

# El papel de promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud

**Esteve Fernández**

*Investigador, Servicio de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet (Barcelona)*

*Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Universitat de Barcelona, Barcelona*

**Joan Benach**

*Profesor Titular, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

**Carme Borrell**

*Jefa del Servicio de Información Sanitaria, Institut Municipal de Salut Pública, Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona*

## Sumario

1. Salud pública y promoción de la salud.—2. Desigualdades sociales en salud y promoción de la salud.—3. Las desigualdades sociales en España.—4. Políticas sobre desigualdades en salud en España.—5. Proyecto Europeo sobre el papel de la promoción de la salud para abordar las desigualdades en salud.—6. Conclusiones.

### RESUMEN

*La Promoción de la Salud es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su*

propia salud y así poder mejorarla. La Promoción de la Salud tiene un importante papel en la lucha contra las desigualdades en salud. Los responsables de salud pública han intentado introducir diferentes medidas para promocionar estilos de vida saludables y reducir las diferencias sociales. Estas medidas deberían incluir también cambios estructurales tanto en el ámbito legislativo y fiscal, como organizativos y de desarrollo comunitario. La Promoción de la Salud comprende acciones dirigidas a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como a fomentar la participación responsable de los ciudadanos en actividades comunitarias decisivas encaminadas a proteger su derecho a la salud. Este enfoque tiene como fin alcanzar la equidad en materia de salud.

#### ABSTRACT

Health Promotion is the process that provides people and populations the means to better control their health and to improve it. Health promotion has an important role in the fight against social inequalities in health. Public health leaders have introduced different measures to promote healthy life-styles and to reduce social inequalities. These measures should also include structural changes in the legal and financial fields, in the organization, and in community development. Health Promotion includes actions aimed to inform about the possibilities of individual and familiar decision, as well as to promote the active and responsible participation of persons in community activities aimed at protect their right to a healthy life. This approach has the final goal to achieve the full equity in health.

## 1 SALUD, SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En las diferentes culturas y a lo largo de los años la conservación de la salud como base de bienestar ha sido una preocupación constante. La salud, sin embargo, no es algo concreto, sino una abstracción, un concepto exponente de una circunstancia humana. Como concepto entendemos la expresión de una generalización desde casos más o menos particulares. Por ello cada cultura ha conceptualizado en modo diverso la salud. Existen diferentes abordajes del concepto salud: a) *funcional*, en el que se describe la salud como la capacidad de funcionar o como el estado psíquico y físico óptimo del individuo para cumplir con eficacia las tareas que tiene asignadas; b) *perceptivo*, donde se entiende la salud como una percepción del bienestar; c) *adaptacional*, en el que la salud es la adaptación correcta y duradera del organismo a su entorno, con el componente ecológico correspondiente; d) *sanitario*, caracterizado por un enfoque positivo de los problemas, de características acaso preventivas y comunitarias. Se valora el medio ambiente material y las personas que lo ocupan, de acuerdo a su edad, género, residencia, condiciones personales, etc., y e) *económico*, en el que se describe la salud en relación a los procesos productivos y en términos económicos («el precio de la salud y el coste de la enfermedad») y con la participación de economistas y políticos.

De acuerdo con la definición de la OMS de 1946, que supuso un cambio de la concepción negativa a la concepción positiva de la salud: «Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad». Esta definición, concisa en apariencia y contundente, encierra una gran complejidad por el mismo concepto en

sí y ha sido criticada por equiparar bienestar a salud, por su «idealismo» en la concepción de la salud, por tratarse de una definición estática (sin gradación) y por ser, asimismo, subjetiva. Otras críticas a la definición de la OMS, provenientes sobre todo del ámbito de las ciencias sociales, radican en la utilización abusiva del término «completo» (1), la inclusión ambigua del «bienestar social» y, sobre todo, por la dificultad en hacerla operativa, tanto transculturalmente como en el peso de sus diferentes dimensiones (2). Esta visión positiva de la salud había sido ya anticipada unos pocos años antes por Sigerist (3): «la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud gozosa hacia la vida y una aceptación de las responsabilidades que la vida impone al individuo». Para Terris la salud tiene dos componentes, subjetivo y objetivo, es decir, el bienestar y la capacidad de funcionar en diferentes grados, pero en una continuidad dimensional, respectivamente. Esta continuidad dimensional va desde la salud absoluta a la muerte, con los pertinentes grados intermedios de salud y enfermedad. Define Terris la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia» (4). Esta definición presenta como principal ventaja su operatividad, pues «tener buena salud» es fácilmente equiparable a bienestar y a capacidad de funcionar. Sin embargo, su principal inconveniente estriba en la posibilidad de coexistencia de salud y procesos patológicos o enfermedad en fase precoz, que no producen malestar ni limitación de la capacidad funcional.

(1) Wood, P.H.N.: «Health and disease and its importance for models relevant to health research». En: Nizetic y cols., eds. *Scientific approaches to health and health care*. Copenhagen: World Health Organization, 1986: 57.

(2) Patrick, D., y Erickson, P.: *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.

(3) Sigerist, H.E.: *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941.

(4) Terris, M.: *La revolución epidemiológica y la Medicina Social*. México: Siglo XXI Editores, 1982.

La salud y la enfermedad no pueden representarse en el plano individual, comunitario o poblacional como una variable dicotómica, no son conceptos estáticos sino que existe una continuidad salud-enfermedad, desde el completo estado de bienestar tal y como define la OMS al otro extremo, la muerte. Así pues, nos podemos encontrar ante multitud de estados intermedios, con mayor o menor pérdida de salud o de enfermedad. Esta misma visión positiva y dinámica es la que llevó a definir la salud en el *X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* del año 1976 como «una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa» del individuo con su entorno. Una definición de salud desde esta perspectiva es la que considera que la «salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad» (5).

La Promoción de la Salud se enmarca dentro de una disciplina amplia que es la Salud Pública, que podemos entender como «una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promocionar y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias dirigida al mantenimiento y mejoría de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas o sociales. Los programas, los servicios y las instituciones que intervienen hacen hincapié en la prevención de la enfermedad y en las necesidades sanitarias del conjunto de la población» (6). La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud definió la Promoción de la Salud como «el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla» y estableció como áreas de

(5) Salleras, L.: *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, 1985.

(6) Last, J. M., ed.: *A dictionary of epidemiology*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press & International Epidemiology Association: 1996.

acción la definición de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables a la salud, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud (7).

## 2 DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las desigualdades socioeconómicas en salud han sido objeto de estudio en las últimas décadas. En España, la mayor parte de los trabajos corresponden al ámbito local o al estatal (8) (9), principalmente mediante la utilización de información agregada sobre mortalidad y morbilidad en distintos ámbitos y mediante diferentes indicadores socioeconómicos, como son el nivel de ingresos, la educación o la clase social basada en la ocupación. Estos trabajos han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades en salud, entendidas como diferencias sociales que son innecesarias, evitables e injustas. A estas desigualdades, y a su disminución, se refiere la equidad que el sistema sanitario y las políticas sociales de las Administraciones deben garantizar, tanto en el acceso a los servicios sanitarios como en el resultado de las intervenciones, de forma que disminuya la mortalidad y la morbilidad asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables. La Promoción de la Salud tiene un importante papel en la lucha contra las desigualdades en salud, como ya recogían los principios y estrategias expuestos por

(7) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986. Disponible en: <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hppota.htm>.

(8) BORRELL, C.: *Les desigualtats social en la Salut. Revisió de la bibliografia*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1998.

(9) NAVARRO, V., y BENACH, J.: *Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

la Organización Mundial de la Salud en sus programas Salud para Todos y Salud 21. Los responsables de salud pública han intentado introducir diferentes medidas para promocionar estilos de vida saludables y reducir las diferencias sociales. Además de la estrategia basada de la educación para la salud, estas medidas deberían incluir también cambios estructurales tanto en el ámbito legislativo y fiscal, como organizativos y de desarrollo comunitario.

Aunque uno de los principios de la Promoción de la Salud es implicar a la población como un todo en vez de dirigirse a grupos específicos de personas con riesgo de enfermedades específicas, la Promoción de la Salud tiene un papel explícito en el abordaje de las desigualdades en salud. Este interés no es sino reflejo de la preocupación de los políticos y los profesionales sociosanitarios en el aumento de las diferencias en salud entre clases sociales. Diferentes autores (10) (11) han puesto de manifiesto que los métodos tradicionales de educación para la salud como las campañas en los medios de comunicación o las sesiones de información dirigidas a influir sobre los conocimientos de las condiciones relacionadas con la salud o con actitudes son poco efectivas en los grupos sociales menos favorecidos. La promoción de cambios estructurales y de organización mediante la creación de escenarios y ambientes físicos, económicos y sociales que faciliten el desarrollo pleno de la salud es probablemente la estrategia más eficaz para mejorar la salud de los grupos sociales menos favorecidos, en vez de adoptar principalmente estrategias de educación sanitaria para cambiar los estilos de vida de esas personas.

(10) TRAVERS, T.: «Reducing inequalities through participatory research and community empowerment». *Health Educ Behav*, 1997; 24: 344-356.

(11) LABONTE, R.: «Health promotion and empowerment: reflections on professional practice». *Health Educ Q*, 1994; 21: 253-268.

A pesar de que existe un acuerdo generalizado sobre la prioridad en reducir las desigualdades sociales en salud y que la Promoción de la Salud puede contribuir de manera importante a este objetivo, no existen guías bien definidas sobre qué políticas y qué intervenciones de Promoción de la Salud son efectivas para reducir esas desigualdades.

### 3 LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA

La mayoría de estudios sobre desigualdades sociales en salud se han basado en las estadísticas de mortalidad, han sido estudios descriptivos, pocos han analizado las tendencias de las desigualdades en el tiempo y son muy escasos los estudios que han tratado de investigar las causas de las desigualdades. La mayor parte de la investigación se ha realizado en algunas ciudades españolas (principalmente Barcelona, Madrid y Valencia) en las que se dispone de sistemas de información sanitaria que permiten este tipo de estudios, incluso en algunos casos a nivel individual. La mayor parte de estudios, sin embargo, se ha realizado desde una perspectiva «ecológica», es decir, no a nivel individual sino considerando las personas en grupos (barrios, distritos, provincias, etc.), pues buena parte de la información disponible se refiere a esos niveles de agregación. Recientemente, el análisis de las 10 principales causas de mortalidad por áreas pequeñas (municipios) en el conjunto de España ha demostrado una asociación entre diferentes indicadores de privación económica y la mortalidad, con el resultado de un exceso de mortalidad de cerca de 225.000 personas en las zonas más desfavorecidas de España (áreas del sudoeste del territorio) en el período 1987-1995 (12).

(12) BENACH, J., et al.: *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.

Las clases sociales más desfavorecidas tienen un peor estado de salud, más enfermedades crónicas y limitantes y estilos de vida más nocivos. Por ejemplo, mientras que un 40% de las personas de clase trabajadora (oficios manuales) declararon su salud como regular o mala, este porcentaje sólo fue del 27% en las clases acomodadas, y esas diferencias han aumentado en España en los últimos 20 años. Han existido también desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios. Antes de que empezase la reforma de la atención primaria de salud en 1986 se habían descrito desigualdades en el acceso a la Medicina primaria y hospitalaria, que tras la promulgación de la Ley General de Sanidad parecen haber disminuido.

Sin embargo, todavía existen desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios que no son cubiertos totalmente por el sistema sanitario público, y cuando se tiene en cuenta la calidad de los servicios. Por ejemplo, se puede apreciar un patrón desigual según clase social en el uso de la atención primaria de salud: el uso de los servicios públicos de atención primaria es aproximadamente del 90% entre las clases trabajadoras, mientras que es del 60% entre las clases más favorecidas. Esto conlleva algunas desigualdades en el tipo de cuidados y en las listas de espera para consultas de especialista o para intervenciones quirúrgicas.

### 4 POLÍTICAS SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA

Durante la década de los ochenta y de los noventa se implementaron algunas políticas como la reforma de la seguridad social o como el incremento de los fondos públicos destinados a protección social, que pueden haber contribuido a la reduc-

ción de las desigualdades sociales en salud. Los fondos públicos para protección social aumentaron hasta el 22% del producto interior bruto en 1995. Las pensiones pagadas por la Seguridad Social junto con las prestaciones de desempleo y enfermedad son los principales componentes de esta protección social, y representan alrededor del 75% del total de gastos sociales. Otras políticas públicas han tenido seguramente también un impacto positivo en la reducción de las desigualdades, como la implementación de prestaciones para los desempleados, la extensión de la educación obligatoria desde los seis hasta los 16 años o la universalización de las prestaciones sanitarias.

Sin embargo, las políticas y las intervenciones en el marco de programas de Promoción de la Salud para reducir estas desigualdades han sido escasas y no prioritarias tanto en el ámbito nacional como autonómico. La ausencia de este tipo de actuaciones es uno de los graves problemas en la reducción de las desigualdades en salud. Sin embargo, contamos con algunas intervenciones socioeconómicas y estructurales con cierto potencial para reducir las desigualdades, implementadas desde la Promoción de la Salud. Un buen ejemplo de intervención específica en el ámbito de la Promoción de la Salud para disminuir las desigualdades sociales en salud es el «Programa de salud materno infantil» que se implementó en una zona deprimida socialmente de la ciudad de Barcelona (13).

Este programa se implementó para reducir las desigualdades en la salud de las madres y de sus hijos en el distrito de Ciutat Vella en Barcelona. La intervención se basó en el incremento del acceso a los servicios sociosanitarios de las mujeres em-

(13) Díez, E.; Villalbí, J. R.; Benaque, A.; Nebot, M.: «Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención». *Gac. Sanit.*, 1995; 9: 224-31.

barazadas y para sus hijos mediante la detección precoz y el seguimiento activo del embarazo y del puerperio por parte de enfermeras y trabajadores sociales. El objetivo concreto fue disminuir la tasa de mortalidad infantil en ese distrito de la ciudad, que en el momento de inicio del programa era la más alta de la ciudad. El grupo diana fueron las mujeres embarazadas y los recién nacidos del distrito. Este distrito se caracteriza por tener casi un 25% de inmigrantes entre su población, que es mayoritariamente de nivel socioeconómico desfavorecido. Las estrategias utilizadas por los trabajadores sociales y las enfermeras consistieron en la identificación precoz de las mujeres embarazadas, el cribado de factores sociales y de salud de riesgo, la derivación hacia profesionales concretos del sistema socio-sanitario (asistentes sociales, pediatras, planificadores familiares, etc.) y las visitas en los domicilios y la educación para la salud. La evaluación del programa consistió en el análisis de las tasas de mortalidad infantil antes y después de su implementación, con el resultado de que la tasa en ese distrito pasó de 17,7 defunciones/1.000 nacimientos en 1983-1986 a 11,1 defunciones/1.000 nacimientos.

## 5 EL PROYECTO EUROPEO SOBRE EL PAPEL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA ABORDAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Recientemente se ha desarrollado un proyecto financiado por la Comisión Europea, centrado en examinar el papel clave que puede desempeñar la promoción de la salud en el desarrollo de políticas y programas que reduzcan estas diferencias. Este proyecto, de dos años de duración, ha sido coordinado por el Instituto Flamenco de Promoción de la Salud (VIG) en colaboración con la Red Europea de Agencias Promotoras de la Sa-

lud (14). En él han participado expertos de 13 países comunitarios y Noruega. El proyecto ha ofrecido una serie de recomendaciones para desarrollar enfoques políticos a escala nacional y local dirigidos a este tema, así como una serie de modelos de buenas prácticas de toda Europa. Las recomendaciones de los expertos están centradas en identificar estrategias de promoción sanitaria para las personas socialmente desfavorecidas, a fin de reducir las desigualdades en materia de salud.

Los objetivos genéricos del Proyecto fueron: a) examinar la disponibilidad y alcance de la información referente a desigualdades sociales relacionadas con la promoción de la salud en diferentes países europeos; b) desarrollar políticas y estrategias relacionadas con la reducción de las desigualdades sociales en salud a través de la promoción de la salud, y c) promover el consenso de las acciones a desarrollar en el ámbito europeo. Para ello, se desarrolló una doble estrategia de trabajo. Por un lado, un revisión sistemática de la literatura sobre sistemas de información y monitorización de la salud, y por otro lado, se seleccionaron expertos en los diferentes países que, a través de la redacción de unos informes nacionales, contribuyesen con la información sobre el abordaje de las desigualdades en salud a través de la promoción de la salud y del ambiente político.

Los principales resultados de este proyecto se han concretado en una serie de recomendaciones para los agentes políticos, estructurados en diferentes ámbitos, como son el de monitorización de las desigualdades sociales en salud, el modo en que las circunstancias políticas en cada país influyen sobre la promoción de la salud, el trabajo intersectorial y la planificación local integrada, la mejora del acceso a los servicios sanitarios, el desarrollo co-

(14) Web del Ministerio de Sanidad y Consumo. Página sobre la Red Europea de Agencias Promotoras de la Salud. Disponible en: [www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/red\\_europea.htm](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/red_europea.htm)

munitario, las migraciones, la evaluación de intervenciones. La relación exhaustiva de estas conclusiones y recomendaciones va más allá de las pretensiones de este trabajo. El Informe final completo del proyecto se puede consultar en la página web de la Red Europea de Agencias Promotoras de la Salud ([www.enhpa.org](http://www.enhpa.org)).

## 6 CONCLUSIONES

La promoción de la salud procura desarrollar habilidades en las personas para la toma de decisiones que les permitan llevar una vida saludable en forma sostenida. Comprende acciones dirigidas a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como a fomentar la participación responsable de los ciudadanos en actividades comunitarias decisivas encaminadas a proteger su derecho a la salud. Este enfoque tiene como fin alcanzar la equidad en materia de salud y, para ello, promueve un paradigma de salud a lo largo de toda la vida de las personas, que incluye los lugares en los que se desarrolla y congrega (15). Por ello, la Promoción de la Salud tiene un importante papel en la reducción de las desigualdades en salud, a partir del abordaje transversal en diferentes ámbitos, como el de la salud reproductiva de las mujeres, la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes, el envejecimiento, la nutrición, la salud mental o la prevención y control del tabaquismo, entre otros. Ya en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1998 se recogía entre sus acuerdos y recomendaciones al Director General de la OMS que «aplique estrategias para la promoción de la salud durante toda la vida, prestando particular atención a los grupos vulnerables, con objeto de reducir las desigualdades en la salud».

(15) Informe anual del Director. Promoción y protección de la salud. Organización Panamericana de la Salud, 1998. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/D/p43.pdf>