

Artículo especial

Cinco paradojas de la promoción de la salud



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

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

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2016

Aceptado el 19 de octubre de 2016

On-line el 17 de febrero de 2017

Palabras clave:

Promoción de la salud

Atención dirigida al paciente

Determinantes sociales de la salud

Educación en salud

Indicadores de salud

Planificación en salud

R E S U M E N

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

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

Five paradoxes in health promotion

A B S T R A C T

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

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

Keywords:

Health promotion

Patient-centred care

Social determinants of health

Health education

Health indicators

Health planning

Introducción

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

comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud¹. En la [tabla 1](#) se recogen las principales aportaciones de cada conferencia.

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

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

* Autor para correspondencia.

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

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

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

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

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

El paciente versus la persona

Centrar la atención en la persona conlleva adoptar una perspectiva biopsicosocial, es decir, incluir las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y del contexto en el que viven las personas; ver a la persona en su totalidad; compartir el poder y la responsabilidad entre el profesional y la persona; construir una alianza terapéutica y entender la interacción del profesional de la salud y la persona atendida no como algo técnico². Apoyando la conveniencia de este enfoque, la literatura muestra cómo las personas prefieren acceder a los servicios de salud sabiendo que van a recibir una atención integral, que incluya el abordaje de aspectos de relación y socioemocionales³.

Sin embargo, seguimos utilizando de manera implícita o explícita el concepto de «paciente» y no el de «persona» en la toma de decisiones relacionadas con la salud y el planteamiento de actividades promotoras de la salud. Esto provoca que tanto el sistema como los profesionales hagan planteamientos reduccionistas⁴. Son reduccionistas en el sentido de que llevan a prestar una atención que aborda, casi de manera exclusiva, los aspectos biofísico-patológicos, se centran en las necesidades del sistema de salud y dejan en manos de los profesionales la atención de la salud al entender que son ellos los que poseen el conocimiento absoluto de los procesos.

La puesta en marcha del cuidado centrado en la persona se ve dificultada en general por la preferencia, tanto de los profesionales como de los individuos, de un modelo paternalista y medicalizado. De hecho, a pesar de que se observan cambios en los profesionales y en la población sobre los beneficios de compartir responsabilidad y no restringir la atención únicamente a intervenciones invasivas, todos ellos parecen claudicar ante la falta de conocimientos o habilidades y recursos. Esta paradoja puede ser la manifestación de problemas perpetuados por el entramado social (organización de los sistemas políticos, sanitarios y sociales, y falta de estructuras y oportunidades para que las personas manifiesten sus valores⁵) favorecedores del individualismo, que se abordan en las siguientes paradojas.

Lo individual versus lo colectivo

Entender la salud desde una dimensión colectiva, y no solo como un bien individual, es indispensable, ya que la responsabilidad sobre esta excede al individuo. Las condiciones de vida en que se desenvuelven las personas inciden directamente e incluso determinan sus estilos de vida⁶, como recoge el marco conceptual de los determinantes propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España⁷. La importancia de la salud tiene que estar presente en su abordaje desde ámbitos como la educación, el entorno laboral, el medio ambiente, la industria, los medios de comunicación y las estructuras socioeconómicas. El sector sanitario debe desarrollar un trabajo conjunto con estos sectores. Además, tal como se recoge en las últimas conferencias de promoción de la salud (tabla 1), la salud debe estar presente en todas las políticas, respondiendo a los valores y las necesidades de la ciudadanía.

Sin embargo, todo lo anterior parece no haber tenido el reflejo que debiera en la práctica. Por un lado, los planes de salud parecen asemejarse a planes sanitarios con objetivos dirigidos más a intervenciones de los servicios sanitarios que a unos objetivos intersectoriales. Además, aunque se han documentado diversas experiencias con el uso de herramientas como la evaluación del impacto en la salud, dirigida a evaluar los efectos de políticas, programas o proyectos en la salud de la población y de su distribución en dicha población, estas tienden a centrarse en iniciativas de ámbito local que no necesariamente implican aquellas políticas o proyectos que más impactan sobre la salud de la población⁸. A esto se suman otras dos singularidades relacionadas con la participación de los ciudadanos. Por un lado, los procesos de participación se reducen en ocasiones meramente a campañas informativas o de consulta sobre planes ya diseñados, y no existe una participación real en la toma de decisiones ni en el diseño de dichos planes. Por otro lado, se ha descrito la existencia de una escasa cultura de implicación ciudadana en los procesos de planificación⁹.

Los profesionales de la enfermedad versus los profesionales de la salud

Superar la falta de implicación ciudadana en las decisiones de salud y la inclinación por un modelo de asistencia paternalista requiere fomentar en las personas conocimientos, actitudes y habilidades que posibiliten su participación y toma de control sobre la salud. Para poder hacerlo, los profesionales requieren competencias para promover la toma de decisiones conjunta a través de un contacto directo y el establecimiento de relaciones de confianza mutua¹⁰. El *coaching* en salud (entendido este como una meta a alcanzar, que tiene su foco en la salud y se centra en la relación que se establece con la persona a través de un proceso de empoderamiento¹¹) y las actitudes de escucha activa, de participación y acompañamiento, son fundamentales para favorecer que la persona desarrolle todo su potencial, identificando oportunidades y fortalezas y trabajando con la comunidad¹⁰.

Sin embargo, el sistema sanitario y de regulación profesional no han posibilitado el desarrollo ni la aplicación de estas habilidades, priorizando la especialización y la división de funciones. Como resultado, la práctica profesional actual se caracteriza por ser fragmentaria, centrarse en la enfermedad y la resolución de problemas, y obstaculizar la relación de igual a igual entre personas y profesionales, así como la cooperación interprofesional. Esto no solo dificulta la prestación de una atención integral, sino que además desempodera a las personas al perpetuar su falta de alfabetización en salud y de conocimiento de los recursos sanitarios y comunitarios a su disposición, impidiendo el desarrollo de una promoción de la salud con un enfoque positivo.

Los indicadores de enfermedad versus los indicadores de salud

La importancia del enfoque positivo en el ámbito de la salud, entendiéndolo como el fomento de los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta las fortalezas y las capacidades de las personas, la comunidad y sus «activos» en general, ha sido destacada en la «Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS»¹². Este enfoque está llamado a inspirar los programas de promoción de la salud, los objetivos que se establezcan, las estrategias que se implementen y los instrumentos e indicadores que evalúen los resultados en salud, cuyo fin último es dirigirse hacia la acción.

Sin embargo, los indicadores de resultados en promoción de salud siguen centrados en «enfermedad», «problema», «déficit», «riesgo», «incapacidad», «morbilidad» y «mortalidad». Si bien es

cierto que son necesarios, no es menos cierto que es preciso complementarlos con la evaluación de otras dimensiones que tienen en cuenta el desarrollo personal y social, así como los factores del entorno que lo condicionan^{13,14}. Concretamente, deberían desarrollarse y utilizarse indicadores de «capacidad de afrontamiento y resiliencia», «identidad», «independencia», «autonomía», «optimismo», «autocontrol», «empoderamiento», «autoeficacia», «red de apoyo familiar y social», «recursos institucionales», «valores socioculturales», «condiciones de vida», etc.¹⁵ Entre las razones que han podido frenar el desarrollo de estos últimos destacan la dificultad para desarrollar indicadores y recoger datos a corto plazo sobre estos conceptos, y el interés por mantener y fomentar la cultura de la medicalización de sectores diversos, además del de la salud.

La salud como gasto versus la salud como inversión

La incorporación efectiva de la promoción de la salud supone la reforma del entramado intersectorial y de su modelo de financiación y control. En el sector sanitario, por ejemplo, la priorización de la atención a los procesos agudos primero, y la crisis económica después, han favorecido un retraso sistemático en la redistribución del presupuesto sanitario que aumente el gasto público en atención primaria¹⁶. Si bien la implementación de actividades de promoción de la salud no supone, por lo general, el empleo de productos o procedimientos sanitarios gravosos, sí implica la realización de reformas organizativas en atención primaria y un consumo considerable de recursos en términos de tiempo de profesionales cualificados. Así mismo, otros sectores clave en el desarrollo de la promoción de la salud, como el de las asociaciones comunitarias, de pacientes o de profesionales, el empresarial o el de los medios de comunicación, aún no reciben las ayudas ni la presión suficientes para unirse genuinamente a dicho cometido⁵.

Esta falta de soporte estructural y financiero a la promoción de la salud resulta paradójica si se considera la relevancia de los beneficios que se le atribuyen, entre los que destaca la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora de la productividad y del bienestar de la sociedad en su conjunto. No en vano el potencial de la promoción de la salud para empoderar a los individuos en la optimización de su salud y sus activos personales se ha ensalzado por su capacidad tanto para ralentizar la evolución creciente del gasto sanitario (a través, por ejemplo, de la contención de la epidemia y del impacto de las enfermedades crónicas), como para potenciar el crecimiento económico y del desarrollo humano. Posiblemente, esta contradicción persistirá hasta que el consumo derivado de fomentar la salud siga concibiéndose por los sectores clave en su promoción como un gasto a controlar y no como una inversión para la sociedad¹⁷. ¿O dudarían los gobiernos y empresas en invertir en promoción de la salud y responsabilidad corporativa si esperaran de ellas un retorno en forma de mejoras en la productividad laboral, la competitividad y las tasas de absentismo?

Discusión

La existencia de estas cinco paradojas demuestra el mantenimiento de un enfoque biomédico y paternalista en el concepto y el abordaje de la salud. La promoción de la salud requiere, sin embargo, otro tipo de modelos que permitan acotar las distancias entre la retórica y la práctica. Así, se considera esencial una verdadera inclusión del término «persona» en aspectos relacionados con la salud, adoptar una visión de las personas que incorpore su carácter social, centrar la atención de los profesionales en la salud, utilizar indicadores que realmente permitan acceder a datos de salud, y reconocer que invertir en salud merece la pena para conseguir sociedades desarrolladas y sostenibles.

Aunque pueden plantearse diversas opciones para hacer frente a estas paradojas y ya existen algunas iniciativas en este sentido^{18,19},

la inclusión de la salutogénesis que concede protagonismo a la salud y a las capacidades de los individuos para reconocer y utilizar sus recursos para mejorar su salud y calidad de vida¹⁵, junto con el empleo del modelo de activos en salud^{14,20}, pueden ayudar a hacer más factible la aplicación de los principios teóricos.

En cuanto a la integración del modelo de activos en procesos de intervención en promoción de salud, esta permitiría integrar la construcción y el desarrollo de capacidades, tanto individualmente como de ámbito local para la salud, actuando sobre los determinantes con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad²⁰. Esto requiere, además, que desde el sistema sanitario, en especial en atención primaria, se trabaje con una orientación comunitaria en cada encuentro clínico²¹.

Teniendo presente que este artículo no puede dar respuesta a la complejidad de los aspectos relacionados con la promoción de la salud, las reflexiones planteadas sí pueden ayudar a identificar líneas de actuación en promoción de la salud que hagan posible una práctica más cercana a las premisas teóricas que se han planteado hasta ahora. Esto contribuiría a mejorar la salud individual y social, asegurando la sostenibilidad del sistema tanto sanitario como económico en general.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Contribuciones de autoría

Las siete autoras han realizado una contribución sustancial con respecto a la concepción y el planteamiento del trabajo, la escritura del artículo y su revisión crítica, han realizado contribuciones intelectuales importantes y han aprobado la versión final para su publicación. Además, todas se hacen responsables y garantes de que los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre ellas con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. WHO Global Health Promotion. (Consultado el 13/9/2016.) Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
2. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012;30:6–15.
3. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 2001;322:468–72.
4. Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *JAMA.* 2006;296:2848–51.
5. Pumar-Mendez MJ, Mujika A, Regaira E, et al. Stakeholders in support systems for self-care for chronic illness: the gap between expectations and reality regarding their identity, roles and relationships. *Health Expect.* 2016; doi: 10.1111/hex.12471. [Epub ahead of print].
6. Diez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. *J Urban Health.* 2003;80:569–89.
7. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid:Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
8. Vela-Ríos J, Rodríguez-Rasero F, Moya-Ruano L, et al. Institucionalización de la evaluación del impacto en la salud en Andalucía. *Gac Sanit.* 2016;30:81–4.
9. Metcalfe O, Higgins C. Healthy public policy - is health impact assessment a cornerstone? *Public Health.* 2009;296–301.
10. Henry H. An asset-based approach to creating health. *Nurs Times.* 2013;109:19–21.
11. Olsen J. Health coaching: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2013;49:18–29.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid; 2014.
13. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007; Suppl 2:17–22.
14. Morgan A. Revisiting the asset model: a clarification of ideas and terms. *Glob Health Promot.* 2014;21:3–6.
15. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.* 1993;36:725–33.
16. Simo J, Gervas J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:36–40.
17. Rivera B, Currais L. La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico. *Presupuesto y Gasto Público.* 2005;39:103–20.
18. Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, et al. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Rev Esp Sanid Penit [Internet].* 2013;15:87–97.
19. Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit.* 2013;27:180–3.
20. Cofino R, Avino D, Benede CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016; doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004. [Epub ahead of print].
21. Cofino R, Pasarin MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:88–93.