

ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN COMUNITARIA

Jordi Galimany Masclans
Núria Fabrellas Padrés (coords.)

Departamento de Enfermería de Salud Pública,
Salud Mental y Materno-infantil

Índice

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| CAPÍTULO 1. CONCEPTO DE SALUD | |
| 1. Introducción | 13 |
| 2. Antecedentes. Historia del concepto de salud | 13 |
| 3. Los determinantes de la salud | 16 |
| 3.1. Los determinantes sociales | 19 |
| 3.2. Hábitos y estilos de vida | 22 |
| 3.3. Los sistemas de salud | 23 |
| 3.4. Aspectos biológicos. Genética..... | 24 |
| 3.5. El medio ambiente | 24 |
| 4. Historia natural de la enfermedad | 25 |
| 4.1. niveles de prevención | 27 |
| 5. Bibliografía..... | 29 |
| CAPÍTULO 2. SISTEMAS DE SALUD | |
| 1. Contexto | 31 |
| 2. Definición de los modelos de salud..... | 32 |
| 2.1. Sistema nacional de salud o sistema Beveridge | 33 |
| 2.2. Seguridad social o sistema Bismark | 33 |
| 2.3. Liberal | 34 |
| 3. El sistema de salud español..... | 34 |
| 3.1. Antecedentes y evolución | 34 |
| 3.2. Ley general de sanidad | 36 |
| 3.3. Competencias..... | 38 |
| 3.4. Consejo Interterritorial de Salud..... | 39 |
| 4. Sistema de salud catalán..... | 40 |
| 4.1. Antecedentes..... | 41 |
| 4.2. Evolución..... | 42 |
| 5. Niveles asistenciales | 44 |
| 5.1. Aspectos sociales de la demanda asistencial | 45 |
| 5.2. Concepto de continuidad asistencial | 46 |
| 5.3. Concepto de proceso asistencial | 47 |
| 5.4. Integración de la información..... | 47 |
| 5.5. Cambio de modelo asistencial | 48 |
| 5.6. Nuevos modelos asistenciales | 49 |
| 6. Resultados de salud..... | 50 |
| 6.1. Tipos de resultados | 51 |
| 6.1.1. Resultados de intervenciones sanitarias | 52 |
| 6.1.2. Algunas referencias sobre información y análisis de resultados | 53 |
| 7. Central de Resultados del sistema de salud de Cataluña..... | 54 |
| 7.1. Indicadores de salud..... | 54 |
| 8. Bibliografía | 55 |

CAPÍTULO 3. LA ENFERMERA DE SALUD FAMILIAR Y ATENCIÓN COMUNITARIA

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 57 |
| 1.1. Competencias de la enfermera de salud familiar y atención comunitaria | 58 |
| 2. Antecedentes..... | 61 |
| 2.1. Atención primaria de salud..... | 62 |
| 3. Enfermera de salud familiar y atención comunitaria | 63 |
| 3.1. Antecedentes | 63 |
| 3.2. Concepto de enfermera de salud familiar y comunitaria | 65 |
| 3.3. Rol, funciones, competencia y actividades | 65 |
| 4. Retos y oportunidades para la enfermera de salud familiar y comunitaria | 66 |
| 5. Enfoque preventivo y de promoción de la salud..... | 67 |
| 6. Bibliografía | 68 |

CAPÍTULO 4. EL PACIENTE

| | |
|---|----|
| 1. Nuevos modelos asistenciales..... | 71 |
| 2. Percepción de género. Desigualdades en salud..... | 71 |
| 2.1. Desigualdades en salud por cuestión de género | 72 |
| 2.2. Discriminación en investigación y modelo biomédico | 72 |
| 2.3. Nuevos indicadores, una mirada hacia el futuro | 74 |
| 3. Autonomía | 75 |
| 4. Seguridad del paciente | 77 |
| 4.1. Introducción | 77 |
| 4.2. Antecedentes del concepto de seguridad..... | 77 |
| 4.3. Concepto de seguridad | 77 |
| 5. Visión del paciente..... | 80 |
| 5.1. La seguridad del paciente y la calidad asistencial en la atención sanitaria | 80 |
| 5.2. Definición de la seguridad del paciente y atención de calidad | 81 |
| 5.3. Calidad asistencial..... | 81 |
| 5.4. Seguridad del paciente | 81 |
| 5.5. Conceptos básicos de la seguridad del paciente..... | 82 |
| 5.6. La enfermera en la mejora de la calidad asistencial mediante la seguridad del paciente... 83 | |
| 5.7. Las enfermeras en el punto clave de la atención del paciente..... | 84 |
| 5.8. Qué son los factores humanos | 84 |
| 5.9. La responsabilidad de los errores humanos | 85 |
| 6. Bibliografía | 90 |

CAPÍTULO 5. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Y SALUD

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 93 |
| 2. Enfermería y salud 2.0 | 95 |
| 2.1. Salud 2.0..... | 95 |
| 3. Aportación de las TIC a la enfermería..... | 96 |
| 4. La comunicación en un contexto de uso de las TIC | 97 |
| 4.1. Herramientas de comunicación | 97 |
| 4.1.1. Los blogs..... | 98 |
| 4.1.2. Facebook..... | 98 |
| 4.1.3. Twitter..... | 99 |
| 4.1.4. YouTube | 99 |
| 5. Comunicación entre las enfermeras..... | 99 |
| 5.1. Los consumidores..... | 100 |
| 5.2. Los riesgos de la comunicación en las redes sociales..... | 100 |
| 6. Bibliografía | 101 |

Presentación

El contenido que se muestra en el presente trabajo está relacionado con los determinantes de la salud que condicionan la aparición de enfermedades en las personas. Por ello, se ha ordenado teniendo en cuenta este aspecto, en un texto docente dirigido a los estudiantes de ciencias de la salud, en general, y, en concreto, a los alumnos del grado de Enfermería. El contenido pretende, asimismo, justificar una estructura de conocimientos útiles para las asignaturas relacionadas con la salud pública y con el bienestar de los ciudadanos, aunque los aspectos que condicionan la salud y la enfermedad de las personas son transversales, complejos y multifactoriales, y deben abordarse desde diferentes ámbitos del conocimiento, y, por tanto, diversos profesionales de la salud están implicados en ello.

Algunos de dichos contenidos son el concepto de salud, la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención, los sistemas de salud y la enfermera¹ de salud familiar y atención comunitaria, entre otros. Además de estos, que tienen una clara relación con los determinantes de la salud, se han desarrollado otros dos capítulos que, a nuestro entender, no pueden obviarse en un manual destinado a la formación de profesionales de la salud, como uno dedicado específicamente al paciente y otro, a las tecnologías de la información y la comunicación y su implicación en los sistemas de salud y en el cuidado de la salud de las personas.

1 En este documento la utilización del término «enfermera» hace referencia a los profesionales de ambos sexos.

INTRODUCCIÓN

La elaboración de un material docente dedicado a la salud familiar y atención comunitaria para estudiantes de ciencias de la salud surge del interés en aglutinar en un único texto los contenidos relacionados con la salud pública y con la necesidad de responder al reto de mantener y mejorar la salud de las personas de la comunidad.

La salud es un aspecto básico e imprescindible para garantizar un adecuado desarrollo social y económico de las comunidades. En la actualidad, en el ámbito de la salud, el mayor reto al que se enfrentan las sociedades desarrolladas es mantener el nivel de atención óptimo para sus ciudadanos de una manera sostenible y equitativa.

La mayoría de los autores que analizan la situación asistencial y cómo los países garantizan la salud de sus ciudadanos coinciden en afirmar que una de las opciones más factibles para mantener los sistemas de salud públicos es reforzar y profundizar en el papel de la atención familiar y salud comunitaria y, concretamente, en la enfermera de atención primaria y las funciones y actividades que esta desempeña.

La importancia de la enfermera de salud familiar y atención comunitaria reside en la contribución a la salud de las personas a partir de las competencias y las actividades que desempeña y su vinculación con el cuidado del ciudadano en el entorno comunitario.

La salud familiar y atención comunitaria en España, analizada desde una perspectiva de progresión y evolución a lo largo del tiempo, ha supuesto disponer de un ámbito asistencial caracterizado por una serie de elementos clave que la han convertido en referente en los países de nuestro entorno inmediato o, incluso, en Estados Unidos. La Administración Obama, al plantearse ampliar la cobertura pública de su atención a la salud para universalizar dicho servicio, tomó como modelo el de España.

La salud familiar y atención comunitaria está caracterizada por cuatro aspectos principales, o características definitorias, que determinan el resto de los aspectos y propiedades de dicho nivel asistencial y su potencial dentro del sistema de salud.

- 1) Articuladora, coordinadora o moduladora de la asistencia.
- 2) Capacidad resolutive.
- 3) Distribución territorial.
- 4) Asignación de enfermera y médico.

El hecho de haberse convertido en articuladora, coordinadora o moduladora de la prestación de la globalidad de la asistencia tiene mucha relación con la posibilidad de realizar un seguimiento longitudinal del usuario/paciente, sano/enfermo desde su nacimiento hasta su muerte, en los momentos de enfermedad, convalecencia o recuperación y rehabilitación para retornar al estado de salud. Ello implica también considerar conceptos como la integración de la información, la continuidad asistencial y, en general, el proceso de atención. La integración ha sido posible gracias a la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para garantizar la continuidad asistencial y propiciar con ambos aspectos el proceso de salud y atención de la persona.

La capacidad de resolución de la salud familiar y atención comunitaria es, según muchos autores, un aspecto todavía pendiente, ya que se puede desarrollar con más profundi-

dad. Los esfuerzos que se han llevado a cabo han conseguido éxitos que, además de ayudar a mejorar las condiciones asistenciales de los ciudadanos, han demostrado (sobre todo a los responsables políticos y a los gestores) que es factible realizar cambios que se centren en aumentar la autonomía y la capacidad de resolución en el ámbito comunitario.

La distribución territorial del sistema de salud español, en general, y, la de la salud familiar y atención comunitaria, en particular, convierten la atención primaria en el primer contacto del usuario con el sistema de salud. Esta distribución es uno de los valores más importantes y una de las características más positivas del sistema. Sin embargo, este valor se ha puesto en riesgo cuando se ha considerado que algunos centros podían ser un recurso prescindible para optimizar y ahorrar gastos en el reciente contexto de la crisis económica.

La asignación de una enfermera y un médico a todos los asegurados del sistema público supone, para el ciudadano, disponer de un profesional sanitario de referencia. Esta asignación unipersonal, la función articuladora coordinadora y moduladora de la prestación asistencial. Este aspecto puede seguir mejorándose con el objetivo de que se convierta en el elemento articulador que avance en el camino del empoderamiento del paciente. Pese a ello, para que sea posible, no hay que descartar que la característica articuladora y moduladora precisa una profunda revisión y un replanteamiento de los recursos, las funciones y la macroorganización del sistema de salud. De lo contrario, la atención familiar y comunitaria no podrá responder a los retos planteados.

En este momento, el contexto socioeconómico, caracterizado por unas condiciones que difícilmente ayudan a la sostenibilidad de un sistema público, condiciona la respuesta a los problemas de salud de la comunidad. Este contexto se puede analizar desde la vertiente socioeconómica, caracterizada por los pocos recursos disponibles, la gran demanda y los constantes avances tecnológicos. También se puede estudiar desde la situación de morbimortalidad, indicando que enfermamos y morimos a causa de patologías cardiovasculares, patología neoplásica y enfermedades neurodegenerativas. Las primeras nos ofrecen una oportunidad de prevención elevada. En el otro extremo, se sitúan las enfermedades neurodegenerativas, que plantean importantísimos retos de investigación y conocimiento para poder llevar a cabo acciones preventivas resolutivas que resulten eficaces a medio plazo.

Al analizar el contexto general no debemos olvidar la situación profesional y laboral de las enfermeras. Las condiciones hoy resultan más precarias debido a la reducción de recursos humanos y recursos materiales, y a un aumento de la complejidad clínica. Existe una necesidad urgente de inversión a nivel económico y formativo para mejorar las condiciones laborales de las enfermeras de salud familiar y atención comunitaria, ya que los pacientes pluripatológicos más exigentes y con patologías más complejas demandan más atención.

Las soluciones para responder a este contexto plantean importantes retos asistenciales, que tienen que ver con tomar medidas más efectivas, centrar los esfuerzos en promover, mantener y mejorar la salud de las personas y curar. El sistema actual no podrá sostenerse si no modificamos lo que se ha hecho hasta ahora. Nuestro modelo, a pesar de ser modélico, tiene importantes limitaciones. Una de ellas es la poca flexibilidad debido a la separación de competencias, la complejidad técnica y las dificultades para poder captar a toda la población. El escaso impacto de la educación para la salud empeora la situación en un contexto de recursos limitados.

Algunas de las acciones o propuestas para responder a dicha situación estarán relacionadas con un cambio de modelo asistencial. El protagonismo de la enfermería podría dar respuesta a las necesidades asistenciales relacionadas con la atención, formación, innovación e investigación. Además, la capacidad de las enfermeras para adaptarse a la situación asistencial y social supondría una mejora en la atención holística de la persona y la familia.

CAPÍTULO 1. CONCEPTO DE SALUD

CRISTINA FONT CABRERA
NÚRIA FABRELLAS PADRÉS

1. Introducción

Los aspectos que condicionan la salud y la enfermedad de las personas son transversales, complejos y multifactoriales, y deben abordarse desde diferentes ámbitos del conocimiento y, por tanto, están implicados en ello diversos profesionales de la salud.

Al analizar los aspectos que condicionan la salud y la enfermedad de los individuos se deben estudiar los determinantes de salud, ya que son elementos que influyen en la salud de las personas.

Los hábitos y los estilos de vida, los sistemas de salud, los aspectos biológicos como la genética o el medio ambiente, además de los determinantes sociales, son otros elementos que hay que considerar para determinar su implicación y su responsabilidad en el mantenimiento o en la falta de la salud.

2. Antecedentes. Historia del concepto de salud

El desarrollo histórico del concepto de salud está determinado por la capacidad de definir dicho fenómeno desde una dimensión social, la cual es una interpretación antropológica del concepto de salud, y está influenciada por los cambios sociales y económicos que se han producido a lo largo de la historia.

Desde la perspectiva histórica, se distinguen tres etapas bien diferenciadas, donde el concepto de salud está influenciado por los cambios sociales. La primera, que tuvo lugar a finales del siglo XVIII, se caracterizaba porque la población perdía la salud por enfermedades contagiosas, sobre todo a causa de bacterias y virus. La segunda, que es propia del siglo XIX, estaba determinada por el proceso de industrialización. El desarrollo económico y social fue enorme y aparecieron los primeros antibióticos. Estos dieron lugar a una revolución en la salud de los individuos, ya que las enfermedades contagiosas disminuyeron sustancialmente y empezaron a surgir otras patologías, las crónicas. La tercera, propia del siglo XX, se caracterizaba por enfermedades sociales vinculadas a estilos de vida no saludables y enfermedades crónicas. Además, el uso no adecuado de los antibióticos provoca multirresistencias al tratamiento.

Durante siglos, la salud se definió de forma negativa: «La salud es la ausencia de enfermedad». Las personas tomaban conciencia de la salud en el momento en que aparecía la enfermedad. Por este motivo, la salud se expresaba en términos negativos como ausencia de enfermedad, de manera que esta última se convirtió en la preocupación prioritaria a lo largo de la historia, no así la salud o la prevención de la enfermedad.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, en los años cuarenta, la salud empezó a cobrar protagonismo. En el año 1941, Sigerist la definió del siguiente modo: «La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo». Poco después, Dubos propu-

so una definición de salud más amplia e incorporó el concepto bidimensional, al diferenciar entre bienestar físico y mental. Este autor llegó a plantear que la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona desarrollar sus actividades en el ambiente en el que vive a lo largo del mayor tiempo posible. Más tarde, este planteamiento bidimensional de la salud fue ampliado por Dunn, que incorporó la dimensión social y psicológica al concepto de salud. La adición de la dimensión social en el concepto de salud fue adquiriendo cada vez más importancia, hasta que, en el año 1945, Stampar presentó un concepto de salud que incluía las tres dimensiones de manera sencilla, y definió la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición ha sido admitida universalmente y recogida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946, en su carta fundacional. La definición de salud propuesta por la OMS en 1946 tiene términos positivos y, además, no limita la salud a lo orgánico, sino que también incluye la rama psicológica y social, lo cual implica que el propio concepto esté inmerso en un entorno social, en una cultura y valores, y en un sistema sanitario que pueden condicionarlo.

Sin embargo, esta definición de la OMS ha sido criticada sobre todo por varios motivos. El primero, por su interpretación de declaración de principios y objetivos, ya que propone la salud como un ideal, y, por ello, fue catalogada como utópica y subjetiva. Utópica, porque define la salud como un completo bienestar en todos los entornos de la persona: el cuerpo, la psicología y la sociedad. Y también por el momento histórico en que surge dicha definición, a finales de la segunda guerra mundial, cuando las ideas de la salud que se exponen se corresponden con la salud deseable. Cabe destacar que existe cierto componente subjetivo, porque habla del bienestar del individuo, pero no incluye la capacidad funcional.

El segundo motivo de la crítica destaca que se trata de una definición estática, ya que solo considera que un individuo tiene salud si goza de un completo bienestar físico, mental y social. En contraposición a esta idea puede pensarse que la salud es un fenómeno continuo, en el que pueden establecerse distintos «grados».

Aunque la definición propuesta por la OMS da una visión amplia del concepto de salud, se observa la dificultad de expresarlo, ya que cada individuo tiene una visión subjetiva.

En los años sesenta, se inició un cambio al percibir la salud no como algo estático, sino como un fenómeno dinámico. En 1960, Sigerist adoptó una perspectiva dinámica y afirmó que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos. La salud está presente mediante un ritmo constante e inalterado que solo es interrumpido por la enfermedad. También Rogers y Fodor consideran que en la salud aparecen grados intermedios, que van desde la salud óptima hasta la muerte.

Debido a las numerosas críticas por la definición propuesta por la OMS, uno de los primeros que la eliminó fue Milton Terri, en el año 1975, momento en que propuso la siguiente: «La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Este autor evidencia que los términos de «salud» y «enfermedad» no son absolutos, ya que hay distintos grados de salud y enfermedad que se interrelacionan con la capacidad funcional del sujeto. Además, plantea la salud en dos planos, uno el subjetivo, la sensación que tiene el individuo de bienestar o malestar, y otro objetivo, que se corresponde con la capacidad funcional. Asimismo, tiene en cuenta que bienestar y salud no siempre van de la mano. El bienestar es una sensación y, como impresión, no siempre se corresponde con la realidad. La capacidad de funcionamiento es un criterio objetivo, pero no sinónimo de salud, ya que hay personas que gozan de buena salud pese a que tienen una capacidad de funcionamiento limitada. Esta definición tiene la virtud, al igual que la de la OMS, de ser holística, es decir, tiene en cuenta lo físico, lo mental y lo social, y pone de manifiesto la importancia para el concepto de salud de

las «limitaciones» de los individuos para desarrollar sus actividades. De acuerdo con este planteamiento, transforma la definición de salud de la OMS, lo que es un avance en su análisis conceptual.

En el año 1982, Hernán San Martín definió la salud del siguiente modo: «Aquel fenómeno psicológico, biológico, social, dinámico, relativo y muy variable. En la especie humana corresponde a un estado ecológico-fisiológico social en equilibrio, y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social». La presente definición incorpora el concepto de la ecología y también la preocupación sobre ella. Ya no se trata solo de conseguir un equilibrio entre las variantes biológicas, psíquicas, sociológicas y culturales, sino que también añade el término de «equilibrio ecológico», equilibrio con el medio en el que se desenvuelve el individuo.

Ivan Illich, en 1984, propuso lo siguiente: «La salud es la capacidad de adaptación al entorno cambiante, la capacidad de crecer, de envejecer, de curarse; la capacidad de sufrir y de esperar la muerte en paz». Illich define la salud como un modo de vivir la vida, como una filosofía de vida; no es el sentimiento de bienestar, sino la capacidad de adaptación, de sufrimiento y de felicidad. La definición subraya la aceptación de los límites del hombre y sus posibilidades de darles respuesta.

Salleras Sanmartí, en 1990, definió la salud como «el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad». Desde esta perspectiva, establece el concepto dinámico de salud: la muerte no es evitable por razones biológicas y el estado óptimo de salud difícilmente se puede alcanzar. Considera necesario sustituir esos estados de muerte prematura por un elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar. Además, establece que los diferentes grados de estos dos estados están muy influenciados por las condiciones sociales en que viven los individuos.

La OMS apuesta por una política de salud para todos en el siglo XXI, basándose en la equidad y la solidaridad de los pueblos, ya que las desigualdades socioeconómicas están en gran medida relacionadas con las desigualdades en materia de salud. En la Conferencia Internacional de Atención Primaria celebrada en la ciudad de Almá-Atá, en 1978, se propuso el objetivo de salud para todos en el año 2000. De acuerdo con este concepto de salud como derecho fundamental del hombre, en 1986 se llevó a cabo en Ottawa (Canadá) la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud con el lema «Salud para todos en el año 2000». En esta conferencia se estimuló el diálogo entre los profesionales de la salud y otros sectores ajenos a ella, con la finalidad de definir mejor los problemas de salud e iniciar actividades. Además, supuso poner énfasis en las acciones ambientales y se reconoció la importancia de los aspectos sociales.

En 1988, se celebró la segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida (Australia), para continuar el debate de las conferencias de Almá-Atá y Ottawa, y se enfatizó en la responsabilidad de la OMS en el desarrollo de la promoción de la salud a través de las estrategias descritas en la carta de Ottawa. Más tarde, la tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada en Sundswall (Suecia), en 1991, fue la primera conferencia global en la que se pidió a todos los participantes que colaboraran de manera activa para lograr un medio ambiente más saludable. Además, se destacó que millones de personas viven en un estado de extrema pobreza y en ambientes muy degradados. Ese mismo año se celebró otra conferencia en Río de Janeiro (Brasil) para seguir avanzando en los conocimientos de los riesgos medioambientales. Posteriormente, en la conferencia de Liubliana (Eslovenia), en 1996, se reformó la atención sanitaria y se concluyó que debería haber espacio para una actividad con restricciones dictadas por el mercado financiero, que es la provisión de un bien social como es la atención a la salud de las personas.

La cuarta Conferencia Internacional basada en la Promoción de la Salud se celebró en la ciudad de Yakarta (Indonesia), en 1997. En ella participó el sector privado en apoyo a la promoción de la salud. La declaración ofreció una visión y enfoque para la promoción de la salud en el siglo XXI, considerando que para el logro de la salud óptima es preciso que la población disponga de elementos de bienestar social, como paz, educación, alimentos, seguridad social, ingresos y libertad. El liderazgo de la mujer, un ecosistema estable, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad se consideraron elementos claves para la consecución de la salud; además, se afirmó que la pobreza era la mayor amenaza para la salud.

La quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en la ciudad de México en el año 2000, hizo que los países se comprometieran con el fin de incluir la salud en la agenda política, desarrollando planes estratégicos para promover la salud, compromiso que se reafirmó en la sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Bangkok (Tailandia), en 2005, donde se establecieron las medidas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud y se otorgó una responsabilidad esencial a los gobiernos en materia de salud.

La séptima Conferencia Internacional de Promoción de la Salud tuvo lugar en Nairobi (Kenia), en 2009, la única celebrada en un país africano hasta la actualidad. En esta asamblea, que se denominó la Acción de Nairobi, se identificaron claves, estrategias y compromisos para implementar la salud y el desarrollo a través de la promoción de la salud. Más tarde, en Helsinki (Finlandia), en el año 2013, se celebró otra conferencia, que se centró en abordar el tema de la salud en todas las políticas, teniendo en cuenta que la salud viene determinada por factores externos al ámbito sanitario. Así, una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y las relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación.

La última Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se celebró en Shanghái (China), en noviembre de 2016. Con el eslogan «Salud para todos y todos para la salud», su objetivo fue situar la promoción de la salud en el centro del desarrollo sostenible.

En la actualidad, se entiende la promoción de la salud no solo como un derecho de los ciudadanos, sino que también deben existir unas políticas de salud adecuadas que reorienten a los servicios sanitarios para atender de forma efectiva a las necesidades de salud de la sociedad.

3. Los determinantes de la salud

A partir de la segunda mitad del siglo XX se estableció un concepto integral de salud, que se enmarca en los determinantes de la salud, es decir, en el conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o las poblaciones. Estos factores incluyen conductas, estilos de vida saludables, ingresos, posición social, educación, trabajo y condiciones laborales, así como el acceso a los servicios sanitarios.

Los determinantes de la salud han estado sometidos a diversos cambios a lo largo de la historia. Se han ido transformado y evolucionando a la vez que se redefinía el concepto de salud. En las culturas más antiguas, se consideraba que la pérdida de salud se debía a motivos religiosos, que se debía al castigo de los dioses o a causas naturales. En la etapa hipocrática, los determinantes de la enfermedad se relacionaban con dos características. La primera se refería a la raza, el sexo y la edad. La segunda, a aspectos externos del individuo, como la mala alimentación, los venenos, el aire, etc.

Hasta finales del siglo XIX, los determinantes de la salud se estudiaban a través del modelo ecológico, o tríada ecológica, donde se establecía que la enfermedad era consecuencia de la relación de tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente.

1. El agente de la enfermedad está caracterizado por factores biológicos (hongos, bacterias, virus, protozoos) y no biológicos, como los físicos (calor, luz) y los químicos.
2. El huésped está determinado por elementos intrínsecos del propio sujeto (la edad, el sexo, la herencia genética), que influyen en la susceptibilidad del individuo ante la acción de los agentes.
3. Por último, el medio ambiente está formado por elementos extrínsecos que hallan organismos patógenos que provocan un efecto nocivo al huésped, provocando la enfermedad sobre el individuo.

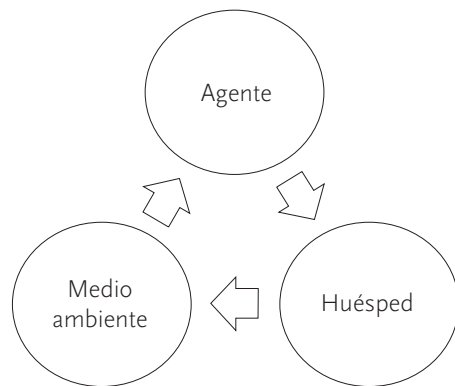


Figura 1. Modelo ecológico o tríada ecológica.

Fuente: elaboración propia.

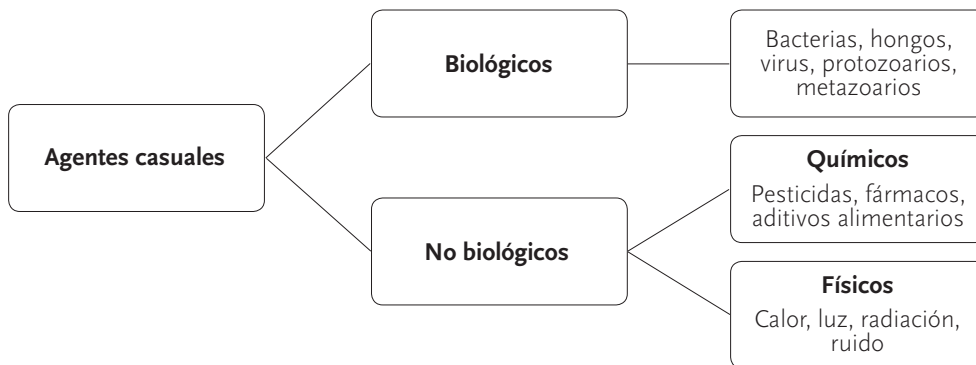


Figura 2. Agente de enfermedad.

Fuente: elaboración propia.

Actualmente, en los países desarrollados, las principales causas de morbilidad y mortalidad están relacionadas con procesos o enfermedades crónicas, y no con las enfermedades infecciosas, como ocurría hace cincuenta años. Este hecho se debe a la gran variedad de antibióticos de los que disponemos para tratar las infecciones y al aumento de la morbilidad y mortalidad por causas crónicas.

Como consecuencia de esta evolución del patrón de morbimortalidad, apareció la necesidad de crear un nuevo marco de determinantes de la salud más integrador y capaz de incorporar los factores que afectan a las enfermedades crónicas. Surgieron varios modelos para intentar explicar los determinantes de la salud, entre los que destacan el modelo holístico de Laframboise, el ecológico de Austin y Werner, y el de bienestar de Travis.

El modelo propuesto por Laframbroise en 1973 fue publicado en el artículo «Health policy: breaking the problem down into more manageable segment». Un año después, Marc Lalonde, ministro de Sanidad de Canadá, lo desarrolló en el documento «A new perspective on the health of Canadians». En este informe se describe un gran número de muertes prematuras e incapacidades que podían haberse prevenido; además, se afirma que la salud de la comunidad estaría influida por cuatro categorías de determinantes.

- 1) Biología humana: compuesta por una carga genética (genes), crecimiento y desarrollo y envejecimiento. Este grupo de factores se ha considerado hasta hace poco inalterables, aunque con los avances de la ingeniería genética tienen cierta capacidad de modificación en el desarrollo preventivo de enfermedades crónicas.
- 2) Medio ambiente: conjunto de componentes físicos, químicos, biológicos, sociales y socioculturales capaces de causar efectos directos e indirectos, a largo o a corto plazo, sobre los seres vivos, originando un gran número de patologías. Por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad en los individuos.
- 3) Los estilos de vida y conductas de salud: comportamientos cotidianos que pueden influir positiva o negativamente en la salud, a los que el sujeto se expone de manera voluntaria y en los que puede ejercer mecanismos de control. El consumo de sustancias nocivas (drogas, tabaco), el sedentarismo, una alimentación inadecuada, el estrés y determinadas conductas de riesgo pueden influir de un modo negativo en la salud. Este es el grupo que más influencia tiene en la salud.
- 4) Sistema de cuidados de salud: engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es la atención sanitaria de la población y tiene en cuenta la accesibilidad y la financiación de los servicios de salud de los individuos. Las actividades encaminadas a mejorar o restablecer la salud del individuo o comunidad a partir de intervenciones preventivas y terapéuticas son las más efectivas a nivel de coste.

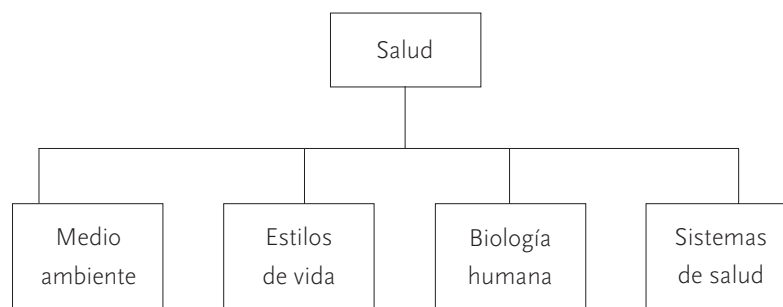


Figura 3. Modelo de determinantes de salud según Lalonde.

Fuente: elaboración propia.

Los determinantes de la salud no se pueden clasificar en un único grupo; de hecho, suelen estar interrelacionados, y a veces es difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, por ejemplo, la clase social del individuo y ciertos factores de riesgo. La drogadicción es una conducta de salud negativa, que recibe influencia y que influye en el ambiente sociocultural de los individuos.

La teoría de Lalonde tuvo impacto en el desarrollo y orientación de las políticas sanitarias en la mayoría de los países en vías de desarrollo y en la elaboración de las estrategias de «Salud para todos en el año 2000», según el lema descrito por la OMS.

3.1. Los determinantes sociales

Diversos estudios han relevado el enorme impacto que tienen los aspectos sociales como determinantes de la salud de los ciudadanos. Aspectos como la renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, la zona residencial y la clase social son elementos que hay que considerar. Por ejemplo, los individuos con niveles socioeconómicos más altos suelen tener más esperanza de vida y menos enfermedades crónicas, más años libres de discapacidad y mejor salud autopercibida en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos. Por tanto, los determinantes sociales conllevan desigualdades en el ámbito de la salud.

En los últimos años se han publicado distintos modelos conceptuales sobre los determinantes sociales que afectan a la salud con el objetivo de crear o diseñar políticas dirigidas a reducir las desigualdades en este tema.

El modelo de capas de Dahlgren y Whitehead (1991) describe gráficamente la influencia de las características individuales y las condiciones de vida, políticas y económicas en la salud de las personas. En esta representación gráfica, los individuos se encuentran en la base del modelo con sus características (edad, sexo) y sus factores genéticos, que ejercen influencia en la salud. Por encima de la base está la primera capa, constituida por los estilos de vida de los individuos, es decir, los comportamientos elegidos con libertad por cada persona. Sobre esta capa, se encuentra otra, formada por las redes sociales y comunitarias que constituyen el conjunto de relaciones solidarias y de confianza entre grupos que establecen la cohesión social de la población. En un nivel superior se hallan las condiciones de vida y trabajo de las personas, las cuales proporcionan acceso a los distintos servicios, como salud, educación y condiciones de habitabilidad, lo que hace que las personas con desventaja social corran un mayor riesgo de acceder a peores servicios y condiciones laborales. En el último nivel están situados los macrodeterminantes relacionados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad, que poseen una gran influencia sobre las capas inferiores del modelo.



Figura 4. Modelo de capas de Dahlgren y Whitehead.

Fuente: Dahlgren y Whitehead.

Los modelos propuestos por Navarro y por Solar e Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS explican las desigualdades en la salud. Navarro, en su modelo, incluye los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, ya que modela la estructura social de una sociedad. Un sistema de estratificación, es decir, la política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas y sociales, influye en la posición social.

A partir de los modelos propuestos por Orielle Solar y Alec Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y por Vicenç Navarro, se contemplan nuevos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud.

Los factores estructurales se componen del contexto socioeconómico y político, así como de la estructura social (ejes de la desigualdad). El contexto socioeconómico y político hace referencia a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder. El gobierno (la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos) y las acciones económicas y sociales determinan las políticas macroeconómicas (políticas fiscales o que regulan el mercado), las políticas sociales que afectan al mercado laboral y las políticas públicas que conforman el estado del bienestar (educación, atención sanitaria, protección social). En este apartado se deben incluir los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías.

Los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en este aspecto. Estas desigualdades son fruto del prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de las clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas.

La posición social desigual genera desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores incluyen, en primer lugar, los recursos materiales, como las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial); la carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y de cuidado de las personas); el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; la calidad de la vivienda y el barrio o área de residencia. Los recursos materiales influyen en los procesos psicosociales, como la falta de control y de apoyo social, y las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), y también en las conductas con influencia en la salud y los procesos biológicos que derivan de ello. Por último, el sistema de salud contribuye porcentualmente poco a la generación de las desigualdades en salud. Un menor acceso a los servicios de salud y una calidad inferior de estos en el caso de los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas que inciden en la salud y el bienestar.

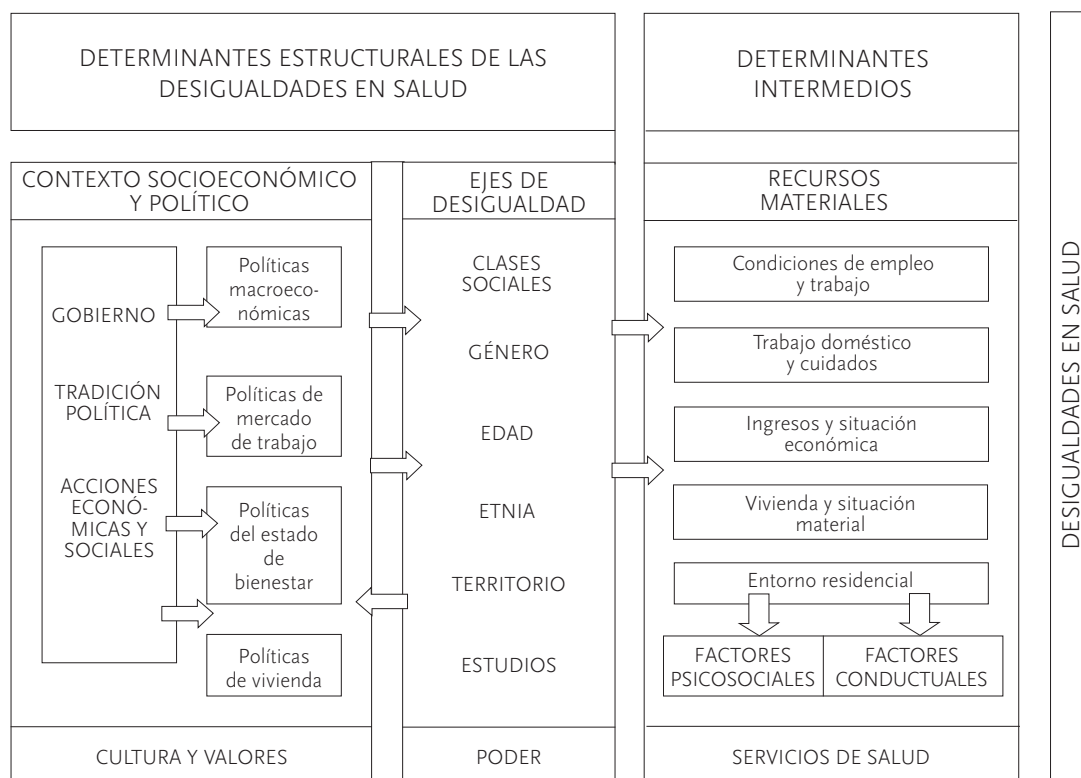


Figura 5. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud.

Fuente: elaboración propia.

Las desigualdades sociales en materia de salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos a nivel social, económico, demográfico o geográfico. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de los factores de riesgo de enfermarse conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan, ya que la salud mejora con mayor rapidez en las clases sociales más aventajadas. La evidencia científica también señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

Para poder avanzar hacia la equidad en salud es fundamental:

- 1) Crear organismos políticos y técnicos que sostengan esta prioridad.
- 2) Tener datos y sistemas de vigilancia para estudiar la evolución de las desigualdades y el impacto de las políticas.
- 3) Impulsar intervenciones sanitarias y de salud pública que reduzcan las desigualdades.
- 4) Establecer alianzas para impulsar las políticas para reducir las desigualdades en salud que se desarrollan fuera del sanitario.

Se ha observado que las desigualdades en salud, dependiendo de la clase social (medida a través de la ocupación) o del nivel socioeconómico (medido a través del nivel de formación o de ingresos), se incrementan (tanto en mala salud percibida como en un exceso de