

## Artículo especial

## Cinco paradojas de la promoción de la salud



Olga López-Dicastillo\*, Navidad Canga-Armayor, Agurtzane Mujika, Miren Idoia Pardavila-Belio, Mainer Belintxon, Inmaculada Serrano-Monzó y María J. Pumar-Méndez

Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2016

Aceptado el 19 de octubre de 2016

On-line el 17 de febrero de 2017

## Palabras clave:

Promoción de la salud

Atención dirigida al paciente

Determinantes sociales de la salud

Educación en salud

Indicadores de salud

Planificación en salud

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud considera que la promoción de la salud es una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, concibiéndola como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Así, la promoción de la salud no se centra únicamente en capacitar a los individuos trabajando sus conocimientos, actitudes y habilidades, sino que tiene en cuenta las esferas políticas, sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud y el bienestar. La complejidad de aplicar estos conceptos se refleja en las cinco paradojas de la promoción de la salud que surgen entre la retórica y la puesta en práctica de sus principios. Las paradojas que se identifican y discuten en este trabajo son el paciente versus la persona, lo individual versus lo colectivo, los profesionales de la enfermedad versus los profesionales de la salud, los indicadores de enfermedad versus los indicadores de salud y la salud como gasto versus la salud como inversión. Hacer explícitas estas contradicciones puede ayudar a identificar los motivos por los que resulta tan compleja la aplicación de los conceptos relacionados con la promoción de la salud, y a plantear líneas de trabajo que faciliten su puesta en práctica.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Five paradoxes in health promotion

## ABSTRACT

The World Health Organization states that health promotion is a key strategy to improve health, and it is conceived as a global process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. Health promotion does not focus solely on empowering individuals dealing with their knowledge, attitudes and skills, but it also takes political, social, economic and environmental aspects influencing health and wellbeing into account. The complexity of applying these concepts is reflected in the five paradoxes in health promotion; these arise in between the rhetoric in health promotion and implementation. The detected paradoxes which are described herein involve the patient versus the person, the individual versus the group, disease professionals versus health professionals, disease indicators versus health indicators, and health as an expense versus health as an investment. Making these contradictions explicit can help determine why it is so complex to put the concepts related to health promotion into practice. It can also help to put forward aspects that need further work if health promotion is to be put into practice.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Keywords:

Health promotion

Patient-centred care

Social determinants of health

Health education

Health indicators

Health planning

## Introducción

En la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones. Las posteriores conferencias mundiales, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shanghai (2016), han promovido un marco de actuación basado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción

comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud<sup>1</sup>. En la [tabla 1](#) se recogen las principales aportaciones de cada conferencia.

A pesar del desarrollo conceptual en el área de promoción de la salud, que queda reflejado en el planteamiento de estas conferencias, la puesta en práctica de los principios en ellas recogidos no está exenta de dificultades. Nuestra experiencia en la translación de la teoría a la práctica ha evidenciado barreras para la implementación efectiva de la promoción de la salud, lo que nos lleva a plantear la existencia de cinco paradojas que se presentan en este trabajo con los siguientes objetivos:

- Reflexionar críticamente sobre las divergencias entre la retórica idealista utilizada en la promoción de la salud y su falta de materialidad en la práctica.
- Impulsar desde el entorno académico un debate que pueda enriquecerse con las contribuciones de otros ámbitos.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [olopezde@unav.es](mailto:olopezde@unav.es) (O. López-Dicastillo).

**Tabla 1**  
Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud y sus aportaciones

Conferencia (año)	Principales aportaciones
Ottawa (1986)	Se consideró que la promoción de la salud era una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, concibiéndose como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones
Adelaida (1988)	Se enfatizó tanto la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud como la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud. En esta conferencia se destacó que los gobiernos y las entidades que ejercen control sobre los recursos son responsables ante su población de las políticas existentes o de las consecuencias de la falta de las mismas
Sundsvall (1991)	Se puso de relieve la necesidad de la creación de ambientes favorables a la salud que pudiesen ser utilizados por los responsables políticos, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. La finalidad fue que el ambiente (físico, socioeconómico y político) apoyase a la salud en lugar de dañarla
Jakarta (1997)	Se destacó la creación de oportunidades que aumentasen la capacidad para promover la salud y el papel de la promoción de la salud en el abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social, la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud
México (2000)	Se persiguió asegurar un progreso constante al abordar las inequidades en salud empleando el concepto y las estrategias de promoción de la salud, y considerando los recursos y las estructuras necesarias para desarrollar y mantener la capacidad de promoción de la salud en los ámbitos local, nacional e internacional. Esta declaración consideró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en el desarrollo de los países
Bangkok (2005)	Se identificaron los retos, las acciones y los compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, llegando a las personas, los grupos y las organizaciones que son críticas para el logro de la salud. Se destacó la necesidad de abordajes con alianzas mundiales con compromisos no solo de ámbito local sino también mundial
Nairobi (2009)	Se realizó la importancia de que se redujese la distancia existente entre la evidencia disponible y su aplicación en el desarrollo de la salud. En esta conferencia se definieron las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, identificando la promoción de la salud como un elemento clave para lograrlo
Helsinki (2013)	Se revisaron las experiencias del compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas». Se consideró que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación
Shanghai (2016)	Se centró en la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas. Prioriza las actividades de promoción de la salud en tres esferas: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y 3) reforzar los conocimientos sobre la salud. Estas tres esferas constituyen puntos de partida cruciales para incidir de manera significativa, mediante enfoques que abarquen a todos los sectores gubernamentales y a toda la sociedad, en el entorno vital y los ámbitos cotidianos de las personas, así como en la capacidad de estas para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella

- Impulsar la puesta en práctica de la promoción de la salud a través de propuestas relativas a la transformación de esas cinco paradojas.

Las paradojas que se van a abordar a continuación son el paciente versus la persona, lo individual versus lo colectivo, los profesionales de la enfermedad versus los profesionales de la salud, los indicadores de enfermedad versus los indicadores de salud y la salud como gasto versus la salud como inversión.

### El paciente versus la persona

Centrar la atención en la persona conlleva adoptar una perspectiva biopsicosocial, es decir, incluir las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y del contexto en el que viven las personas; ver a la persona en su totalidad; compartir el poder y la responsabilidad entre el profesional y la persona; construir una alianza terapéutica y entender la interacción del profesional de la salud y la persona atendida no como algo técnico<sup>2</sup>. Apoyando la conveniencia de este enfoque, la literatura muestra cómo las personas prefieren acceder a los servicios de salud sabiendo que van a recibir una atención integral, que incluya el abordaje de aspectos de relación y socioemocionales<sup>3</sup>.

Sin embargo, seguimos utilizando de manera implícita o explícita el concepto de «paciente» y no el de «persona» en la toma de decisiones relacionadas con la salud y el planteamiento de actividades promotoras de la salud. Esto provoca que tanto el sistema como los profesionales hagan planteamientos reduccionistas<sup>4</sup>. Son reduccionistas en el sentido de que llevan a prestar una atención que aborda, casi de manera exclusiva, los aspectos biofísico-patológicos, se centran en las necesidades del sistema de salud y dejan en manos de los profesionales la atención de la salud al entender que son ellos los que poseen el conocimiento absoluto de los procesos.

La puesta en marcha del cuidado centrado en la persona se ve dificultada en general por la preferencia, tanto de los profesionales como de los individuos, de un modelo paternalista y medicalizado. De hecho, a pesar de que se observan cambios en los profesionales y en la población sobre los beneficios de compartir responsabilidad y no restringir la atención únicamente a intervenciones invasivas, todos ellos parecen claudicar ante la falta de conocimientos o habilidades y recursos. Esta paradoja puede ser la manifestación de problemas perpetuados por el entramado social (organización de los sistemas políticos, sanitarios y sociales, y falta de estructuras y oportunidades para que las personas manifiesten sus valores<sup>5</sup>) favorecedores del individualismo, que se abordan en las siguientes paradojas.

### Lo individual versus lo colectivo

Entender la salud desde una dimensión colectiva, y no solo como un bien individual, es indispensable, ya que la responsabilidad sobre esta excede al individuo. Las condiciones de vida en que se desenvuelven las personas inciden directamente e incluso determinan sus estilos de vida<sup>6</sup>, como recoge el marco conceptual de los determinantes propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España<sup>7</sup>. La importancia de la salud tiene que estar presente en su abordaje desde ámbitos como la educación, el entorno laboral, el medio ambiente, la industria, los medios de comunicación y las estructuras socioeconómicas. El sector sanitario debe desarrollar un trabajo conjunto con estos sectores. Además, tal como se recoge en las últimas conferencias de promoción de la salud (tabla 1), la salud debe estar presente en todas las políticas, respondiendo a los valores y las necesidades de la ciudadanía.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5120631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5120631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)