
Pilares de la promoción de la salud
30 años después de Ottawa

Dolors Juvinyà (Ed.)

Documenta
Universitaria



Pilares de la promoción de la salud

30 años después de Ottawa

Pilares de la promoción de la salud

30 años después de Ottawa

Dolors Juvinyà (ed.)

Datos CIP proporcionados por la Biblioteca de la UdG



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; +34 91 702 19 70 / +34 93 272 04 47).

Corrección de los originales: Manel Peris Grau

© del texto: los autores

© de las imágenes: sus autores

Editora: Dolors Juvinyà Canal

Revisión de la edición: Carla Casals i Alonso

Dirección: Dolors Juvinyà Canal

ISBN: 978-84-9984-504-3

Depósito Legal: GI 1991-2019

Girona, 2019

Impreso en Catalunya

ÍNDICE

DIEZ AÑOS DE LA CÁTEDRA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Cátedra de Promoción de la Salud ha celebrado durante el 2018 su décimo aniversario. El trabajo compartido a lo largo de estos años ha permitido difundir el modelo salutogénico, el enfoque de determinantes o el trabajo centrado en las habilidades para la vida —entre otros temas—, como marco de referencia en los programas y proyectos impulsados en las comarcas de Girona. El bagaje de estos diez años se muestra claramente en la creación de una red de trabajo, tanto en el propio territorio como en los espacios internacionales, que ha propiciado el reconocimiento de la labor efectuada y ha situado nuestra institución como referente entre los interlocutores en promoción de la salud.

La Cátedra de Promoción de la Salud es una unidad estructural de la Universidad de Girona creada el 17 de abril del 2008 por el Consejo de Gobierno de la Universidad de Girona, que cuenta con la colaboración de Dipsalut, organismo de salud pública de la Diputación de Girona. Desde el primer momento se ha establecido un espacio colaborativo que se traduce en una alianza con Dipsalut considerada un ejemplo de buenas prácticas que han puesto en valor diferentes profesionales de distintos países que nos han visitado, a la vez que se ha presentado en diferentes espacios internacionales.

El objetivo principal de la Cátedra es potenciar la formación e investigación en promoción de la salud e incrementar la visibilidad de las acciones de promoción de la salud en el ámbito nacional e internacional, creando un punto de encuentro donde instituciones, empresas y profesionales puedan explicitar sus necesidades en formación, investigación y difusión. Consiguientemente, pues, nuestra actividad se estructura a través de las áreas de formación, investigación, publicaciones, difusión y transferencia del conocimiento e internacionalización.

En este sentido, las líneas de trabajo de la Cátedra se enmarcan en los retos establecidos por directrices mundiales como la Agenda 2030 y la Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Algunas de estas líneas son, por ejemplo: salutogénesis y activos, determinantes y desigualdades, alfabetización para la salud, aterrizaje de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el ámbito local, habilidades para la vida, entornos promotores de la salud o empoderamiento.

A nivel formativo, nuestra actividad se centra, en primer lugar en la organización de cursos y jornadas con el fin de ampliar y compartir conocimientos; en segundo lugar, en la organización de seminarios para profundizar aspectos concretos del ámbito de la promoción de la salud; y, en tercer lugar, en la organización de conferencias con participación de expertos nacionales e internacionales. A lo largo de los diez años de trayectoria se han organizado más de ochenta actividades de formación, tres ediciones del Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud —con la participación de 350 profesionales y 60 ponentes—, y finalmente, más de treinta y cinco jornadas y seminarios.

La Cátedra, que dispone de un fondo documental específico en promoción de la salud en la biblioteca de la Universidad de Girona y consultable a través de la página web (<http://salut.udg.edu/>), publica periódicamente el boletín electrónico bepSALUT (que cuenta con más de 280 personas inscritas) y dispone una línea de publicaciones propias en colaboración con la editorial Documenta Universitaria (con un total de 12 publicaciones hasta la fecha).

En cuanto a la difusión y transferencia de conocimiento, la Cátedra dispone de página web www.udg.edu/catedrapromociosalut y apuesta por el trabajo en red a través de su colaboración y participación con la International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) y el Consorcio Europeo de Formación en Salud Pública y Promoción de la Salud (ETC-PHHP). Actualmente forma parte de ocho redes de trabajo, cinco de las cuáles son de ámbito europeo y una de ámbito iberoamericano. Desde el 2017 es miembro del Global Working Group on Salutogenesis de la IUHPE.

Los capítulos que siguen a continuación son un reflejo del trabajo compartido entre diferentes profesionales durante todos estos años, profesionales que han reflexionado sobre los pilares de la promoción de la salud 30 años después de la publicación de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Dolors Juvinyà Canal

Directora de la Cátedra de Promoción de la Salud

DIEZ AÑOS TRABAJANDO JUNTOS PARA MEJORAR LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS

La Càtedra de Promoció de la Salut nació el 2008 (gracias a un convenio de colaboración entre Dipsalut i la Universitat de Girona) con el objetivo de poner en valor la promoción de la salud e impulsar la investigación, la formación y la transferencia de conocimiento en este ámbito.

No existía ninguna institución igual en Catalunya, ni tampoco en el estado español. Sin embargo, rápidamente se situó como un importante referente en promoción de la salud, también a nivel internacional. Su trabajo de asesoramiento, formación, divulgación y sensibilización la ha ido convirtiendo en un punto de encuentro para todas aquellas entidades y profesionales que intervienen en salud y bienestar.

Tener integrada una cátedra universitaria dentro de la estructura del Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona, nos ha permitido participar en los principales foros mundiales de promoción de la salud, en los que hemos podido compartir conocimientos y experiencias. Nos ha facilitado estar en contacto continuado con teóricos, investigadores y profesionales de ámbitos muy distintos, trabajar colaborativamente, investigar, obtener rigor científico, evaluar nuestros programas, innovar e ir mejorando día tras día.

Juntos, la Càtedra i Dipsalut, hemos conseguido situar los principales retos en promoción de la salud —la mayoría de los cuáles se tratan en este libro— en el centro del debate y de la acción en la provincia de Girona.

Hemos ayudado a difundir una visión ampliada de la promoción de la salud entre todos los agentes de la demarcación que intervienen en salud pública y bienestar. Instituciones, sector privado, organizaciones civiles... Todos nos hemos familiarizado con conceptos como los determinantes sociales de la salud,

la perspectiva salutogénica o las habilidades para la vida. Hemos comprendido que para generar salud debemos mirar mucho más allá del ámbito sanitario. Y lo más importante, hemos encontrado formas de aplicar estos conocimientos a las políticas, proyectos, servicios y otras acciones que llevamos a cabo en nuestro territorio.

Estos años también han servido para instaurar un modo de trabajar, basado en la transversalidad, en la cooperación, en tejer y consolidar redes promotoras de salud. Unimos esfuerzos con el mundo local y con las entidades del tercer sector, des de una perspectiva interdisciplinaria; impulsamos el apoderamiento, la capacitación, de personas y comunidades; fomentamos entornos saludables y favorecemos la gobernanza de la política pública.

El balance de estos diez años caminando juntos es más que positivo y por ello damos las gracias a todo el equipo de la Càtedra de Promoció de la Salut, encabezado por su directora, Dolors Juvinyà i Canal. Los felicitamos por este décimo aniversario y por todos los hitos conseguidos hasta ahora y les trasladamos nuestro deseo de continuar esta fructífera colaboración. Tenemos por delante nuevas metas, ambiciosas e ilusionantes, que se afrontarán mucho mejor si seguimos trabajando codo con codo; sumando esfuerzos para promover la salud de las personas.

Josep M. Corominas i Barnadas

Presidente de Dipsalut, Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona

«PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA REALIDAD INTERSUBJETIVA DESPUÉS DE OTTAWA»

AMELIA FERNÁNDEZ JUAN¹

MÉDICA CIRUJANA.

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA

DOCTORA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN EN SALUD

¿Qué es lo real en la salud? ¿Real es buscar determinar lo que algo es, en el todo del Universo, pero desde su raíz o fundamento absoluto? (Jorquera, 2005). O por el contrario —como mencionan muchos autores contemporáneos— *las realidades son inventadas, por cuanto la presunta realidad exterior, objetiva y establecida es abordada siempre con ciertos supuestos fundamentales que nosotros tenemos por aspectos objetivos de la realidad, cuando en verdad, son solo las consecuencias de nuestro modo de **buscar la realidad*** (Watzlawicky, 1994).

Nuestra percepción humana, limitada e irreal, nos hace ver, leer y entender la realidad de una manera condicionada. En estas circunstancias, las palabras que leeréis a continuación acerca del reconocimiento de los acontecimientos acaecidos en el ámbito de la promoción de la salud desde la Carta de Ottawa, son un contexto construido; unas realidades que se han generado, movilizado, transformado y desplazado al vaivén de una experiencia de vida; nutrida por

1 Amelia Fernandez Juan. Médica Cirujana. Máster en Psicología Comunitaria. Doctora en Economía y Gestión en Salud. Presidenta de la Corporación Cooperación y Desarrollo para América Latina. Consultora del Modelo Integral de Atención en Salud Colombiano. Colaboradora en la Cátedra de Promoción de la Salud. Profesora visitante de la Universidad de Girona. Datos de contacto: afernand7@gmail.com.co. afernand@javeriana.edu.co.

múltiples encuentros en un aula de clase y por los aportes de autores, personas y organizaciones que han aparecido en diferentes momentos de esa vida cotidiana.

Pensar la promoción de la salud evoca la emergencia de nociones relacionadas con los derechos humanos, las capacidades, la justicia social, la equidad, el desarrollo humano, el bienestar, la libertad y el desarrollo sostenible.

El concepto de salud explica múltiples consideraciones acerca de las personas, de los grupos poblacionales, de las sociedades y naciones del mundo. Ha sido comprendido e interpretado de múltiples formas, a partir de las cuales se han desarrollado acciones e intervenciones mundiales, nacionales y locales, públicas y privadas, sectoriales e intersectoriales, personales y colectivas.

Los orígenes de los discursos sobre la salud son complejos y no tienen generalmente un solo autor. Son conceptos que emergen en diversos momentos y contextos, a partir de ideas o construcciones mentales que se van poniendo a prueba a medida que se van divulgando a través de diferentes medios y que finalmente se consolidan y se sitúan en acciones, construyendo una unidad cognitiva de significado.

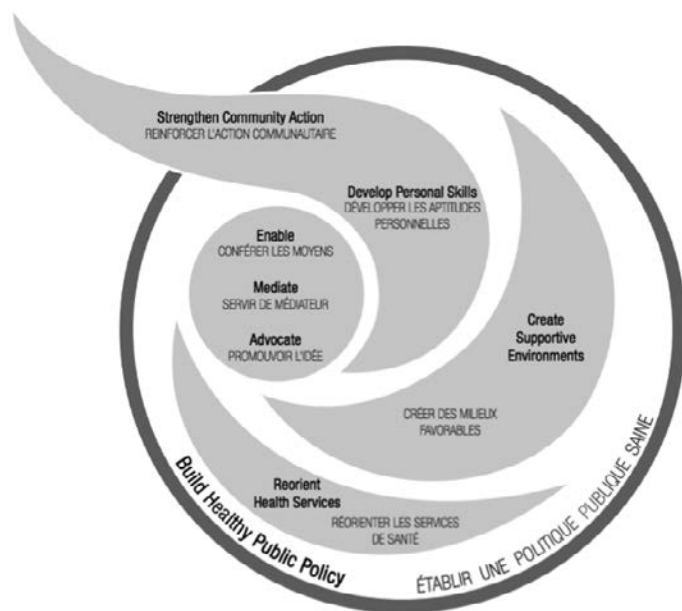
Por citar un ejemplo, setenta años después de formulada la consideración de salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, en estos tiempos, muchas voces plantean la *inconveniencia* de esta definición. El médico colombiano Alejandro Jadad, reconocido mundialmente como uno de los teóricos más relevantes en temas de educación y salud pública, manifiesta que ese significado es problemático porque «...*prácticamente nadie puede pretender tener un completo bienestar físico, mental y social...*» (Fernandez, 2018). «...*el nuevo concepto de salud funciona en primera persona...*» (Jadad, 2018)

En otras palabras, la definición de la entidad encargada de dirigir la salud internacional, dentro del sistema de las Naciones Unidas, *condena a la mayoría de la gente a no ser, ni estar saludable*. (Fernandez, 2018)

Recorrer la trayectoria de la Promoción de la Salud por algunos lugares de América Latina y Europa en los últimos treinta y dos años, es emprender un viaje que trasciende esa temporalidad. Se trata de un amplio y complejo trayecto que involucra un espectro muy amplio de nociones y de consideraciones que se entrecruzan, se anteponen, se delimitan, dando paso a actuaciones políticas, estratégicas, operativas, poblacionales e individuales con las cuales hemos pretendido descentrar la salud de la enfermedad y mejorar así la vida, entregando a cada persona la responsabilidad de hacerlo en armonía con su entorno y su particular proceso de desarrollo.

¿Se trata de una filosofía? ¿Una política? ¿Un programa? ¿Una estrategia? ¿Una forma de pensar y de actuar?

En los últimos cincuenta años del siglo XX y lo que lleva corrido el siglo XXI, se ha consolidado un movimiento orientado hacia el reconocimiento de una corriente que se opone a considerar la salud únicamente como ausencia de enfermedad y, como tal, ha quedado expresado en las Conferencias y Cartas Mundiales de Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2012), las Conferencias Mundiales de la Unión Internacional para la Promoción y la Educación en Salud (IUHPE), la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030.



Fuente: tomada de: The Ottawa Charter for Health Promotion.
First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida el 21 de noviembre de 1986 fue como mencionaron en la declaración, una «respuesta» a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud en el mundo. Sin embargo, en Ottawa tomaron como punto de partida, los progresos alcanzados y las dificultades suscitadas en el esfuerzo mundial por cumplir el objetivo de «salud para todos en el año 2000» y por tanto, los resultados del trabajo posterior a la Declaración Alma Ata sobre la estrategia de atención primaria.

En esta conferencia se definió la Promoción de la Salud como “*el proceso para proporcionar a la población los medios para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore*” (Organización Mundial de la Salud, 1986). Se definieron unos prerrequisitos para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Se mencionó además que cualquier mejora de la salud ha de basarse en ellos.

El plan de acción se basó en cinco estrategias:

1. Políticas públicas
2. Entornos saludables
3. Participación en la acción comunitaria
4. Aptitudes personales y educación para la salud
5. Reorientación de los servicios sanitarios

Aquí se hace interesante recordar y cavilar acerca de las intenciones de esa y de cada una de las declaraciones posteriores, resultado de las Conferencias Mundiales que se han sucedido. Preguntar cuál fue la agenda explícita y la oculta, en cada una de ellas. ¿Dónde ocurrieron? ¿Quiénes participaron? Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), Ciudad de México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shanghái (2016).

Es indudable que estas nueve conferencias internacionales generaron orientaciones y acciones políticas, programáticas y estratégicas cuyos resultados han transformado la salud, pese a que muchos de ellos no hayan sido ni sistematizados, ni divulgados, muchas veces por dificultades epistemológicas, metodológicas o del contexto en el cual han emergido.

Ejemplo de ello son los avances posteriores a cada conferencia en los diferentes ámbitos estratégicos: en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas; en la creación de ambientes favorables para la salud: escuelas, viviendas, ciudades, universidades, hospitales saludables; en el diseño de asociaciones y alianzas en procura de la salud; en la orientación de los sistemas y servicios de salud y en las habilidades para la vida y otros procesos educativos en procura de la salud.

Estos resultados erigieron a la Promoción de la Salud en una realidad objetiva en tanto referentes fundamentales. Se trata de intervenciones centradas en proponer y acordar la autonomía de las personas, para que sean ellas mismas quienes tomen el control, quienes ejerzan resistencia a la hegemonía del modelo biomédico imperante, quienes fomenten el compromiso político, movilizandolo la acción y las inversiones para abordar la salud y la equidad desde una perspectiva más justa y libertaria si cabe.

Después de Ottawa, hay un reconocimiento constante que ha marcado un hito, al expresar que el sector de la salud por sí mismo no puede garantizar que las personas logren el más alto nivel de salud. El discurso ha sido enfático en distintas latitudes aseverando que si queremos un mundo más sano tendremos que trabajar colectiva e individualmente para mejorar las condiciones de vida y además continuar con el aprovisionamiento de las personas con herramientas para controlar las circunstancias personales, estructurales e intermedias de la mala salud, erradicar las desigualdades sociales injustas e innecesarias y ser capaces de inspirar a los gobiernos y a otros actores interesados para que entiendan el enorme potencial al incluir la salud en todos los sectores de la sociedad.

Labor compleja, cuando además se pretende aportar evidencia de la eficacia de cada una de las intervenciones emprendidas. En este contexto, han sido de particular importancia los aportes de las 23 conferencias mundiales planificadas por la IUHPE. Se trata de una *asociación mundial de personas y organizaciones comprometidas con la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos del mundo y con la reducción de las desigualdades en la salud* (IUHPE, 2009). Iniciadas en París en 1951 y organizadas cada tres años, generan tendencias de trabajo y cursos de acción que son muchas veces lideradas por los participantes en las reuniones en diferentes regiones del mundo.

En este sentido, es pertinente señalar que uno de los artículos más leídos publicado en la revista *Global Health Promotion International* de la UIPES en Gran Bretaña en 1996, proporciona una visión crítica de los desafíos que debe enfrentar la promoción de la salud. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, de Aaron Antonovsky, señala los límites de los enfoques de factores de riesgo para conceptualizar y conducir la investigación y las prácticas en salud y propone la orientación *salutogénica* (Antonovsky, 1996), como un paradigma más viable para la promoción de la salud, la investigación y la práctica. Bengt Lindström y su equipo de trabajo en Finlandia, seguidor de Antonovsky, nos invita a estudiar el sentido de coherencia en el campo de la salud pública y a recorrer la otra orilla del río de la vida: identificando, definiendo y describiendo las rutas, los factores y las causas de la salud y no de la enfermedad (Mittelmark, 2016).

El contexto actual ha sido propicio para la discusión sobre la promoción de la salud. Importantes foros y organismos internacionales han destacado la relación de la salud con aspectos relacionados con el desarrollo. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, ha buscado desde 1991, incidir en debates y acciones públicas que den prioridad a quienes experimenten la mayor exclusión y desigualdad de oportunidades (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 1991). Reconoce que no cuenta con un enfoque único para alcanzar un desarrollo humano que se ajuste a todos los casos y que cada Gobierno debe formular su particular propuesta de desarrollo, priorizar

sus necesidades y coordinar las estrategias requeridas para alcanzar las metas nacionales e internacionales con las cuales se compromete.

Gran cantidad de gobiernos están orientando actividades de desarrollo en clave de desarrollo humano sostenible. Además de producir un informe de desarrollo humano que compara y facilita avances en muchos países, el Programa ha logrado que la gran mayoría de los líderes mundiales firmen acuerdos para *acabar con la pobreza y proteger al planeta del que todas las personas dependemos*. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2000 a 2015 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015 – 2030 han dado soporte a los países y han abierto canales para escuchar las voces de personas, antes no visibles, en el ámbito de la salud y el desarrollo (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2016)

Otro actor que entró en escena con fuerza en esta realidad construida fue la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Conformada por la OMS en el año 2005, con la participación de diecinueve reconocidos profesionales de diversas regiones del mundo y presidida por Sir Michael Marmot (Marmot, 2017), centró sus actividades en fortalecer a los países para formular políticas que abordaran las causas sociales de la mala salud y las inequidades; animó a las organizaciones de la sociedad civil para que aportaran información; fortaleció la labor de la Comisión, convocando en su informe final la articulación de redes de conocimiento para que aportaran evidencia, en apoyo de la formulación de políticas y en el diseño de intervenciones efectivas con que cerrar las brechas de la desigualdad social en salud.

Con el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2011) se generó para todos los países en el mundo un desafío y un reto metodológico, en tanto se consideró necesario contar con información robusta y confiable para analizar y comprender la situación de salud desde la complejidad de las relaciones que la configuran. No solo se consideraba necesario describir y analizar los determinantes estructurales, sino también las condiciones de vida y de trabajo de todos y cada uno de los habitantes de un territorio, valorando su impacto en la situación de salud.

La Comisión en su marco de trabajo también consideró que estos determinantes estructurales operan en cada persona en particular, a través de unas consecuencias o desenlaces diferenciales por exposiciones y vulnerabilidad también diferencial. Se planteó posteriormente que las exposiciones diferenciales y la susceptibilidad diferencial se hacen realidad en distintos momentos de *curso de vida*; desde la cual, las oportunidades u obstáculos para la salud se acumulan a lo largo de la vida (Britton, 2008), lo que ha conducido a indagar cómo esta «acumulación» de riesgos se transfiere incluso entre generaciones explicadas por modernas teorías relacionadas con el genoma humano.

El término *epigenética* fue acuñado por Waddington en 1931, quien la definió como «el estudio de todos los eventos que llevan al desenvolvimiento del programa genético del desarrollo» o el complejo «proceso de desarrollo que media entre genotipo y fenotipo» (Waddington, 1941). Hoy día ofrece una explicación dinámica a los problemas de salud en tanto aporta información relativa a lo que podría suceder con generaciones de personas que se desarrollan en condiciones adversas, en tanto, estudia «las conexiones entre el genoma y aspectos relacionados con la dieta, los estilos de vida, las conductas y los aspectos sociales» (Relton & Smith, 2010) e investiga cómo nuestro material genético puede modificarse según dichos factores.

Ante estos grandes retos y desafíos, las organizaciones sanitarias internacionales, así como una gran cantidad de países, han creado estructuras para el desarrollo de la promoción de la salud y han reorganizado su propia labor, incorporando en todas sus prácticas discursivas los lineamientos emanados de las conferencias internacionales, de los informes de PNUD y de los informes de los comisionados.

Se ha construido una realidad objetiva para explicar la acción estratégica de la promoción de la salud, que intenta existir, independientemente de nuestras creencias y sentimientos. Tal cual, como sucedió con la ley de la gravedad, la gravedad existía mucho antes de Newton y nos afecta a todos, tanto a los que creen en ella, como a quienes no lo hacen.

En esta realidad mundial, institucionalmente objetivada, coexisten simultáneamente el pasado, el presente y el futuro. El pasado da forma a nuestros pensamientos y a las acciones del presente (Bargh, 2018). Controlamos el futuro que imaginamos con el conocimiento y la experiencia que traemos del pasado.

Cabe entonces la pregunta orientada a indagar hasta dónde en esos procesos de planificación, de implementación y de seguimiento hemos seguido la senda estratégica de los objetivos y estrategias propuestos en Ottawa o hasta dónde nos hemos descentrado, dando paso a construcciones más relacionadas con nuestra particular interpretación de esas realidades, apropiándola a contextos y a situaciones particulares.

¿Hemos sido capaces de participar activamente desde nuestra propia subjetividad en la construcción de una agenda humana conjunta que procure empoderar a todas las personas para mejorar las condiciones de vida en circunstancias de equidad, justicia social y derechos humanos?

¿Podemos hacer de la Promoción de la Salud una realidad intersubjetiva?

Si apostamos por esta construcción, demandaremos una comunicación eficiente, aunada al fortalecimiento de nuestra capacidad para consolidar un entramado

de relaciones que nos permita avanzar en una acción generosa, solidaria y participativa. Mas allá de las cinco estrategias fundamentales o de los ámbitos de trabajo que nos han convocado a lo largo de estos años, cabalgaríamos hacia la construcción de una **red de sentido**. El sentido se crea según dijo Yuval Noah Harare, «cuando muchas personas entretejen conjuntamente una red común de historias y cada uno refuerza la creencia del otro» (Harare, 2014). Articulando conocimientos, fuerzas, entidades, y prácticas en una **imaginación común**.

La idea es continuar defendiendo la génesis y el origen de la salud. Compartir conocimientos, prácticas y resultados que añadan poder a nuestros relatos imaginados. Construir una realidad intersubjetiva poderosa que domine el mundo y supere las barreras de la discriminación, la violación de derechos, la injusticia y el sufrimiento evitable.

Nuestra apuesta debe reposar en la socialización de narrativas que evidencien logros y reproducibilidad en la práctica, en los programas de formación, así como en los avances y resultados de la investigación. Comunicar al mundo que hoy día las personas se mueren tanto por comer demasiado como por comer poco; por suicidio y por homicidio; por andar lento y por divertirse sin medida; por problemas crónicos y también por enfermedades infecciosas. Sin titubear afirmaremos que después de OTTAWA, si bien la vida se ha transformado y la muerte se está envejeciendo, la promoción de la salud está más vigente que nunca.

La pregunta final después de este recorrido hace referencia a cómo sabiendo todo lo que sabemos, **¿por qué seguimos tomando decisiones poco saludables?** Y aquí la propuesta final: «Para cambiar el equilibrio, debemos, a su vez, cambiar las expectativas, las creencias y la forma de tomar decisiones: la heurística propia que nos lleva a hacer mecánicamente lo mismo día tras día sin reparar en las consecuencias.» (Gaviria, 2018)

Tomaríamos mejores decisiones «si prestáramos más atención, tuviéramos toda la información disponible, una capacidad cognitiva ilimitada y un autocontrol absoluto» (Sunstein & Thaler, 2017). Somos propensos a cometer errores. Cada día tomamos decisiones sobre temas tan diversos como la educación, la salud, las finanzas, las hipotecas... Desafortunadamente, muchas veces nos equivocamos. La razón, nos explican Thaler y Sunstein, autores del internacionalmente aclamado libro *Un pequeño empujón*, es que, al ser humanos, «una serie de prejuicios nos llevan al desacierto» (Sunstein & Thaler, 2017).

Estos autores defienden la legitimidad de influir en las conductas de las personas, siempre y cuando este «incentivo» no anule su libertad de elección. Creen que es posible proporcionar a los ciudadanos una ayuda eficaz para mejorar sus decisiones, desde un enfoque que han denominado *Paternalismo libertario*, desde el cual, «los arquitectos de las decisiones públicos y privados

no se limitan a identificar o poner en práctica las decisiones que esperan de las personas. Intentan orientarlas en direcciones que mejoraran sus vidas, aportando un pequeño “empujón”. (Sunstein, Paternalismo Libertario, 2017)

Con este impulso, la realidad inventada en el ámbito de la promoción de la salud tejerá una densa red de sentido desde la cual los juegos de poder en términos de salud – enfermedad, personas y poblaciones, determinantes y riesgos, políticas y estrategias, perfilarán una nueva construcción en otra ya existente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Volume 11, Issue 1, p. 11–18,.
2. Bargh, J. (2018). *¿Por qué hacemos lo que hacemos? El poder del inconsciente*. Colombia : Editorial Nomos S.A .
3. Britton, A. (2008). Successful Aging: The Contribution of Early-Life and Midlife Risk Factors. *Journal of the American Geriatrics Society* [serial online]. Disponible en: Psychology and Behavioral Sciences Collection, Ipswich, MA. Access.
4. Fernandez, C. F. (3 de junio de 2018). Salud: Mucho más que la ausencia de enfermedad. *El tiempo*, p. 1.
5. Gaviria, A. (2018). Prefacio Desatando una pandemia de salud desde el sitio de trabajo. Hay que creer para ver”.
6. Harare, Y. N. (2014). *De animales a dioses*. Madrid: Debate.
7. IUHPE, U. I. (2009). *Determinar el futuro de la Promoción de la Salud: acciones prioritarias*. Saint-Denis Cedex, France: Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud.
8. Jadad, A. (2018). *Desatando una pandemia de salud desde el sitio de trabajo: hay que creer para ver*. Kindle Edition e book.
9. Jorquera, W. L. (2005). *El Conocimiento en el pensamiento de José Ortega y Gasset*. Santiago de Chile: Repositorio de la Universidad de Chile.
10. Marmot, M. (2017). CDS, health equity and social determinants of health. <http://marmot-review.blogspot.com/>.
11. Mittelmark, M. (2016). *The Handbook of Salutogenesis*. Trollhättan: ON LINE.
12. Organización Mundial de la Salud. (2011). «Subsanar las desigualdades en una generación». http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.
13. Organización Mundial de la Salud. (2012). «Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud». Girona: Cátedra de Promoción de la Salud Universidad de Girona.
14. Organización Mundial de la Salud. (1986). «The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion» (p 5). Ottawa: www.who.int.
15. Organización Mundial de la Salud. OMS. (1948). «Preámbulo de la Constitución de la OMS». New York.
16. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (1991). *Desarrollo Humano: informe 1991*. Colombia: Tercer Mundo Editores.
17. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
18. Relton, C., & Smith, D. (2010). Epigenetic Epidemiology of Common Complex

- Disease: Prospects for Prediction, Prevention, and Treatment. PLoS Med 7(10): e1000356.
19. Sunstein, C. (2017). *Paternalismo Libertario*. Herder.
 20. Sunstein, C., & Thaler, R. (2017). *Un pequeño empujón*. Taurus.
 21. Waddington, C. (1941). The pupal contraction as an epigenetic crisis in *Drosophila*. *Journal of Zoology*, 111, 181-188. Londres : Proc Zool Soc Lond
 22. Watzlawicky, P. (1994). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

LUCÍA ARTAZCOZ

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA
CIBER DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
INSTITUT D'INVESTIGACIÓ BIOMÈDICA SANT PAU (IIB), SANT PAU, BARCELONA
UNIVERSITAT POMPEU FABRA, BARCELONA

La esperanza de vida y el estado de salud difieren significativamente entre países y grupos sociales. Por ejemplo, en 2015 la esperanza de vida en Sudáfrica era de 61,3 años, mientras en España se situaba en 82,6. En ambos países había diferencias entre hombres y mujeres. Si en Sudáfrica la esperanza de vida de los hombres era de 58,6 años, en España era de 79,8; las cifras correspondientes entre las mujeres eran de 64 y 85,3 años, respectivamente (Global Burden of Disease (GBD), 2015). No solo hay diferencias de género, también las hay según clase social —numerosos estudios documentan un gradiente para la mayoría de los trastornos de salud, de manera que las clases sociales más desfavorecidas tienen peor estado de salud—, según la etnia, el estado migratorio o la diversidad funcional.

Tradicionalmente, la sociedad ha recurrido al sector sanitario para que se ocupe de sus preocupaciones sobre la salud y las enfermedades. Ciertamente, la mala distribución de la asistencia sanitaria, es decir, que no llegue suficientemente a quien más la necesita —la llamada *ley de cuidado inverso*— es un factor social determinante de la salud. Pero la mayor parte de las causas de los trastornos de salud y de la muerte prematura están fuera del sistema sanitario y se relacionan con las condiciones inmediatas y estructurales en las que viven las personas. Por tanto, como señala Marmot (Marmot, 2005) si los principales determinantes de la salud son sociales, deben ser sociales también los remedios. Tratar la enfermedad es urgente y siempre tendrá alta prioridad pero no debe excluir la adopción de medidas sobre los determinantes sociales de la salud.

En la actualidad, en muchas políticas de salud los objetivos de promover la salud y reducir las desigualdades en la salud se combinan a menudo mediante un compromiso general de abordar los determinantes sociales de la salud, de manera que el concepto ha adquirido un doble significado, refiriéndose tanto a los factores sociales que promueven o dañan la salud de las personas y las poblaciones como a los procesos sociales subyacentes a la desigual distribución de estos factores entre los grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad (Graham, 2004). Determinantes sociales de la salud y determinantes sociales de las desigualdades en la salud son dos conceptos diferentes que es necesario aclarar.

A continuación se examinan los conceptos de determinantes sociales en la salud y de desigualdades en la salud y se presentan los marcos conceptuales más utilizados. El capítulo finaliza con una reflexión sobre el principio de «Salud en todas las políticas», íntimamente ligado a los dos conceptos anteriores.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los «determinantes sociales de la salud» es un término impreciso que dirige la atención a los factores sociales que determinan la salud de las personas. El concepto surge en los años setenta y principios de los ochenta cuando diversos estudios evidencian las limitaciones de las perspectivas e intervenciones dirigidas a las personas enfermas o en riesgo de enfermedad (McKeown, 1998; Rose, 2001). Una parte central de estas primeras críticas es el argumento de que la atención sanitaria contribuye solo modestamente a la salud de la población. En su lugar, el abordaje centrado en los determinantes sociales de la salud se dirige a los factores que ayudan a las personas a mantenerse sanas, y no a los servicios sanitarios que ayudan a las personas cuando están enfermas (Graham, 2004).

La salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedades, depende de un amplio abanico de determinantes, la mayoría de los cuales, como ya se ha mencionado, están fuera del sistema sanitario. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen finalmente de las políticas adoptadas (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008).

En la figura 1 se muestra el modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por Dahlgren y Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 1991) que ha tenido una gran influencia en la salud pública de las últimas décadas. Está formado por una serie de capas concéntricas en la que las distales influyen sobre las proximales. Los determinantes más proximales —edad, sexo y factores

constitucionales— tienen escaso margen de modificación. Por encima se sitúan las conductas relacionadas con la salud, que no son elegidas libremente por las personas, sino configuradas por las capas distales, lo que tiene evidentes consecuencias sobre las políticas y programas de promoción de la salud. Si las relaciones sociales y comunitarias o las condiciones de vida y de trabajo configuran conductas como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la actividad física o la dieta, la simple información sobre la influencia de las conductas sobre la salud, en la que durante años de manera ingenua se han centrado muchos programas de promoción de la salud, no es suficiente. Así, las personas que viven en entornos en los que el consumo de tabaco o de alcohol es alto interiorizan estas conductas como «lo normal». Y es que la normalidad es configurada socialmente. Las relaciones sociales son por sí mismas generadoras de salud, pero también contribuyen a configurar hábitos relacionados con la salud. Asimismo, las condiciones de vida y de trabajo influyen directamente sobre la salud, e indirectamente a través de su influencia sobre las relaciones sociales y las conductas. Finalmente, por encima de todo, el mayor impacto sobre la salud procede de la capa más distal, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.



Figura 1. Modelo de los determinantes sociales de la salud.

Fuente: Dahlgren y Whitehead (1991).

El modelo de los determinantes sociales en la salud identifica de esta manera distintos niveles de intervención. Ahora bien, es importante tener en cuenta que las de mayor impacto poblacional son las que abordan los determinantes socioeconómicos de la salud porque llegan a segmentos más amplios de la sociedad y requieren menos esfuerzo individual. En orden descendente les siguen las intervenciones que cambian el contexto para hacer que las decisiones por defecto de los individuos sean saludables, las intervenciones clínicas que requieren contacto limitado, pero que proporcionan protección a largo plazo

como las vacunas, la atención clínica directa continuada y la educación y los consejos sobre la salud. Las intervenciones que se centran en los niveles más distales son más efectivas y eficientes (Frieden, 2010).

LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud están distribuidos desigualmente, lo que explica la mayor parte de las desigualdades en la salud, es decir, las diferencias sistemáticas, producidas socialmente, injustas y evitables en el estado de salud entre diferentes grupos sociales (Whitehead, 2000). Las desigualdades sociales en salud son generadas directa o indirectamente por factores sociales, económicos y ambientales, así como por conductas influenciadas estructuralmente. Lo más importante es que estos determinantes de las desigualdades sociales en la salud son susceptibles de cambio (Whitehead & Dahlgren, 2007).

En la figura 2 se muestra el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud propuesto por la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015). El origen de las desigualdades sociales en la salud está en los determinantes estructurales que incluyen el contexto socioeconómico y político y los ejes de desigualdad. El contexto socioeconómico y político determina una mayor o menor estratificación de la sociedad según los diversos ejes de desigualdad que definen jerarquías de poder en la sociedad según la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio. Estos ejes determinan diferencias entre grupos en el poder, el prestigio y el acceso a los recursos, así como el riesgo de sufrir discriminación (Solar & Irwin, 2010).

Numerosos estudios han documentado la existencia de un gradiente social en el estado de salud según la clase social (Marmot, 2005). En relación con las desigualdades de género, las mujeres suelen tener una esperanza de vida superior a los hombres, pero viven más años con trastornos crónicos y discapacidad (Hawkes & Buse, 2013). Las normas de género, es decir, las expectativas que define una sociedad en un momento dado para las mujeres y los hombres, determinan desigualdades de género en el poder, en el acceso y el control sobre los recursos, la división sexual del trabajo y una socialización de género relacionada con las conductas, la identidad de género, la orientación sexual y las relaciones de género. El «edadismo» se define como los estereotipos, prejuicios y discriminación que sufren las personas como consecuencia de su edad. Aunque se suele analizar en relación con las personas mayores, también lo pueden padecer las más jóvenes siempre que ocupen posiciones inferiores en la jerarquía social. Sin embargo, el edadismo en las personas

mayores es más grave, ya que se produce en edades asociadas a problemas de salud mientras que los jóvenes tienen por delante un potencial de desarrollo (Iversen, Larsen, & Solem, 2009). Finalmente, muchos estudios evidencian la situación desfavorecida, y su relación con el mal estado de salud, entre personas inmigradas procedentes de países en desarrollo (Acevedo-García, Sánchez-Vaznaugh, Viruell-Fuentes, & Almeida, 2012) y entre las que no son de raza blanca (Krieger, 2001).

Los determinantes intermedios, que se refieren a los recursos materiales, factores psicosociales, factores biológicos y conductuales y los servicios sanitarios, se distribuyen de manera desigual según los ejes de estratificación social generando así desigualdades en la salud.

Los recursos materiales incluyen el entorno físico, como la vivienda, el potencial de consumo, es decir, los recursos económicos para comprar alimentos saludables o ropa, por ejemplo, y los entornos de trabajo y del barrio de residencia. Dependiendo de su calidad, estas circunstancias proporcionan recursos para la salud o representan riesgos. Los factores psicosociales incluyen factores estresantes (por ejemplo, acontecimientos negativos de la vida o tensión en el trabajo), circunstancias de vida estresantes (por ejemplo, alta deuda familiar) o falta de apoyo social. Diferentes grupos sociales están expuestos en distintos grados a experiencias y situaciones de la vida que se perciben como amenazantes y difíciles de sobrellevar en la vida diaria. Los factores conductuales individuales se refieren al tabaquismo, la dieta, el consumo de alcohol y la falta de ejercicio físico. Entre los factores biológicos se incluyen los factores genéticos, así como la edad y el sexo.

Se ha señalado que el sistema sanitario tiene tres obligaciones para prevenir las desigualdades en la salud: 1) asegurar que los recursos se distribuyan entre los diversos ámbitos de acuerdo con las necesidades relativas; 2) responder adecuadamente a las necesidades de atención de salud de los diferentes grupos sociales; y 3) tomar la iniciativa en el fomento de un enfoque más amplio y estratégico para el desarrollo de políticas públicas saludables tanto a nivel nacional como local (Benzeval, Judge, & Whitehead, 1995).

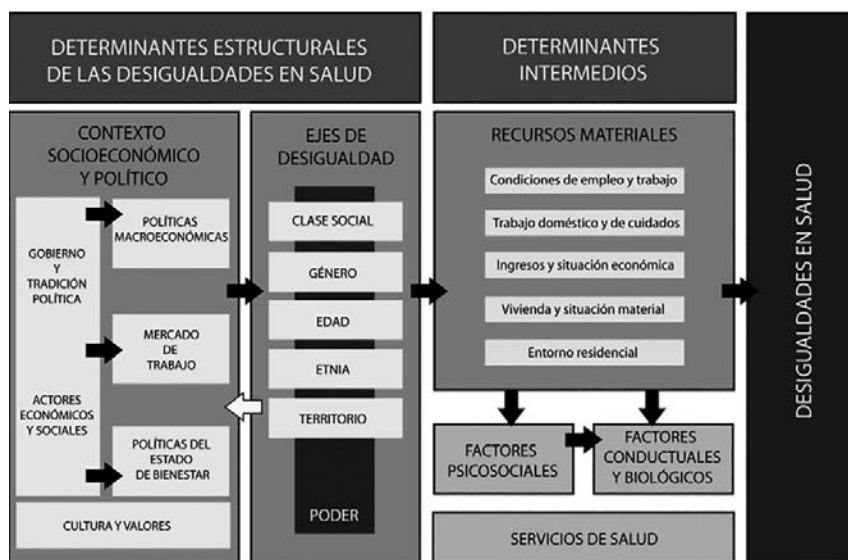


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2010.

LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Las desigualdades sociales en la salud dentro de los países y las considerables desigualdades en salud entre países se deben a la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, a nivel mundial y nacional, las consiguientes desigualdades en las condiciones de vida de las personas —su acceso a la asistencia sanitaria y a la educación, sus condiciones de trabajo y de ocio, sus hogares, barrios, pueblos o ciudades— y por consiguiente en sus posibilidades de llevar una vida plena. Esta distribución desigual de las condiciones de vida relacionadas con la salud no es un fenómeno natural, sino el resultado de una combinación de políticas, programas sociales y acuerdos económicos injustos que no tienen en cuenta la salud y la calidad de vida de las personas ni las desigualdades en la salud entre grupos sociales (Marmot, 2005).

Partiendo de que las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no solo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles surge el principio de «Salud en todas las políticas» (STP). STP supone identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros, en los que se generan o transmiten desigualdades

sociales. Supone también poner en el centro de las decisiones políticas la salud y la calidad de vida de las personas, así como las desigualdades sociales en la salud.

Las políticas para disminuir las desigualdades deben basarse en el modelo conceptual que las produce. El modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud propone cinco niveles de influencia, con un impacto diferente sobre la salud, más alto para los determinantes estructurales y menor para el sistema sanitario: los determinantes estructurales, los recursos materiales, los factores psicosociales, los factores conductuales y biológicos y el sistema sanitario. A continuación se proponen algunos ejemplos de políticas e intervenciones en cada uno de estos niveles.

1. Punto de entrada de los determinantes estructurales.

- Políticas destinadas a aumentar la protección mediante la provisión de servicios públicos universales de educación, de atención a la salud o a la dependencia.
- Políticas para disminuir las desigualdades de renta incrementando la fiscalidad progresiva o promoviendo las pensiones mínimas para combatir la pobreza.
- Políticas sobre el mercado de trabajo para reducir la precariedad y el paro.
- Políticas para facilitar el acceso a una vivienda decente.

2. Punto de entrada de los recursos materiales.

- Políticas destinadas a mejorar las condiciones de trabajo, disminuyendo los riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales.
- Políticas para mejorar el entorno o el barrio de residencia, como por ejemplo las dirigidas al aumento de las zonas verdes, la disminución del tráfico y de la contaminación atmosférica.
- Políticas para mejorar la calidad de las viviendas como por ejemplo subvenciones para la rehabilitación o actuaciones para abordar la pobreza energética.
- Políticas para promover servicios públicos para el cuidado de las personas dependientes.

3. Punto de entrada de los factores psicosociales.

- Políticas para atender las dificultades económicas de las familias.
- Intervenciones para aumentar el apoyo social de las personas.

4. Punto de entrada de los factores conductuales.
 - Políticas para facilitar el acceso a los centros deportivos a toda la población.
 - Intervenciones para garantizar menús saludables en los restaurantes a los que acuden habitualmente trabajadores y trabajadoras (Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya, 2009).
5. Punto de entrada del sistema sanitario.
 - Intervenciones para prevenir la pobreza relacionada con el pago de servicios.
 - Programas para los enfermos crónicos que apoyen su reinserción laboral.

Es importante tener en cuenta que muchas intervenciones de salud pública bienintencionadas pueden tener efectos adversos no intencionados (Lorenc & Oliver, 2014). Así, algunas intervenciones pueden incrementar las desigualdades en salud, mejorando los resultados en toda la población, pero aumentando las desigualdades al beneficiar a los grupos privilegiados más que a los grupos desfavorecidos (Whitehead & Dahlgren, 2007). Esto ha sucedido con frecuencia en las intervenciones individuales de promoción de la salud, que suelen favorecer a quienes menos lo necesitan (White, Adams, & Heywood P., 2009). También se ha señalado que los enfoques selectivos o de «alto riesgo» tienen más probabilidades que las iniciativas a nivel de la población general de ampliar las desigualdades en salud. Las intervenciones sociales dirigidas a grupos o zonas desfavorecidos pueden aumentar el estigma experimentado por sus miembros o residentes o contribuir a divisiones entre grupos. Finalmente, no deben olvidarse los argumentos relacionados con el coste de oportunidad, es decir, los beneficios potenciales a los que se puede renunciar como resultado de la asignación de recursos a intervenciones ineficaces o menos eficaces, o a problemas de salud pública menos graves.

CONCLUSIÓN

La salud es un requisito esencial para el desarrollo de una vida plena, lo que la convierte en un derecho social. Si las diferencias sistemáticas en la salud entre grupos de personas son evitables con acciones razonables, su existencia es, sencillamente, injusta. Para avanzar en la reducción de las desigualdades en la salud los diferentes niveles de gobierno deberían adoptar el principio de STP, lo que requiere poner en el centro de las decisiones políticas en cualquier ámbito, la salud y el bienestar de las personas, así como considerar el impacto sobre las desigualdades en la salud. Esto significa actuar sobre las desigualdades en los recursos y promover actuaciones para mejorar la calidad de vida de

la población. Finalmente, es necesario crear sistemas de información que incluyan los determinantes sociales y los resultados en salud para monitorizar las tendencias y evaluar el impacto de las políticas y las intervenciones sobre la salud.

REFERENCIAS

1. Acevedo-García, D., Sánchez-Vaznaugh, E. V, Viruell-Fuentes, E. a, & Almeida, J. (2012). Integrating social epidemiology into immigrant health research: a cross-national framework. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2060–2068. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.040>
2. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. (2009). Amed. Alimentació mediterrània. Retrieved August 2, 2018, from <http://www.amed.cat/home.php>
3. Benzeval, M., Judge, K., & Whitehead, M. (1995). *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. London: KIng's Fund.
4. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper*. Estocolmo: Institute for Future Studies.
5. Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590–595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
6. Global Burden of Disease (GBD). (2015). Life Expectancy & Probability of Death | Viz Hub. Retrieved July 31, 2018, from <https://vizhub.healthdata.org/le/>
7. Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
8. Hawkes, S., & Buse, K. (2013). Gender and global health: Evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, 381(9879), 1783–1787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
9. Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
10. Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecological perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
11. Lorenc, T., & Oliver, K. (2014). Adverse effects of public health interventions: A conceptual framework. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(3), 288–290. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203118>
12. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
13. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
14. McKeown, T. (1998). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* Oxford: Basic Blackwell. <https://doi.org/10.1080/01644300.1979.10392863>
15. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud*

- en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
16. Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
 17. Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
 18. White, M., Adams, J., & Heywood P. (2009). How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? En S. Babones (Ed.), *Health, inequality and society* (p. 65–82). Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781847423207.003.0005>
 19. Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217–228. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>
 20. Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

BIENESTAR SUBJETIVO: MOTOR Y PROMOTOR DE LA SALUD

FERRAN CASAS

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA SOCIAL
PROFESOR EMÉRITO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOBRE CALIDAD DE VIDA
UNIVERSITAT DE GIRONA

ANTECEDENTES

La OMS, en el preámbulo de su constitución (1946, p. 1) declaraba que «health is a state of complete physical, mental and social well-being and not the mere absence of disease or infirmity» («la salud es un estado de bienestar físico, mental y social completos, y no la mera ausencia de dolencias o enfermedad»). El concepto de **bienestar** abandera así una revolución conceptual: para comprender determinados fenómenos no es suficiente saber cuándo y cómo funciona mal, sino que es necesario conocer también su **funcionamiento positivo**.

Todas las ciencias humanas y sociales han basado buena parte de su historia en el estudio de aquello que funciona mal (la enfermedad, los problemas sociales, la marginación, la inadaptación, la psicopatología, y un largo etcétera). Con el estudio de cómo y porqué las cosas (por ejemplo, la salud) funcionan bien descubrimos que no se trata del mero antónimo del estudio de cómo y porqué las cosas funcionan mal.

Con la emergencia del denominado **movimiento de los indicadores sociales**, los años 60 del pasado siglo, las ciencias sociales acuñaron el concepto de **calidad de vida**, denotando que su evaluación requiere la **articulación de indicadores objetivos y subjetivos**. Con su implantación, no solo se aporta otro concepto positivo, sino que se avanza en el conocimiento y reconocimiento de

la **complejidad** de la realidad humana y social. La noción de calidad de vida reconoce entidad a la experiencia que las personas tienen de sus propias formas y condiciones de vida, de sus objetivos y aspiraciones vitales, dando tanto o más valor a esas experiencias y aspiraciones que a las condiciones materiales u objetivables definidas como adecuadas por cualquier experto (Casas, 2005).

El movimiento de los indicadores sociales plantea que la pretendida objetividad que el positivismo científico ha defendido nos ha estado ofreciendo una visión totalmente sesgada del mundo en el que vivimos, y que ello conlleva graves repercusiones políticas. Cuando unos indicadores objetivos y subjetivos se refieren a un mismo fenómeno, puede que nos ofrezcan visiones distintas, incluso discrepantes de dicha realidad. Pongamos el ejemplo del «buen funcionamiento» de un hospital (criterio vinculado a la calidad de vida que pueden ofrecer los servicios hospitalarios a la población de un determinado territorio): puede ocurrir que los profesionales del hospital y sus usuarios emitan evaluaciones discrepantes. Tales evidencias, durante décadas, conllevaron grandes debates sobre «¿quién tiene razón?»; para los positivistas la razón la debían tener quienes manejaran datos objetivos, los expertos. Sin embargo, en el movimiento de los indicadores sociales empezó a manejarse una explicación alternativa: quizás todos tienen razón, simplemente distintos observadores (distintos agentes sociales implicados en el fenómeno objeto de estudio) es posible que perciban el mismo fenómeno de formas distintas; y aún hay más: las distintas perspectivas, e incluso **profundas discrepancias entre observadores, si las hay, también forman parte de la realidad social**, por definición compleja, y no podemos ignorarlas.

Muchos políticos captaron rápidamente el planteamiento: a un alcalde tanto le da si los ciudadanos que valoran muy negativamente el funcionamiento de los servicios públicos de su ciudad «tienen razón objetivamente, o están equivocados». El alcalde sabe que las percepciones y evaluaciones de los ciudadanos **tendrán consecuencias reales**, independientemente de lo «reales» que sean (parafraseando el teorema de Thomas: «If men define situations as real, they are real in their consequences»; [«si los humanos definimos como reales determinadas situaciones, son reales en sus consecuencias»]. Thomas y Thomas, 1928, 2ª ed. 1929, p. 572).

De inmediato se asoció a los indicadores sociales con la evaluación de situaciones sociales que se pretenden cambiar. Permiten delimitar la **línea base** de cualquier fenómeno social y su análisis permite **tomar decisiones**. Su nueva medición después de una intervención permite valorar los resultados. Ello da lugar a la **evaluación de programas**, en el contexto de un nuevo marco conceptual: el **cambio social positivo**, que viene a tomar el relevo de la noción de «desarrollo». La evaluación de programas implica el previo establecimiento de unos **objetivos** de cambio positivo.

A finales del siglo pasado hubo un largo período de confusión en las revistas científicas cuando distintos autores de las ciencias de la salud empezaron a utilizar el concepto «calidad de vida» como sinónimo del de «bienestar» originalmente acuñado por la OMS. El concepto popularizado por el movimiento de los indicadores sociales es mucho más amplio que el de bienestar, y, en cualquier caso, incluye un nuevo concepto que ha ido adquiriendo fuerza en la investigación científica las últimas décadas: el de **bienestar subjetivo**. Distintos autores se han esforzado por acotar el uso del concepto calidad de vida en las ciencias de la salud y ello ha llevado a consensuar el acrónimo HR-QOL (Health-Related Quality of Life) para sobreponerse a la confusión creada (ver Michalos 2004, para una revisión crítica).

Es indudable que tras siglos o milenios de acumulación de conocimiento, las ciencias humanas y sociales saben mucho sobre «lo que va mal», y, humildemente, debemos reconocer que, en comparación, el estudio de lo positivo aún es joven, por mucho que nos hemos esforzado en avanzar rápidamente. Nuestros conocimientos sobre salud, bienestar o calidad de vida todavía configuran campos jóvenes de investigación científica. Y de dicho conocimiento, sabemos todavía más de sus componentes «objetivos» que de sus componentes «subjetivos», simplemente porque aún no contamos con tantos años de experiencia en su investigación científica.

Es en este contexto que voy a plantear que no solo el bienestar en su acepción más amplia, sino que particularmente el bienestar subjetivo aparece en el horizonte como un potencialmente gran motor y promotor de la salud.

EL BIENESTAR SUBJETIVO: RETOS POLÍTICOS

Recordemos que «estadística» viene del latín *ratio status*, «razón de estado». Las estadísticas nacieron para facilitar la toma de decisiones de gobierno, ya en el Antiguo Egipto (Bauer, 1966; Casas, 1989). Los indicadores subjetivos se han incorporado a los sistemas de estadísticas nacionales solo a partir de mediados del siglo XX, y su incorporación va progresando, aunque sea muy lentamente, a medida que se toma conciencia de su relevancia no solo científica, sino también social y política.

Llama la atención que algunos sistemas de estadísticas nacionales han empezado a incorporar datos subjetivos sobre la felicidad en la última década. En febrero de 2008, el presidente de la República Francesa, Nicholas Sarkozy, insatisfecho con la información estadística disponible sobre la economía y la sociedad, creó una comisión que se denominó *Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*, presidida por Joseph Stiglitz, coordinada por Jean Paul Fitoussi y que contó con Amartya Sen como asesor destacado, entre

otros. Cabe resaltar que la Recomendación 10 formulada por esta Comisión dice que «mediciones tanto del bienestar objetivo como subjetivo proporcionan información clave sobre la calidad de vida de las personas. Las oficinas de estadística deberían incorporar en sus encuestas preguntas para capturar las evaluaciones vitales, las experiencias hedónicas y las prioridades de las personas» (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009). Sarkozy ordenó incluir dichos datos en Francia en 2010. Solo un año después, Cameron hacía lo mismo en el Reino Unido.

A partir de 2012 parece que las organizaciones internacionales se implican decididamente en la recolección de datos subjetivos sobre el bienestar, al menos en Europa. La Oficina regional de la OMS para Europa publica tres informes ese mismo año, abriendo el correspondiente debate (WHO Regional Office for Europe, 2012a, b, c). A partir del debate presentado en la última de estas tres publicaciones se señala que los expertos llegaron a los siguientes consensos:

1. El bienestar es multidimensional.
2. La salud contribuye al bienestar y el bienestar contribuye a la salud.
3. El bienestar puede ser visto como un concepto con entidad por sí mismo (con la salud funcionando como determinante y a la vez como producto), y como compuesto por varios elementos.
4. El bienestar general incluye tanto elementos objetivos como subjetivos.
5. Con el propósito explícito de establecer objetivos focalizados, la Oficina Regional de la OMS en Europa debería describir el bienestar utilizando ambos elementos.
6. La Oficina Regional debe realizar informes sobre bienestar subjetivo, y los países deberían empezar a recopilar tal tipo de información.

Por su parte la OCDE, sensible al tema de los indicadores sociales desde principios de los años 80 del pasado siglo, no ha querido quedar a la zaga de estos retos internacionales y desde 2012 empieza a publicar distintos informes sobre bienestar (OECD, 2012, 2017), incluidas sus propias instrucciones para medir el bienestar subjetivo (OECD, 2013). También se ha implicado en la obtención de datos sobre el bienestar subjetivo infantil, después de que ya antes lo hicieran la OMS (a través de su encuesta sobre salud escolar, la HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children* - www.hbsc.org) y el proyecto internacional *Children's Worlds* (www.isciweb.org).

Finalmente también es interesante destacar que un consorcio internacional de instituciones ha potenciado la publicación anual, desde 2012 (con la excepción de 2014), de un *World Happiness Report*, editado por Helliwell, Layard y Sachs,

que ha hecho grandes contribuciones al debate internacional, al ser el primer informe que ha incluido datos sistemáticos sobre la felicidad en más de 150 países de todos los continentes (<http://worldhappiness.report/download/>).

BIENESTAR SUBJETIVO COMO BIENESTAR HEDÓNICO

Hace unas pocas décadas que llamar científico a quien estudiara la **felicidad** conllevaba que muchos se rasgaran las vestiduras: defender que «la felicidad es algo subjetivo y, por tanto incumbe a la filosofía, no a la ciencia» fue una postura habitual. Hoy disponemos de varias revistas científicas internacionales de alto impacto especializadas en el estudio de la felicidad.

Diversos autores han señalado que el gran reto que plantea el estudio de la calidad de vida es precisamente la falta de conocimiento científico acumulado acerca del funcionamiento de sus componentes subjetivos, es decir, psicosociales. Campbell, Converse y Rodgers (1976) subrayaron que dichos componentes se resumen en las **«percepciones, evaluaciones y aspiraciones de las personas en relación a sus propias vidas»**. Y a partir de estos autores, muchos otros han insistido repetidamente que uno de dichos componentes, quizás el fundamental, es el bienestar subjetivo.

¿Qué es el bienestar subjetivo? Quizás la más consensuada hoy en día es la denominada **teoría tripartita**: el bienestar subjetivo es lo que resulta de la articulación de altos afectos positivos, bajos afectos negativos y altas evaluaciones positivas sobre la propia vida (Ryan & Deci, 2001; Arthaud-Day et al., 2005; Metler & Busseri, 2017).

Los estudios de Bradburn (1969; Bradburn & Caplovitz, 1965) cuentan entre los primeros que aportaron luz sobre la complejidad del bienestar subjetivo humano: los afectos positivos no siempre correlacionan inversamente con los afectos negativos. En otras palabras, los humanos podemos ser a la vez felices e infelices con algunos aspectos de nuestras vidas. Más recientemente, la teoría de los afectos nucleares de Russell (2003) ha enriquecido el debate al señalar que no solo existe una tensión entre afectos positivos y negativos, sino también entre afectos «activos» y afectos «pasivos».

Más largo está siendo el aprendizaje basado en la evidencia acerca de cómo funcionan las evaluaciones positivas sobre nuestras vidas, es decir, el componente más cognitivo del bienestar subjetivo. Buena parte de los esfuerzos se han focalizado en estudiar la **satisfacción con la vida**.

En cualquier caso, hoy hemos acumulado mucha evidencia de que el bienestar subjetivo funciona en la mayor parte del planeta (quizás con la excepción de algunos países que cuentan con las rentas más bajas) bajo el denominado **sesgo**

del optimismo vital: tanto si hablamos de felicidad, como de satisfacción con la vida o de bienestar subjetivo, observamos que las medias poblacionales no se sitúan en un 5, en una escala de 0 a 10, sino entre 7 y 8. En otras palabras, no se observa una distribución estadísticamente normal de los datos; la campana de Gauss está achatada hacia la derecha, y ello conlleva complejidades metodológicas para su análisis estadístico.

Otra evidencia trascendental es que nuestro bienestar subjetivo funciona bajo el **principio de la homeostasis:** tendemos a regresar a nuestra línea base personal después de algún tiempo, tras acontecimientos emocionalmente positivos o negativos, incluso tras acontecimientos con alto impacto emocional (por ejemplo, que nos haya tocado la lotería, o que hayamos tenido un accidente de coche grave). Sólo excepcionalmente, ante acontecimientos vitales muy estresantes, nuestro sistema homeostático no es capaz de compensar la situación y podemos caer en la depresión u otra forma de enfermedad mental. También hay evidencia de una **homeostasis cultural:** nuestra felicidad y nuestra satisfacción con la vida muestran expresiones distintas, pero estables, según el entorno sociocultural en el que se vive (Cummins, 2010).

Finalmente, en lo que se refiere a los instrumentos disponibles para evaluar el bienestar subjetivo, hoy en día disponemos de diversos tipos de escalas psicométricas, algunas que capturan mejor las dimensiones afectivas y otras las cognitivas. Entre las cognitivas cabe destacar dos tipos: aquellas que capturan el bienestar subjetivo mediante preguntas genéricas (denominadas «libres de contexto») y aquellas que lo miden preguntando por la satisfacción con distintas ámbitos de la vida. Aunque se ha comprobado que estos diversos instrumentos mantienen correlaciones medias o altas entre sí, aún no se comprende muy bien por qué parecen ser sensibles de distinta manera a diferentes características del entorno, dando lugar a resultados matizadamente distintos según el contexto.

EL BIENESTAR PERSONAL: ¿HEDÓNICO O EUDEMÓNICO?

A lo largo de las últimas décadas, al menos en inglés, el uso del concepto «subjective well-being» («bienestar subjetivo») ha ido denotando alinearse con una tradición de estudio a la que la literatura ha ido refiriendo como «perspectiva hedónica» en el estudio del bienestar, mientras que el uso del concepto «psychological wellbeing» denota alinearse con la «perspectiva eudemónica» (*eudaimonic*), más próxima a la tradición humanista. De lo cual ha derivado la propuesta del concepto sintético de «bienestar óptimo» (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), refiriéndose a la coincidencia de altas puntuaciones de las escalas de bienestar subjetivo y de bienestar psicológico.

La importancia de investigar desde ambas perspectivas ha estado presente en multitud de debates. Ryff (1989), al igual que Waterman (1984), defienden que el significado original de *eudaimonia* es «el sentimiento que acompaña la conducta consistente en la dirección de desarrollar el propio potencial humano de cada cual». Según Ryff (1989), en la tradición psicológica humanista encontramos las que ella denomina seis dimensiones nucleares del bienestar eudemónico: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, manejo del entorno, sentido de la vida y crecimiento personal. Este autor operacionalizó estos conceptos y construyó una escala multidimensional que los integra. Sus resultados muestran una intensa relación de algunas de estas dimensiones, sobre todo la autoaceptación y el manejo del entorno, con constructos hedónicos, como la satisfacción global con la vida. Sin embargo, otras dimensiones no muestran tanta relación con las medidas hedónicas, ni en análisis bivariados ni multivariados.

Por su parte, Seligman (2011) define como dimensiones del bienestar eudemónico: la emoción positiva (de la cual tanto la felicidad como la satisfacción con la vida son aspectos), el compromiso, las relaciones, el significado y los logros. Por tanto, en la perspectiva de Seligman la *eudaimonia* incluye, al menos en parte, las dimensiones hedónicas.

Ryan, Huta y Deci (2008) consideran que la aproximación eudemónica se debe focalizar en el proceso de vivir bien, y no en el producto, al igual que lo hace la aproximación hedónica. Según ellos una vida eudemónica está caracterizada por cuatro conceptos motivacionales: (1) perseguir valores intrínsecos por sí mismos, como el crecimiento personal, las relaciones interpersonales, la comunidad y la salud; (2) comportarse de forma autónoma, volitiva o consensuada; (3) ser plenamente consciente y actuar con sentido de la propia conciencia; y (4) comportarse de manera que se satisfagan las necesidades psicológicas de competencia, relación y autonomía. También resaltan que las personas que tienen una vida más eudemónica tienden a comportarse de manera más prosocial.

No faltan, no obstante, autores que como Seligman (2011) defienden que la perspectiva eudemónica debería focalizarse en un producto principal: *flourishing* (el «florecer» personal, es decir, el desarrollo máximo de las propias potencialidades).

Según diferentes autores, una limitación importante de la literatura eudemónica es que se refiere a cómo deberían funcionar las personas, sin ofrecer demostración empírica de por qué ese funcionamiento alternativo deseado es mejor para todos. Esta clase de investigaciones explora los «ideales de bienestar» (Ryff, 1989), «la vida ejemplar», «la excelencia humana», «*flourishing*» o «la persecución de fines correctos» (Ryan et al., 2008), y en este ámbito el conflicto y la competición entre valores es inevitable.

Waterman (1984) señaló que los objetivos y propósitos en la vida no son tareas fáciles, porque requieren esfuerzo y disciplina para su logro, y por tanto pueden entrar en conflicto con el bienestar hedónico, al menos a corto plazo. Ryff (1989) afirmó que la competición entre valores no debe ser vista como un obstáculo, sino como un foco de estudio empírico.

Los beneficios personales y para la salud asociados con vivir una vida rica en propósitos y en sentido, con crecimiento continuado, y con vínculos de calidad con los demás, han sido señalados a menudo por distintos investigadores durante los años recientes (Ryff & Singer, 2008).

¿QUÉ HEMOS APRENDIDO SOBRE EL BIENESTAR SUBJETIVO LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Hoy sabemos que los afectos positivos muestran una alta contribución a la satisfacción global con la vida, mientras que los afectos negativos muestran una alta correlación con problemas de salud mental, particularmente con los de carácter depresivo. Cuando un grupo de personas, o un conjunto de población, muestran bienestar subjetivo por debajo de la línea base normativa para un país o cultura, sabemos que es posible intervenir para mejorar su situación. Sin embargo, en aquellos subconjuntos de población que están en el intervalo normativo de la línea base sabemos que es muy difícil mejorar la situación (Cummins, 2010). Ello nos lleva a una evidencia: intentar mejorar la felicidad o la satisfacción vital de todos los habitantes de un territorio puede ser una tarea muy difícil de alcanzar; por contraste, tiene mucho sentido invertir los recursos y esfuerzos disponibles en identificar cuáles son los subconjuntos de población con el bienestar subjetivo en peores condiciones, y desarrollar acciones focalizadas de cambio positivo, porque son este tipo de acciones las que muestran altas probabilidades de éxito.

En los países desarrollados llama la atención que la satisfacción con la salud generalmente no muestra una alta contribución a la satisfacción con la vida,... al menos entre la población con buena salud. Revisiones hechas de grandes investigaciones que incluían datos sobre satisfacción con la salud muestran variancias explicadas dispares, lo cual sugiere que queda aún mucho por estudiar, y que distintos grupos de personas con circunstancias vitales, recursos y limitaciones distintos utilizan mezclas distintas de ingredientes para determinar el papel que juega la salud en su bienestar subjetivo (Michalos, 2004). Para encontrar una explicación hemos de recurrir a las teorías de la privación relativa: en un contexto en que la mayoría goza de buena salud, la salud no preocupa mucho,... hasta que falta. Algo similar ocurre en la población de edad escolar con

la satisfacción con la escuela: la satisfacción con la escuela decrece con la edad en todos los países industrializados, pero crece con la edad en los países africanos, en los que poder seguir en la escuela es un gran logro vital. Ello también tiene que ver con la denominada paradoja Easterlin: El dinero contribuye poco a la felicidad..., en los países ricos y a partir de un determinado nivel de ingresos. Y es que los seres humanos evaluamos nuestra satisfacción con la vida o con cualquier ámbito de la vida (incluida la salud) comparándonos con las circunstancias vitales de otras personas, sobre todo de nuestro entorno, y con nuestra propia vida en el pasado, y también considerando lo realistas que son nuestras aspiraciones de logro en el futuro. Ello dio lugar a la denominada **teoría de las discrepancias múltiples** (Michalos, 1985), que permite comprender mejor el funcionamiento de nuestro bienestar subjetivo.

La importancia de lo subjetivo queda destacada en los estudios tradicionales sobre salud autopercebida. Sabemos que en diversas enfermedades no letales, la salud autopercebida es mejor predictor de la evolución de la salud, que la salud objetiva. En otras palabras, una persona con dolencias relativamente severas que autoevalúa su salud como buena, en general tendrá mejor pronóstico que una persona con dolencias moderadas que autoevalúa su salud como mala. Algunas revisiones han señalado que entre los mejores predictores de la salud autopercebida se encuentran, por una parte, la salud mental autopercebida y, por la otra, factores que no tienen nada que ver con la salud, como por ejemplo las variables relativas a las discrepancias múltiples percibidas (Michalos, 2004). Ello nos invita a reflexionar sobre la influencia de los afectos y los estados de ánimo en la salud, así como sobre la importancia de generar satisfacción con los servicios de salud que se prestan, y sobre el hecho de que los usuarios de salud comparan las experiencias de atención recibida por parte de distintos profesionales y servicios.

La satisfacción con los servicios recibidos es uno de los criterios de evaluación de resultados a los que debería prestarse más atención, por sus repercusiones tanto en la salud individual y en el bienestar subjetivo, como en las percepciones sociales y de los servicios públicos disponibles, lo cual nos lleva también a sus repercusiones políticas. La recogida sistemática de datos sobre satisfacción de los usuarios debería ser una empresa asumida como prioritaria en cualquier sistema que aspire a crecer en una cultura de la evaluación y la transparencia, y que se quiera comprometer con el bienestar de los ciudadanos.

ALGUNAS REFLEXIONES Y RETOS DE FUTURO

En las discusiones en torno al Estado del Bienestar, a nivel macrosocial, y en los debates más profesionales relacionados con la intervención social, socio-educativa, psicosocial y en la salud, a un nivel mucho más específico, el problema de los objetivos y valores que han de orientar la acción ha sido un tema de creciente debate. La calidad de vida (y su componente, el bienestar subjetivo) recibe cada vez más a menudo la atribución de *objetivo último* en cualquiera de estos niveles de discusión. El bienestar social se ha ido asociando también a otros conceptos también relacionados con el bienestar subjetivo: la satisfacción de los ciudadanos a un nivel social amplio; la felicidad en un nivel más personalizado.

Quizás sea el momento de recordar algunas ventajas que la perspectiva de la calidad de vida nos ofrece, y que, como ya se ha apuntado en otros lugares (Casas, 1996; 2005), sugieren la conveniencia de incorporarla más decididamente en el amplio ámbito de la intervención en salud y, con ella, también incorporar más enérgicamente el estudio del bienestar subjetivo:

- permite la incorporación de una perspectiva claramente positiva en un campo profesional lleno de conceptos con cargas semánticas negativas (enfermedad, dolencias, psicopatología, problemas sociales, marginación, inadaptación, pobreza, malos tratos, etc...), lo cual repercute sin duda en la configuración de una cultura profesional positiva, y permite evitar la organización reactiva de defensas de los ciudadanos ante los propios profesionales.
- clarifica las posibles y necesarias aportaciones en positivo que en el terreno aplicado puede desarrollar el profesional de la salud, al tratarse de un concepto con inexcusables componentes relacionales, y, por tanto, psicosociales.
- hace posible que los profesionales no se queden atrapados en la transmisión involuntaria de una visión corporativa de los servicios, sino que incorpora la visión articulada de todos los agentes sociales implicados.
- permite articular lo individual y lo social, ya que establece conexiones inexcusables entre el bienestar personal y las dinámicas relacionales, organizacionales y comunitarias.
- se sitúa en el terreno de la promoción y la prevención en su sentido más amplio, siendo perfectamente asumible desde perspectivas comunitarias y desde dinámicas interdisciplinares.

La salud, y su promoción, han incorporado solo recientemente (en términos históricos relativos) el estudio del bienestar subjetivo entre sus retos. No solo su

estudio, sino la práctica profesional de su promoción y la práctica organizacional de su evaluación forman parte de los nuevos motores que deben ayudarnos a una mejor promoción de la salud para todos los ciudadanos.

REFERENCIAS

1. Arthaud-Day, M. L., Rode, J. C., Mooney, C. H., & Near, J. P. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74(3), 445-476.
2. Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
3. Bradburn, N.M., & Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness: A pilot study of behavior related to mental health*. Chicago: Aldine.
4. Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage.
5. Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica*. Barcelona: PPU.
6. Casas, F. (1996). *Bienestar social: una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.
7. Casas, F. (2005). Calidad de vida. En D. Juvinyà: *Infermeria i salut comunitària*. Girona. Documenta Universitaria. p. 117-133. D.L.: GI-982-2005.
8. Cummins, R.A. (2010). Subjective well-being, homeostatically protected mood and depression: A synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11, 1-17. Doi 10.1007/s10902-009-9167-0.
9. Metler, S. J., & Busseri, M. A. (2017). Further Evaluation of the Tripartite Structure of Subjective Well-Being: Evidence From Longitudinal and Experimental Studies. *Journal of Personality*, 85(2), 192-206.
10. Michalos, A.C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
11. Michalos, A.C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65 (1), 27-72. doi: 10.1023/A:1025592219390
12. OECD Statistics Directorate (2012). *Measuring well-being and progress*. Paris: OECD Publishing.
13. OECD (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*. Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
14. OECD (2017). *How is Life? 2017. Measuring Well-Being*. Paris: OECD Publishing. <http://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm>.
15. Russell, J. A. (2003). Core Affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145-172. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.145>
16. Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
17. Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0
18. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
19. Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory

- perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. doi: 10.1007/s10902-006-9023-4
20. Seligman, M.E.P. (2011). *Flourishing. A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
 21. Waterman, A.S. (1984). *The psychology of individualism*. New York: Praeger.
 22. Stiglitz, J.E., Sen, A & Fitoussi, J.P. (2009). Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social. Paris. Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi. Présidence de la République; France.
 23. Thomas, W. I., & Thomas, D. (1928). *The Child in America*. New York: Knopf.
 24. WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
 25. WHO Regional Office for Europe (2012a). *Health 2020: the European policy for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 26. WHO Regional Office for Europe (2012b). *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8-9 February 2012*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 27. WHO Regional Office for Europe. (2012c). *Measurement of and target-setting for well-being: Second meeting of the expert group*. Paris, 25-26 June 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

EL MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD PÚBLICA. UNA MANERA DIFERENTE DE PENSAR Y ACTUAR

MARIANO HERNÁN-GARCÍA

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. ESPAÑA

RAFAEL COFIÑO-FERNÁNDEZ

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. ASTURIAS. ESPAÑA

JAVIER GALLEGO-DIÉGUEZ

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEL GOBIERNO DE ARAGÓN. ESPAÑA

JOAN J. PAREDES-CARBONELL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA. ESPAÑA

EVA PÁEZ-MUÑOZ

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. ESPAÑA

LEILA YASMÍN GARIBE

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES. ARGENTINA

ANTONY MORGAN

GLASGOW CALEDONIA UNIVERSITY LONDON. UK.

INTRODUCCIÓN

LOS ACTIVOS PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR A LO LARGO DE LA VIDA

Actualmente vivimos una renovación del concepto de salud y bienestar. Algunos autores (1–3) proponen un marco general que relaciona la salud con los determinantes sociales y ambientales que hacen que las personas

desarrollen sus capacidades ante las demandas de la vida. Este cambio requiere generar evidencia y operativizar la acción a través metodologías que permitan conocer los recursos para la salud de personas y comunidades, así como también validar las acciones de salud pública potenciadoras del enfoque positivo de la salud (4).

Para ello, resulta esencial contar con aportaciones de diversos ámbitos como la sociología, la psicología, las teorías del aprendizaje humano y las ciencias de la salud. Concretar dichas aportaciones requiere construir un espacio de encuentro para aglutinar el conocimiento disponible en Promoción de la Salud (PS) (5).

El modelo emergente de PS se orienta a aquello que es favorable y positivo para la salud de las personas y las comunidades (6), superando el modelo de salud individual y *persecutoria* y la obsesión por la salud como objetivo en la vida (6, 7). Así «¿qué nos hace vivir mejor?» se convierte en la cuestión de partida para comprender el patrimonio de la comunidad (8).

La «Salutogénesis» es una forma de ver a la salud desde aquello que la genera, conectando con aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren, entendiendo esto como PS (9). Los avances en salutogénesis han revitalizado una visión de la salud pública centrada en los activos para la salud, entendidos como factores o recursos que potencian la capacidad de los individuos o las comunidades para mantener el bienestar (4, 10).

Es necesario, por tanto, identificar los activos en cada momento vital y la capacidad de los mismos para protegernos o para multiplicar el efecto de otros activos; por eso la complementariedad entre las necesidades de las personas y los activos disponibles (11) es clave en el desarrollo de intervenciones.

Este enfoque no sustituye al modelo centrado en necesidades y/o problemas, pero anima a las personas implicadas en los procesos de PS, a pensar en su trabajo desde el contexto de «lo que ya funciona» y conduce a hacer en la práctica *fácil lo sano* (12).

EL MODELO DE ACTIVOS APLICADO A LA INTERVENCIÓN EN PS

Implementar el modelo de activos para la salud requiere reflexionar sobre cuestiones clave relacionadas con: evidencia, acción, evaluación y calidad.

1. *Evidencia*

- i. Es necesario crear una base de evidencia sistemática que responda a preguntas: ¿Cuáles son los activos de las personas o de las comunidades? ¿Cómo promocionarlos? ¿Qué aporta este modelo sobre los determinantes de la salud? ¿Cómo contribuye la salutogénesis a comprender el origen de la salud y su correlación con la calidad de vida? ¿Cuáles son los conjuntos clave de activos en cada contexto y en cada momento de la vida? ¿Qué activos pueden reducir el déficit y potenciar la protección o promover la salud y la recuperación de la misma? (13).
- ii. Es central explorar activos a nivel individual, comunitario y estructural y aquellos que facilitan la acción para la salud (9). Entender sus interrelaciones, potenciarlas y dinamizarlas, puede ayudarnos a reformular las acciones en SP.
- iii. Desde el enfoque de la generación de salud frente al enfoque patogénico, nos planteamos tres cuestiones: 1) ¿cuáles son los recursos clave de la salud?, 2) ¿qué es lo que hace que unas personas prosperen y otras no? y 3) ¿qué caracteriza a las personas sanas?. Por eso necesitamos reforzar el conocimiento sobre las rutas hacia la salud y los factores de protección en circunstancias vitales favorables y adversas; los centros sanitarios, educativos y sociales tienen que cambiar el enfoque unilateral de prestadores de servicios orientados al consumo, por una mirada que reconozca las capacidades y habilidades de las personas y comunidades. Sería valioso saber los efectos derivados de que los individuos y grupos sociales adopten un papel de ciudadanos y coproductores de su propia salud en lugar de consumidores pasivos.

2. *Acción*

- iv. Es necesario identificar las estrategia e iniciativas más eficientes para la promoción de las capacidades y habilidades de las personas y comunidades. La articulación entre las actuaciones macro (planificación y evaluación de políticas de salud, estructura y organización de los servicios) y las intervenciones a nivel micro (desarrollo local de la atención primaria, la educación y los servicios sociales) no puede ser unidireccional y jerárquica. La construcción de «capacidad» en PS implica comunicación fluida para desarrollar procesos e intervenciones coherentes entre sí.



Fig 1. Dimensiones de una iniciativa de salud comunitaria basada en activos

- v. Las técnicas de trabajo colaborativo entre personas, comunidades u organizaciones, permiten alcanzar soluciones favorables para la salud de individuos y grupos en contextos reales. La activación y sinergia con los recursos comunitarios y redes sociales es útil reconociendo la experiencia y las capacidades de los ciudadanos y grupos sociales en el cuidado de su salud o bienestar. Para esto, se hace imprescindible que los profesionales realicen labores de apoyo, no paternalista. El trabajo en red entre los profesionales junto con los agentes sociales facilita la gestión del conocimiento y la puesta en valor de los activos para la salud presentes en el territorio.

Los mapas de activos son herramientas específicas que permiten potenciar la implicación adecuada y efectiva de las personas y comunidades en el proceso de desarrollo de su propia salud y en la coproducción de la misma. Un equilibrio adecuado entre las estrategias basadas en activos y en riesgos, permite conocer lo que las comunidades pueden ofrecer; resaltan el conocimiento, las capacidades, las habilidades y el talento ya existentes (14, 15).

- vi. Los mapas de activos permiten hacer un mejor uso de las habilidades individuales, los recursos físicos y la organización disponible en la comunidad, y desencadenan la creación de confianza entre los profesionales y la comunidad.

- vii. Puede que exista un conjunto de activos que protejan la salud, por eso es dentro de la prescripción que se pueda realizar desde los servicios; un ejemplo puede ser conocer los activos para el desarrollo de actividad física o la prescripción social para mejorar la salud mental (16).
- viii. Las iniciativas de salud comunitaria se orientan a que las personas y grupos sociales tengan capacidad para influir en los determinantes sociales de la salud de forma individual, grupal y comunitaria. Estimular la participación de las personas implicadas o atendidas en procesos que afectan a su bienestar y salud es el objetivo final de la PS a través del empoderamiento, facilitando el desarrollo personal y la implicación en el propio proceso vital y en el colectivo.
- ix. La acción para la salud, pasa por integrar la visión salutogénica y del modelo de activos en las leyes, planes y programas de Salud Pública. La puesta en marcha de alianzas de salud comunitaria (| Web de la Alianza de Salud Comunita...) con la participación de entidades clave que comparten una base de datos de actividades comunitarias, conocimiento y experiencias puede ser una herramienta útil para potenciar y desarrollar una mirada salutogénica (17).

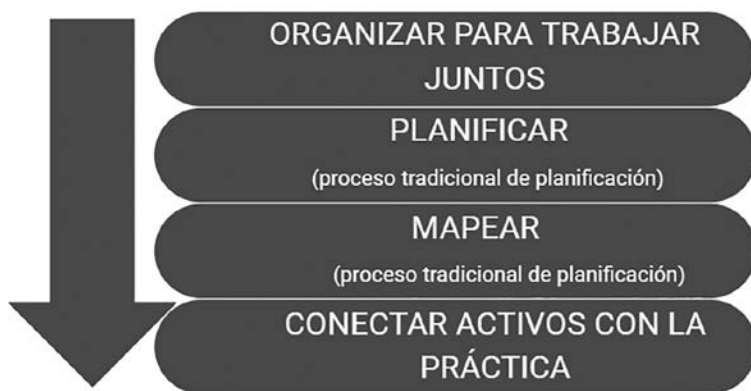


Fig. 2: Proceso de aplicación del Modelo de Activos en PS

3. Evaluación

- x. Es necesario disponer de un conjunto de indicadores de programas basados en activos, con enfoque multimétodo, que sea capaz de captar no solo aquello que funciona y los resultados que tiene, sino cómo funcionan estos procesos en contextos diferentes. Las intervenciones complejas precisan evaluaciones complejas (18, 19) que contemplen

datos estadísticos, narrativos, epidemiológicos, etnográficos, clínicos y sociológicos.

- xii. La diferente distribución de la enfermedad en la población, en relación con los ejes de desigualdad —género, nivel educativo, nivel de ingresos, clase social, etnia o el territorio donde se vive— no se explica solamente por los clásicos factores de riesgo biológicos o las conductas en salud. La «pérdida de control sobre nuestra propia vida», término estrechamente vinculado al empoderamiento o al SOC, puede activar mecanismos de estrés psicosocial que explicarían la secuencia biológica de la morbilidad y mortalidad prematura (20, 21). Por eso, conciliar diferentes hipótesis de la epidemiología social, los determinantes y las desigualdades sociales en salud, o la PS, la teoría salutogénica e incluso la epigenética, puede ser clave para impulsar la salud pública en el siglo XXI (22). Así, desarrollar investigación evaluativa para identificar los activos permite conocer nuevos indicadores de salud que pueden contribuir a diseñar políticas salutogénicas a medio y largo plazo.
- xiii. Conviene no olvidar que evaluar el efecto de las políticas o acciones centradas en el modelo de activos y poner a prueba estas ideas en programas orientados a las acciones locales.
- xiv. Es importante promover la innovación y la evaluación en salud comunitaria, desarrollada por equipos interdisciplinarios e intersectoriales que experimenten el desarrollo de activos en diferentes contextos sociales para obtener modelos de buena práctica.
- xv. Necesitamos focalizar la evaluación hacia la efectividad y validez de los programas y potenciar la identificación de los activos para la salud del *ser* de cada individuo, del *tener* y de sus recursos individuales, sociales y estructurales y de aquello que les permite *hacer* para tener más salud (23).

4. *Calidad*

- xvi. La calidad de una iniciativa de salud comunitaria tiene que ver con la capacidad de un equipo para: a) desarrollar una visión amplia del enfoque de promoción de la salud; b) visibilizar la capacidad comunitaria; c) analizar el contexto sociocultural de la vivencia de las personas y grupos; d) animar y gestionar la intervención respetando los diferentes ritmos; y e) valorar los procesos y resultados para perfeccionar la iniciativa con todos los agentes implicados (24).
- xvii. La perspectiva tradicional de la PS puede servirnos de guía para la evaluación de la calidad de intervenciones centradas en promover activos para la salud.

Indicadores para la evaluación de la calidad de **una iniciativa de promoción de la salud (24)**.

- Fortalecimiento de la acción comunitaria
 - Se entiende la acción comunitaria como un estilo o manera de actuar de la comunidad tendente a resolver sus problemas o a progresar colectivamente.
 - Planificando acciones que permitan la coproducción conjunta de bienestar ciudadano.
 - Aprovechando el desarrollo de la comunidad que procede de las personas, las asociaciones, las instituciones, la economía local, el entorno físico natural y la cultura propia.
- Desarrollar las habilidades personales
 - Promover el desarrollo de habilidades personales orientadas hacia la autonomía y toma de decisiones libres y conscientes sobre la salud personal y social.
 - Partir de un análisis crítico de los problemas de salud y fomentar la búsqueda de soluciones promoviendo acciones dentro del contexto concreto.
- Crear entornos saludables
 - Orientación global e interdisciplinar del proyecto potenciando la interacción de estrategias en los diferentes ámbitos o escenarios.
 - Interacción e influencia en el ambiente físico y/o social donde se realiza la intervención, propiciando un clima positivo.
- Reorientar los servicios
 - Integración de la educación y promoción de la salud en los objetivos y dinámica de los servicios sanitarios, educativos y sociales, facilitando la continuidad de las actuaciones.
 - Cambio en la cultura organizativa, metodología de trabajo y funcionamiento de las entidades implicadas.
- Construir una política saludable
 - Intersectorialidad y cooperación entre diversos sectores y entidades relacionadas con la promoción de la salud a nivel local y/o general.

- Defensa activa de la salud para promover una voluntad política favorable a la educación y promoción de la salud en el ámbito local y/o general.

CONCLUSIONES

El nuevo paradigma de los activos para la salud requiere un cambio metodológico que le permita generar evidencia y ser operativo. Para ello es necesario:

- Centrarse en los *factores de protección y promoción de la salud positiva* para la creación de la salud más allá de la prevención de la enfermedad.
- *Ayudar a reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento* para facilitar a los enfoques positivos para la salud, el bienestar y el desarrollo.
- *Implicar efectivamente a las comunidades e implicarse* en los asuntos de la comunidad.
- Identificar y prescribir activos para la salud y potenciar desde los servicios de salud y de bienestar social los recursos de las personas y las comunidades para construir o reconstruir la salud.
- Reconocer que muchos de los activos clave para crear salud se encuentran dentro del *contexto social de las vidas de las personas* y pueden contribuir a equilibrar las desigualdades de salud
- La evidencia, la acción, la evaluación y la calidad de las intervenciones son la fuente de mejora del modelo.

REFERENCIAS

1. Morgan A, Hernán M. (2013). Promoting health and wellbeing through the asset model. *Rev Esp Sanid Penit.*;15(3): 78–86.
2. Godlee F. (2011). What is health? *BMJ*.;343(jul27 2): d4817–d4817.
3. Morgan A, Ziglio E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.;Suppl 2*: 17–22.
4. Morgan A, Ziglio E, Davies M. (2010). *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. Springer Science & Business Media.
5. Hernán M, Lineros C. (2010). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista Fundesfam. 2*. Recuperado de: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDEFAM%201/007revisiones.htm>

6. Skrabanek P. (1999). *La muerte de la medicina con rostro humano*. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos..
7. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. (2007). La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*. 41(3) 461–6.
8. Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MTR, Hernán M. (2015). Improving the evidence base on public health assets--the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. Aug;69(8): 721–723.
9. Hernán M, Morgan A, Mena AL. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública*. Recuperado de : <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2576+<>
10. Morgan A. (2014). Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos. *Glob Health Promot*. 21(2): 91–94.
11. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. (2011). [Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model]. *Rev Esp Salud Publica*. Mar;85(2): 129–139.
12. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ginebra. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
13. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly M, Butt J, Bergman V. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf
14. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 27(2): 180–183.
15. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 30: 93–98.
16. Scottish Development Centre for Mental Health. (2007). Developing Social Prescribing and Community Referrals for Mental Health in Scotland. Glasgow: Scottish Government. Recuperado de: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0054752.pdf>
17. Web de la Alianza de Salud Comunitaria . Recuperado de: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>
18. Kelly M, Morgan A, Ellis S, Younger T, Huntley J, Swann C. (2010). Evidence based public health: A review of the experience of the National Institute of Health and

Clinical Excellence (NICE) of developing public health guidance in England. *Soc Sci Med.* Sep;71(6): 1056–1062.

19. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. (2000). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo . Recuperado de: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/EHP_part1_ESP.pdf
20. Bezruchka S. Book Review The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity By Michael Marmot. 31. New York, Times Books, 2004. \$26. 0-8050-7370-1. N Engl J Med. 2005;352(11):1159–60.
21. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. (10 octubre 2007). Psychological stress and disease. *JAMA.*298(14): 1685–1687.
22. Cofiño Fernández R, Fernández RC. (2013). Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1). *Aten Primaria.* 45(3): 127–8.
23. Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan AR, Mena A. (septiembre 2015). Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promot Int.* 30(3): 552–562.
24. Gallego, J., Granizo, C. (2007). Criterios de calidad en promoción de la salud. Red aragonesa de promoción de la salud . Gobierno de Aragón. Recuperado de: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/CRITERIOS+RAPPES.PDF>

HABILIDADES PARA LA VIDA: RECORRIDOS ANDADOS Y POR ANDAR

IVÁN DARÍO CHAÍN PINZÓN

COMUNICADOR. FUNDACIÓN EDEX. DIRECTOR PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

GLADYS HERRERA PATIÑO

COMUNICADORA. FUNDACIÓN EDEX. COORDINADORA PEDAGÓGICA DE LA ESCUELA
IBEROAMERICANA DE HABILIDADES PARA LA VIDA

UNA BUENA OPORTUNIDAD

La coincidencia de la celebración del X aniversario de la Cátedra de Promoción de la Salud promovida por la Universitat de Girona y DIPSALUT, con los 25 años de la publicación de la *Iniciativa de Educación en Habilidades para la Vida*, propuesta por la OMS en 1993 (WHO, 1993), ha creado esta oportunidad para hacer una pausa y poner negro sobre blanco en este texto, los caminos transitados desde entonces y los que tenemos por transitar. Lo hacemos como Fundación EDEX, en el marco de la *Escuela Iberoamericana de Habilidades para la Vida*¹, formalizada en 2012 tras más de una década de trabajo sobre el particular.

SE PUEDEN APRENDER Y EMPODERAN

Cuando hablamos de Habilidades para la Vida (HpV) nos referimos a las que se esbozaron en la citada Iniciativa: Autoconocimiento, Empatía, Comunicación asertiva, Relaciones interpersonales, Toma de decisiones, Manejo de problemas y conflictos, Pensamiento creativo, Pensamiento crítico, Manejo de emociones

1 <http://escuela.habilidadesparalavida.net/>

y sentimientos y Manejo de tensiones y estrés. Lo que ha resultado ser más potente de ellas es que en la Iniciativa fueron concebidas como destrezas que pueden ser aprendidas y que son capaces de formar personas y grupos dueños de sí mismos, libres, que no entregan el control de sus vidas a las circunstancias o a otras personas.

EL ENCUENTRO ENTRE LA UDG Y FUNDACIÓN EDEX

Lo primero por contar es que la Cátedra de Promoción de la Salud y Fundación EDEX firman en 2014 un Acuerdo de colaboración que incluye la certificación de manera conjunta a quienes realizan *El Transcurso, un espacio virtual para formarnos en Habilidades para la Vida*. Se trata de uno de los cursos en línea de la citada escuela, promovida por Fundación EDEX²: a diciembre de 2018 ha realizado 17 ediciones, cada una con una duración de tres meses y una carga lectiva de 60 horas. Es un curso que sirve para iniciarse en estas diez destrezas psicosociales y, sobre todo, para encontrarles sentido en la vida personal, profesional y ciudadana. A la fecha, ha sido posible la certificación conjunta de 618 profesionales provenientes de 22 países de Iberoamérica.

El acuerdo de colaboración entre ambas instituciones surgió al comprobar que en *El Transcurso* en particular y en la formación en Habilidades para la Vida (HpV) en general, se alcanzaban objetivos de interés para las dos partes. Por un lado, la vocación de la Cátedra por impulsar una Promoción de la Salud que empodera a personas y colectivos ante sus determinantes sociales y sus comportamientos cotidianos, buscando vidas sanas y felices, e interviniendo activamente en la construcción de una sociedad justa y equitativa. Las habilidades para la vida constituyen, a estos efectos, relevantes «activos de salud» psicosociales, componentes clave del modelo de salutogénesis por el que la Cátedra apuesta.

De otra parte, el compromiso de Fundación EDEX, que desde 1973 diseña respuestas educativas para promover el desarrollo positivo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y que desde el año 2000 ha enfatizado con este enfoque de HpV. Tarea esta que viene realizando en alianza con organizaciones multilaterales, como la Organización Panamericana de la Salud, gobiernos como los de España, Costa Rica, Colombia o México y numerosas administraciones de carácter autonómico y local, así como con organizaciones de la sociedad civil. Sus actuaciones incluyen la creación de programas educativos, la formación de

2 En la actualidad la Escuela ofrece tres cursos en línea y formaciones presenciales que han llegado a más de 8.000 personas en 6 años, 1.000 de ellas en línea.

agentes de salud y educación y la divulgación del modelo a través de un sitio web monográfico³, la elaboración de manuales, la convocatoria de seminarios internacionales, etc.

A continuación, en la primera parte, compartimos aportes significativos del texto de la Iniciativa y las novedades o evoluciones que notamos en dicho planteamiento. En la segunda, los desafíos que se vislumbran.

PRIMERA PARTE, REVISANDO EL CAMINO

DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y EL ÁMBITO ESCOLAR, HACIA TODAS LAS EDADES Y TODOS LOS ESPACIOS.

El título de la Iniciativa enfoca los públicos a los que se dirige y prioriza: «Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes». Una propuesta llena de sentido que busca aprovechar el tiempo escolar para afianzar el aprendizaje de las HpV, tal como se hace con otras competencias y áreas del conocimiento: día a día, en proceso, avanzando gradualmente. En nuestro caso, al insertar los programas educativos centrados en Habilidades para la Vida en la dinámica escolar, confirmamos muchas de las hipótesis. Los números hablan por sí solos. En los programas educativos creados por EDEX, como *La Aventura de la Vida*⁴ (escolares de 6 a 11 años), *Retomemos*⁵ (adolescentes de 14 a 16 años), ¡Órdago!⁶ (adolescentes de 12-16 años) o *Unplugged*⁷ (adolescentes de 13-14 años) han participado desde su creación decenas de miles de educadoras y educadores, y los resultados de las evaluaciones practicadas en los más diversos contextos confirman que se afianzan los aprendizajes relacionados con la conducta a promover o prevenir y, como cabía esperar, con el propio desarrollo de las habilidades para la vida en las que los programas se sustentan.

En España, por citar solo uno de nuestros últimos desarrollos, el ya citado *Unplugged*, de prevención del abuso de drogas basada en la evidencia, ha conseguido llegar desde su inicio en 2014 a un número aproximado de 30.000 escolares y su profesorado, gracias a los diversos apoyos públicos y privados

3 <http://habilidadesparalavida.net/>

4 <http://laaventuradelavida.net/>

5 <http://www.retomemos.com/>

6 <http://www.ordago.net/>

7 <http://unplugged.edex.es/>

recibidos. Un respaldo confirmado con la concesión por parte de Obra Social La Caixa de uno de los premios 2017 a la innovación social.

De otra parte, en los últimos años hemos observado que, además de avanzar en el sentido señalado por la Iniciativa, surgen espacios y nuevos agentes para el trabajo sobre HpV. Por ejemplo, en Colombia⁸, la Agencia Alemana de Cooperación, GIZ, nos pidió que apoyáramos emprendimientos económicos de comunidades campesinas ubicados por más de 50 años en las zonas más álgidas del conflicto: «Queremos aprender a convivir, hemos vivido siempre en la desconfianza», dicen estas personas, muchas de ellas mayores, con pasos fugaces por la escuela. Desde 2016 hemos trabajado con estos grupos, buscando su empoderamiento y fortaleciendo su capacidad para afrontar el desafío colectivo de convivir.

En Panamá⁹, entre 2015 y 2016 nos convocó la alianza de un gremio empresarial (SUMARSE) y la Alcaldía de la ciudad para formar en HpV a dos grupos de personas. Por un lado, a 17 bibliotecarias comunitarias y por el otro, a 25 personas de las áreas de personal y bienestar de grandes empresas del país. De manera conjunta estudiaron el tema y formularon proyectos con enfoque de HpV centrados en diversos aspectos: promoción de lectura, manejo del estrés, promoción del voluntariado, responsabilidad social empresarial, entre otros.

En México¹⁰, a partir de 2010 la Universidad Autónoma de Yucatán abrió el programa de Habilidades para la Vida dirigido a estudiantes de Psicología. Desde entonces ha creado tres asignaturas que se cursan a lo largo de la carrera, en las cuales se promueve el aprendizaje significativo de las HpV en el ámbito personal, profesional y ciudadano.

DEL FOCO EN LA PERSONA Y SU COMPORTAMIENTO AL FOCO EN LOS COLECTIVOS Y SUS INTERVENCIONES EN EL CONTEXTO

En la *Octava Conferencia de Promoción de la Salud*¹¹, realizada en Helsinki en 2013, se adicionó una línea a la manera de comprenderla, que resulta significativa: «...el proceso de proporcionar a la gente los medios necesarios

8 <http://www.edex.es/tres-procesos-productivos-comunitarios-y-una-novedad-aprender-juntos-habilidades-para-la-vida/>

9 <http://www.edex.es/panama-un-semillero-de-personas-y-proyectos-trabajando-en-habilidades-para-la-vida/>

10 <http://www.edex.es/la-universidad-autonoma-de-yucatan-uady-inserta-las-habilidades-para-la-vida-en-la-formacion-integral-de-psicologos-2/>

11 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>

para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma... **y sobre sus determinantes».**

Esta adición mantiene la propuesta de que cada persona tome decisiones sobre su propia salud, y remarca que es necesario intervenir colectivamente sobre los factores que la determinan: condiciones de trabajo, polución, existencia y uso de espacio público, políticas económicas, climas de convivencia, entre otros.

Un giro similar se presentó en el campo de las HpV. Las primeras experiencias se centraron más en riesgos psicosociales y en cómo cada persona podía manejarlos. Luego se han dado experiencias con una visión más amplia, centradas más en empoderar para promover salud que en prevención de riesgos. Esto ya aparecía señalado en la Iniciativa original: «las habilidades sirven para promover la salud y el bienestar aun cuando a menudo puedan aparecer en programas para la prevención de problemáticas específicas. Describirlas como habilidades para la competencia psicosocial nos permite entender su papel positivo.» (WHO, *op.cit.*, p. 9).

Algunas experiencias muestran el potencial de promover empoderamiento más que comportamientos. La colaboración en la Iniciativa Rostros Voces y Lugares (RVL)¹², desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los municipios más rezagados socialmente de América Latina, nos permitió trabajar en El Salvador, Guatemala, Panamá y Costa Rica. Uno de los temas de trabajo fue el de las vivencias de la sexualidad en personas adolescentes. Ya no se buscaba tan solo que usaran un método de anticoncepción o que evitaran mantener relaciones de riesgo. El eje del trabajo estaba en poder conversar y aprender colectiva y tranquilamente en el aula sobre la sexualidad.

Un estudiante de Costa Rica de 13 años contaba cómo eran antes sus clases de sexualidad: «Solo te dicen: este es el pene, esta es la vagina. Juéguesela, eso te sale en el examen». Eso cambia cuando se aborda el tema con enfoque de las HpV, como lo narra una adolescente de 14 años: «Esa era una clase que nos daban en donde aprendíamos sobre la sexualidad, los amigos, los celos y cosas que se dan en estas etapas de la vida de uno y a mí me gusta mucho... uno aprende, opina, se divierte y lo preparan para ser buena persona... porque es bueno que uno se oriente».

El docente que los acompañó señala el punto clave de esta manera de aprender: «Si uno empodera a un estudiante, puede generar muchísimas cosas... cuando le da esa confianza... acuérdesse que cuando esta adolescente no tiene esa confianza, todavía la anda buscando. Si usted los deja a ellos que se expresen

12 <https://www.paho.org/canastabuenaspracticas/>

libremente, ahí aparecen datos y situaciones tan interesantes que es un universo de posibilidades lo que uno encuentra».

Esta experiencia deja ver algunos de los cambios que supone trabajar en el campo del riesgo y al mismo tiempo en el campo de la promoción, abordando tanto el aporte individual como el colectivo. Se busca un entrenamiento gradual y sostenido para alcanzar una «musculatura emocional, racional, sentimental» que empodere a la persona y que pueda usar en cada decisión y ante cada desafío de la vida.

CONTEXTUALIZAR E IMPLICAR

En Engativá, localidad de Bogotá¹³, Colombia, se desarrolló a lo largo de 4 años una experiencia en 32 colegios, con 26.882 niñas y niños de primaria. El colectivo de 904 docentes fue formado en Promoción de la Salud, en Habilidades para la Vida y en el manejo del programa *La Aventura de la Vida*, que habrían de aplicar en sus aulas. Todos partieron con un «equipaje» similar, y, sin embargo, cada colegio diseñó su propio plan de inserción de las Habilidades para la Vida en el currículo y cada docente elaboró sus propios planes de aula.

LA FIESTA DE LA CONVERSACIÓN

La experiencia de Engativá nos puso en claro dos elementos claves para lograr que el conocimiento sea construido y contextualizado: por un lado, la pedagogía y, por el otro, las metodologías. La pedagogía la entendimos como la manera de construir conocimiento con otras personas. Desde EDEX trabajamos con *La fiesta de la conversación*, una propuesta pedagógica que sugiere tres claves a poner en juego en cada momento de aprendizaje: primero, captar la atención del grupo a partir del encanto que sorprende y llama la atención, por encima de la cantaleta que repite, adormece y corta la comunicación. Segundo, la confianza en que cada persona tiene un saber propio que posiblemente el resto ignoramos y al que podemos acceder escuchando, comprender de dónde proviene y aprender en el diálogo con ella. Y tercero, el uso permanente de la curiosidad y la investigación para no quedarnos con lo conocido y con el argumento de «autoridad», sino tener siempre a mano preguntas que permitan saber qué pasa, por qué, cómo.

En medio de la «fiesta» aflora la riqueza metodológica: cada docente tiene una experiencia propia y puede experimentar en el aula con música, danza,

13 www.edex.es/wp-content/uploads/Memoria-engativa-digital-FINAL.pdf

juegos, trabajos en parejas o en grupos pequeños, en plenarias, juegos de roles, escrituras, preguntas que promueven posturas críticas, desafíos creativos y de otras muchas maneras. Esta diversidad de recursos es un ejemplo de cómo trabajar en el aula las inteligencias múltiples propuestas en los ochenta por Gardner.

El valor de las respuestas acordes al contexto, el peso de la implicación y el uso de pedagogías y metodologías novedosas también fueron reseñados en el texto original: «La educación en habilidades para vivir se basa en el aprendizaje por medio de la interacción de nuevos conocimientos y la adquisición, práctica y aplicación de habilidades... En los programas que facilitan esta enseñanza se involucra a los niños en un proceso dinámico y participativo.» (WHO, *op.cit.*, p. 10).

LA REAFIRMACIÓN DE LO PSICOSOCIAL Y SU PODER TRANSFORMADOR

Las Habilidades para la Vida de las que nos ocupamos tienen apellido. Son psicosociales y esto define sus campos de acción: aportan en las relaciones que las personas tenemos con nosotras mismas, con otras personas y con el contexto. Y la palabra subrayada es la que nos llama la atención, porque el aporte esencial de las HpV es que aumenta la capacidad para transformar esas relaciones.

Una niña de 12 años, de Guatemala, después de 6 meses de trabajar en HpV nos dijo: «El mundo está cambiando; los hombres creen que pueden tener dos o tres mujeres y las mujeres ahí; tenemos que hacernos respetar de ellos.» De igual modo, un hombre de Cataluña, después de un curso en línea sobre el tema, nos cuenta que «tan solo poniendo en práctica pequeñas cosas aprendidas el cambio es profundamente significativo: la relación con mi ex mujer, con mi superior, con mis hijas, con mi actual compañera, incluso la relación conmigo mismo y con las redes sociales. Todo se ha visto positivamente afectado». Una mujer mayor, después de dos días de trabajo, reflexiona con nosotros: «Me propongo ser yo misma, que nadie me siga diciendo qué debo y no debo hacer. Me propongo empezar una carrera y hacer todo lo que no pude en 40 años de matrimonio, que lo mandé al diablo porque no pude ser YO misma porque el hombre que me tocó como esposo me cortó las alas desde el primer día y me cansé. Me propongo ser feliz, feliz, feliz».

Esta es la capacidad transformadora y política de las HpV, la que permite que colectivos y personas tomen las riendas de sus relaciones y se decidan a transformarlas con la lente de la ética del cuidado, con el marco de los derechos humanos y con la búsqueda del bienestar personal y colectivo.

SEGUNDA PARTE

MIRANDO DESAFÍOS QUE TENEMOS AL FRENTE

NO SER FLOR DE UN DÍA

Muchas experiencias de trabajo en Habilidades para la Vida mueren cuando apenas nacen. Se limitan a actividades puntuales que desaparecen por carecer de políticas que les den continuidad. La buena noticia es que en varios modelos educativos de país y declaraciones de agencias de Naciones Unidas se han insertado las Habilidades para la Vida como elemento esencial y, en algunos casos, transversal.

El desafío es romper la idea de que este tema se aborda una vez al año o cuando se presenta una emergencia (una agresión, un suicidio, un embarazo no deseado...) de la mano de especialistas. Es necesario disponer de políticas públicas que garanticen que el enfoque se inserte en el currículo y que les asignen tiempo y recursos para que docentes y escuelas puedan fortalecer sus procesos. El ejemplo más claro y reciente es el *Nuevo Modelo educativo de México*¹⁴ que identifica como una de sus diez novedades significativas la enseñanza de habilidades a lo largo de todo el proceso educativo, destacando el autoconocimiento, el manejo de emociones, la toma de decisiones y el trabajo en equipo.

MUCHO SE NOS HA VUELTO POCO

Las preguntas más frecuentes que escuchamos de quienes quieren trabajar en Habilidades para la Vida es: «¿Qué evidencias hay de que esto funciona?» «¿Cómo se evalúa?» No siempre disponemos de respuestas precisas. Hemos encontrado que hay muchas investigaciones sobre el tema, generalmente ligadas a proyectos y programas, pero no tantos instrumentos de evaluación de HpV que sean confiables, contrastables y de aplicación en distintos contextos y circunstancias.

¿Es posible disponer de una batería de instrumentos de evaluación que nos muestren resultados y ayuden a fortalecer decisiones en favor de estos procesos? Creemos que sí, y el desafío es crear y hacer accesible una batería como la descrita.

14 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/264246/Las_HSE_en_nuevo_modelo_educativo.pdf

CAMINOS POR EXPLORAR

Los pasos que se han recorrido y las posibilidades de seguir avanzando muestran que el enfoque de Habilidades para la Vida es una propuesta potente de desarrollo social y personal, que en 25 años ha evolucionado y que se inserta muy bien en diversidad de intervenciones: riesgos psicosociales, resiliencia, calidad de la educación, entre otras.

Los desafíos de tener mejores herramientas de evaluación, disponer de políticas públicas y aumentar los diálogos con modelos complementarios, llena de sentido este acuerdo de colaboración entre la Cátedra de Promoción de la Salud y la Fundación EDEX. Tenemos mucho por hacer y aprender en este acercamiento. En el horizonte inmediato se sitúa el reto conjunto, apoyado por la Diputación de Girona, de organizar en esta ciudad el *V Seminario internacional de habilidades para la vida*, en octubre de 2019. Desde ya les invitamos a unirse al diálogo constructivo que esperamos desarrollar. Será la mejor manera de refrendar este acuerdo de colaboración y de alimentarlo con nuevas propuestas y posibilidades.

REFERENCIAS

1. WHO (1993). *Life Skills Education in Schools*. Geneva: WHO.

EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

JAVIER GALLEGO DIÉGUEZ

SALUBRISTA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. GOBIERNO DE ARAGÓN

MAR RODRÍGUEZ BELTRÁN

ANTROPÓLOGA. EBRÓPOLIS.

ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO ESTRATÉGICO DE ZARAGOZA

INTRODUCCIÓN

La participación comunitaria se viene considerando desde hace unas décadas como uno de los instrumentos prioritarios para avanzar en los niveles de salud. Pero, ¿de qué hablamos cuando decimos que nuestros programas son participativos? ¿Qué entendemos por participación? ¿Y por empoderamiento? Porque también este término de origen anglosajón pero ya asumido por todos por su carácter tan expresivo como expresión de acción y proceso está en boca de todos. ¿Hablamos de lo mismo cuando lo hacemos de la participación y el empoderamiento?

Desde estas breves páginas vamos a intentar hacer un acercamiento a ambos conceptos y su interrelación, así como a la evolución de sus significados y las connotaciones sociopolíticas que los condicionan. Se aportan además unas pinceladas de la evidencia del impacto y efectividad de la participación y empoderamiento en los programas de salud a partir de una revisión de la última bibliografía sobre el tema. Acabamos con algunas reflexiones para la implementación de este enfoque comunitario en salud que queda como lista abierta para el intercambio y debate.

EVOLUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS. DE ALMA ATA HASTA LA ACTUALIDAD

La participación comunitaria aparece como un elemento clave de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Alma-Ata (1978), donde se propuso reorientar los sistemas sanitarios para que superasen el *hospitalcentrismo*. Se subrayó la «importancia de la participación plena y organizada, de manera que los individuos, las familias y las comunidades sean más responsables de su salud». En la conferencia de promoción de la salud de Ottawa (1986), en la que se alcanza un consenso internacional sobre el concepto y principales estrategias de la promoción de la salud, se resalta que la participación efectiva y concreta de la comunidad debe realizarse en la elección de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha de actuaciones de salud. Por primera vez en un documento de la OMS, se utiliza el término de «empoderamiento de las comunidades» para referirse a la apropiación y el control sobre sus propios esfuerzos y destinos y ligado al desarrollo comunitario.

Sin embargo, la crisis económica en la década de los ochenta y el desplome del bloque socialista en los noventa promovieron políticas neoliberales que implicaban privatización y liberalización. La fundación Rockefeller acuñó el concepto de «atención primaria selectiva» como enfoque más coste-efectivo y realista frente al modelo de atención primaria integral que se propuso en Alma-Ata (Vos, 2009). El Banco Mundial que asume la iniciativa en contraposición a la OMS en la formulación de políticas sanitarias considera que la participación y el empoderamiento deben contribuir a la reducción de costes.

En los inicios del siglo XXI, el propio Banco Mundial reconoce que la pobreza extrema es un factor clave para la salud, la educación y otras áreas del desarrollo, y asume el empoderamiento como una estrategia importante para la reducción de la pobreza, que define como «la expansión de los activos y capacidades de los pobres para participar en, negociar con, influir sobre, controlar, y tener instituciones responsables que influyan en su vida» (Narayan, 2004).

En España, La Ley General de Sanidad (1986) afirma en su artículo cinco, que los servicios sanitarios tienen que articular la participación comunitaria para la formulación de la política sanitaria y controlar su ejecución. Establece que las comunidades autónomas ajustarán sus competencias a criterios de participación democrática y define órganos de participación en diferentes niveles. La representación de los ciudadanos se mediatiza fundamentalmente a través de las corporaciones locales y las organizaciones sindicales y empresariales.

En la década de los noventa y comienzos del 2000, las políticas neoliberales tienen sus efectos en el sistema sanitario. En la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) se habla de la participación social entendida

como «consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario». Es decir, se realiza desde una perspectiva que responde a lograr la satisfacción de los usuarios como consumidores de los servicios sanitarios, relegando la participación comunitaria y el papel como ciudadanos, y crea un órgano consultivo con un carácter meramente testimonial. En esa época se desvaloriza la participación y la salud comunitaria, promoviendo consumidores satisfechos, aumentando la dependencia de los servicios y la medicalización de las situaciones cotidianas de la vida. La gestión sanitaria «gerencialista», consideraba que los usuarios hacían la participación «con sus pies», porque «eligen» desplazándose a los servicios sanitarios que utilizan. Paradójicamente, en la década actual, ha sido la sostenibilidad del sistema sanitario, presionado por la situación de envejecimiento y la cronicidad, la que vuelve a poner en la agenda la participación, la salud comunitaria y la reducción de las desigualdades sanitarias, como plantea la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Sistema Nacional de Salud (2013). En este contexto, la Ley General de Salud Pública (2014) recupera el derecho de participación (artículo 5) de «los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública».

QUÉ ENTENDEMOS POR PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

Asistimos a una generalización de uso de estos conceptos y por tanto a una banalización de su significado (Woodall, 2012). Ha habido una apropiación por parte de administraciones, agencias internacionales que supone un vaciamiento de contenido, quedando en intervenciones superficiales sin abordar los procesos de cambio necesarios para que sea real.

El empoderamiento es un concepto multidimensional, ya que supone distintos niveles de desarrollo y diferentes dimensiones desde la personal a la organizacional y la comunitaria. Consiste en que las personas, grupos y comunidades se introduzcan en el sistema de decisiones y encaren procesos de toma de poder en estos diferentes niveles. Esto supone, según el modelo gramsciano y siguiendo a Foucault, un cambio en las relaciones de poder pasando del «poder sobre», propio del ejercicio de este en términos de dominación y obediencia (suma cero), al poder «para», «con» y «desde», que lo define en términos generativos (suma positiva).

Este enfoque condiciona la concepción de participación en los procesos de promoción de la salud. Lograr el empoderamiento de una comunidad que propicie cambios conscientes y sostenibles en la salud no se consigue

con operaciones cosméticas o acciones de mera consulta. Si entendemos la participación como consulta a la comunidad, a menudo cometiendo el error de que lo que opinan los participantes ya constituye el resultado y la visión de la realidad, sin ningún proceso de trabajo, lo único que se consigue es un listado sumatorio y muchas veces contradictorio y poco representativo del sentir de la población que suele ser de naturaleza heterogénea con conflictos y luchas de poder.

Estas intervenciones no suponen un cambio ni una construcción de conocimiento, ni una sensibilización y toma de conciencia, condición para los procesos de cambio en general y en promoción de la salud en particular. Para ello es necesario ese empoderamiento que supone:

- Un proceso.
- Una progresiva toma de poder. Un reequilibrio en la detención del poder.
- El desarrollo de la capacidad personal, grupal y comunitaria de análisis crítico y de intervención.

Desde esta perspectiva vemos que, en este contexto, cuando hablamos de participación estamos hablando de un determinado concepto de esta, incluso de un contínuum con diferentes niveles.

Desde que Arnstein aportase su tan utilizada *escalera de la participación* en 1969, se han realizado múltiples adaptaciones o escalas para expresar este contínuum. Aquí vamos a seguir a Andrea Cornwall, citada por Harris, Cook et al. (2018) que en una reciente publicación plantean una serie de niveles en los que se gradúan las acciones según va incrementándose el grado de participación. En una traducción libre presentamos los seis niveles propuestos que culminan en procesos que ya podemos llamar de empoderamiento:

1. *Cooptación*, donde son elegidos representantes simbólicos pero no tienen una participación o poder real en el proceso.
2. *Adhesión*, donde los agentes externos deciden la agenda y dirigen el proceso, con tareas asignadas a los participantes.
3. *Consulta*, en la que se piden opiniones locales, pero son los agentes externos quienes llevan a cabo el trabajo y deciden el curso de acción.
4. *Cooperación*, donde la población local trabaja junto con agentes externos para determinar las prioridades, quedando la responsabilidad de dirigir el proceso en manos de personas ajenas.

5. *Co-aprendizaje*, donde la población local y los foráneos comparten sus conocimientos para crear nuevos conocimientos y trabajar juntos para formar planes de acción, con la facilitación de agentes externos.
6. *Acción colectiva*, donde la población local establece su propio programa y se moviliza para llevar a cabo el proceso en ausencia de iniciadores y facilitadores externos.

Por lo tanto, si estamos hablando de empoderamiento esto implica tender a alcanzar los dos últimos niveles de participación. Son procesos en los que se culmina con la toma de decisiones, pero después de momentos de motivación – formación – organización, como todo curso de desarrollo comunitario.

El empoderamiento comporta implicar a las partes interesadas y al propiciar reflexión y dialogo, es decir, trabajando y aprendiendo juntos, se encuentran o crean formas más adecuadas y eficaces para abordar los problemas y mejorar la salud así como los servicios sanitarios y su enfoque de trabajo (Abma, Cook et al., 2017).

Por lo tanto, no se responde a un paradigma informativo que siguiendo la teoría del «vaso vacío» se fundamenta en la transmisión de conocimientos mediante relaciones unidireccionales; ni al motivacional que pretende modificar conductas y es propio de las ciencias del comportamiento, ni siquiera consiste en dar participación puntual en programas y actividades, sino que supone la construcción de la capacidad comunitaria mediante el proceso de hacerse consciente de la realidad, compartir la percepción de los problemas, la clarificación de expectativas mutuas y el aumento de la capacidad de influencia en la realidad, incluidas las instituciones sociales y la administración.

Se trata de avanzar en modelos de cooperación, de negociación, de confrontación de conocimiento experto con conocimiento experiencial y sentido común que genera en una relación dialéctica un conocimiento nuevo, un nuevo «saber». Estas intervenciones procesuales suponen un esfuerzo consciente y sostenido que lleva al crecimiento personal de los actores, expertos o no, y a cambios en las organizaciones, en los servicios y finalmente en la realidad.

Se ha discutido si el empoderamiento,—y, por lo tanto, el concepto de participación que lo hace posible— de acción colectiva es un proceso o un resultado, un fin o un medio. Desde nuestro punto de vista se trata de ambas cosas, la finalidad siempre será el crecimiento que lleve hacia personas, ambientes y contextos más saludables, lo que supone mayor capacidad crítica, un conocimiento de la realidad compartido, una elección de estrategias común y una organización comunitaria más fuerte.

Las metodologías para este enfoque de desarrollo comunitario sostenible se fundamentan en la educación liberadora de Paulo Freire (1970), cuya aportación teórica y práctica ha orientado la acción comunitaria. Propone que las intervenciones tienen que tener como objetivo una concientización de las personas, una toma de conciencia, es decir, el paso de una conciencia «no reflexiva» a una conciencia «crítica» que pueda crear la capacidad y la disposición para la acción enfocada al cambio, un cambio personal, organizacional y comunitario.

Estamos hablando de metodologías que definirían la secuencia de ACCIÓN-REFLEXIÓN-ACCIÓN. Es decir, parten de la propia experiencia significativa, el bagaje cultural y de conocimiento de las personas y comunidades (ACCIÓN I), se trabaja sobre ella mediante métodos dialógicos de problematización (REFLEXIÓN), y se pasa a una acción que cambie la realidad previa (ACCIÓN II). En definitiva, se trata de ir avanzando cualitativamente en el proceso activo de empoderamiento (de ahí la expresión que supone acción, proceso) y que permita, en una relación dinámica, *querer* participar (trabajar la motivación), *saber* participar (trabajar la capacitación y formación) y *poder* participar (incidir en la organización y la estructura)

Un instrumento metodológico con el que se puede contar para llevar a la práctica este paradigma es el de la Investigación – Acción participativa, una acción integrada en la que se aúna investigación, formación y acción enfocada al cambio social. La investigación – acción, método propuesto por primera vez en por el psicólogo social Kurt Lewin (1946) ha sido desarrollado y experimentado sobre todo en Latinoamérica en procesos de desarrollo comunitario, mencionando principalmente a Fals Borda (1987). Con este método la población es motivada a participar en la investigación como agente activo, produciendo conocimiento e interviniendo en la propia realidad. La investigación es un instrumento desapareciendo la diferencia entre objeto y sujeto de la investigación.

También con largo recorrido en el trabajo en salud recientemente se está produciendo una gran cantidad de literatura que creemos interesante reseñar ya que nos permite visualizar la actualidad y pertinencia de estos métodos y conocer instrumentos para su aplicación, asimismo se estudia y documenta el impacto de la participación en los programas de salud. Destacamos los de Abma, Cook et al. (2017); Lucero, Wallerstein et al. (2018); Oetzel, Wallerstein et al. (2018) y Harris, Cook et al. (2018) entre otros.

Así, vemos que en la investigación en salud de carácter participativo el impacto viene como resultado de un proceso de reflexión y diálogo de múltiples partes interesadas, lo que concede gran valor a los resultados.

Esta vía de movilización del conocimiento y búsqueda del consenso y la sintonía que se alcanza durante la investigación supone ya unos resultados en el proceso, en el camino, no hay que esperar que ocurra solamente al final (Abma, Cook et al., 2017).

FACTORES CONDICIONANTES

Rifkin (2009), afirma que no es posible considerar la participación comunitaria fuera del contexto político. La participación efectiva se enfrenta a cuestiones de poder y control sobre las decisiones. Tampoco es posible circunscribir la participación solo a los servicios sanitarios, las personas tienen otras prioridades que tienen relación con los determinantes de salud como la alimentación, la vivienda, la educación y el empleo. No existe un modelo estándar de participación comunitaria, la historia y la cultura de la comunidad local son elementos determinantes del valor y sostenibilidad de la misma.

Continuando con Rifkin (2009), apunta una serie de expresiones que ayudan a entender las dificultades de la participación comunitaria. Así, dice que «los profesionales sanitarios oyen lo que quieren oír», la mayoría de profesionales han sido formados en el paradigma biomédico, que sirve para la asistencia y el control de las enfermedades, pero tiene un valor limitado para la promoción de la salud. Asimismo, que «los profesionales sanitarios escuchan aquello en lo que tienen experiencia» y, por último, que «las personas no se comportan de la manera que nosotros (los profesionales) pensamos que deberían», es decir, falta un análisis en profundidad de los puntos de vista y experiencias de las personas de una comunidad, sin tratar de encajarlos en la visión preconcebida de los profesionales. Aspectos como el liderazgo, el respeto, la confianza y las relaciones de colaboración condicionados por la historia y las trayectorias previas son claves que no son tenidas en cuenta.

La participación formalista (en inglés se utiliza el término *tokenism*), vaciada de contenido, «simbólica» o «domesticada», es uno de los principales frenos de la participación efectiva. Se pide la participación, pero no se toma en serio, lo que la convierte en una experiencia improductiva. Viene a entenderse como una profecía autocumplida (Snape, 2014), que genera un círculo vicioso. Cuando se parte de una infravaloración de la participación, se genera una práctica formalista que produce un fracaso y desprestigio de los intentos de implicación, que a su vez retroalimenta la infravaloración del significado y acción de la participación.

LA EVIDENCIA SOBRE PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

El empoderamiento en sí mismo es un resultado que tiene efectos a nivel personal, organizativo y comunitario y también puede valorarse su influencia en los resultados sobre la salud y la reducción de desigualdades. Narayan (2004) considera que las estrategias de empoderamiento de las poblaciones vulnerables que logran resultados comparten cuatro elementos: acceso a la información relevante; su inclusión en la toma de decisiones; la capacidad organizativa local; y la rendición de cuentas de las instituciones públicas. Existen muchas investigaciones que han valorado el empoderamiento en poblaciones vulnerables (jóvenes, mujeres, minorías étnicas,...).

Wallerstein (2006) considera que existe evidencia sobre la interconexión entre el empoderamiento psicológico, el nivel de participación y el sentido de comunidad. La participación comunitaria se ve favorecida por el sentido de comunidad existente y el empoderamiento personal. Los resultados del empoderamiento comunitario incluyen valoraciones de vinculación comunitaria (capital social, sentido de comunidad y los activos comunitarios) y medidas de participación comunitaria (cambios políticas y normas saludables, equidad). Wallerstein (2006) subraya que la participación es esencial, pero que por sí sola es insuficiente si las estrategias no crean capacidad personal, organizativa y comunitaria para responder a los retos.

Un importante metaanálisis sobre la efectividad de la participación comunitaria en las intervenciones de salud pública con grupos vulnerables (O'Mara-Eves, 2015) ha identificado un impacto positivo sobre diferentes resultados de salud relacionados con comportamientos de salud (consumos de alcohol, tabaco y otras drogas, alimentación, lactancia materna, seguridad, parentalidad positiva, actividad física) y con las consecuencias sobre la salud (salud cardiovascular, obesidad, hipertensión, salud mental, salud infantil).

El Instituto de Excelencia del Reino Unido NICE ha realizado una importante revisión de la evidencia sobre la efectividad de la participación comunitaria para mejorar la salud y reducir las desigualdades que ha conducido a la elaboración de la Guía NICE «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities» (NICE, 2016), cuyas recomendaciones han sido traducidas al español por el *Proyecto AdaptA GPS* liderado por la comunidad valenciana con la colaboración de la *Alianza de Salud Comunitaria* que ha permitido su validación al contexto de España (Cassetti, 2018).

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Vamos a tratar de esbozar, después de este breve recorrido por lo que entendemos por participación y empoderamiento en salud, una serie de recomendaciones o propuestas sin ánimo exhaustivo pero que pueden ayudar a enfocar nuestra práctica.

En consonancia con los principios metodológicos aquí expresados en el documento *Engaging and empowering communities* realizado por Think Local Act Personal (TLAP), asociación estratégica nacional de Reino Unido de más de 50 organizaciones comprometidas a apoyar la implementación continua de la personalización y la salud, la atención y el apoyo basados en la comunidad, vemos una serie de recomendaciones de los principios que deben sustentar todos los enfoques de empoderamiento de la comunidad:

- Adoptar un enfoque que reconozca que las personas tienen habilidades y conocimientos que pueden y deben ser utilizados en su comunidad.
- Utilizar la coproducción porque cuando la experiencia de vida de las personas es valorada junto con los conocimientos profesionales, conduce a mejores soluciones compartidas.
- Promover el «capital social», las conexiones sociales que conducen a la vecindad y al compromiso cívico.
- Alentar a las comunidades a valorar la diversidad y garantizar la igualdad de acceso a todos sus miembros.
- Transferir el poder y el control de los servicios públicos y los profesionales a la comunidad y especialmente a aquellos que están marginados y rara vez son escuchados.

Lo primero que aflora después de estos planteamientos teóricos y metodológicos es que todo ello supone una nueva cultura profesional. El nuevo papel que ya no es el de experto, del que sabe, sino que se transforma en facilitador, dinamizador, consultor, mediador, exige nuevas capacidades, competencias, conocimientos. Asimismo, exige nuevas actitudes. Serán útiles la apertura, la capacidad de escucha y comunicación, la empatía, la valoración de las personas y sus conocimientos, etc., por lo tanto, la formación en métodos y técnicas que no se suelen aprender en las facultades de ciencias de la salud y que combinan saberes antropológicos, educativos, de trabajo sociocomunitario, etc.

También cabría en la reflexión sobre los programas comunitarios de salud que nos hiciésemos la pregunta ¿Quién es o debe ser el promotor de las intervenciones de salud comunitaria? La respuesta habitual será la de otorgar ese papel a los servicios sanitarios en su conjunto o incluso a profesionales sanitarios aislados, sin ser conscientes de que desde la perspectiva apuntada

también pueden ser profesionales de otros servicios, educativo, de servicios sociales, dinamización comunitaria, educación familiar..., tanto de sistemas públicos formales como de asociaciones o ONGs. Asimismo también pueden ser militantes o agentes comunitarios organizados. Esto resitúa y cuestiona la división de papeles tradicional. Es una cuestión de punto de vista.

Otro aprendizaje que se debe hacer al empeñarse en estos procesos es que no se pueden controlar los resultados y que los tiempos de la participación y del crecimiento comunitario y sus consecuentes cambios no se corresponden con legislaturas de equipos de gestión. Esto nos lleva a la dificultad de la evaluación de las intervenciones, si bien ya hemos apuntado la evidencia de la efectividad de la participación en los programas de salud, se exigen sistemas de evaluación y procesos que no suelen ser los empleados en otros ámbitos de las ciencias sanitarias. Lindacher (2018) ha revisado recientemente los indicadores utilizados para la evaluación del empoderamiento, clasificándolos en tres bloques: a) Cognitivos y motivacionales (habilidades personales, autoeficacia, motivación); b) Competencias en grupos y organizaciones (participación, red social, apoyo social, decisiones compartidas); y c) Dimensión política y acción colectiva (visión, conciencia crítica, liderazgo, movilización de recursos).

Como vemos todo esto tiene consecuencias en la organización y enfoque de los servicios con la necesidad de grandes cambios en la administración y en sus sistemas de servicios a las personas, grandes cambios en los centros sanitarios, pero también en los educativos o de Servicios Sociales, de empleo, de planificación urbanística u otros. Todos deben virar hacia un enfoque comunitario y por lo tanto de cooperación en unos objetivos comunes y de trabajo interdisciplinar, intersectorial e interinstitucional.

Pero como toda intervención comunitaria conlleva procesos políticos y sociales complejos en los que el conflicto forma parte, para la superación de barreras serán necesarios también cambios en la comunidad de capacidad personal pero también en las organizaciones, asociaciones, plataformas etc. superando clientelismos, afán de protagonismo, búsqueda de autojustificación para la supervivencia de entidades y servicios etc.

Así mismo ser conscientes que los cambios no se pueden realizar desde el exterior, sino que debe haber un compromiso comunitario como parte de la labor profesional que supone la inmersión en esa comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abma, T. A., Cook, T., Rämgård, M., Kleba, E., Harris, J., & Wallerstein, N. (2017). Social impact of participatory health research: collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. *Educational Action Research*, 25(4), 489-505. <https://doi.org>

- /10.1080/09650792.2017.1329092
2. Cassetti V., López Ruiz MV. y Paredes Carbonell J. (coordinación) (2018). Participación comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Guía adaptada de la Guía NICE 44: «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities» Proyecto AdaptA GPS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
 3. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionPrevision.htm>
 4. Fals Borda, O. (1987) *Investigación Participativa*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
 5. Freire, P. (1970) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
 6. Harris, J., Cook, T., Gibbs, L., Oetzel, J., Salsberg, J., Shinn, C., ... Wright, M. (2018). Searching for the Impact of Participation in Health and Health Research: Challenges and Methods]. <https://doi.org/10.1155/2018/9427452>
 7. Lewin, K. (1946). Action research and minority problems; *Journal of Social Issues* 2 (4): 34-46.
 8. Lindacher, V., Curbach, J., Warrelmann, B., Brandstetter, S., & Loss, J. (2018). Evaluation of Empowerment in Health Promotion Interventions: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 41(3), 351-392. <https://doi.org/10.1177/0163278716688065>
 9. Lucero, J., Wallerstein, N., Duran, B., Alegria, M., Greene-Moton, E., Israel, B., ... White Hat, E. R. (2018). Development of a Mixed Methods Investigation of Process and Outcomes of Community-Based Participatory Research. *Journal of mixed methods research*, 12(1), 55-74. <https://doi.org/10.1177/1558689816633309>
 10. Narayan, D (2004) *Empoderamiento y reducción de la pobreza*. México: Banco Mundial / Alfaomega.
 11. NICE (2016) Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities | Guidance and guidelines | NICE Recuperado 21 de septiembre de 2018, de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
 12. O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
 13. Oetzel, J. G., Wallerstein, N., Duran, B., Sanchez-Youngman, S., Nguyen, T., Woo, K., ... Alegria, M. (2018). Impact of Participatory Health Research: A Test of the Community-Based Participatory Research Conceptual Model [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2018/7281405>
 14. Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
 15. Snape, D., Kirkham, J., Britten, N., Froggatt, K., Gradinger, F., Lobban, F., ... Jacoby, A. (2014). Exploring perceived barriers, drivers, impacts and the need for evaluation of public involvement in health and social care research: a modified Delphi study. *BMJ Open*, 4(6), e004943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004943>
 16. Think Local, Act Personal (2016) Engaging and empowering communities: Our shared commitment and call to action. United Kingdom. <https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/Latest/Engaging-and-Empowering-Communities-a-shared-com->

- mitment-and-call-to-action/
17. Vos, P. D., Malaise, G., Ceukelaire, W. D., Perez, D., Lefèvre, P., & Stuyft, P. V. der. (2009). Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma Ata to the era of globalization. *Social Medicine*, 4(2), 121-127. <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/269/633>
 18. Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
 19. Woodall, J. R., Warwick-Booth, L., & Cross, R. (2012). Has empowerment lost its power? *Health Education Research*, 27(4), 742-745. <https://doi.org/10.1093/her/cys064>

DESARROLLO SOSTENIBLE Y CAMBIO CLIMÁTICO

XAVIER BASAGAÑA
JORDI SUNYER

ISGLOBAL
UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Hoy en día, los modelos que estiman la carga en mortalidad y los años de vida vividos en mala salud o con discapacidad sitúan el cambio climático lejos de los determinantes fundamentales de la salud (Patz, Campbell-Lendrum, Holloway, & Foley, 2005). En cambio, varios paneles de expertos predicen que el cambio climático puede convertirse en el principal determinante de la salud en los próximos años, hasta el punto de hacer retroceder las ganancias obtenidas durante las últimas décadas en esperanza de vida (Watts et al., 2015). Esta discrepancia se debe a la dificultad de estimar los efectos indirectos del cambio climático —aquellos mediados por la pérdida de biodiversidad animal y vegetal y los recursos hídricos, el aumento de los episodios de sequías, o la mala calidad del aire urbano. Algunos de esos efectos se traducirán también en grandes migraciones y un aumento de conflictos bélicos. Algunas investigaciones ya apuntan a que el clima ha tenido una influencia en conflictos bélicos en África (Devitt & Tol, 2012; Sida, 2018). Muy probablemente, los efectos indirectos del cambio climático serán mucho más importantes que los efectos directos —aquellos causados por las olas de calor u otros fenómenos climáticos como las inundaciones. Sin embargo, los efectos indirectos del cambio climático en salud, y por tanto sus efectos totales, son casi imposibles de predecir.

A pesar de estas limitaciones, existen evidencias del impacto en salud de algunos determinantes claramente identificados por su relación con el cambio climático. Las siguientes secciones describen las evidencias que relacionan el cambio climático con la salud, prestando especial atención a los problemas que pueden afectar a la población española.

FENÓMENOS CLIMÁTICOS EXTREMOS

Una de las principales consecuencias del cambio climático es el incremento de los fenómenos meteorológicos extremos, como el calor, las sequías o las lluvias intensas. Los efectos de las olas de calor y de frío en la salud están entre los efectos del clima más estudiados.

Varios estudios en diferentes partes del mundo, también en España, han caracterizado la relación que existe entre temperatura ambiente y mortalidad. El patrón observado es extremadamente consistente. En todas partes existe un rango de temperaturas de mínima mortalidad que se encuentra en el rango de las temperaturas moderadas (ese rango varía según el clima de cada región). A partir de ahí, a medida que aumenta el frío o el calor, la mortalidad aumenta, de forma muy abrupta en los extremos, particularmente por el calor extremo. En promedio, se ha estimado que en España un 6.5% de las muertes totales son atribuibles a la temperatura, un 5.5% al frío y un 1% al calor (Gasparrini et al., 2015). De hecho, España se sitúa entre los países europeos con mayor exceso de mortalidad invernal, con valores comparables con otros países del sur de Europa (Marmot Review Team, 2011). La mayor importancia de las muertes por frío en comparación con las muertes por calor se debe a que hay pocos días de ola de calor durante el año. Sin embargo, la frecuencia, intensidad y duración de las olas de calor aumentará en el futuro.

Las consecuencias de las olas de calor en la salud pueden ser muy importantes. En verano de 2003, Europa vivió uno de los peores episodios de calor de las últimas décadas. En España, se estima que hubo entre 6595 y 8648 muertes adicionales ese verano (Simón, Lopez-Abente, Ballester, & Martínez, 2005). Aunque la causa de muerte más directamente ligada al calor es el golpe de calor, una condición muy grave que se manifiesta con una hipertermia muy elevada, la mayor parte de la mortalidad asociada al calor se debe a que el calor puede desencadenar eventos fatales como infartos o ictus en población vulnerable. Las principales causas de mortalidad asociadas a altas temperaturas son aquellas relacionadas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, del sistema nervioso y mental, del sistema urinario y del riñón o la diabetes (Basagaña et al., 2011).

Existen varios factores que incrementan el riesgo de sufrir los efectos del calor, como la intensidad y la duración (D'Ippoliti et al., 2010). Además, algunos grupos de población son más vulnerables, como las personas mayores, los bebés, las mujeres embarazadas (aumenta el riesgo de parto prematuro), los que sufren enfermedades crónicas, los que sufren enfermedades mentales y los que trabajan expuestos al sol realizando esfuerzo físico (Basagaña, Martínez, Paaijmans, & Sunyer, 2016). Además, la población de bajo nivel socioeconómico tiende a sufrir mayores riesgos. También hay zonas más afectadas, como las

grandes ciudades, donde se produce el llamado «efecto isla de calor urbano». Estas zonas son áreas metropolitanas con una temperatura mucho más elevada que las áreas rurales que la rodean, debido, entre otras cosas, al pavimento de asfalto, la proximidad de los edificios, la falta de espacios naturales o los altos niveles de contaminación atmosférica.

Los principales problemas relacionados con la exposición a temperaturas extremadamente bajas son los incrementos de mortalidad y de hospitalizaciones, principalmente por problemas respiratorios. En general, las ciudades con un clima más cálido y templado sufren peores efectos en salud durante episodios de temperaturas frías. Esto se debe posiblemente a una peor adaptación, tanto fisiológica como sobre todo por factores sociales, económicos y culturales. La temperatura en el interior de las casas y la pobreza energética tienen un papel destacado en esa asociación. Un estudio realizado en el Reino Unido estimó que el 21,5% del exceso de mortalidad que se produce en invierno se podría evitar si el 25% de los hogares más fríos tuvieran temperaturas interiores igual de altas que el 25% de hogares más cálidos (Marmot Review Team, 2011).

A pesar del aumento previsto de las temperaturas en las próximas décadas, las olas de frío continuarán ocurriendo, aunque probablemente con menor frecuencia. Si la población se adapta a las temperaturas más altas, eso puede aumentar el impacto en la salud de episodios puntuales de bajas temperaturas.

CONTAMINACIÓN DEL AIRE

El clima, la contaminación y la salud se relacionan de forma compleja. Por ejemplo, los diferentes tipos de partículas y gases interactúan en la atmósfera para formar nuevos compuestos, a menudo influenciados por la temperatura y la radiación ultravioleta. Muchos de esos compuestos tienen efectos nocivos para la salud. Además, los compuestos tienen diferentes propiedades, y mientras que unos pueden contribuir a calentar la atmósfera, por ejemplo los gases de efecto invernadero, otros la enfrían. La compleja relación entre clima, contaminación y salud también queda ilustrada durante las olas de calor. Estos fenómenos, que tienen importantes consecuencias para la salud como se ha comentado anteriormente, suelen coincidir con fenómenos de estancamiento del aire, que concentran los contaminantes cerca de la superficie —donde son respirables— y además favorecen la producción de ozono troposférico, un contaminante con probados efectos nocivos sobre la salud. Así, durante las olas de calor, la población puede estar expuesta a un doble riesgo, el calor y la contaminación, que pueden interactuar para producir efectos más importantes en la salud (Basagaña et al., 2016).

Los efectos nocivos en la salud de la exposición a la contaminación atmosférica son ampliamente conocidos. Un reciente trabajo estima que cada año se pierden 185.000 años potenciales de vida por la contaminación particulada en las ciudades en España (Soriano et al., 2018). Además, según la OMS y la OCDE, los costes en salud procedentes de la contaminación atmosférica se han estimado en un 2,8% del PIB (WHO Regional Office for Europe, OECD, 2015).

Entre los diferentes tipos de contaminantes, las partículas en suspensión son de gran importancia por sus efectos en la salud, y por ese motivo sus niveles están regulados por la Agencia Europea de Medio Ambiente, aunque los niveles permitidos llegan a duplicar los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En múltiples regiones de España los niveles europeos son incumplidos y de manera generalizada se incumplen los establecidos por la OMS. Aunque las partículas pueden tener muchos orígenes, las provenientes del tráfico son las que provocan peores efectos sobre la salud (Ostro et al., 2011).

El ozono troposférico (el ozono más cercano a la superficie terrestre) es un contaminante muy presente durante el verano y en episodios anticiclónicos, ya que se forma a partir de la luz solar en combinación con óxidos de nitrógeno y los compuestos orgánicos volátiles, sus precursores. Aunque estos precursores se generan en las zonas urbanas, las concentraciones de ozono son en general bajas en las grandes ciudades y, en cambio, pueden alcanzar concentraciones elevadas en regiones ubicadas sotavento de los grandes núcleos de población. El ozono troposférico supone un peligro para la salud cuando las concentraciones son superiores a las habituales. Los efectos en la salud son múltiples: desde incrementos en el número de hospitalizaciones y de defunciones por enfermedades respiratorias, a dificultades en el desarrollo cognitivo, agravamiento de problemas respiratorios, disminución del rendimiento o síntomas de malestar general (Informe sobre el estado del medio ambiente en Cataluña 2006-2010). Algunos estudios han cuantificado aumentos en la mortalidad y en las hospitalizaciones por causa respiratoria en Europa debidos al aumento de los niveles de ozono troposférico atribuibles al cambio climático en los últimos veinte años (Orru et al., 2013). En el caso de España, en el periodo 1990-2009 se han registrado alrededor de 2.975 muertes prematuras anuales debido al incremento de los niveles de ozono, y unas 3.587 hospitalizaciones por problemas respiratorios (Orru et al., 2013)".

Se hace difícil prever de qué manera el cambio climático incidirá en los niveles de contaminación y qué efectos tendrá en la salud. La evolución de los niveles de partículas y otros contaminantes, como el NO₂ y el CO, está muy relacionada con las políticas para reducir las emisiones de los vehículos de motor, incluyendo la limitación del tráfico rodado en las ciudades y la posible irrupción del coche eléctrico. Respecto al ozono, el incremento generalizado de

la temperatura favorecerá su formación, aunque existe una cierta incertidumbre en los cambios previstos en otras condiciones climáticas relevantes para el ozono, como las precipitaciones y la cobertura de nubes. Sin embargo, se estima que habrá un aumento del ozono en los próximos treinta años, y un correspondiente aumento de la mortalidad prematura y hospitalizaciones debidas al ozono (Orru et al., 2013).

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas directamente a personas, o de animales a personas. Los mosquitos son los vectores de enfermedades más conocidos y estudiados. Las enfermedades de especial interés para la salud pública en España son el dengue, la malaria y la chikunguña, ya que el mosquito que las transmite está presente en España y ha habido casos importados de la enfermedad e incluso algún caso de transmisión local. El dengue, que se transmite a los humanos a través de la picadura de un mosquito infectado, se caracteriza por la presencia de fiebre y dolor intenso en articulaciones y músculos, e inflamación de los ganglios linfáticos, en las personas que lo padecen. El chikunguña es un virus que se transmite de manera similar al dengue, que provoca fiebre intensa y dolor muy intenso en las articulaciones. Por su parte, la malaria es la enfermedad más letal, provocada por un parásito y transmitida por la picadura de un mosquito que se caracteriza por fiebres altas, dolores musculares, diarrea y tos.

La distribución y abundancia de las enfermedades transmitidas por vectores (MTVs) están directamente afectadas por factores climáticos, ya que tanto los patógenos como los vectores son organismos ectotérmicos (de sangre fría). Esto implica que las tasas de desarrollo, supervivencia y reproducción escalan con la temperatura. Prever con exactitud el impacto del cambio climático en las MTV es complejo porque depende de factores tales como las actividades y las intervenciones humanas, los cambios de usos del suelo, o las migraciones, entre otros. Sin embargo, el aumento esperado de las temperaturas acelerará el desarrollo de mosquitos y aumentará la población de adultos, las temperaturas invernales más suaves reducirán la mortalidad de mosquitos en invierno y también ampliarán el periodo potencial de transmisión de enfermedades (Sainz-Elípe et al., 2010). La rapidez con la que las instituciones puedan actuar ante la aparición de casos de MTV, desde la provisión de recursos adicionales para detectar vectores hasta la sensibilización (información y educación) de la población para reducir la propagación de estas enfermedades, será clave para mitigar los efectos del cambio climático en las enfermedades infecciosas.

POLEN

Durante las últimas décadas, el número de personas afectadas por alguna alergia ha aumentado de forma exponencial a nivel mundial. La prevalencia de asma también ha aumentado, pero los factores que la determinan siguen siendo todavía bastante desconocidos. La prevalencia de las enfermedades respiratorias de componente alérgico varía en función de algunas variables meteorológicas. En el caso del asma, por ejemplo, la prevalencia es mayor con altos niveles de humedad y lluvia, mientras que la prevalencia decrece con más tiempo soleado y temperaturas más altas. Un estudio que abarca todo el estado español, en el que se ha clasificado el territorio en diferentes áreas climáticas según las características meteorológicas, ha determinado que la prevalencia de eccema atópica en niños de entre 6 y 7 años es más alta en la zona atlántica, mientras que en el área mediterránea es un 4% más baja (Suárez-Varela et al., 2008).

Según los escenarios de cambio climático planteados por el IPCC en el AR5, se espera un aumento de la intensidad y la frecuencia de lluvias fuertes en los próximos decenios, que provocaría un aumento en el número y la gravedad de los ataques asmáticos, tanto en adultos como en niños. En el caso de la península ibérica, el aumento generalizado de las temperaturas para los próximos decenios favorecerá la aparición de cambios en la producción, la fenología y la distribución geográfica del polen. Además, tanto las sequías como los vientos y las precipitaciones pueden influir en el movimiento y la dispersión de los alérgenos de la atmósfera y favorecer el agravamiento de las alergias (Cecchi et al., 2010). El aumento de la temperatura puede afectar la distribución y alargar la estación del polen de las plantas alergénicas, y, por tanto, puede hacer variar las susceptibilidades al asma u otras enfermedades alérgicas.

OTROS POSIBLES EFECTOS EN SALUD DEL CAMBIO CLIMÁTICO

Existen otras posibles afectaciones a la salud relacionadas indirectamente con el cambio climático. Entre ellas, los efectos relacionados con los incendios forestales, las intrusiones de polvo sahariano, la radiación ultravioleta, o las enfermedades transmitidas por el agua o los alimentos.

El cambio climático aumentará el riesgo de incendios forestales. Según el IPCC, durante un incendio la concentración de PM puede llegar a duplicar los umbrales recomendados por la OMS. Respirar esas partículas aumenta el riesgo de mortalidad y hospitalización por causas respiratorias y cardiovasculares. Los incendios tienden a ocurrir durante los periodos de ola de calor, y por tanto la población está expuesta simultáneamente a calor y a alta contaminación.

Además, el consumo de fármacos ansiolíticos (relacionados con trastornos mentales, como la depresión y episodios de estrés) y de medicamentos para enfermedades obstructivas de las vías respiratorias también aumentan durante los meses posteriores a un incendio (Caamano-Isorna et al., 2011).

Otra de las consecuencias del cambio climático pronosticadas por el IPCC es la aceleración de la desertificación, especialmente en las zonas áridas y semiáridas de Europa. Este sería el caso de España, con una geomorfología que favorece los procesos de erosión del suelo. Además, los episodios de intrusión de polvo del Sahara, que España ya sufre en la actualidad, tenderán a aumentar durante los próximos decenios. Esas intrusiones conllevan un aumento de las partículas que agravan la calidad del aire y tienen consecuencias para la salud. Este hecho implica que, para proteger la salud humana, los países afectados por episodios de polvo del Sahara necesitan hacer esfuerzos más importantes en la reducción de la contaminación producida por el hombre, la única en la que se pueden reducir los niveles.

Las altas temperaturas en verano incrementan el riesgo de sufrir los efectos de la exposición ultravioleta, que puede provocar cáncer de piel (melanoma) y de los ojos. A pesar de que la tendencia de la incidencia de melanoma ha ido creciendo en las últimas décadas, (Marcos-Gragera et al., 2010), ha habido una protección de la capa de ozono estratosférico desde que entró en vigor el Protocolo de Montreal en 1989. Las proyecciones sobre escenarios futuros presentan grandes incertidumbres, ya que la radiación UV depende, en gran medida, de los cambios en la cobertura de las nubes y de los contaminantes atmosféricos (McKenzie et al., 2011).

Fenómenos climáticos extremos como las inundaciones, las lluvias torrenciales o los períodos de sequía seguidos de fuertes lluvias, pueden favorecer la aparición de enfermedades transmitidas por el agua. Además, la escasez de agua puede provocar enfermedades diarreicas y otras enfermedades de transmisión hídrica a través del suministro de agua. Si se mantienen los protocolos de vigilancia y se garantiza la calidad del sistema de tratamiento de agua potable y residual, las enfermedades transmitidas por el agua no supondrán una amenaza real en España.

El cambio climático también tiene consecuencias sobre la aparición y distribución de las enfermedades transmitidas por alimentos, como la salmonelosis. El control de las agencias para la seguridad alimentaria facilita que el riesgo de sufrir estas enfermedades sea bajo en nuestro país.

ESTRATEGIAS DE MITIGACIÓN CON CO-BENEFICIOS PARA LA SALUD

Las medidas que habría que promover para proteger la salud en el contexto de cambio climático incluyen cambios en políticas que nos lleven a un estilo de vida diferente (la promoción de una dieta rica en alimentos vegetales y pobre en carne, el consumo de alimentos km-0; el fomento del transporte activo o el aumento del espacios verdes, y que las políticas contemplen que el cambio climático afecta sobre todo la salud de los más desfavorecidos (Watts et al., 2015, 2018). La gran mayoría de medidas destinadas a combatir el cambio climático, y en particular aquellas que buscan una mitigación de las concentraciones de gases de efecto invernadero en la atmósfera, tienen el potencial de ser beneficiosas para la salud, directa e indirectamente.

En este sentido, la reducción del exceso de carne animal de la dieta o el incremento de alimentos de proximidad, reduce la emisión de gases invernadero por la reducción del ganado, así como por la reducción del transporte de alimentos. Además, la mejora de la dieta conllevaría importantes beneficios para la salud (Whitmee et al., 2015). La producción de carne conlleva también un gran gasto de agua, cambios en los usos del suelo y contaminación agroquímica.

Incrementar los espacios verdes urbanos es otra importante medida de mitigación del cambio climático, ya que la vegetación contribuye a la absorción de gases de efecto invernadero y tiene, al mismo tiempo, abundantes beneficios para la salud. Vivir rodeado de espacios verdes incrementa la actividad física, disminuye el nivel de estrés y de depresión, y reduce los niveles de contaminación atmosférica y de ruido. Varios estudios han reportado beneficios en la salud de los niños —p.ej. a través de la reducción de la obesidad y el sedentarismo (Dadvand et al., 2014)—, en el desarrollo del embarazo, así como en el estado de salud mental y general de la población (Triguero-Mas et al., 2015). Además, los espacios verdes urbanos protegen de los efectos del intenso calor durante el verano. La OMS, con el objetivo de asegurar una buena calidad de vida a los habitantes de las grandes ciudades y reducir así el efecto de la isla de calor urbana, sugiere que cada ciudad debería tener un mínimo de 9 m² de superficie verde por habitante, y asegura que la cantidad óptima es entre 10 y 15 m².

Cambiar los hábitos de uso del transporte privado se considera una medida que tiene un gran impacto en la reducción de emisiones de CO₂. Esta medida de mitigación también tiene cobeneficios en términos de salud, ya que fomenta el transporte activo (bicicleta o caminar) y el transporte público, incrementando la actividad física de la población especialmente en zonas urbanas. También ayuda a reducir la obesidad y la exposición a contaminación ambiental, mejora la salud mental, y reduce los accidentes de tráfico y el gasto sanitario. Se han realizado diversos estudios en Barcelona para evaluar el impacto en la salud

de cambiar el coche privado como medio de transporte y utilizar el transporte público y la bicicleta. El escenario que presenta mayores beneficios en salud en términos de disminución de la morbilidad es lo que considera un uso mayor de la bicicleta, ya que fomenta la realización de actividad física (Rojas-Rueda, de Nazelle, Teixidó, & Nieuwenhuijsen, 2013). A pesar de que habría beneficios que repercutirían en toda la población en general, serían los que dejaran de viajar en coche los más beneficiados. En otra investigación, se cuantifica el impacto de reemplazar el coche en el área metropolitana de Barcelona por la bici y el transporte público en términos de mortalidad evitada. Se concluye que, si se cambiara el 40% de los viajes en coche dentro de Barcelona ciudad por la bicicleta y el transporte público, se evitarían unas 76 muertes anuales, que ascenderían a 117 si el cambio afectara a toda el área metropolitana.

CONCLUSIÓN

El cambio climático es uno de los principales retos que tiene la humanidad, no solo en relación a la salud del planeta y la pérdida de biodiversidad vegetal y animal y de los ecosistemas, sino, y de manera muy importante en relación a la salud humana, de manera directa por los efectos propios del cambio climático o indirectamente por los efectos negativos sobre la economía y otros determinantes sociodemográficos. El cambio climático, además, aumentará las desigualdades en salud, de manera que la capacidad de adaptación y protección ante sus efectos en muchos de los escenarios será desigual y su impacto será mayor entre los más desfavorecidos. Finalmente, los esfuerzos por mitigar y las estrategias que buscan cobeneficios pueden tener un impacto local insuficiente sin una descarbonización planetaria y acciones de mitigación globales que en estos momentos no se divisan.

Nota: Este capítulo nace de una síntesis del capítulo «Salut», del *Tercer Informe Sobre el Canvi Climàtic a Catalunya*, editado por la Generalitat de Catalunya y el Institut d'Estudis Catalans.

REFERENCIAS

1. Basagaña, X., Martínez, È., Paaijmans, K., & Sunyer, J. (2016). Salut. En: *Tercer informe sobre el canvi climàtic a Catalunya*. Generalitat de Catalunya i Institut d'Estudis Catalans.
2. Basagaña, X., Sartini, C., Barrera-Gómez, J., Dadvand, P., Cunillera, J., Ostro, B., ... Medina-Ramón, M. (2011). Heat waves and cause-specific mortality at all ages. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 22(6), 765–772. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31823031c5>
3. Caamano-Isorna, F., Figueiras, A., Sastre, I., Montes-Martínez, A., Taracido, M., &

- Piñeiro-Lamas, M. (2011). Respiratory and mental health effects of wildfires: an ecological study in Galician municipalities (north-west Spain). *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 10, 48. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-10-48>
4. Cecchi, L., D'Amato, G., Ayres, J. G., Galan, C., Forastiere, F., Forsberg, B., ... Annesi-Maesano, I. (2010). Projections of the effects of climate change on allergic asthma: the contribution of aerobiology. *Allergy*, 65(9), 1073–1081. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02423.x>
 5. Dadvand, P., Villanueva, C. M., Font-Ribera, L., Martinez, D., Basagaña, X., Belmonte, J., ... Nieuwenhuijsen, M. J. (2014). Risks and benefits of green spaces for children: a cross-sectional study of associations with sedentary behavior, obesity, asthma, and allergy. *Environmental Health Perspectives*, 122(12), 1329–1335. <https://doi.org/10.1289/ehp.1308038>
 6. Devitt, C., & Tol, R. S. (2012). Civil war, climate change, and development: A scenario study for sub-Saharan Africa. *Journal of Peace Research*, 49(1), 129–145. <https://doi.org/10.1177/0022343311427417>
 7. D'Ippoliti, D., Michelozzi, P., Marino, C., de'Donato, F., Menne, B., Katsouyanni, K., ... Perucci, C. A. (2010). The impact of heat waves on mortality in 9 European cities: results from the EuroHEAT project. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 9, 37. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-9-37>
 8. Gasparini, A., Guo, Y., Hashizume, M., Lavigne, E., Zanobetti, A., Schwartz, J., ... Armstrong, B. (2015). Mortality risk attributable to high and low ambient temperature: a multicountry observational study. *The Lancet*, 386(9991), 369–375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62114-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62114-0)
 9. Marcos-Gragera, R., Vilar-Coromina, N., Galceran, J., Borràs, J., Clèries, R., Ribes, J., ... Borràs, J. M. (2010). Rising trends in incidence of cutaneous malignant melanoma and their future projections in Catalonia, Spain: increasing impact or future epidemic? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 24(9), 1083–1088. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03602.x>
 10. Marmot Review Team. (2011). The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty. Friends of the Earth & the Marmot Review Team.
 11. McKenzie, R. L., Aucamp, P. J., Bais, A. F., Björn, L. O., Ilyas, M., & Madronich, S. (2011). Ozone depletion and climate change: impacts on UV radiation. *Photochemical & Photobiological Sciences: Official Journal of the European Photochemistry Association and the European Society for Photobiology*, 10(2), 182–198. <https://doi.org/10.1039/c0pp90034f>
 12. Orru, H., Andersson, C., Ebi, K. L., Langner, J., Aström, C., & Forsberg, B. (2013). Impact of climate change on ozone-related mortality and morbidity in Europe. *The European Respiratory Journal*, 41(2), 285–294. <https://doi.org/10.1183/09031936.00210411>
 13. Ostro, B., Tobias, A., Querol, X., Alastuey, A., Amato, F., Pey, J., ... Sunyer, J. (2011). The effects of particulate matter sources on daily mortality: a case-crossover study of Barcelona, Spain. *Environmental Health Perspectives*, 119(12), 1781–1787. <https://doi.org/10.1289/ehp.1103618>
 14. Patz, J. A., Campbell-Lendrum, D., Holloway, T., & Foley, J. A. (2005). Impact of regional climate change on human health. *Nature*, 438(7066), 310–317. <https://doi.org/10.1038/nature04188>
 15. Rojas-Rueda, D., de Nazelle, A., Teixidó, O., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2013). Health impact assessment of increasing public transport and cycling use in Barcelona: a morbidity and burden of disease approach. *Preventive Medicine*, 57(5), 573–579. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.07.021>

16. Sainz-Elise, S., Latorre, J. M., Escosa, R., Masià, M., Fuentes, M. V., Mas-Coma, S., & Bargues, M. D. (2010). Malaria resurgence risk in southern Europe: climate assessment in an historically endemic area of rice fields at the Mediterranean shore of Spain. *Malaria Journal*, 9, 221. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-9-221>
17. Sida. (2018). The relationship between climate change and violent conflict. Disponible en: <https://www.sida.se/contentassets/c571800e01e448ac9dce2d097ba125a1/working-paper---climate-change-and-conflict.pdf> [2018, 3 Octubre].
18. Simón, F., Lopez-Abente, G., Ballester, E., & Martínez, F. (2005). Mortality in Spain during the heat waves of summer 2003. *Euro Surveillance: Bulletin Europeen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*, 10(7), 156–161.
19. Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P.-J., Fernández, E., ... Lista de colaboradores de GBD en España: (2018). The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171–190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
20. Suárez-Varela, M. M., García-Marcos Álvarez, L., Kogan, M. D., González, A. L., Gimeno, A. M., Aguinaga Ontoso, I., ... Varela, A. L.-S. (2008). Climate and prevalence of atopic eczema in 6- to 7-year-old school children in Spain. ISAAC phase III. *International Journal of Biometeorology*, 52(8), 833–840. <https://doi.org/10.1007/s00484-008-0177-0>
21. Triguero-Mas, M., Dadvand, P., Cirach, M., Martinez, D., Medina, A., Mompert, A., ... Nieuwenhuijsen, M. J. (2015). Natural outdoor environments and mental and physical health: Relationships and mechanisms. *Environment International*, 77, 35–41.
22. Watts, N., Adger, W. N., Agnolucci, P., Blackstock, J., Byass, P., Cai, W., ... Costello, A. (2015). Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet (London, England)*, 386(10006), 1861–1914. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60854-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60854-6)
23. Watts, N., Amann, M., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Bouley, T., Boykoff, M., ... Costello, A. (2018). The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *Lancet (London, England)*, 391(10120), 581–630. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32464-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32464-9)
24. Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., ... Yach, D. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet (London, England)*, 386(10007), 1973–2028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)
25. WHO Regional Office for Europe, OECD. (2015). Economic cost of the health impact of air pollution in Europe: Clean air, health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/04/ehp-mid-term-review/publications/economic-cost-of-the-health-impact-of-air-pollution-in-europe>.

POLÍTICAS DE SALUD Y GOVERNANZA EN EL ÁMBITO LOCAL

PAU BATLLE AMAT

CAP D'ÀREA
ÀREA DE POLÍTQUES I PROMOCIÓ DE LA SALUT
DIPSALUT

La promoción de la salud ha reclamado insistentemente la acción interdepartamental, interinstitucional e intersectorial. No obstante la compartimentalización de los distintos sectores, que poco tienen que ver con una visión holística de la salud, dificulta enormemente la posibilidad del despliegue de una promoción basada en la Salud en Todas las Políticas (Leppo, Ollila, Pena, Wismar, & Cook, 2013)(WHO, 2012)(Solar, 2013).

La política local tiene una serie de particularidades que la hacen propicia a la innovación y especialmente en lo que a transversalidad se refiere. Su proximidad y su tamaño son magníficas oportunidades para ello. En este sentido la gobernanza ofrece una posibilidad de pensar diferente para actuar diferente.

Aunque parezca obvio, la primera aproximación reflexiva a un tema o a un debate debería ser la clarificación o la delimitación conceptual, puesto que si no se puede caer en una discersión, muy interesante, pero fuera de lugar. Apuntan algunos expertos que no hay mejor práctica que una buena teoría.

En el marco de este artículo nos referiremos al término de política como el conjunto de las acciones que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida, promover la igualdad y el bien común, sea esta política impulsada o realizada por agentes públicos o privados.

En cuanto a local nos referiremos al ámbito micro de la política. Lo local es aquello que ocurre en una localidad, habitualmente representada por

los municipios o comarcas (entendidas como una agrupación territorial de municipios). Obviaremos aquí la distinción entre lo rural y lo urbano puesto que todavía no está sujeta a una sola definición que se pueda aplicar a todos los países del mundo o, incluso, a los países dentro de una misma región (ONU, 2018). No obstante apuntaremos que en el marco del Estado español se sigue la recomendación de Eurostat, clasificando los municipios según su tamaño poblacional en: urbanas, intermedias y rurales, lo que viene a ser las formadas por municipios con una población superior a 10.000 h, de 2.001-10.000h e igual o menor de 2.000 h. respectivamente (UNSD - United Nations Statistics Division, 2016).

El rol de lo local es analizado por la OMS en el documento «Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government» (Votano, J., Parham, M., Hall, 2012). En sus conclusiones y recomendaciones para la Red Europea de Ciudades Saludables destaca la capacidad de los gobiernos locales en la lucha contra la desigualdad promoviendo la participación social y la gobernanza local, destaca la capacidad de lo local para identificar las necesidades de la población, para promover entornos seguros y sostenibles, la capacidad de prestación de servicios, abordar las desigualdades y promover localmente el empleo de calidad. Además el gobierno local es capaz de proporcionar bienestar psicosocial a sus ciudadanos, individual y colectivamente; una aproximación conceptual a partir de los activos para la salud puede contribuir también a desarrollar capital social y recursos comunitarios.

De bastante mayor complejidad es el concepto «gobernanza» puesto que diversas son las disciplinas e instituciones que lo abordan. Para el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas —UNDP en sus siglas en inglés— la gobernanza es «el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la gestión de los asuntos de un país en todos los niveles. La gobernanza comprende los complejos mecanismos, procesos e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, median entre sus diferencias y ejercen sus derechos y obligaciones» (UNDP - United Nations Development Program, 1997).

En relación a la salud, debemos considerar la Declaración de Alma Ata (WHO, 1978) como el nacimiento de la promoción de la salud moderna, y su consolidación a partir de la Declaración de Ottawa (WHO, 1986). Sendas declaraciones apuntan al concepto que sería posteriormente usado habitualmente por diversas agencias internacionales (Hufty, Báscolo, & Bazzani, 2006). Alma Ata apunta que la consecución de la salud como derecho humano «requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector de la salud», y la declaración de Ottawa es explícita cuando apunta que «los requisitos previos y el futuro de la salud

no pueden garantizarse solo por el sector de la salud. Más importante aún, la promoción de la salud requiere una acción coordinada de todos los interesados: por los gobiernos, por el sector salud y otros sectores sociales y económicos, por organizaciones no gubernamentales y voluntarias, por las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación». También en las recomendaciones de la Declaración de Adelaida (WHO, 1988) se apuntaba en esa dirección: «las políticas públicas saludables se caracterizan por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por la responsabilidad del impacto en la salud».

Por su parte, el Banco Mundial (World Bank, 1992) definió la gobernanza como «a forma en que se ejerce el poder en la gestión de los recursos económicos y sociales de un país para su desarrollo» y en su informe anual de 1997 titulado «El Estado en un mundo en transformación» (World Bank, 1997) apuntaba que la gobernanza era necesaria para promover el crecimiento económico y la equidad, a la vez que para ello eran necesarias políticas de educación y de salud.

A nivel europeo la delegación de la OMS (WHO - Europe, 1997) proponía que «la gobernanza es la suma de las diversas formas en que individuos e instituciones, públicas y privadas, resuelven problemas colectivamente y satisfacen las necesidades de la sociedad. Es un proceso mediante el cual se pueden acomodar intereses contrapuestos o diversos y tomarse acciones cooperativas. Incluye las instituciones formales facultadas para hacer cumplir el cumplimiento, y los acuerdos informales a los que las personas y las instituciones han acordado. En la región europea de hoy, el papel del gobierno central está cambiando en muchos países. La gobernanza basada en la salud para todos involucra no solo a los gobiernos, sino también a las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado en los planes de desarrollo de la salud», apuntando así ya a una concepción mucho más afinada del concepto.

En el proyecto Salud para Todos en el S. XXI la OMS (WHO, 1998b) declaraba que la gobernanza era uno de los factores clave para poder desarrollar la propuesta. Así la gobernanza se definía como «el sistema a través del cual la sociedad organiza y gestiona los asuntos de estos sectores y socios para alcanzar sus objetivos» y clarificaba que «era necesaria la participación de la sociedad civil, y en particular, de las entidades no gubernamentales». Se remarcaba que era distintivo de la gobernanza la transparencia, la rendición de cuentas y la promoción de la participación. Apuntaba además, el papel de los gobiernos locales en esa dimensión y la necesidad de darles apoyo desde los gobiernos nacionales y regionales.

Ese mismo año —1998— la OMS publica el documento *Good Governance for Health* (WHO, 1998a) donde reconoce explícitamente que las aportaciones del documento *Salut para Todos* en el S. XXI «son útiles pero necesitan ser ampliadas» y apunta a una nueva definición: «La buena gobernanza para la salud es la posibilidad de participación de los interesados en la formulación y desarrollo de políticas, programas y prácticas que conducen a sistemas de salud equitativos y sostenibles». Algunos elementos de buena gobernanza comunes a la mayoría de las definiciones son: estar centrados en las personas, responsabilidad, transparencia, amplia participación y consulta, y monitoreo y evaluación regular. Clarifica además que la «buena gobernanza implica mucho más que un buen gobierno» y que tiene también un componente de descentralización.

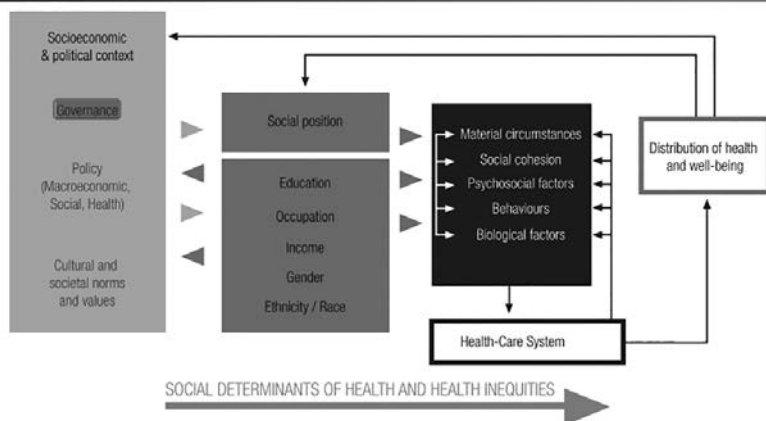
En la primera década del siglo XXI el concepto gobernanza y sus acepciones van en aumento de la mano de las distintas disciplinas científicas, en especialmente en las político-sociales. También las grandes agencias toman nota. La Comisión Europea identificó la reforma de la gobernanza europea como uno de sus cuatro objetivos estratégicos a principios de 2000 (European Comisión, 2001), refiriéndose a «las normas, procesos y comportamientos que influyen en el ejercicio de los poderes a nivel europeo, especialmente desde el punto de vista de la apertura, la participación, la responsabilidad, la eficacia y la coherencia», de alguna la preocupación básica es «la manera en que la Unión utiliza los poderes que le otorgan sus ciudadanos» en la elaboración de sus políticas con el fin de «asociar a un mayor número de personas y organizaciones en su formulación y aplicación, lo que se traducirá en una mayor transparencia y en una mayor responsabilización» para que sus ciudadanos puedan observar como la unión «responde más eficazmente a sus preocupaciones».

Volviendo al marco de la salud, Marc Hufty (Hufty et al., 2006) apunta en «Gobernanza en Salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación» que la gobernanza es «una herramienta analítica para la comprensión de los procesos de acción colectiva que organizan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad toma e implementa sus decisiones, y determina sus conductas» y concluye que «es aplicable a diferentes niveles: local, nacional, internacional y global».

El Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales auspiciado por la OMS (WHO, 2008) remarca claramente la necesidad del desarrollo de la gobernanza cuando apunta que «es necesario actuar sobre los determinantes de la salud, desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las condiciones cotidianas en las que las personas crecen, viven y trabajan en todos los niveles, de nivel mundial a local, a través del gobierno e incluidas

todas las partes interesadas de la sociedad civil y el sector privado», y en sus recomendaciones generales indica que más que un gobierno fortalecido requiere una fuerte gobernanza y «legitimidad, espacio y apoyo para la sociedad civil, un sector privado responsable y personas de toda la sociedad que acepten los intereses públicos y reinviertan en el valor de la acción colectiva. En un mundo globalizado, la necesidad de una gobernanza dedicada a la equidad se aplica igualmente desde el nivel de la comunidad a las instituciones globales». Tal es la importancia de la gobernanza como estratégica para abordar las inequidades que el concepto figura textualmente en el diagrama conceptual básico del texto de la comisión. Distintos serán luego los documentos que abogaran fuertemente en la gobernanza como estrategia clave de la equidad en salud.

Figure 4.1 Commission on Social Determinants of Health conceptual framework.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

Por su parte la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura — UNESCO— publica en 2009 su informe anual sobre la Educación para Todos bajo el título «Overcoming Inequality: Why governance matters» (UNESCO, 2009). Dicho informe hace hincapié en que las desigualdades educativas en el mundo se deben a una mala gobernanza y que, por lo tanto, debe reformarse. Según la UNESCO, la gobernanza no es solo un tema relacionado con procesos institucionales y formas de organizar lo público sino que esencialmente «se trata de las relaciones de poder en la sociedad. En su nivel más básico, los sistemas de gobernanza definen quién decide sobre las políticas, cómo se distribuyen los recursos entre la sociedad y cómo se responsabiliza a los gobiernos». A partir de este enfoque se proponen distintas medidas para la reforma de la

gobernanza, confluyendo con el sector salud en que «la coordinación entre sectores es necesaria para influir en las oportunidades de salud, nutrición y sustento» y concluye que «cabe integrar la educación con estrategias más amplias para superar la pobreza y la desigualdad».

La delegación Europea de la OMS, consciente de la importancia de la complejidad del ejercicio de la gobernanza como herramienta esencial para abordar los determinantes de la salud, publica en 2012 “Governance for health in the 21st century” (Kickbusch & Gleicher, 2012). Kickbusch y Gleicher, en ese informe, apuntan la necesidad de diferenciar claramente entre la gobernanza del sistema de salud y la gobernanza para la salud. En este documento queda claramente establecido que la gobernanza se establece como estrategia imprescindible para lidiar con los determinantes sociales cuando se define la gobernanza para la salud y el bienestar como «la búsqueda de la salud como parte integrante del bienestar a través de las estrategias de todo el gobierno y de toda la sociedad» que implica «las acciones conjuntas de los sectores sanitarios y no sanitarios, de los sectores públicos y privados y de los ciudadanos». Subraya el documento la necesidad de hacer entender a toda la sociedad que la salud y el bienestar no es responsabilidad única del sector salud. El documento sitúa la gobernanza en el contexto de un cambio social crucial como es la consolidación de la sociedad del conocimiento y globalmente interconectada, a la vez que reconoce explícitamente el principio de la complejidad. Se hace también un reconocimiento explícito al papel de los actores locales y al de la democracia. Finalmente el documento recupera la apuesta de Willke (Willke, 2007) por la nomenclatura de «gobernanza inteligente» entendido esta por «un compendio del conjunto de principios, factores y capacidades que constituyen una forma de gobernanza capaz de hacer frente a las condiciones y exigencias de la sociedad del conocimiento». Es remarcable también la relación entre salud y bienestar que quedará definitivamente establecida en la Declaración de Shanghái 2016 (WHO, 2016).

Como se ha comentado, para completar un análisis de las implicaciones de la gobernanza para la salud a nivel local tendríamos que incorporar las reflexiones que aportan otras disciplinas como la ciencia política, la sociología, la psicología social, etc. No es posible hacerlo aquí por la brevedad que requiere este capítulo. No obstante es necesario reconocer las aportaciones del paradigma de la complejidad, el pensamiento sistémico, la teoría sociocrítica y también de la psicología positiva o de la salutogénesis.

GOBERNANZA DEMOCRÁTICA EN UNA EXPERIENCIA LOCAL

Al inicio de la crisis económica actual los alcaldes de la demarcación de Girona empezaron a advertirnos que dicha crisis estaba impactando en las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables. Las políticas implementadas en el Estado español auspiciadas por la *Troika* menoscababan los determinantes estructurales de la salud, en especial el mercado laboral y las políticas sociales. Esto abrió lo que Orielle Solar (Solar, 2013) denomina una «ventana de oportunidad» en que distintas organizaciones y voluntades políticas se enfrentan a un mismo problema y técnicamente es factible facilitar una propuesta de trabajo para hallar la solución.

Dipsalut, como organismo de salud pública de la demarcación de Girona, tomó la iniciativa de impulsar una estrategia para reducir esos impactos en las condiciones de vida de estas poblaciones. Para ello utilizó los marcos referenciales de los Derechos Humanos (UN General Assembly, 1948)(United Nations, 1989), Salud en Todas las Políticas (WHO, 2012)(Leppo et al., 2013), los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009) y la Gobernanza Democrática (Pascual, 2007)(Pascual, 2008).

A partir de un diagnóstico compartido entre todos los sectores (públicos y privados) y los distintos ámbitos de intervención (vivienda, educación, salud, servicios sociales) se estableció una estratégica en que se marcaron como prioridad la garantía de los derechos humanos, en especial los de la infancia, a partir de un trabajo transversal e intersectorial basado en la gobernanza democrática y en las fortalezas y capacidades de los agentes intervinientes.

Esta apuesta ha generado múltiples experiencias y aprendizajes que conllevan la aplicación de los principios de la gobernanza a nivel local.

La literatura revisada aborda en algunos casos la dimensión política y profesional, incluyendo su dimensión ética ligada a una propuesta de valores (Pascual, 2008). Hay posiblemente también una dimensión humana de la gobernanza. Aquí es tal vez donde más hemos aprendido. No hay gobernanza sin líderes políticos que la comprendan, la practiquen y defiendan, pero tampoco hay gobernanza sin profesionales que sean capaces de redefinir su rol y entenderse como nodos de la nueva sociedad en red.

En primer lugar, aunque sea evidente, hay que asumir que la realidad es compleja y dinámica, y que solo una visión compartida nos permite una aproximación a su comprensión. Esta mirada es imprescindible para una gestión cooperativa entre los distintos agentes que intervienen en un territorio.

En segundo lugar, cabe dedicar esfuerzos a la gestión relacional basada en personas, a la creación de espacios de encuentro que permitan relaciones, que permitan el conocimiento interpersonal, la construcción de confianzas, el desarrollo del reconocimiento y respeto mutuos, base luego para un diálogo e intercambio sinceros.

Para ello es imprescindible actuar con un talante eminentemente democrático, desde la humildad, desde la honestidad, con paciencia y generosidad, transparencia y confianza. Es necesario generar complicidades entre las personas puesto que la dimensión humana y relacional de los actores es la piedra angular. El carácter eminentemente relacional de los procesos de gobernanza no se basa en la necesaria «profesionalidad» de los actores, que también, sino básicamente en la habilidad para tejer y mantener relaciones cordiales, de confianza que permitan generar complicidades. Este proceso requiere tiempo, dedicación, reconocimiento del otro «ser» y, por lo tanto, reconocer y gestionar la complejidad del ser humano.

Al fin y al cabo los profesionales son personas. Nada más. Personas. Es desde esa humanidad que debe construirse una visión en que el ciudadano, también persona, sea el centro de toda actividad.

En tercer lugar se requiere que los profesionales sean capaces de anteponer el ciudadano a su propia institución, y desde ahí actuar con la generosidad que las circunstancias requieran. Ello debe acompañarse de los saberes propios del trabajo en red, de la gestión por inteligencias compartidas, del liderazgo difuso, de la necesaria capacidad de generar ilusiones compartidas y de una voluntad tranquila de mejora continua.

En cuarto lugar, y para finalizar, los profesionales deben aprender a redefinir su rol profesional como expertos en una materia. Deben reconocer que el ámbito público tiene múltiples actores, que el servidor público ya no puede verse a sí mismo y a su institución como proveedores de servicios, sino como agentes articuladores de las múltiples, complejas y dinámicas redes sociales que configuran la comunidad donde el bien común debe prevalecer sobre los intereses particulares. Deben además desarrollar su capacidad de integrar saberes, contextualizar situaciones y afrontar de manera positiva la incertidumbre. De alguna manera, deben aprender a construir una relación dinámica con sus contextos, a negociar los espacios y a gestionar positivamente los conflictos inherentes a las relaciones humanas e institucionales.

Si la gobernanza democrática es la respuesta al gobierno relacional y de la sociedad del conocimiento (Pascual, 2008), no hay relaciones sin personas — políticos y técnicos— profundamente democráticas y altamente relacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Comisión. (2001). *La Gobernanza Europea - libro Blanco*. (D. O. de las C. Europeas, Ed.).
2. Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(suppl), S35–S45. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001300013>
3. Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for Health in The 21st century. *WHO*, 1–106. <http://doi.org/10.1181/15 January, 2016>
4. Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. *Health in All Policies*. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
5. OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación - informe final. Subsanar las desigualdades en una generación*. Recuperado de: www.journal.com.ar
6. ONU, H. (2018). Distinciones entre lo rural y lo urbano. Recuperado 10 septiembre 2018 de: <http://onuhabitat.org.mx/index.php/distinciones-entre-lo-rural-y-lo-urbano>
7. Pascual, J. M. (2007). *L'Estratègia territorial com a inici de la governança democràtica*. Diputació de Barcelona.
8. Pascual, J. M. (2008). *Govern relacional i cohesió social*. Diputació de Barcelona.
9. Solar, O. (2013). *La construcción de la intersectorialidad - Salud en Todas las Políticas desde la perspectiva de equidad y Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQxI_Hl73dAhXJKFAKHUZZCC9IQFjAAegQIC-BAC&url=http%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FLa_construccion_intersectorialidad_salud.pdf&usg=AOvVaw21qmf-YrhKl16
10. UN General Assembly. (1948). Universal Declaration of Human Rights. *General Assembly Resolution 217 A*. <http://doi.org/10.1080/13642989808406748>
11. UNDP - Unitet Nations Development Program. (1997). *Governance for a sustainable human development: a UNDP policy document*.
12. UNESCO. (2009). *Overcoming inequality: why governance matters. Book*. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001776/177683e.pdf>
13. United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child. The Philippine journal of nursing*.
14. UNSD - United Nations Statistics Division. (2016). Demographic Yearbook 2016 - notes table 6, 1–6.
15. Votano, J., Parham, M., Hall, L. (2012). *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*. Copenhagen. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2012/addressing-the-social-determinants-of-health-the-urban-dimension-and-the-role-of-local-government%5Cnhttp://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv>
16. WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(79\)90622-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(79)90622-6)
17. WHO. (1986). Ottawa Charter. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/59557>
18. WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Adelaide. Retrieved from http://www.who.int/hpr/nPH/docs/Adelaide_recommendations.pdf
19. WHO. (1998a). Good Governance for Health. *Equity Initiative - Paper N°4*.

20. WHO. (1998b). *Health For All in 21st Century*.
21. WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organisation*. Geneva. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409>
22. WHO. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences*. Copenhagen.
23. WHO. (2016). WHO | Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/>
24. WHO - Europe. (1997). Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. WHO, (5).
25. Willke, H. (2007). *Smart governance : governing the global knowledge society*. Campus.
26. World Bank. (1992). *Governance and development (English)*. Washington DC. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/604951468739447676/Governance-and-development>
27. World Bank. (1997). *World Development report 1997 - the state in a changing world*. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/518341468315316376/World-development-report-1997-the-state-in-a-changing-world>

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TRABAJO EN RED

HIRAM V. ARROYO ACEVEDO
SOLARITZA RIVERA LEÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN EN SALUD,
ESCUELA GRADUADA DE SALUD PÚBLICA,
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO.

La experiencia discursiva y práctica de la Promoción de la Salud reconoce el valor del trabajo en red como instrumento de revitalización y de movilización de acciones sociales y de salud. La tradición de trabajo en red como estrategia de Promoción de la Salud se manifiesta en diversas modalidades a través de los abordajes de la participación social y comunitaria, los enfoques intersectoriales, las perspectivas de trabajo profesional interdisciplinario y los proyectos académicos de redes de alcance nacional e internacional, entre otras.

El trabajo en red ha sido un importante instrumento de trabajo en el ámbito de la Promoción de la Salud. Las manifestaciones de trabajo en red son variadas. Coexisten redes de Promoción de la Salud de naturaleza diversa. Hay redes de las organizaciones de base comunitaria y de la sociedad civil que impulsan grandes causas sociales y de Promoción de la Salud. Hay otro tipo de redes formales orientadas por el enfoque institucional/gubernamental de entornos saludables. Algunas redes de entornos saludables se desarrollan en municipios, escuelas y universidades. Las redes de entornos saludables han aportado a la visibilidad y permanencia de la ideología y el marco operacional de la Promoción de la Salud con alcance a nivel comunitario e institucional. Existe evidencia de la efectividad del enfoque de entornos en los avances de la Promoción de la Salud. Las redes existentes contribuyen al desarrollo de capacidades, al liderazgo y a la defensa pública de los asuntos de salud. Además, es fundamental en un mundo interconectado y global, contribuye grandemente

en la investigación y la acción en ciencias de la salud, siendo muy eficiente, lo que se ratifica en la evidencia científica. (Martínez et al., 2018).

Otra experiencia significativa de trabajo en red en Promoción de la Salud es la que se ha manifestado en el ámbito profesional y académico. Desde 1988 hasta el presente se ha estado documentando el trabajo en red de diversas organizaciones profesionales incluyendo la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES/ORLA), el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de formación de recursos humanos en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS), entre otras. Otras redes fortalecidas son la Red Iberoamericana y Redes Nacionales de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) y la Red de Gestores de Promoción de la Salud. Estas estructuras de trabajo en red se caracterizan por una relativa estabilidad en su quehacer profesional. Mantienen las acciones de capacitación, el desarrollo de iniciativas de intercambio entre países, la documentación técnica y la investigación en temas de pertinencia para la Promoción de la Salud.

LINEAMIENTOS INTERNACIONALES Y EL TRABAJO EN RED

Los valores del trabajo en red se han reconocido de manera implícita o explícita en diversos documentos técnicos y declaratorios de las organizaciones, globales y regionales, vinculadas a la Promoción de la Salud. En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986 se plantea la necesidad del trabajo conjunto y asociado a nivel nacional e internacional, a compartir el poder (de la salud) con otros sectores y otras disciplinas, a desarrollar una cultura de salud ecológica global y a formar alianzas a favor de la salud (OPS, 1996).

En la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (PS) de Santafé de Bogotá, Colombia en el 1992 se establecieron los compromisos de la Promoción de la Salud en América Latina (OPS, 1996). Algunos de los compromisos contraídos fueron: Afinar mecanismos de concentración y negociación entre los sectores sociales e institucionales para llevar actividades de PS, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil; Estimular el diálogo de saberes diversos, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore al conjunto del patrimonio cultural de la Región; y Fortalecer la capacidad de convocatoria del sector salud para movilizar recursos hacia la producción social de salud, estableciendo la responsabilidad del quehacer de los diferentes actores sociales en sus efectos sobre la salud (OPS, 1996, p. 376). En la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (OPS, 1996) se comienza a ampliar el marco operacional de la

PS para posicionar la construcción de alianzas con énfasis en los medios de comunicación como una de las estrategias de intervención en PS (Arroyo y Cerqueira, 1997). Se plantea que las naciones y comunidades tienen distintos recursos que se reunirán en un esfuerzo conjunto y compartido con el fin de promover la salud. Se formarán alianzas y se buscará la coordinación de todos los sectores tradicionales y no tradicionales que influyen en la salud. Los medios de comunicación, en toda su diversidad, deberán participar en esta cooperación; asimismo deberán aportar su poder e influencia considerables a la formulación de normas y programas que afecten la salud de la población (OPS, 1996, p. 381).

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, fue elaborada del 21 al 25 de julio de 1997 en Yakarta, República de Indonesia. En el documento se expresa que para combatir las amenazas nacientes para la salud se necesitan nuevas formas de acción. En los años venideros, la dificultad estará en liberar el potencial de promoción de la salud inherente a muchos sectores de la sociedad en las comunidades locales y dentro de las familias. Existe una obvia necesidad de cruzar los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores público y privado. La cooperación es fundamental. En la práctica, esto exige la creación de nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de todos los niveles de gobierno de las sociedades (OMS, 1997, p.7). En la Conferencia de Yakarta se establecen las prioridades de la Promoción de la Salud para el Siglo XXI. Una de esas prioridades es la consolidación y la ampliación de las alianzas estratégicas en pro de la salud. La Declaración de Yakarta expresa lo siguiente: «La promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad.» Es preciso fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar el potencial de formación de nuevas. Las alianzas estratégicas son de mutuo beneficio en lo que respecta a la salud por el hecho de compartir conocimientos especializados, aptitudes y recursos. Cada una debe ser transparente y responsable, y basarse en principios de ética acordados y de entendimiento y respeto mutuos (OMS, 1997, p. 9).

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud efectuada en México en el año 2000 ratifica la necesidad de fortalecer y ampliar las asociaciones en pro de la salud además de acentuar la deseabilidad de establecer o fortalecer las redes nacionales e internacionales para promover la salud (OPS, 2000).

La «Carta de Sao Paulo» es el documento declaratorio de la III Conferencia Regional Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud

de la UIPES-ORLA (UIPES, ORLA, 2002). En el evento se establece el siguiente mandato: «Fomentar la formación de redes sociales y la participación social para apoyar las acciones de promoción de la salud y la atención integral de la salud.»

En la Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en 2005, en Bangkok, se evoca el trabajo de redes y se definen diversas estrategias de Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Entre ellas se señala «la necesidad de asociarse y establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles» (OMS, 2005, p.3). El documento declaratorio denominado la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado plantea que se precisan acuerdos intergubernamentales sólidos que favorezcan la salud y la seguridad sanitaria colectiva.

En mayo de 2016 se efectuó en Curitiba, Brasil la 22ª. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud organizada por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). Como resultado del evento se presenta la Declaración de Curitiba. El documento destaca la importancia de la Promoción de la Salud y la Equidad en la Salud para garantizar la Democracia y los Derechos Humanos en todos los países alrededor del mundo. La Declaración de Curitiba incorpora el espíritu del compromiso local y global hacia la democracia, la equidad y la justicia. Fomenta los derechos sociales y la «salud para todos» en un mundo inclusivo y sostenible. En el documento se hace un llamado implícito a los profesionales de la salud para que participen en procesos de trabajo en red. La Declaración de Curitiba expresa lo siguiente: *«Adopten nuevos procesos para lograr una participación social efectiva, inclusión, acción intersectorial y abordajes interdisciplinarios.»*

En la Declaración de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS en Shanghai (2016) se reconoce la importancia del trabajo en red. Se plantea que «las ciudades constituyen una plataforma fundamental para aplicar las estrategias de promoción de la salud, y muchas ciudades y sus líderes políticos ya han contribuido a la salud y la sostenibilidad mediante muchas redes e iniciativas».

En las referencias de la cruzada global de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se plantean enfoques estratégicos transformativos para contribuir al cumplimiento de los ODS a través de la Promoción de la Salud. Se señala la participación de toda la sociedad como elemento clave. Se afirma que:

«...un programa exitoso de desarrollo sostenible requiere alianzas entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil. Estas alianzas inclusivas construidas sobre principios y valores, una visión compartida, y metas compartidas, que colocan a la gente y al planeta en el centro, son necesarias a nivel global, regional,

nacional y local. Los ODS se sustentan en alianzas que implican a toda la sociedad. Para lograr resultados sanitarios equitativos se precisa la participación de todos los sectores gubernamentales y toda la sociedad. No se debería dejar a nadie atrás. Ningún actor tendrá por sí solo un impacto suficiente. En muchos países y también a nivel mundial, los movimientos sociales que promueven el cambio han cobrado impulso. La movilización social puede llevar a los ciudadanos a demandar una mejora de la salud y el bienestar y a visibilizarse de manera significativa. Los medios de comunicación, las ONG, las instituciones académicas y las organizaciones filantrópicas pueden contribuir a la promoción de la salud. Se pueden establecer mecanismos destinados a incentivar al sector privado para que aporte recursos, conocimientos especializados e innovaciones tecnológicas. Al mismo tiempo, se deben gestionar los conflictos de intereses que puedan surgir.» (Declaración de Shanghai, 2018).

EL CONCEPTO DE TRABAJO EN RED

El concepto de «red» se define desde varios postulados teóricos enmarcándose en procesos de intercambios en los cuales se consideran las acciones e interacciones individuales o de los grupos que atienden diferentes problemas de la vida cotidiana. Los esfuerzos que se generan a través del trabajo en red crean vínculos, lazos y alianzas entre entidades o instituciones que deciden voluntariamente o concertadamente en función de objetivos comunes. Dentro de estas relaciones deben estar contenidos elementos de adaptabilidad, apertura, flexibilidad, horizontalidad, fluidez y espontaneidad. La raíz del trabajo en red son los objetivos comunes, pero respetando la identidad de los individuos, grupos o instituciones que colaboran para esos fines. (Lemus & Casserly, 2010).

Rizo García (2003) plantea que las redes son formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad, intercambios dinámicos entre quienes las forman, sistemas abiertos y horizontales que aglutinan a personas que se identifican con problemas comunes. La perspectiva de trabajo en red de Dabas (1999), plantea que el conocimiento es el resultado de la manera en que las personas se relacionan con el mundo. En el mundo donde la diversidad es tomada en cuenta y donde se integran las diferencias, legitimándolas como parte importante del proceso, los espacios serán nutridos por sus múltiples formas y diversidad de sentidos. Kremer, Molesini y Waynsztok (s. f.), en el Módulo III: Redes, del curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud, definen la red como una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales.

Rovere (1999), expresa que el concepto de redes fue primeramente considerado como un elemento dentro del concepto de sistemas. Lo característico del concepto de sistemas, es que propone un análisis homogéneo de estructuras heterogéneas. El concepto de redes no homogeniza, sino que acepta las diferencias y permite imaginarlas de manera organizada.

Provan y Milward (2001) definen el concepto de red como un conjunto de programas y servicios que cooperan entre sí, a través de acciones y actores que buscan favorecer la alineación de intereses para el logro de un objetivo en común, que beneficie no solamente a las instituciones, sino también a sus usuarios.

Gillies (1998) define las alianzas a nivel macro como aquellas que envuelven uno o más colaboradores entre instituciones, organizaciones y grupos del sector público, privado o no gubernamental. Estas alianzas se realizan con el fin de afectar los determinantes estructurales de la salud.

Las redes en servicios de salud es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como «una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve». Se define como red a la manera en que las personas buscan alianzas para la solución de problemas cuando las estructuras rígidas no responden.

De acuerdo con el portal *universojus.com*, dedicado a definir conceptos de la rama del Derecho, el trabajo en red es «una forma de ir tejiendo relaciones, aprendizajes, complicidades, de nudo en nudo, hasta tener constituido un espacio común, abierto y diversificado, en el que se puedan ir sumando nuevas iniciativas, propuestas y empeños». Esta definición da énfasis a los esfuerzos de acción colectiva, donde los objetivos y las metas estratégicas sean comunes. Que cada parte aporte desde su área de especialidad a través de esfuerzos concretos.

El trabajo en red es también un trabajo sistemático de colaboración y complementación entre recursos locales de un territorio, donde la articulación comunitaria es vital. Es colaborar de forma estable y sistemática para evitar duplicidades, competencia entre recursos, descoordinación y potenciar el trabajo en conjunto (Ballester, Orte, Oliver & March, 2004).

LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN RED

Existen elementos característicos dentro del concepto de redes. Según la OPS/OMS (2008), todas las definiciones del concepto de redes giran en torno a las siguientes palabras claves: estructuras abiertas, horizontalidad, intercambio, cooperación, sinergia, coordinación, objetivos comunes.

Dabas y Perrone (1999) afirman que el trabajo en red se caracteriza por ser una estrategia vinculatoria y un intercambio para lograr un fin común. Debe contar con elementos de organización, adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y espontaneidad de las relaciones. El trabajo en red es una relación entre pares, independientemente de los postulados y las regulaciones de la burocracia. Es inclusivo en cuanto a la participación interdisciplinaria y la intersectorialidad.

Fleury y Ouverney (2007) señalan que los principales beneficios del trabajo en red son: la capacidad de aprendizaje, legitimación, estatus, beneficios económicos, enfoque multidisciplinario y soluciones innovadoras a problemas altamente complejos. También posibilita y amplía el potencial de la acción pública debido a esa diversidad en recursos disponibles. Otra ventaja que mencionan es la capacidad que tiene el trabajo en red de aportar soluciones innovadoras a problemas complejos.

La Guía para la Implementación de Redes Comunitarias de Promoción de Salud y Atención en Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, redactada por el Ministerio de Salud de El Salvador (2007), plantea que para la formación del trabajo en red, se necesitan una serie de condiciones, entre las cuales se encuentran la disposición al cambio, lo cual se refiere a que todos los colaboradores deben tener una actitud favorable al cambio, a la toma de decisiones respecto a esos cambios y a la delegación de responsabilidades. Otra de las condiciones que menciona la guía es que para que exista el trabajo en red debe generarse un espacio de discusión y planificación, es decir, que se deben analizar las necesidades de la población de ser atendida y definir las estrategias que se utilizarán para dar respuesta dentro de un marco de planificación para promover el desarrollo de la comunidad. Otro de los componentes que debe existir para el trabajo en red, según la guía, es la voluntad. Voluntad de asociación, articulación e integración, aun cuando la iniciativa no sea propia, ya que los beneficios sí serán colectivos. Por último, es importante definir el territorio y la población en los que se implementarán las estrategias, ya que la finalidad del trabajo en red obedece a dar respuesta a una o varias necesidades, y al delimitarse la población sobre la que actuar pueden atenderse esas necesidades desde la intersectorialidad de las instituciones contenidas dentro del proyecto, con lo que el trabajo resultará más efectivo.

Además de esos componentes, la guía provee de unas estrategias a seguir que enmarcan el trabajo en red desde los principios éticos de equidad, solidaridad y justicia social. Dentro de las estrategias contenidas en esta guía, se encuentra la intersectorialidad, lo que se refiere a la injerencia de varios sectores, públicos, gubernamentales y/o no gubernamentales en el desarrollo de las actividades para el trabajo en red. Esta guía también contempla la participación como estrategia para que cada persona o entidad tenga un rol protagónico. Por

último, menciona la importancia de la existencia de un equipo coordinador como estrategia para poner en marcha el proceso de trabajo en red.

Según se menciona en el documento de la OPS *Redes Integradas de Servicios de Salud* (2010), las redes se pueden clasificar en las categorías de: sistemas que integran solamente personal de salud, sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud y sistemas que integran, además de las anteriores, a las aseguradoras de salud. Otros tipos de redes pueden referirse a espacios específicos como las locales, regionales y nacionales. También se mencionan diferentes modalidades de integración: integración horizontal, vertical, real y virtual. La primera, la integración horizontal, proviene de la unión de servicios que se encuentran en la misma fase de proceso de producción de servicios o a un mismo nivel de atención. La integración vertical, en contraposición, trabaja con funciones, actividades o unidades que intervienen en distintas fases del proceso de producción de servicios. Se caracteriza más por el trabajo continuo de una unidad a otra, dotando al proceso de una mayor secuencia.

Ballester, Orte, Oliver y Marcha (2004), expresan que el trabajo en red se caracteriza por ser articulado, dinámico y flexible, coherente, inclusivo y formativo. Es vital la valoración igualitaria, en la que los roles se rotan en función de las áreas de especialidad de cada uno de los miembros de la red. La reciprocidad también es importante ya que se ejerce influencia y los roles se complementan unos a otros, por lo que no existe competencia destructiva. Al ser flexible, se adapta a las necesidades, demandas y características particulares. La coherencia se refiere a un trabajo fundamentado en principios, metodología y estrategias comunes. La inclusividad permite integrar iniciativas significativas.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO EN RED

Ballester, Orte, Oliver y March (2004), proponen que la metodología del trabajo en red se diversifique en tres niveles. El primer nivel se refiere a la construcción de las bases del trabajo en red. En este nivel se delimitan los acuerdos básicos iniciales, se analizan las necesidades, se incorporan recursos nuevos y se definen los cursos de acción, todo ello enmarcado en la perspectiva de la participación comunitaria y utilizando el método de análisis Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) y el análisis de recursos y sus relaciones mediante ecomapas. El segundo nivel de la metodología del trabajo en red, según los autores, es el nivel en el que se hace operativa la red que se ha creado. Es donde se desarrollan protocolos de colaboración, preparando proyectos articulados y conjuntos que vayan acordes con las prioridades y las opciones viables. En este nivel se inicia la fase productiva de trabajo en red, dándole forma a los protocolos y a los proyectos. El tercer nivel es el de

eficacia. Este se considera el nivel más concreto, donde se crean espacios de articulación, ejecución y consecución de proyectos e iniciativas descritas en los protocolos. En este nivel es aún más importante el trabajo en equipo, además de **círculos de comparación** (*benchmarking*) para evaluar y analizar continua y sistemáticamente los procesos, con el fin de mejorar utilizando el intercambio voluntario de información entre todas las partes. Esta metodología permite identificar fuentes de conocimiento o de procesos con objetivos similares a los que se quieren lograr (Castillo, 2009, p. 159).

Castillo (2009) hace referencia a cuatro fases en la elaboración de las redes. La primera fase es la que se encarga de buscar y encontrar un objetivo común; la segunda se encarga de elaborar acuerdos y estructuras que enhebran la red para lograr los objetivos trazados; la tercera consiste en poner en marcha el plan de trabajo acordado; y la cuarta es la de ecuación, realizada tomando en cuenta la complejidad del fenómeno del trabajo en red.

BENEFICIOS Y RETOS DEL TRABAJO EN RED

El crecimiento de las redes permite llegar a lugares y lograr metas a los que de forma aislada no sería posible. Para los componentes de la red, trabajar en esta representa un factor de crecimiento, siempre que el desarrollo de la misma vaya cónsono y proporcionado a sus propias capacidades. En la mayoría de los casos podría suponer un fortalecimiento como proyecto, institución o entidad, y también podría representar posibilidades de subsistencia (Castillo, 2009).

La colaboración en el trabajo en red no se da a expensas de dificultades o limitaciones. Cada organización tiene cogniciones complementarias y un sentido diferente de ver la realidad, por lo que la colaboración, aunque necesaria, resulta compleja. Para que ocurran nuevas visiones, las organizaciones colaboradoras deben tener suficiente distancia cognitiva, pero también similitudes entre ellas que favorezcan procesos de diálogo constructivo (Muijis, West & Ainscow, 2010).

Algunas limitaciones del trabajo en red, específicamente en la rama de la salud pública, radican en asuntos relacionados con la diversidad cultural, la heterogeneidad en el pensamiento y la definición que se le adjudica al concepto salud, las experiencias de profesionalización y el desarrollo disciplinar, la inestabilidad de las políticas y las estructuras de salud globales y regionales, los cambios políticos y de personal, la falta de financiación de iniciativas, las limitaciones de acceso y capacidad tecnológica, la permanencia de las acciones, la falta de articulación y sinergia entre organizaciones, la falta de equidad en el idioma de reuniones internacionales y en las publicaciones (Arroyo, 2009). En relación a los retos que se presentan en el trabajo en red, Ballester, Orte,

Oliver y March (2004) indican que el trabajo en red conlleva el reto de crear un sistema propio, que se adapte a cada realidad de interacción y colaboración.

Las oportunidades, bondades y riqueza del trabajo en red son consecuencia de invertir en esta metodología aplicable a la Promoción de la Salud, la cual requiere planificación, claridad de objetivos, comprensión de su alcance, respeto a la diversidad, claridad de roles y funciones, reconocimiento de las capacidades distintivas de sus integrantes, energía creativa, comunicación democrática y asertiva, quehacer armónico, vinculación solidaria de sus integrantes y desempeño ético y respetuoso por parte de los facilitadores del proceso.

REFERENCIAS

1. Arroyo, H. (2009). La Universidad y el Desarrollo de las Redes Profesionales de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en las Américas.
2. Ballester, L.L., Orte, C., Oliver J.L., March, M.. (2004) Metodología para el trabajo socioeducativo en red. Comunicación presentada en el IV Congreso Estatal do/a Educador/a Social, Santiago de Compostela recuperado de: <www.eduso.net/archivos/IVcongreso/comunicaciones/c65.pdf>
3. Dabas, E., Perrone, N. (1999). Redes en Salud. FUNCER.
4. Declaración de Curitiba sobre la Promoción y Equidad en la Salud, (2016). Curitiba, Brazil: International Union for Health Promotion and Education.
5. Declaración de Shanghai (Primer Borrador) recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/> **el 22 de septiembre de 2018.**
6. Definición de trabajo en red (2015) <http://universojus.com/definicion/trabajo-en-red>
7. Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International Vol. 13, No. 2* # Oxford University.
8. Holder, R. (s.f.) *Sistemas Integrados de Servicios de Salud* [diapositivas de Power Point]. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/documents/events/nicaragua07/Sistemas_Integrados_Servicios_Salud-Reynaldo_Holder.pps
9. Kremer, P., Molesini, C., Waynsztok, S. (s.f.) Módulo III: Redes. Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios. Ministerio de Salud, Presidencia de La Nación. Argentina. Recuperado el 7 de septiembre de 2018 de: www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/.../2-3-3-G-moduloredes.pdf
10. Martínez, J.R., Gallardo, C., Aguiló, A., Granados, M.A., López, J., Arroyo, H. (2018) La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. *Gaceta Sanitaria*. Informe SESPAS 2018.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2007) *Guía para la implementación de redes comunitarias para la promoción y atención integral de la salud de los y las adolescentes y jóvenes*. 1ra.ed,- -San Salvador, El Salvador. OPS. Recuperado de: asp.salud.gob.sv/.../pdf/guia/Guia_redes_comunitarias_atencion_integral_adolesc.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2017) Documento conceptual: Trabajo en red. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de Las Américas. Ámbitos: Municipios, escuelas,

- universidades e instituciones de educación superior.
13. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: Conceptos, Prácticas y Lecciones Aprendidas. / Organización Panamericana de la Salud. – Brasilia, 2008. 182 p.: il.
 14. Rizo, M. (2003) Redes: Una aproximación al concepto. Universidad Autónoma de México. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n1/v5n1a12.pdf
 15. Rovere, M. (1999) Redes en Salud. Un nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. Recuperado de: www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=8565&tipo=objetoMultimedia
 16. *Una alianza por la salud de los pueblos de las Américas. Logros de los países con apoyo de la Cooperación Española y la Organización Panamericana de la Salud 2007-2013.* (2013). Madrid, España: Organización Panamericana de la Salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

RAFAEL COFIÑO

JEFE DEL SERVICIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD Y PROGRAMAS DE LA DIRECCIÓN
GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE ASTURIAS.
PROFESOR ASOCIADO DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Ahora contemplo el mar. No tengo miedo ni esperanza.

ANTONIO GAMONEDA

Recuerdo claramente mis dos primeras lecturas sobre promoción de la salud. La primera de ellas fue un manual titulado *Aprendiendo a promover la salud*, escrito por David Werner y Bill Bower (1). Llegué a este libro a la vez que otro libro clásico del que Werner también era autor: *Donde no hay doctor* (2). Este era una guía para campesinos que viven lejos de los centros médicos. Yo era estudiante de medicina y estaba pasando un verano en Bolivia junto a otros compañeros; entre las asignaturas clínicas y quirúrgicas que teníamos en la facultad en Asturias, e incluso entre las prácticas hospitalarias que ya habíamos comenzado, nadie nos había explicado cuestiones tan básicas y elementales como las que aquel manual ya tenía en su introducción. Cito literalmente alguna de ellas:

-«Las personas con poca educación formal son tan responsables e inteligentes como las personas tituladas.»

-«El cuidado básico de la comunidad no debe venir de fuera, sino ser promovido dentro de la comunidad.»

Tampoco nos habían hablado nunca del *estilo terapéutico* que tenía que tener una persona que se dedicara a cuidar en salud —de hecho nadie nos había

hablado posiblemente de la palabra *cuidar*— mientras que en el libro se insistía activamente en las competencias que debería tener una persona que se dedicara a eso: «sea amable, comparta sus conocimientos, respete las ideas y tradiciones de su gente, conozca sus límites, siga aprendiendo, trabaje por el gusto de trabajar, observe bien a su comunidad...»

En *Aprendiendo a promover la salud*, al contrario que en *Donde no hay doctor*, no se desarrollaba formación clínica básica para personas sin formación sanitaria, sino que se profundizaba en elementos de aprendizaje y enseñanza y de *transformación social* y de *empoderamiento comunitario*. Palabras que también nos eran ajenas en nuestra formación pregrado. Ambos libros eran revolucionarios y sobre todo ambos libros, insisto, no tenían demasiado que ver con la mayoría de la práctica cotidiana que aprendíamos en las facultades o que observábamos en alguna asistencia sanitaria. Los libros chirriaban, parecía fácil utilizarlos como manuales de referencia en ciertas prácticas en países lejanos con realidades muy evidentes o en ciertas prácticas sociales en algunos contextos socialmente complejos en algunos de nuestros barrios, pero ¿cómo poner eso en práctica en nuestros contextos? ¿Qué tenía que ver eso con la medicina occidental de finales del siglo xx?

Mi segunda lectura fue un artículo sobre promoción de la salud escrito por Pilar Regato. Concretamente se titulaba *Concepto. Modelos y aspectos controvertidos en promoción de la salud* (3). El texto se publicaba en una revista llamada *Dimensión humana* que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria editó entre 1996 y 2002. Concretamente este texto se publica a finales de 1998. Cuando lo leí yo ya había terminado mi residencia de medicina familiar y comunitaria y estaba trabajando en drogodependencias en Proyecto Hombre Asturias. Aunque ya había tenido cierto, pequeño, cambio de visión y de orientación en los años de especialidad aún no tenía absolutamente ningún concepto claro ni estructurado en mi cabeza sobre lo que era y no era la promoción de la salud o el apellido de «comunitaria» de la especialidad que había terminado. Mi formación reglada sobre el tema había sido casi nula. Me costó mucho leer el texto. Las palabras, ciertos conceptos, trataban de hilar algunas cuestiones con temas que intuía —de ciertas lecturas durante la carrera— que venían de lo social, pero apenas sabía nada y casi todo se me escapaba. Comprendía algo de lo referido sobre todo con la parte de educación individual, pero todo aquello de políticas de salud, acción social o acción colectiva o intervenciones en comunidad local me parecía inasible, sumamente apetitoso, pero sin ser capaz de entender por dónde se iba. Pero este y aquel otro fueron textos iniciáticos, reveladores que sirvieron para poner andamios para muchas de las cuestiones que he ido viviendo años después.

¿Por qué abrumo a la lectora y al lector con este anecdotario personal impropio de un libro de estas características? Aquel artículo de Pilar Regato se insertaba

dentro de un monográfico de la revista sobre promoción de la salud y en él, además de Pilar, escribían otras personas de las que en aquel entonces yo no sabía mucho pero que hoy se han convertido en mis maestras¹ y el título de aquel monográfico era el siguiente: «La promoción de la salud en el siglo XXI: ¿sueño o realidad?» Veinte años más tarde, las editoras de este libro que está leyendo me han solicitado poder colaborar escribiendo un capítulo sobre los retos de futuro de la promoción de la salud y no he dejado de recordar este texto que otras autoras escribieron veinte años atrás. Por ello me permito enumerar algunas oportunidades del futuro de la promoción de la salud recuperando el título de aquel texto para este capítulo y pensando mucho en ellas al escribir los retos. Veamos.

NO HAY QUE DEJAR DE LEER Y MIRAR A NUESTRAS REFERENTES

Sobre todo pensando en ellas es este primer reto de futuro. Muchas veces nos empeñamos en reescribir lo que ya está muy dicho. No sé si es bueno o malo o simplemente un proceso inherente en la maduración de conocimiento. Sea como sea, no hay que dejar de leer a nuestros clásicos y clásicas y a partir de esas lecturas reinterpretar las nuevas realidades y los nuevos retos. Mis retos para el futuro pasan por revisarme textos clásicos con la luz del siglo XXI y ver cómo en aquellos modelos insertamos todo lo que hemos aprendido y trabajado durante estos años. Sumar lectura y prácticas.

No se trata de construir nuevos modelos que en paralelo compitan con lo que ya se ha ido avanzando, se trata de sumar piezas entre diferentes modelos, quizás apartar algunas y ensamblar otras que hasta ahora no hayamos tenido en cuenta.

DESARROLLO COMUNITARIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: LENGUAJES COMUNES

Algo muy relacionado con armar juntas diferentes modelos: el trabajo en los territorios, en lo local, pasa por ver cómo generamos alianzas entre lo que llamamos promoción de la salud, lo que se llaman actividades comunitarias en salud, acción comunitaria o desarrollo comunitario. Es necesario buscar un lenguaje que nos una.² Espacios comunes, sinergias comunes y un vocabulario

1 Menciono a algunas de ellas: María José Pérez Jarauta, Margarita Echaury y Julia Domínguez.

2 Al escribir esto, siempre pienso en Javier Gállego insistiendo en la necesidad de lenguajes comunes

común. Reconocer qué palabras estamos dispuestas a perder desde cada disciplina para ganar las palabras de otras.

La promoción de la salud sigue siendo algo muy estrechamente vinculado a disciplinas sanitarias, y la acción comunitaria a disciplinas del trabajo y de la educación social y de la psicología comunitaria pero sobre todo tanto a la acción de las personas que viven, trabajan, se relacionan y crecen en los territorios como al activismo, los movimientos ciudadanos y vecinales, y a los procesos informales (y vitales) en ciertas geografías (físicas o no).

BUENAS PRÁCTICAS

Hay que ensayar prácticas comunes que pasarán seguramente por visualizar buenas prácticas de acción en los territorios pero que también pasarán por un esfuerzo académico de síntesis, voy a decir el palabro: el esfuerzo de quizás sumar paradigmas y epistemologías, del trabajo en los barrios a los modelos teóricos y viceversa. Anotando por las noches en la mesa de estudio lo que trabajamos y vivimos en los barrios y en los pueblos para generar modelos mejorados inclusivos.

Este será un reto muy significativo: los grandes temas de trabajo de la población de la salud siguen saliendo de un ámbito muy institucional y gubernamental y quizás es importante escuchar más procesos de acción local comunitaria y construir líneas y temas desde ahí. De dónde nacen estas acciones (desde qué instituciones y desde qué paradigmas y formaciones universitarias) también tiene mucho que ver con los temas de trabajo que se abordan, como veremos un poco más adelante.

¿SALUD O BIENESTAR?

En ese esfuerzo de avanzar juntas para mejorar el bien común en los territorios quizás hay que pensar si utilizamos la palabra salud o utilizamos otras palabras. Sí, ya sé y entiendo perfectamente la definición de la OMS y otras mejoradas posteriores, y entiendo perfectamente lo que un grupo de integrantes de la OMS tratan de decir con salud en todas las políticas, pero la cuestión es que estamos dando a veces muchas vueltas para que el resto de personas que no vienen del mundo de la salud pública traten de entender las buenas ideas que se nos ocurren en nuestras conferencias.

Quizás para ponernos de acuerdo con otros sectores haya que decir «bienestar»; quizás no haya que decir salud en todas las políticas, sino «¿cómo trabajamos

juntas en los territorios para mejorar el bien común?» Economía en las palabras, más sencillez, aunque esto nos dé menos créditos académicos.

PARTICIPACIÓN

Hay que cambiar nuestros congresos, reuniones científicas, publicaciones y espacios académicos. No nos engañemos: la población, la ciudadanía general y especialmente los colectivos vulnerados y excluidos siguen siendo mayoritariamente objetos de estudio y no sujetos de participación.

Los formatos de nuestras reuniones científicas no son espacios naturales donde podamos compartir y reflexionar en igualdad de condiciones con algunos sectores de la comunidad. Nuestros espacios de reflexión y ciencia generan desigualdades en esta reflexión.

Fijémonos en algunos espacios que se han consolidado estos años como son los congresos de pacientes. A veces lo que se ha conseguido es replicar un modelo formativo-congresual que viene de las disciplinas biosanitarias pero ahora incluyendo a algún grupo de pacientes: ¿Estamos utilizando el mismo formato docente (mesas redondas, conferencias) pero tratando de incluir a algún paciente pero de forma muy anecdótica? ¿odres viejos para vino nuevo? Debemos ser valientes y atrevernos a probar nuevas formas de encontrarnos, espacios más naturales, abiertos y espontáneos pero no por ello menos rigurosos para la reflexión y la deliberación, espacios que sean realmente inclusivos y plurales.

INVESTIGACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA CIENCIA

Y también diferentes formas de escribir y de publicar. El ámbito académico ha de abrirse a la participación ciudadana en todas las fases del proceso de investigación. No se trata únicamente de utilizar a la población solo en momentos puntuales del proceso. Esto es algo muy relevante para todas las disciplinas pero sería un requisito indispensable en procesos de investigación de promoción de la salud.

La promoción de la salud puede moverse en diferentes paradigmas pero sobre todo se mueve en el paradigma que está pegado al terreno y a la subjetividad, a la no neutralidad de la persona que investiga, en el paradigma que está cerca de la comunidad y que busca una transformación social. Pensamos y actuamos y publicamos para mejorar la sociedad. Ni más ni menos.

Y ya tenemos muchas metodologías, con sus métodos, para poder trabajar con esta orientación. Necesitamos más procesos de investigación-acción- participación, más académicas pegadas al terreno acompañando y escribiendo procesos con la comunidad y comunicándolos en aquellos foros donde se puede hacer abogacía pero publicando y comunicando de la mano de la propia comunidad que participa en los procesos.

DE LO INDIVIDUAL A LO POBLACIONAL, DE LOS ESTILOS DE VIDA A LAS CONDICIONES DE VIDA

Uno de los grandes errores que tenemos que empezar a desmentir en relación con la promoción de la salud es que esta solo se refiere a los estilos de vida.

Hay varios errores conceptuales que tienen muchas personas —incluso de brillantes popes y popesas de la sanidad y la salud pública de nuestro alrededor— sobre lo que es y no es la promoción de la salud. Aquí conviene volver al primer reto y releer a Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet (4). La promoción tiene que ver con políticas, con generar entornos saludables, con mejorar condiciones de vida, con abordar los determinantes de la salud y con poner las cosas fáciles a las personas en sus vidas, a veces muy j*did*s, para que puedan tomar buenas decisiones para su bienestar. Es un error importante considerar que la promoción de la salud tiene que ver con los estilos de vida individuales o con ciertos factores de riesgo. Incluso en relación con estos estilos de vida ya apuntaban hace veinte años Pérez Jarauta y Echauri hacia donde deberían ir las actuaciones (5). Cito textualmente:

[...] en promoción de la salud, desde una perspectiva biopsicosocial, por estilos de vida se entiende «manera general de vivir» de las personas y grupos sociales. Esto no incluye no solamente los clásicamente denominados «hábitos saludables» anteriormente citados, sino también las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de su vida y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, los patrones de relación con el entorno en que se vive, el repertorio de habilidades personales y sociales que se dispone, etc.

DESCOLONIZACIÓN SANITARIA

Pero si realmente muchas personas entienden que la promoción de la salud solo actúa sobre estilos de vida es porque muchos de los programas que se han etiquetado de promoción de la salud (sin serlo) hablaban de ello.

Esto es un elemento relevante:³ cuando hay mucho personal sanitario liderando procesos de promoción de la salud o de acción comunitaria los temas suelen ser sobre salud-enfermedad (por ejemplo, obesidad), mientras que cuando hay menos personal sanitario los temas son más distales y más relacionados con las causas de las causas y sobre otros aspectos del bienestar (por ejemplo cuidados, convivencia, mejora del tejido social,...).

Ya existen modelos de trabajo y de práctica que desplazan estos temas de trabajo desde las causas más proximales (problemas de salud) a causas más distales: trabajo, entorno y generación de redes sociales, empoderamiento de la comunidad (6).

Es fundamental la participación de profesionales sanitarios en la acción comunitaria y la promoción de la salud. Desde luego. Pero quizás es muy importante ser rigurosos con los métodos que vamos a tener para desinfectar a la comunidad sanitaria de la flora microbiológica que trae del mundo biosanitario antes de comenzar a pasearse por las calles. Porque ya sabemos que trasladar flora bacteriana⁴ de un espacio a otro espacio que no le corresponde puede generar infecciones graves. Pero ese proceso de esterilización es también tener en cuenta qué flora sí puede aportar la comunidad sanitaria: metodología, experiencia en evaluación, interpretación y actuaciones sobre la importancia de lo poblacional en lo individual...

EVALUACIÓN Y EQUIDAD

Posiblemente no haya mucho que añadir en relación con la evaluación en promoción de la salud que no sepamos: nos movemos en investigaciones evaluativas de intervenciones complejas, la necesidad de una evaluación multinivel, ha de ser también participativa, integración de metodologías cuantitativas y cualitativas, saber que nos movemos en un paradigma específico que requiere otra síntesis de evidencias que meramente los metaanálisis... Muchas de nuestras actuaciones tienen evaluaciones muy exitosas pero cuando nos ponemos las gafas de equidad para evaluar (de la equidad de género por una parte y de otros ejes de equidad por otra parte) dejan de ser tan exitosas y

3 Y pienso ahora en Carlos Sobrino y Jara Cubillo con los que hace muy poco triangulábamos este pensamiento.

4 Y cuando digo flora estoy pensando en programas centrados en la patología y en el déficit, procesos no inclusivos, jergas, protagonismos, evaluaciones positivistas sin tener en cuenta contextos, poca costumbre de trabajar en procesos comunitarios, poca experiencia en participación...

vemos que no estamos llegando bien a las personas que más lo necesitan y que incluso estamos realizando proyectos que pueden aumentar las desigualdades.

Hemos avanzado mucho en este sentido también y tenemos buenas herramientas disponibles para incorporar la equidad en el proceso evaluativo (7) y también para entender las relaciones de poder en los procesos comunitarios, en la vida en los territorios y su relación con procesos de salud-enfermedad.

POLÍTICAS Y NORMAS QUE GENEREN ENTORNOS SALUDABLES

Desde la importancia que tiene la acción poblacional, y toda su justificación en impacto en salud colectiva que aporta la epidemiología social desde los trabajos de Geoffrey Rose (8), es importante tener en cuenta la necesidad de grandes políticas y normas que generen entornos saludables.

Actuar sobre entornos y condiciones de vida es posible sobre todo si se generan espacios políticos y normativos que las favorezcan. Como ya se ha señalado en diferentes capítulos de este libro: la disposición de ciertas normas reguladoras de la protección ambiental, igualdad de género, tráfico, vivienda, redistribución de la riqueza, protección alimentaria... serán fundamentales en los próximos años.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA BASADA EN ACTIVOS

La reintroducción del concepto de salutogénesis y de activos para la salud en la práctica de la promoción de la salud ha tenido un gran impacto en nuestro país en los últimos cinco años (9). Sin ser nada *novedoso* pensamos que sí ha servido para revitalizar cierta práctica de la promoción de la salud y para impulsar muchos procesos comunitarios.

Desde luego que los procesos comunitarios van más allá que generar mapas de activos, pero quizás estas metodologías (sencillas, intuitivas, emocionantes, que conectan personas y procesos) puedan servir también para generar una síntesis (a) a nivel macro entre los modelos de promoción de la salud y de acción comunitaria, y (b) a nivel micro, local, en los territorios, para generar una coordinación entre las diferentes acciones, proyectos, iniciativas, programas que a veces se acumulan en los barrios con diferentes liderazgos, orientaciones, financiaciones y expectativas.

FORMACIÓN PERO CON CUIDADO

La formación que tenemos en nuestras universidades de ciencias de la salud sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria, los determinantes de la salud, la equidad en salud o la promoción de la salud es, voy a ser cordial, muy mejorable.

En los días que escribo esto un grupo de personas se escandalizaba que se preguntara algo sobre Alma Ata en un MIR.

No hay que olvidar que tantos años estudiando, uno a veces no solamente no incorpora nuevos conocimientos sino que también se pierde el sentido común basal con el que se empezaba la carrera.

La formación ha de ser intensa (en horas y contenidos), longitudinal (a lo largo de diferentes etapas profesionales o vitales), precoz (lo antes posible, que no dé tiempo a adquirir malas actitudes), no sectorial (abarcando a todas las personas que trabajan y viven en los territorios y con contenidos comunes), ligada a la acción (como ya dijimos, de la teoría a la acción o viceversa y en ciclos iterativos) y transformadora (en lo personal, en las estructuras públicas y en lo social).

Pero ¡cuidado!, sin pasarnos. Hace unas semanas hubo una reunión muy interesante en el Ministerio sobre el tema de la equidad. El Área de Promoción de la Salud organizó un pequeño espacio de reflexión, con un grupo de personas de diferentes ámbitos, para reflexionar sobre la perspectiva de equidad y sobre cómo seguir avanzando. Salieron muchas cosas, y una de las cosas que se plantearon —en un grupo eminentemente técnico, con profesionales cualificados y vinculados a sistema sanitario, administración central o municipios— fue la necesidad de formación, insistiendo que no sabíamos demasiado sobre el tema y que deberíamos formarnos más. José Antonio Jiménez Jiménez levantó la mano. José Antonio Jiménez, Román, es coordinador de la Red Equi-Sastipen-Roma, coordinador del Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y miembro de la Comisión Permanente, y presidente de UNGA. Román es además —y coincidimos varios en esta afirmación— una de las personas más inteligentes que conozco. Román levantó la mano humildemente, desde una esquina de la sala, y dijo que respetaba mucho lo que decía todo el mundo, que allí había gente que sabía muchísimo más que él, pero que le sorprendía muchísimo que —insistía— habiendo gente tan formada, todavía no supiéramos lo que era la equidad y que tuviéramos que formarnos más sobre ello.

Cuidado con no marear nuestras formaciones y darle demasiadas vueltas a lo mismo.

GOBERNANZA

A todos los niveles, desde la elaboración de las grandes políticas hasta el trabajo en los territorios, uno de los grandes retos del futuro es algo que ya hemos ido señalando en los apartados anteriores: cómo trabajar juntas, cómo generar procesos de transformación moviéndonos entre la confrontación y en consenso, cómo vamos a generar arquitecturas institucionales y ciudadanas que faciliten acciones en unos territorios de alta complejidad.

La última Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Shangai en 2016 (10) señala claramente qué hacer, y lo hace ciñendo las acciones de promoción a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. Parece evidente que tenemos claros los *qués*, pero la gobernanza insiste en algo fundamental que es en señalar y en reforzar los *cómos*.

FEMINISMO

Hay varios de los atributos que tiene el mundo del siglo XXI que han de pasar por la palabra *feminismo*. Y en estos días (hoy es 19 de febrero de 2019), ante la interrupción de ciertos movimientos e ideologías medievalistas, más que nunca es importante remarcarlos.

La salud pública, la promoción de la salud y la acción comunitaria de estos próximos años o será feminista o no será.

Esto no es nada nuevo tampoco (lo que no es nuevo son ciertos odres viejos como este que escribe, y que fue formado y crecido en un entorno donde sabíamos casi tan poco de *comunitaria* como de *feminismo*), pero pienso en algunas de ellas que escribieron y escriben esta historia de la promoción de la salud y la acción comunitaria en salud: Concha, Marga, Belén, María José, Carmen, Rosana, Dory, Dolors, Jennie, Beatriz, Aitziber, Maribel, Pilar, Beatriz, Pilar, Helena, Isabel, Marisa, Belén, Ana, Elena, Blanca, Marta, Consuelo, Begoña, Patricia, Edith, Maritza, Jara, Vicky, Elena, Angelina y muchas más.

En fin, tantas y tantos que, como decía aquel poeta, consiguen llenarnos, día a día, las arterias de etcéteras y las manos de milagros.

AGRADECIMIENTOS:

A todas las personas que trabajan en los procesos comunitarios y de promoción de la salud y cuyos nombres y apellidos no salen mencionados en las publicaciones.

A Patricia Escartín y Carlos Sobrino por su revisión y comentarios del texto y por todo lo que he tenido la suerte de aprender conversando o leyéndoles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Werner, D. y Bower, B. (1990). *Apreniendo a promover la salud*. Berkeley: Fundación Hesperian [versión electrónica]. Recuperado de: <https://bit.ly/2AnL2LC>
2. Werner, D. (2010). *Donde no hay doctor*. Berkeley: Fundación Hesperian [versión electrónica]. Recuperado de: <https://bit.ly/12R8MFK>
3. Regato, P. (1998). Concepto, modelos y aspectos controvertidos en promoción de la salud. *Dimensión Humana*, 2 (5), 29-34.
4. Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2011). Promoción de la Salud: concepto, estrategias y métodos. En Colomer, C. y Alvarez-Dardet C. (ed), *Promoción de la salud y cambio social* (p. 27-45). Amsterdam; Barcelona: Elsevier Masson.
5. Pérez, M. J. y Echaui, M. (1998). Instrumentos de la promoción de la salud. *Dimensión Humana*, 2 (5), 35-44.
6. Porroche-Escudero, A., Popay, J. M., Barr, B., Mosedale, S. L., Ring, A., Sadler, ... Wheeler, P. (2017). Systems resilience: improving public health through collaboration and community based participatory research. *BMJ Open*, 7(Supl. 2), A6. [008 BP]. doi: <https://10.1136/bmjopen-2017-016492.18>
7. Suárez, Ó., Fernández-Feito, A., Vallina, H., Aldasoro, E., y Cofiño, R. (2018). Tools to assess the impact on health of public health programmes and community interventions from an equity perspective. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 579-581. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.008>
8. Rose, G. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine*. New York: Oxford University Press.
9. Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., ... Hernán, M. (2016). Health promotion based on assets: how to work with this perspective in local interventions? *Gaceta Sanitaria*, 30 Supl. 1, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
10. Declaración de promoción de Shangai sobre promoción de la salud (21 noviembre 2016) Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>

