la ciudadanía local. El programa de formación utilizado para la capacitación de personas con enfermedad crónica y la de cuidadores y cuidadoras fue Chronic Disease Self-Management Program.

Resultados. Se han formado a 204 monitores, de los cuales 16 son personal técnico de salud de los ayuntamientos. Se han realizado más de 75 talleres, a los que han acudido más de un millar de personas con enfermedad crónica y cuidadores o cuidadoras del entorno más cercano. Han sido captados desde 41 concejos de Asturias (52%), 27 asociaciones y centros de salud. Las entidades locales han captado más de un 30% de los asistentes a los talleres formativos.

Conclusión. Si bien la mayoría de las intervenciones se realizan en el ámbito sanitario, focalizando el empoderamiento en el abordaje a la enfermedad, este nuevo enfoque de promoción integral de la salud, en los espacios geográficos de convivencia de las personas, con el aprovechamiento de activos, aumenta la satisfacción de todos los actores implicados y la sostenibilidad de las acciones emprendidas.

Palabras clave: autocuidado, cuidadores/as, enfermedad crónica, participación comunitaria, promoción de la salud.

EMPOWERMENT OF PEOPLE WITH A COMMUNITY APPROACH

Abstract

Introduction. The search for new approaches to manage people who have a chronic disease and their caregivers is still a necessity in the 21st century.

Objectives. Include municipal action and the integration of health and citizenship assets into the implementation of a standardised methodology to empower people with chronic disease and their caregivers.

Methods. Peer education community intervention called the "Asturias Active Patient Programme" with a municipal approach, considering four intervention areas: Training Programme, Asset Inclusion, Multi-sectoral Involvement and Local Citizen Training. The training programme used to instruct people with a chronic disease and their caregivers was the "Chronic Disease Self-Management Program".

Results. A total of 204 monitors were trained, 16 of whom are City Council healthcare technical staff. More than 75 workshops have been held, attended by over a thousand people with chronic disease and caregivers from their closest surrounding circle. People were recruited from 41 municipalities in Asturias (52%), 27 associations and Healthcare Centres. Local entities have enlisted more than 30% of those attending the training workshops.

Conclusion. Although most interventions are carried out in the healthcare field, focusing on empowerment in disease management, this new approach to integral health promotion, in the geographical spaces of coexistence of people - with the use of assets - increases the satisfaction of all the actors involved and increases the sustainability of the actions undertaken.

Keywords: caregivers, chronic disease, community participation, health promotion, self-care.

INTRODUCCIÓN

Hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles es uno de los principales retos en el siglo XXI. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 fallecieron 15 millones de personas con edades comprendidas entre los 30 y los 69 años a causa de dichas enfermedades. Más del 80% de estas muertes se debieron a enfermedades cardiovasculares, diabetes, neumoopatía crónica y cáncer, siendo las enfermedades cardiovasculares las que mayor número de muertes provocaron (17,7 millones), seguidas del cáncer. Uno de los principales objetivos de la OMS es que para 2030 se reduzcan en un tercio las enfermedades crónicas no transmisibles. Para ello, la OMS ha elaborado el *Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* que contiene nueve metas a nivel mundial en el que se abordan la gestión y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles¹.

Treinta años después de la Carta de Ottawa, todavía existen grandes lagunas en áreas de empoderamiento de las personas y reorientación de los sistemas sanitarios hacia la comunidad.

En 2012, desde la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, se instó a todas las comunidades autónomas a: potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas para personas cuidadoras, redes de cuidadores y cuidadoras profesionales y no profesionales, y otras fórmulas de apoyo al autocuidado². Desde entonces, se han hecho grandes avances para aumentar el empoderamiento de las personas en el cuidado de su salud, con el desarrollo de escuelas de pacientes y programas de paciente activo.

Si bien en este desarrollo no se ha tenido en cuenta el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, ni el abordaje comunitario de los mismos, su tendencia más generalizada es la del abordaje de la enfermedad (modelo de déficits). En la implementación del Programa de Paciente Activo de Asturias (PACAS) se han incorporado elementos nucleares: marco de promoción de la salud, de salutogénesis y de aumento de autoeficacia; valores de salud como bienestar (modelo de activos), elementos de equidad y continuidad territorial³.

Más concretamente, para mejorar la calidad de vida de estas personas, es necesario aumentar la capacitación de los pacientes para adaptar la enfermedad a sus vidas y que puedan seguir realizando las actividades que les son útiles y placenteras. Es necesario favorecer su autocuidado en un abordaje biopsicosocial, ya que las personas son las protagonistas fundamentales de su salud. Por ello, las intervenciones se deben realizar allí donde los ciudadanos viven, se desarrollan e interaccionan socioculturalmente; es decir, en su barrio, su pueblo, su comunidad.

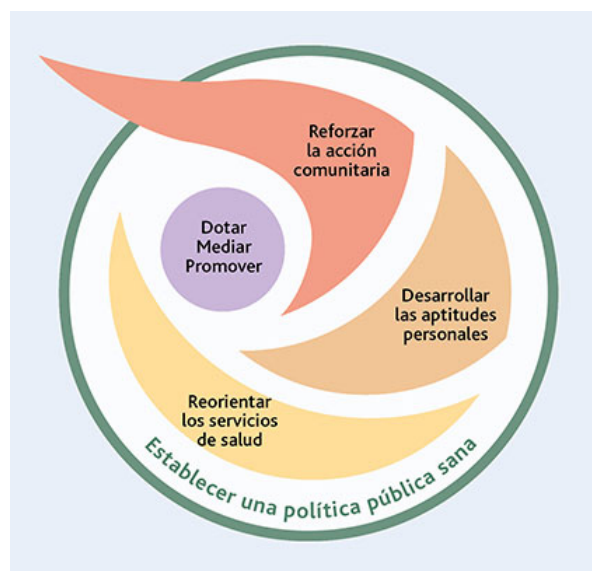
Los servicios de salud brindan un apoyo esencial a las personas que padecen enfermedades crónicas, si bien no están disponibles en todos los entornos comunitarios y no mantienen el apoyo las 24 horas del día (con excepción de la urgencia), lo que también tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. La familia y el entorno de apoyo cercano determina cada vez más un papel clave en el abordaje de la cronicidad, ya que se ha demostrado que aquellas estrategias de atención médica que involucran a la familia pueden mejorar el conocimiento sobre la afección, las habilidades de autocuidado de los individuos y la autoeficacia, que es la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular⁴.

La teoría cognitivo-social establece que las variables predictivas de un cambio exitoso en la conducta son la autoeficacia, entendida como la capacidad de realizar una acción, y la expectativa de que se logrará una meta en particular (expectativa de resultado). La autoeficacia se considera un primer paso en las vías causales de cambio de conducta en los programas de autoeficacia⁵.

Es precisamente la integración de dos grandes teorías psicológicas de Albert Bandura (aprendizaje vicario y aumento de autoeficacia)⁶ las que subyacen en la metodología formativa incorporada en el programa PACAS. Desde 2014 crece conjuntamente con el desarrollo de las escuelas municipales de salud, para conformar la Escuela de Pacientes de la Dirección General de Salud Pública de Asturias³.

De este modo, tal como se aprecia en la [figura 1](#), se abordan los principios de la Carta de Ottawa: por un lado, desarrollar las aptitudes personales (empoderamiento individual de las personas) y, paralelamente, reforzar la acción comunitaria (mediante las escuelas municipales de salud)⁷.

Figura 1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud



El enfoque estructurado más utilizado y que cuenta con mayores evidencias sobre su efectividad es el Chronic Disease Self-Management Program de la Universidad de Stanford, que se ha implementado en 12 países. Entre ellos, el Reino Unido (Expert Patient Programme [Programa Paciente Experto]), Australia (Partners in Health [Socios en la Salud]), Canadá (Canada's Chronic Disease Self-Management Program), Dinamarca, Japón, China, Estados Unidos y Noruega. Su extensión en diferentes países y sus años de desarrollo son los factores que han permitido generar mayor evidencia científica sobre su alcance⁸⁻¹³.

El programa PACAS, dentro de la Escuela de Pacientes, trabaja desde 2014 para capacitar a estas personas a conseguir sus objetivos y mejorar su calidad de vida. Para que el impacto de estas intervenciones en salud sea mayor, es necesario hacerlo con un enfoque holístico y de manera multidisciplinar con las entidades locales y municipales, así como con el ámbito sanitario. Es imprescindible que las entidades municipales actúen como agente de salud para que el cuidado no se realice exclusivamente desde la óptica sanitaria, y que aumente la coordinación entre ambos.

Uno de los proyectos estratégicos que se enmarcan en la ordenación de la estrategia para el abordaje de la cronicidad de Asturias es «Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias»¹⁴.

OBJETIVOS

El objetivo general es incluir en la implementación de una metodología estandarizada de empoderamiento de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores/as la acción municipal y la integración de activos de salud y ciudadanía en el programa.

Como objetivos secundarios se encuentran:

- Informar y fomentar la participación de los ayuntamientos y entidades locales.
- Involucrar técnicos de salud de los ayuntamientos como monitores del programa de intervención.
- Promover la captación de participantes a los talleres desde los ámbitos comunitarios (ayuntamientos, corporaciones locales y asociaciones de la zona).
- Cocrear el circuito de formación, reclutamiento y derivación de personas desde los ámbitos municipales.
- Engranar la formación desde las escuelas municipales de salud.
- Coordinar los ámbitos sanitarios y municipales en todo el proceso.
- Visibilizar el trabajo realizado.

MÉTODOS

Intervención educativa

En el programa PACAS, la intervención comunitaria de educación con abordaje municipal, tiene en cuenta cuatro áreas de intervención: programa de formación, inclusión de activos, implicación multisectorial y capacitación de ciudadanía local. El programa de formación utilizado para la capacitación de personas con enfermedad crónica y la de sus cuidadores y cuidadoras fue Chronic Disease Self-Management Program, cuya versión en español es «Tomando control de su salud».

Este es un programa de autogestión, de educación de autocuidado a cargo de personas que poseen enfermedades crónicas y/o que son cuidadoras, es eficaz para promover cambios, y se diferencia de los programas de educación simple o del entrenamiento de habilidades de los pacientes porque tiene un diseño que permite a las personas con afecciones crónicas tener una función activa en la gestión de su propia enfermedad¹⁵.

Esta formación a personas con enfermedad y a sus cuidadores y cuidadoras se realiza en grupo, y se diferencia de la educación grupal en que los propios formadores son personas con una enfermedad crónica y/o son los cuidadores. Los formadores son llamados monitores o líderes del programa.

Cada grupo es conducido por dos líderes que previamente han recibido la formación en el Chronic Disease Self-Management Program, acreditada por la Universidad de Stanford, impartida por dos instructores con una duración de 15 horas.

El contenido de cada sesión está definido en el *Manual de los instructores* y cubre aspectos como: ejercicio físico, alimentación saludable, técnicas para tratar la frustración, la fatiga o el dolor, comunicación efectiva, cómo valorar nuevos tratamientos, buscar información fiable, utilizar los recursos de la comunidad, etc., poniendo el énfasis en el desarrollo de herramientas de proactividad¹⁶.

En la [figura 2](#) se puede ver la diversidad de técnicas formativas: gran grupo, pequeño grupo, trabajo en la pizarra, panelógrafo, práctica de ejercicio físico, entrega de diplomas...

Figura 2. Talleres formativos de monitores y en la comunidad con técnicas variadas



La capacitación como monitores del programa consta de una formación teórica (28 horas), un taller práctico (en la comunidad) y dos prácticas de enseñanza, así como la auditoría externa en su primer taller práctico.

La intervención a los usuarios finales consiste en seis sesiones grupales con un mínimo de 10 personas (el número óptimo de participantes es 12-16) y de 2 horas y media de duración con frecuencia semanal, durante 6 semanas consecutivas.

La metodología de las sesiones es de participación activa, acompañadas de material educativo y de apoyo al curso, como el libro *Tomando control de su salud*, dossier del alumno y dos cedés de audio (uno de relajación y otro de ejercicio físico).

Los participantes de los talleres educativos pueden ser las personas cuidadoras o pacientes que poseen una enfermedad crónica, que son variadas: diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)... El programa es efectivo, pues se apoya en los siguientes supuestos: los enfermos crónicos y sus cuidadores comparten las mismas dudas, miedos e incertidumbres, y precisan de las mismas herramientas para manejar adecuadamente su enfermedad y el cuidado (aumentar su autoeficacia, adquirir mejores hábitos físicos y mentales, incrementar la red de apoyo, etc.). Paralelamente, muchas personas poseen varias enfermedades crónicas simultáneamente, con lo que el abordaje conjunto de su autogestión le simplifica el tener que acudir a diversos talleres para cada una de sus patologías específicas.

En el desarrollo del programa de empoderamiento se busca la efectividad a través del propio proceso, en el que el apoyo entre pares es clave. Las sesiones son muy participativas, y el apoyo mutuo y el éxito refuerzan la confianza de los participantes en su capacidad para manejar su salud y mantener una vida activa y completa. A cada paciente se le enseña mediante cursos estructurados a cumplimentar planes de actuación personales dirigidos a que tome el control de su vida con la enfermedad crónica. La misión de los líderes o facilitadores es ayudar a los pacientes en la resolución de problemas, la toma de decisiones y la autoeficacia. Por ello, las grandes diferencias de los talleres grupales impartidos por sanitarios son:

- El rol de ser un igual, al presentar la misma enfermedad. Por lo que pueden actuar como modelos para los participantes.
- El formato es menos formal, lo que favorece la discusión sobre las formas de autocuidado que los participantes consideran útiles y que podrían no sentirse capaces de discutir en un programa a cargo de profesionales.
- Los líderes no profesionales, sobre todo para grupos étnicos específicos, pueden proporcionar interpretaciones sutiles pero importantes del asesoramiento de salud¹⁷.

Actores sociales

El desarrollo de la implementación de los programas formativos va íntimamente unido a la involucración de diversos actores sociales.

En una primera fase, la presentación se realiza a los responsables políticos y a los técnicos municipales en salud tanto de ayuntamientos como de corporaciones locales.

Si existe apoyo y voluntad activa de continuar, se pasa a una segunda fase donde se organiza una presentación oficial del programa, con el apoyo de la Consejería de Sanidad y con iniciativa del ayuntamiento. Desde el inicio, en esta fase son los técnicos del ayuntamiento los que protagonizan, organizan y coordinan la presentación del programa en su territorio. Estos profesionales deciden a quiénes van a convocar (alcaldes, asociaciones de mujeres, vecinos, líderes comunitarios, farmacéuticos, ciudadanía general, etc.), dónde van a celebrar el acto y qué formato escogen para la presentación (mesa redonda,

exposición en salón de actos, mesa intersectorial, etc.).

El tercer momento es la coordinación con el centro de salud del municipio donde se va a realizar la presentación. Los trabajadores sanitarios y los trabajadores sociales del centro de salud acuden al acto para reforzar con su presencia la puesta en marcha del programa, y favorecer el reclutamiento de futuros asistentes, siempre de forma coordinada con el ayuntamiento.

El acto de presentación en sí mismo es el cuarto momento de esta fase. Aquí estarán presentes todos aquellos actores dispuestos por los técnicos de los ayuntamientos, así como alguna persona que haya recibido los talleres formativos y quiera ofrecer su testimonio en el acto. A partir de este momento, se establecen los lazos de colaboración y coordinación necesarios para la organización futura en la localidad.

Los técnicos que trabajan en salud desde los ayuntamientos son considerados como activos de salud en el municipio, como recursos que favorecen y fortalecen a las personas y a las poblaciones a mejorar su salud y su bienestar.

Instituciones participantes

Consejería de Sanidad de Asturias, ayuntamientos y entidades locales (mancomunidades) de Asturias y asociaciones locales.

Proceso de intervención

El abordaje municipal de la implementación tiene en cuenta cuatro áreas de intervención:

1. **Programa de formación:** programa de empoderamiento genérico con contenidos genéricos positivos y diversos que, conjuntamente con técnicas aplicadas, pretende aumentar la autoeficacia por medio del modelaje de conductas, la persuasión verbal positiva y la consecución exitosa de planes de acción.
2. **Formación:** se incorporan a técnicos municipales de ayuntamientos y a personal de programas de servicios sociales, tratando de «romper distancias» como monitores del Chronic Disease Self-Management Program. La capacitación se realiza en los ayuntamientos y su oferta es directa y voluntaria.
3. **Implicación multisectorial** de ayuntamientos, asociaciones de vecinos, pacientes y centros de salud, conjuntamente, en la captación de personas. Los primeros serán los responsables de la preparación logística de los talleres y de su difusión.
4. **Capacitación de ciudadanía local.** Se forman grupos para el fomento de las relaciones de ayuda y la activación y el empoderamiento de personas en su entorno más cercano.
5. **Utilización de recursos de la zona:** locales, ayudas locales para el desplazamiento a los talleres, etc.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizó a través de indicadores de proceso, encuesta de satisfacción y testimonios de participantes.

Indicadores de proceso

- Perfil de las personas participantes (edad, sexo).
- Número de personas captadas para los talleres.
- Número de personas que no acuden a ningún taller.
- Números de personas que acuden a menos de cuatro sesiones.
- Número de personas que acuden a cuatro o más talleres.
- Número de líderes formados.
- Número y distribución de las presentaciones de Programa Paciente Activo Asturias (PACAS).
- Número de personas cuidadoras y de enfermos que acuden.
- Lugar de captación de los asistentes.
- Razones por las que no se va a los talleres.
- Número de talleres realizados.
- Número de aparición en medios de comunicación.

Encuesta de satisfacción

La encuesta de satisfacción se debe cumplimentar de forma anónima al finalizar los talleres formativos. Se entrega a todas las personas que finalizan el taller. Rellenarlo supone entre 5 y 10 minutos. Es una encuesta autoadministrada, que se contesta en el mismo local donde se realizan las intervenciones educativas, y se entrega a los monitores del programa, quienes posteriormente la envían a la Consejería de Sanidad para su recopilación y análisis.

La encuesta de satisfacción evalúa tres apartados: el material entregado, los locales y el entorno donde se imparten los talleres, y la metodología y el curso de forma global. Al finalizar la formación, se recoge un apartado de opiniones abiertas sobre aquello que más valoran los participantes de los cursos y aquellas áreas que creen que se pueden mejorar. Para el análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción que son numéricos, se realiza una media aritmética entre todos los resultados obtenidos, y para analizar las respuestas de las preguntas abiertas se hace un análisis de contenido de las mismas agrupándolas por factores hasta obtener una saturación de respuestas.

Testimonios de participantes

Por medio de testimonios de los colaboradores de los ayuntamientos, pacientes, monitores y asistentes a los talleres, se recoge de forma cualitativa la valoración subjetiva de lo que para cada persona ha supuesto colaborar en el proyecto y poder ser parte del mismo, bien como asistente a los talleres, bien como docente de los mismos. Los testimonios son voluntarios, y se solicitan a los participantes para ser compartidos en el marco de las jornadas que anualmente se realizan en el PPA.

Para todo lo anteriormente expuesto, se ha tenido en cuenta la protección de los datos según la normativa vigente: la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

Desde el comienzo del proyecto en 2014 hasta la fecha actual, se ha conseguido el objetivo general de incluir en la implementación del programa (específicamente en la formación de monitores) tanto a personas con enfermedad crónica y a sus cuidadores/as como a técnicos municipales, asociaciones de la zona y personal sanitario.

La edad media de los participantes fue de 65,8 años, el 73% eran mujeres y el 27% hombres. Anualmente se captaron entre 400 y 500 personas para acudir a los talleres. De ellas, un 12% no llega a ir a ningún taller. De las personas que iniciaron los talleres, un 21% no los finaliza por causas de diversa índole, entre las que destacan las de agravamiento o empeoramiento de su propia enfermedad o la de un familiar. Entre las personas que finalizan los talleres, un 72% son enfermos crónicos, y el resto cuidadoras.

Se han formado a 204 monitores o líderes, de los cuales 16 son personal técnico de salud de los ayuntamientos.

Se han realizado charlas informativas en ayuntamientos y en entidades locales de 80 sitios geográficos diferentes, y en 27 asociaciones, así como en todos los centros de formación al consumidor de la comunidad autónoma. Se han realizado 75 talleres formativos en 57 localizaciones geográficas diferentes que corresponden a 41 concejos de Asturias (52%).

A través de las entidades locales (ayuntamientos, asociaciones, etc.), se ha captado un 30% de los asistentes a los talleres formativos. La coordinación de los sectores sanitario y social ha existido en todo el proceso: en la formación, en la captación, en la cesión de locales, en la difusión del programa, en la recogida de resultados etc., en los 75 talleres llevado a cabo hasta el momento.

Se ha difundido el programa en medios de comunicación, como la prensa, radio o televisión (figura 3), con más de un centenar de apariciones, y se ha presentado en formato póster o comunicación oral en 20 congresos científicos nacionales.

Figura 3. Apariciones en medios de comunicación



En el proceso de desarrollo de los talleres se ha adaptado y cocreado el circuito de derivación sociosanitaria, conjuntamente adaptado a cada localidad e identificando coordinadores en cada sector para un correcto funcionamiento conjunto. Allí donde existía una escuela municipal de salud, los talleres se han programado e impulsado desde la propia entidad municipal.

Los indicadores obtenidos de las variables recogidas en la encuesta de satisfacción se pueden ver en la tabla 1 (se muestran los valores más globales). Cada una de las preguntas se valora en una escala en la que la puntuación oscila entre el 1 (la peor puntuación) y 5 (la mejor puntuación), calculándose la media de las puntuaciones individuales realizadas a 870 individuos entre los años 2014 y 2016.

Tabla 1. Resultados de la encuesta de satisfacción del Programa Paciente Activo Asturias años 2014-2016

SATISFACCIÓN GENERAL DEL CURSO	Media
Los formadores han logrado transmitir la materia de una manera didáctica y fácil de entender	4,82

Los formadores estaban bien informados y preparados	4,80
Los contenidos impartidos durante el curso son claros y están estructurados y adaptados a nuestra cultura	4,77
En general, considero que el curso está bien organizado	4,76
En general, estoy satisfecho con el curso	4,70

UTILIDAD DEL CURSO

Voy a mejorar mi dieta en relación con mi enfermedad	4,57
Voy a cambiar mis hábitos de actividad física	4,63
El curso me va a ayudar a marcarme y cumplir objetivos en relación con mi enfermedad	4,54
En general, el curso me va a ayudar a controlar mejor mi enfermedad	4,47

En cuanto a los resultados más cualitativos, se han recogido más de 274 testimonios de personas con enfermedad, cuidadoras/es, monitores y técnicos municipales. Mostramos en este artículo algunos de los testimonios de las personas participantes:

- «Toma de contacto con personas que orientan y estimulan la capacidad de cuidar tu propio estado de salud, llevando una vida más sana y tranquila».
- «Mi grupo de PPA me ayudó infinito a optimizar mi capital de salud».
- «La fuerza del grupo nos devuelve la ilusión».
- «Ahora veo el vaso medio lleno, y cuando quiero me baño en él».
- «A grandes retos, pequeños pasos».
- «Concretando pequeñas metas se logran grandes objetivos».
- «La salud lo es todo, cuídala. ¡Actívala!».
- «Yo puedo, yo quiero, yo voy a lograr... ¡una vida saludable!».
- «Puedo conseguir todo lo que me proponga».

DISCUSIÓN

En la implementación del PPA Asturias, un 30% de los asistentes fueron captados desde ayuntamientos y entidades locales. Esto contrasta con la captación que se realiza en otros muchos programas de activación y empoderamiento de otras comunidades autónomas, que, tal como se recoge en el informe *Activación del paciente: clave en la transformación sanitaria*, de Deusto Business School, mayoritariamente es llevada a cabo por los profesionales sanitarios desde los centros de salud. La implementación del PPA Asturias en la comunidad, con la implicación de otros actores no sanitarios implicados en el proceso de captación, supone un paso para avanzar en «la salud en todas las políticas», propugnada en la Carta de Ottawa.

La incorporación de los técnicos municipales y las personas que trabajan en salud desde los ayuntamientos y corporaciones locales como activos de salud refuerza la concepción de que son verdaderos agentes protectores y promotores de la salud de los ciudadanos. Visibilizar y trabajar con activos de salud refuerza las intervenciones y consolida la sostenibilidad de las mismas.

Asimismo, la implicación de los actores sociales desde el inicio de la cocreación y el diseño de los circuitos aumenta la participación y mejora la calidad de los mismos. El enfoque multisectorial (sanitario, municipal y asociativo) favorece que la persona sea el centro de todas las intervenciones. La cocreación es una parte esencial de cualquier estrategia, la inclusión y la participación de los actores municipales en la meso y microgestión del proyecto ha sido clave para la incorporación de su visión, necesidades e ideas de desarrollo. El propio desarrollo participativo no solo enriquece y completa el producto final, sino que aumenta la conciencia colectiva e incorpora a la comunidad desde el inicio. Nos situamos en intervenciones comunitarias de nivel 3, intervenciones en las que se establecen procesos de reflexión y aprendizaje.

El empoderamiento convierte a las personas en potenciales agentes de salud de su barrio y/o entorno que se pueden integrar en otras estructuras de participación, y esto es posible si se avanza en la visión de empoderamiento en activos y bienestar *versus* la de déficit (enfermedad). Las personas que acuden a los talleres inician hábitos más saludables en sus vidas⁹, para lo cual precisan de servicios y recursos ciudadanos que les permitan incorporar dichos hábitos.

Según la OMS, los agentes de salud comunitaria han logrado encajar muy bien en los programas («Una de las maneras de reforzar la implicación activa de las comunidades consiste en dar formación a algunos de sus miembros y hacerlos participar como agentes de salud comunitarios»). Involucrar a las técnicas y al personal que trabaja en salud desde los ámbitos municipales es contribuir a que un agente de salud actúe en su territorio coordinadamente con los sanitarios para lograr un resultado mayor de implicación en la promoción de la salud de los vecinos y de la ciudadanía local.

Se concluye que la implicación de activos municipales en el desarrollo de un programa de empoderamiento de personas con enfermedad crónica es una acción innovadora en salud, con datos positivos de participación, que favorecen la continuidad del programa iniciado y da un paso más para avanzar en la participación de la ciudadanía y en la colaboración intersectorial en programas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet.] Junio de 2017 [Consultado el 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [Consultado el 12 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
3. Pisano M, Hevia JR. Proyecto Escuela de Pacientes. [Internet] Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad; 2015 [Consultado el 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/PACAS%20Paciente%20Activo/ESCUELA%20PACIENTES%20tripas%20AF%20v.%20Astursalud%20completo.pdf
4. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;123:37-48.
5. Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychologist.* 1982;37(2):122.
6. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychologist.* 1989;44(9):1175-84.
7. Organización Mundial de la Salud y Bienestar Social de Canadá. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá; 1986.
8. Foster G, Taylor S, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths C. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions (Review). London: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2007.
9. Lorig K, Steward A, Ritter P, González V, Laurent D, Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. London: SAGE Publications; 1996.
10. Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown W, Bandura A, Ritter P, et al. Suggesting that a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care.* 1999;37(1):5-14.
11. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-75.
12. Lorig K, Ritter P, Stewart A, Sobel D, William B, Bandura A, et al. Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care.* 2001;39(11):1217-23.
13. Glasgow RE, Kurz D, King D, Dickman JM, Faber AJ, Halterman E, et al. Twelve-month outcomes of an Internet-based diabetes self-management support program. *Patient Education and Counseling.* 2012;87(1):81-92.
14. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias. [Internet]. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad. Versión 4. Mayo de 2014 [Consultado el 14 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/9565/1/Archivo.pdf>
15. Yank V, Laurent D, Plant K, Lorig K. Web-based self-management support training for health professionals: a pilot study. *Patient Educ Couns.* 2013;90(1):29-37.
16. Lorig K, Ritter P, Dost A, Plant K, Laurent D, McNeil I. The Expert Patients Programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Chronic Illn.* 2008;4(4):247-56.
17. Ritter P, Lee J, Lorig K. Moderators of chronic disease self-management programs: who benefits? *Chronic Illn.* 2011;7(2):162-72.

[Volver](#) **Fecha de recepción:** 29 de diciembre de 2017 **Fecha de aceptación:** 10 de junio de 2018

Empoderamiento de personas con enfoque comunitario

Marta Pisano González, Delia Peñacoba Maestre, Encarnación Fernández Fernández, José Ramón Hevia Fernández, Itziar Llarena Camacho

Comunidad Noviembre 2018;20(3):2

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar