

METODOLOGÍA DE LA PROMOCIÓN DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Para entender y abordar los instrumentos de la Promoción de Salud (en adelante PS) desde la perspectiva con que nos proponemos afrontarlos en este artículo –los instrumentos útiles para las intervenciones de PS en la comunidad local–, nos parece necesario destacar, en primer lugar, tres aspectos, de entre sus planteamientos teóricos, que consideramos importante aclarar como punto de partida.

El primero se refiere a los enfoques de la PS. Consideramos la PS por una parte como filosofía, que impregna todas las actividades y programas de los servicios sanitarios (incluidos los dirigidos a la enfermedad), y, por otra, como actividades y programas concretos y específicos sobre diferentes temas, situaciones y grupos.

Es segundo aspecto se refiere al objeto de intervención de la PS y su doble dimensión personal y social. Las intervenciones de PS se dirigen, por una parte, a mejorar la competencia de las personas en salud (estilos de vida) y, por otra, a mejorar el entorno y la sociedad en que viven (entornos saludables).

A menudo por estilos de vida se entiende exclusivamente no fumar, comer saludablemente, hacer ejercicio físico y un uso moderado del alcohol. En PS, desde una perspectiva biopsicosocial, por estilos de vida se entiende la “manera general de vivir” de las personas y grupos sociales. Esto incluye no sólo 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 sus vidas 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 de que se dispone, etc. En la conferencia de Jakarta se propone la necesidad de un mayor reconocimiento y atención a la salud mental para avanzar en la PS hacia el siglo XXI. Además, la salud y los estilos de vida son subjetivos y dinámicos, diferentes para cada persona y cada distinta situación de su vida; no hay un estilo de vida óptimo para todas las personas.

Los entornos saludables se refieren a ciudades saludables (con planteamientos urbanísticos “a medida humana”, espacios para el ejercicio físico y las relaciones personales y cuidado de medio ambiente físico, una oferta de actividades de ocio al alcance de todas las personas, de modelos socio culturales “saludables” respecto a temas como el rol de género, o la belleza), escuelas promotoras de salud, lugares de trabajo saludables y otros espacios.

El tercer aspecto se centra en a quién compete la PS. Para intervenir, por un lado, sobre las personas y, por otro, sobre el entorno en el que viven, la PS compete no sólo a los servicios de Atención Primaria de Salud (en adelante APS) sino también a otros servicios sociosanitarios (servicios sociales, de salud mental, de planificación familiar, centros escolares...). Se trata de generar un “espacio sociosanitario” común para intervenciones de PS y prevención, dado que son funciones de todos ellos. Igualmente la PS compete a las diferentes asociaciones y grupos comunitarios implicados en los temas o problemas de la salud a abordar, así como a las estructuras existentes de participación comunitaria en la gestión de los servicios. El tercer agente a quien compete son los gobiernos y políticos de todos los niveles. En la carta de Ottawa se atribuye a los servicios de APS un papel de impulso y coordinación de las intervenciones de PS.

INSTRUMENTOS DE LAS INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS) EN LA COMUNIDAD LOCAL

Cinco son las grandes estrategias o campos de actuación de la PS: • Elaboración de una política pública favorable a la salud. • Creación de entornos saludables. • Reforzamiento de la comunidad. • Desarrollo de capacidades personales. • Reorientación de los servicios sanitarios.

Todas estas estrategias pueden llevarse a cabo tanto en el ámbito extenso de una región, un país o varios países –por ejemplo políticas de restricción de la publicidad del tabaco o de espacios sin humo o medidas fiscales que favorezcan productos alimentarios ricos en lípidos “cardioprotectores”– como en el más reducido de una ciudad, una zona básica de salud o un pueblo.

Podríamos referirnos a instrumentos de la PS en la comunidad local desde una perspectiva más amplia (quizás equiparable al concepto de “método” –conjunto de acciones encaminadas a un fin–) o más restringida (equiparable más bien al de técnica o incluso actividad). Optamos aquí, con finalidad únicamente explicativa, por una doble perspectiva y propondremos cinco grandes bloques de instrumentos para desarrollar los campos de actuación citados. Dentro de cada uno de ellos citaremos algunos ejemplos de actividades prácticas y también los instrumentos más “pequeños” para desarrollarlas.

TABLA 1: INSTRUMENTOS DE LA PROMOCIÓN DE SALUD.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD <ul style="list-style-type: none">• Programación educativa.• Técnicas educativas y recursos didácticos.• Rol del educador/educadora.
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN <ul style="list-style-type: none">• Materiales informativos.• Medios de comunicación social.
ACCIÓN SOCIAL <ul style="list-style-type: none">• Reuniones• Las y los profesionales como instrumento.
MEDIDAS POLÍTICAS <ul style="list-style-type: none">• Cartera de servicios.• Informes técnicos.
REORIENTACIÓN DE SERVICIOS <ul style="list-style-type: none">• Participación de la comunidad.• Formación e investigación.

TABLA 2: PROYECTO DE PROMOCIÓN. DE LA SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES. CENTRO DE SALUD DE TAFALLA.

<p>Actividades realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none">- EDUCACION PARA LA SALUD:<ul style="list-style-type: none">• Actividades educativas en las aulas de infantil.• Sesiones educativas con padres y madres.• Prácticas de evacuación del centro en caso de incendio. - INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:<ul style="list-style-type: none">• Colocación de paneles y carteles alusivos al tema.• Distribución en consulta de pediatría de un folleto de información.• Megafonía con emisión de mensajes sobre seguridad.• Elaboración y distribución de la revista "El recreo".• Exposición de fotografías realizadas en el cross.• Información pública en prensa y radio. - MEDIDAS POLÍTICAS Y TÉCNICAS<ul style="list-style-type: none">• Confección de un botiquín escolar.• Elaboración y cumplimentación de fichas de recogida de datos.• Identificación de comercios con venta de accesorios de seguridad.• Distribución de informe a los comercios.• Identificación y propuestas de soluciones a puntos negros.• Colocación de vallas de seguridad y retirada de postes. - ACCION SOCIAL:<ul style="list-style-type: none">• Recogida de firmas.• Entrevistas y reuniones de trabajo con el Alcalde.• Cross escolar.• Fiesta infantil.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (en adelante EpS).

Como ejemplos prácticos de actividades de EpS a nivel de la comunidad local podríamos citar actividades educativas de distintos tipos, dirigidas a afrontar etapas de crisis vital (embarazo y maternidad, menopausia, paternidad en la adolescencia, ancianidad...), a desarrollar estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, estrés, abandono del tabaco), a promover la salud de personas con enfermedades o problemas de salud (diabetes, hipertensión, SIDA...), a desarrollar la competencia de las personas sobre su salud desde la infancia en los centros escolares o a aumentar la toma de conciencia de los grupos sociales sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud.

Se describen en las intervenciones de PS dos formas de EpS, desde los enfoques de desarrollo personal y de desarrollo social: La primera dirigida a los comportamientos o situaciones identificadas como riesgos para la salud "La EpS es una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud". La segunda consiste en "Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y

económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la Salud”.

La EpS sirve, pues, sobre todo, a intervenir con las personas, a desarrollar sus capacidades, pero contribuye también a generar cambios en el entorno. En PS se utiliza más la EpS grupal. Dado que es el instrumento más usado por los servicios en la actualidad, creemos que merece la pena profundizar en algunas de sus claves, relacionadas con la educación y el aprendizaje.

Entendemos por educación el proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando los conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar, según éstas, sus comportamientos a la realidad.

En la educación sobre temas de salud los contenidos son los factores relacionados con los comportamientos humanos en salud, que son de dos tipos: factores del entorno social y del entorno próximo, y factores personales, del área cognitiva, del área emocional y del área de las habilidades.

Informar es proporcionar informaciones. Con la información o consejo, aportaremos pues una parte del área cognitiva, los conocimientos, lo que evidentemente es útil a la educación, pero no lo es todo, porque sólo las personas que disponen de mayores recursos personales en el área emocional y el de habilidades podrán desarrollar las capacidades y comportamientos propuestos. Educar no es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el “experto” sino facilitar que las personas desarrollen capacidades, que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

Todos estos factores, tanto biológicos como psicosociales, son pues los contenidos que se han de trabajar en la educación sanitaria. Para aprenderlos, consideramos esencial un aprendizaje significativo: la persona aprende desde sus vivencias, motivaciones, preconcepciones y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. Enseñar es, desde los enfoques de la pedagogía activa, centrados en el aprendizaje y el educando, ayudar a aprender; el objetivo fundamental de educación es el aprendizaje.

Como instrumentos de la EpS comentamos tres: el programa de las sesiones educativas, las técnicas y recursos didácticos y la propia educadora o educador como instrumento educativo.

VER APARTADO METODOLOGÍA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD INDIVIDUAL Y GRUPAL

INFORMACIÓN Y USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

El centro de salud y otros servicios de la comunidad local se pueden plantear tanto una política de comunicación pública que incluya un plan de información sanitaria, como la utilización puntual de medios de comunicación. Algunos ejemplos de este tipo de actividades son: publicación de folletos sobre la fiebre infantil, los servicios que se prestan en el centro de salud, la vejez, el uso de drogas o la gestión de riesgos por la juventud (drogas, SIDA, sexualidad, accidentes de tráfico...), colocación de carteles en el centro de salud, participación en programas de radio o en la prensa local, campañas a nivel local.

En el glosario de PS (OMS, 1986) se definen los Medios de Comunicación Social (en adelante MCS) como “todas las formas impersonales de comunicación mediante las cuales se difunden a las personas o grupos mensajes orales o visuales”. Como instrumento puede influir tanto sobre las personas como sobre el entorno.

Los MCS constituyen hoy importantes agentes de socialización y de transmisión de modelos socioculturales (valores sociales, formas de pensar y de comportarse...) dominantes; el conjunto de estos modelos constituye el sistema normativo de la compleja sociedad postindustrial en que vivimos. La publicidad se transmite también fundamentalmente a través de los MCS.

Algunas características de los modelos socioculturales en relación con la salud que hoy transmiten los MCS son: salud como producto de consumo, mantenimiento de roles y estilos de vida que favorecen más el consumo que la salud de las personas, primacía de la enfermedad y la asistencia centrada en los expertos y la tecnología, importancia de la belleza y la juventud, culto a la delgadez, inexistencia del dolor y la muerte, tecnificación y deslegitimación de las capacidades profanas en los cuidados de salud, que pueden favorecer procesos de dependencia y delegación frente a autonomía y autocuidado, etc.

Pero los MCS han constituido también, y pueden constituir, poderosos agentes para promover la salud. Su papel podría ser: ofrecer información accesible y adecuada; sensibilización y concienciación de la ciudadanía sobre la importancia de la salud, así como creación de un clima social favorable; desarrollar capacidades críticas sobre los determinantes de la salud y los modelos socioculturales imperantes que afectan a la salud; promover procesos de comunicación que posibiliten el diálogo y el intercambio de ideas entre personas y grupos de la comunidad; y, por fin, actuar como palanca para la acción.

En este marco, se pueden utilizar distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios...) y la participación en los MCS (prensa, radio y TV, sobre todo locales). La información que desde ellos se ofrece suele ser unidireccional (no hay intercambio activo con el público receptor) e indirecta (se suele dar una cierta distancia espacio-temporal). La falta de feed-back dificulta la adecuación y comprensión de los mensajes. Se puede, en parte, contrarrestar esta dificultad y mejorar la eficacia teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- seleccionar contenidos, resaltar las ideas y conceptos más elementales, los más importantes y exponerlos con lógica y coherencia.
- ofrecer información veraz y completa, acorde a los conocimientos científicos del momento; clara y comprensible, adaptada a las personas a las que va dirigida, motivadora y estimuladora del cambio y facilitadora de la evaluación del coste/beneficio.
- utilizar mensajes positivos, frases y palabras cortas, sustituir el verbo "ser" por el "estar", evitar el imperativo, los verbos de obligatoriedad y los adverbios absolutos. No se trata de presionar, sino de invitar, motivar, favorecer y ayudar a pensar.
- presentar imágenes atractivas, cercanas, que permitan a la gente identificarse y ayudar a la comprensión.

Por último, desde el punto de vista de su capacidad para influir en la sociedad, hay que considerar que el sólo uso de los MCS, sin otras actividades de PS, tiene pocas posibilidades de producir cambios que contribuyan a la salud y que sus estrategias han de ser adecuadas a los principios de PS, es decir, tendentes a reforzar la comunidad local, a realzar la dimensión positiva de la salud, evitando la culpabilización individual, y a favorecer la capacidad crítica sobre los determinantes de la salud, el desarrollo personal y el apoyo social.

Además, respecto a la utilización de los MCS es útil tener en cuenta tanto las características del medio (la radio y la TV permiten mayor cobertura pero el mensaje es fugaz frente a su duración en otros medios como periódicos o revistas, que permiten además llegar mejor a grupos específicos) como la oportunidad y las circunstancias del momento y la colaboración y el respeto a los profesionales de los medios.

ACCIÓN SOCIAL.

Se trata del proceso por el cual los grupos, agentes y personas de la comunidad implicados en un problema de PS se implican en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados.

Son ejemplos de actividades de acción social en programas de PS: recogida de firmas, cross escolar y reuniones con el ayuntamiento con el fin de identificar y eliminar los puntos negros para la seguridad y prevención de accidentes en la ciudad; oferta de actividades de ocio desde un grupo de asociaciones como parte de un programa de PS en la tercera edad; organización de grupos de voluntariado, como parte de un programa de PS de cuidadoras familiares, para cubrir un tiempo para ellas; participación de los servicios sociosanitarios, junto con diversos organismos del barrio para lograr circuitos de paseo y bici como parte de un programa de promoción de ejercicio físico...

Se dirige sobre todo a modificar el entorno social, aunque a veces mejora la competencia de las personas o los comportamientos individuales. Es un instrumento que utiliza la comunidad, sobre todo la organizada.

Por parte de los servicios incluye tanto la promoción y consolidación de la red social de sostén y los grupos de apoyo social, de voluntariado u otros, como el organizar programas comunes y el apoyo a medidas políticas con objeto de modificar el entorno y potenciar los recursos respecto al tema de la PS de que se trate. Algunos autores y autoras se refieren también a los profesionales de salud como grupo influyente y de presión social en PS. Los grupos de apoyo social pueden proveer a las personas de: información, recursos o apoyo material, así como apoyo emocional.

Los dos instrumentos más usados para la puesta en marcha de estas actividades son las reuniones y las entrevistas y contactos personales.

La reunión.

Se discute mucho sobre la eficacia de las reuniones. Probablemente el recurso más importante para mejorarla es la existencia de una persona que la conduzca. Además, habría que considerar la importancia de las y los participantes, el espacio físico y los recursos materiales.

A quien conduce, le corresponde en primer lugar preparar un orden del día que incluya tanto los temas como los objetivos de cada tema (informar, discutir, decidir...) y programar el uso del tiempo.

Durante la reunión, a quien conduce le corresponde gestionar tanto la tarea, el tiempo y los recursos materiales, como el clima. En principio, quien conduce no debería opinar sobre los contenidos de la reunión, sino mantener al grupo trabajando sobre la tarea. También le corresponde hacer de "memoria" del grupo, resumiendo y devolviendo cada cierto tiempo la situación en que se encuentra cada tema. En una reunión de coordinación suelen darse tres procesos para afrontar un tema: existe un momento informativo (recogida de aportaciones), un momento elaborativo (se discute) y un momento decisorio. Estos procesos se realizan entre varias personas al mismo tiempo (cada uno con sus conocimientos y funcionamiento mental propio). Corresponde a quien conduce ayudar al grupo a recorrerlos homogéneamente.

Otra tarea que le compete es proponer métodos de trabajo que faciliten el desarrollo de cada proceso: ronda de palabra, coordinar la comunicación, criterios para la toma de decisiones. Por fin, además de la gestión flexible del tiempo y de los recursos, le compete atender al clima del grupo. Su papel, en este terreno, puede centrarse en manifestar actitudes favorecedoras de un clima tolerante más que defensivo, sin enviar mensajes de premio o castigo, y gestionar las relaciones entre los participantes, simplemente posibilitando su responsabilización respecto a la tarea; no asumiendo ésta sino su función de conductor.

Contactos y relaciones con agentes sociales. Las y los profesionales como instrumento de la Promoción de la Salud (PS).

A veces los instrumentos que se utilizan para favorecer la acción social son apoyos materiales (subvenciones, locales, etc.) pero otras veces se trata de apoyos “inmateriales” (animar, apoyar, coordinar, relacionar, reunir, positivizar, estimar, apreciar, humanizar...). Se trata de utilizar el repertorio de recursos y habilidades profesionales–personales de que disponemos: competencias en escucha, comunicación, manejo de conflictos y negociación, pero también actitudes y valores que están detrás: fomentar la autoestima de la gente, la estima y la valoración positiva de las otras personas y grupos, el profundo respeto hacia opciones y planteamientos, a veces “profanos” y no técnicos, de distintos agentes y grupos de la comunidad sobre temas de PS, valoración positiva del conflicto como expresión de diversidad, etc.

MEDIDAS POLÍTICAS.

Algunos ejemplos de estas actividades en la PS local, y, especialmente, desde los centros de APS, son: la definición de la política de salud del centro, reuniones con la dirección de la escuela para mejorar la dieta del comedor o la instalación de lavabos para favorecer los comportamientos de higiene infantil; realización de informes técnicos sobre accesorios para la seguridad y prevención de accidentes infantiles, y contactos con los comercios para favorecer su disponibilidad; propuestas al ayuntamiento de oferta de actividades de gimnasia para personas adultas o ancianas, etc.

Se trata de promover, apoyar o desarrollar medidas políticas a nivel local, que incluyen servicios para la población, medidas técnicas y administrativas y, a veces, medidas económicas y reguladoras (4), que intervienen sobre el entorno físico, social y económico influyente en el problema de salud de que se trate.

Los instrumentos más relevantes para su puesta en marcha, a parte de las reuniones y los recursos de los propios profesionales ya citados, son:

La cartera de servicios, con su sistema de información y de registro.

En realidad es el instrumento que mejor expresa y en el que se recoge la “política de salud” de un Equipo de Atención Primaria (en adelante EAP); si se trata o no de una política de PS: enfoque de salud positiva, oferta de servicios que aborden las necesidades biopsicosociales de la comunidad a la que atiende, equilibrio de servicios dirigidos a la persona y al entorno, servicios que implican coordinación intersectorial y participación activa de la comunidad, y trabajo multidisciplinar entre el propio EAP, equilibrio entre servicios que se dirigen a la enfermedad y a modificar las causas o factores que determinan la salud, etc.

Informes y propuestas técnicas.

Pueden versar sobre diferentes temas: alimentación escolar, espacios sin humo, posibilidades de ejercicio físico en el barrio, VIH/SIDA y comunidad escolar, etc., que frecuentemente no sólo se envían sino que se discuten o proponen a personas o grupos.

REORIENTACIÓN DE SERVICIOS.

Se trata de reorientar los servicios sanitarios hacia formas de pensar y actuar acordes con los enfoques y estrategias de PS. Esto supone, en primer lugar, la comprensión de los valores y la cultura de la comunidad que atienden y, en segundo, conocer y atender a sus necesidades y situación de salud.

Desde una perspectiva operativa, esto incluye: que el enfoque de PS (salud positiva, equilibrar la responsabilidad personal y social, trabajar con y no sobre la gente...) impregne todos los programas y actividades del centro, incluyendo los relacionados con la enfermedad; desarrollar actividades y programas

concretos de PS sobre diferentes temas y grupos; favorecer la equidad, implementado actuaciones específicas de discriminación positiva, dirigidas a grupos de población con pocos recursos, minorías étnicas y otros grupos desfavorecidos; la coordinación efectiva con otros centros y servicios sanitarios para desarrollar programas y actividades como escuelas de padres y madres, PS de la infancia, la adolescencia, la juventud o de las mujeres; y, por último, la participación de la comunidad en la reorientación de los servicios.

Profundizaremos más en dos instrumentos útiles, entre otros, para esta reorientación:

La participación comunitaria (PC).

Se define como la participación activa de las personas que viven juntas en algún tipo de comunidad en el proceso de definición de los problemas y necesidades, la toma de decisiones y las actividades de los servicios de salud. Es la parte de la acción social que regula los servicios.

Existen muy diferentes mecanismos de PC en APS en nuestra sociedad occidental: desde los consejos de salud, más formales, los contactos y relaciones con asociaciones, grupos y líderes comunitarios, más informales, hasta el sistema de reclamaciones y sugerencias y las encuestas de satisfacción de usuarias y usuarios, como forma de participación más individual.

Cada uno de estos mecanismos posee ventajas e inconvenientes, pero está claro que es difícil reorientar los servicios hacia la PS sin contar con un repertorio amplio de ellos.

La formación de profesionales.

La reorientación de los servicios hacia la PS requiere formación específica, así como investigación e intercambio de experiencias. Las necesidades de formación de las y los profesionales son amplias, dada la ausencia o escasez de formación de pregrado y la importancia de aportaciones de disciplinas nuevas: pedagogía, antropología, psicología y sociología. Trabajo social disfruta de una mayor formación de pregrado en estos temas y enfermería las va incorporando.

Los resultados de nuestras investigaciones sobre necesidades de formación en este área apuntan tanto a contenidos teóricos, como enfoques de la PS o la EpS, como a contenidos prácticos: la metodología de la EpS, de la información y uso de los MCS y la acción social y también a contenidos específicos, sobre todo psicosociales, de los diferentes temas o problemas de salud/enfermedad. Destacan las necesidades relacionadas con el desarrollo personal y salud: autoestima, aceptación de la enfermedad, habilidades de afrontamiento de problemas o habilidades sociales.