

CONCEPTOS Y PERSPECTIVAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

*Arroyo Acevedo, Hiram V.
Casals Alonso, Carla
Juvinyà Canal, Dolors
López-Gómez, Jorge
Martínez-Riera, José Ramón
Rivera León, Solaritza*

Puntos clave

Con el fin de guiar al lector en este capítulo, se plantean determinados puntos clave que pretenden fijar elementos de análisis, reflexión y debate sobre un tema de tanta relevancia y que suscita cierta confusión cuando no controversia. Así pues, los epígrafes interrogativos siguientes pretenden llamar la atención sobre los temas abordados y su importancia en la necesaria articulación entre ellos. Las respuestas a las mismas tratan de darse en el texto, aunque siempre queda espacio para el análisis, la reflexión, el debate y el pensamiento crítico, como elementos fundamentales en la construcción y consolidación del conocimiento.

Por todo ello, cabe preguntarse:

- ¿Se puede hablar de Educación para la Salud sin hablar de Promoción de la Salud o a la inversa?
- ¿Es la EpS un proceso, una herramienta o un concepto?
- ¿Es posible la EpS sin Promoción de la Salud? Y ¿La Promoción de la Salud sin EpS? ¿Qué va antes la EpS o la Promoción de la Salud?
- ¿Se sirve la Promoción de la Salud de la EpS o se complementan?
- ¿Puede ser la EpS integrativa?

- ¿Son la EpS y la Promoción de la Salud herramientas o técnicas exclusivas de las/os profesionales de la salud?
- ¿Son la Eps y la Promoción de la Salud exclusivas del ámbito de la Atención Primaria de Salud?
- ¿Podemos hablar de EpS y de Promoción de la Salud en estados de enfermedad?
- ¿Es posible la EpS y la Promoción de la Salud sin participación comunitaria?
- ¿Cómo implementar y articular la EpS y la Promoción de la Salud ante una situación de crisis y enfermedad?

Educación para la Salud

Existen diversas perspectivas conceptuales y enfoques operacionales de la Educación para la Salud en América Latina. Coexisten en la región abordajes heterogéneos de la Educación para la Salud con características diferenciadas. El Movimiento Global de Promoción de la Salud iniciado a partir del 1986 propició el cambio de visiones y enfoques de la Educación para la Salud. Algunos sectores profesionales de América Latina han defendido la personalidad conceptual, metodológica y disciplinar entre la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud.

Algunas perspectivas dominantes de la Educación para la Salud tienen los siguientes énfasis:

- La dimensión educativa tradicional a nivel individual, grupal, comunitaria e institucional.
- La perspectiva de comunicación y mercadeo social aplicado a la salud.
- La perspectiva de educación popular y participación comunitaria.
- La perspectiva de movilización social y abogacía en salud.
- La perspectiva conductual de cambio de comportamiento en salud.
- Los enfoques biomédicos y de educación a pacientes.
- Los enfoques educativos en el entorno escolar.

Arroyo y otros¹ le otorgan a la Educación para la Salud un lugar relevante en el paradigma de la Salud Pública y la Promoción de la Salud. Incorporan en su definición

cuatro dominios fundamentales de la Educación para la Salud moderna. La definición reza:

Estrategia de Salud Pública y Promoción de la Salud que utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para incidir en individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de: Fomentar la toma de decisiones favorables a la salud; realizar análisis crítico de la información; propiciar el entendimiento de los determinantes de la salud; y lograr compromiso con la acción social – colectiva¹.

Esta definición ejemplifica la dimensión política y de vinculación social de la Educación para la Salud otorgando un rol activo a los ciudadanos en los reclamos de salud, bienestar y justicia social. La definición parte del reconocimiento que los ciudadanos están teniendo acceso a diversas fuentes de información sobre salud como resultado de la tecnología y las redes sociales. Esto plantea el reto de la calidad de la información que se recibe y cómo los ciudadanos deben diferenciar entre información confiable o información cuestionable. Es en este campo donde la Educación para la Salud se vincula al concepto de Alfabetización en Salud, definida por Sorensen (2012) como “La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta.”

La definición se diferencia de otras en el sentido de la importancia que se les adscribe a los determinantes sociales de la salud y el rol de la Educación para la Salud en generar

análisis crítico con la ciudadanía sobre la verdadera raíz de los asuntos sociales y de salud que les afectan. Un componente adicional de la definición es la concerniente a obtener el compromiso individual y colectivo con la participación, la abogacía en salud y la acción social por parte de la población¹.

Otros acercamientos al concepto de Educación para la Salud son reiterativos a las acciones vinculantes con la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, centrándose en el individuo dentro de su contexto social en el proceso de fortalecer su autonomía, haciéndose conscientes de su historia y construcción social relacionada al proceso de salud-enfermedad. Castro, Rincón y Gómez², postulan, luego de una investigación de escritos desde una mirada antropológica, que la Educación para la Salud en América Latina busca el desarrollo humano a través de la libertad del sujeto. Más allá de informar, se busca generar un empoderamiento de la población haciendo énfasis en las capacidades para establecer objetivos y valores relacionados con la cultura y la sociedad por medio de una reflexión y organización colectiva.

La Educación para la Salud debe ser entendida como la transformación de las personas y de la sociedad en diferentes ámbitos: local, regional y nacional. La Educación para la Salud debe tener el propósito de desarrollar en las personas la capacidad de definir hacia dónde van, permitiendo convertirse en sujetos que vean su realidad desde una perspectiva más crítica y que reflexionen acerca de ella desde su autonomía. Todo esto desde un ambiente que le provea las oportunidades para que desarrolle al máximo sus capacidades. La Educación para la Salud debe abarcar todo el proceso de la educación, sin eximir de responsabilidad a la Salud Pública quien debe asumir un

compromiso educativo desde la ética y la política que redunde en una reflexión pedagógica³.

Es importante mantener vigente la reflexión de la relación entre la Promoción de la Salud, la Educación para la Salud y la Atención Primaria en Salud. La práctica de la Educación para la Salud es una herramienta óptima para ser utilizada desde la atención primaria, que juntamente con la abogacía por la salud, resulta útil para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad⁴.

Urge seguir afinando los fundamentos teóricos, epistemológicos, éticos y políticos de estos campos. En ánimo de fortalecer la Educación para la Salud se requiere reflexionar acerca de los discursos pedagógicos en el campo de la Educación para la Salud fundamentalmente influenciados por las estructuras políticas, culturales y socioeconómicas. Es necesaria la transformación del campo de la Educación para la Salud en ese sentido, pero no sin que se transforme consigo al educador, propuesta íntimamente relacionada a los postulados y concepciones de la educación popular de Paulo Freires.

Desde el modelo integral educativo de Educación para la Salud, la salud es concebida desde una perspectiva biopsicosocial de la persona y consiste en su equilibrio interno y externo, sin separarse de la responsabilidad política ya que la misma contribuye a ese equilibrio. Este modelo la Educación para la Salud trata de un proceso formativo de desarrollo integral y participación en el que el aprendizaje debe ser significativo lo que llevará al autocuidado y a la modificación de los factores que condicionan la salud. El enfoque integra la Promoción de la Salud en un contexto colectivo y de comunidad⁶.

Unido a este modelo integral educativo y siguiendo el modelo conceptual de la Promoción de la Salud debe tenerse en cuenta, también, la aproximación positiva de la salud que nos brinda la salutogenesis y su visión de la persona como sujeto activo en su propio proceso de salud⁷.

Rodríguez-Torres, alude a la relación entre Promoción de la Salud y Educación para la Salud cuando plantea que las personas son conscientes de que el control de los determinantes de su salud es sinónimo de autocuidado⁸.

La Educación para la Salud se ha planteado como un referente importante para la salud pública desde siglos pasados como parte del movimiento higienista. Se reconoce la influencia de las ciencias sociales y la educación al campo disciplinar de la Educación para la Salud. A través de los años se ha intentado establecer la diferencia de visiones entre la Educación para la Salud, la prevención o el tratamiento de enfermedades. La Educación para la Salud trasciende los enfoques de cambio de comportamiento en salud. Dedicarse a ello exclusivamente representaría una contradicción ya que la acción de educar debe estar dirigida a la transformación de la realidad de las personas, al desarrollo de autonomía, a impulsar las libertades, la justicia y el cambio social. No debe pretenderse el adoctrinamiento del ser humano para que se adapte a una realidad que no puede cambiar, debe llevarse a cabo un proceso mediante el cual las personas estén conscientes de su realidad y realicen gestiones en favor de modificar esa realidad⁹.

Desde esta perspectiva conceptual y práctica, la Educación para la salud no se limita únicamente a transmitir información, sino que propone el desarrollo de conocimientos, destrezas y habilidades que fomenten la producción social de la salud coincidiendo con uno de los ámbitos de la Promoción de la Salud descritos en la Carta de Ottawa para la

Promoción de la Salud (1986). Es decir, que el entendido de salud se replique colectivamente mediante procesos de aprendizajes dinámicos. Se destaca la importancia de la comunicación que respalde el establecimiento de relaciones sostenibles entre grupos de interés, garantizando el derecho a la información, tomando en cuenta la importancia de adoptar una actitud crítica y participativa, lo que no se logra utilizando únicamente el método de enseñanza tradicional⁶.

López Ríos, Molina Berrío y Peñaranda Correas⁵ plantean que es necesario reconocer que el paradigma biomédico continúa teniendo vigencia en la conceptualización y la práctica de la Educación para la Salud. Independientemente de las críticas constantes y de las nuevas propuestas teóricas que pretenden el desarrollo de un concepto de salud que vaya más allá de la enfermedad, en muchas de las intervenciones que se formulan, se continúa responsabilizando al individuo por su salud. Las estructuras sociales y económicas pueden constituir una influencia importante en la mirada que se le da a la salud y a las prácticas de los profesionales. Es importante auscultar las razones por las cuales sigue predominando esta perspectiva en la concepción y en la práctica de la Educación en Salud.

En contraposición y para reafirmar la Educación para la Salud con enfoque integral, cercana a la Promoción de la Salud, pasa por articular la práctica de la Educación para la Salud con el enfoque de determinantes sociales de la salud; el desarrollo de habilidades personales para empoderar a las personas; la contribución a la creación de entornos de apoyo a la salud; y a un nivel más macro reforzar la acción comunitaria y la creación de políticas públicas saludables. No perder de vista las acciones descritas en la Carta de Ottawa de 1986, recordar las oportunidades que brinda la atención primaria de

la salud y mantenernos en la concepción positiva de la salud que nos ofrece la Salutogenesis ayudará, indudablemente, a llevar a cabo una Educación para la Salud en el marco de la Promoción de la Salud con un enfoque integral.

Participación comunitaria, Educación para la Salud y Promoción de la Salud

La participación comunitaria, entendida por muchos estudios como recurso nexo con la promoción de la salud, no debe ser entendida como la mera consulta hecha por parte de técnicos o políticos a la comunidad (“participación de fachada” según Sherry Arnstein)¹⁰, sino que debe apuntar a la implicación de los ciudadanos en la toma de decisiones (“verdadera participación”), así como la cooperación entre personas, organizaciones y profesionales de salud para la organización de los servicios de salud y la intervención en una adecuada defensa de la salud^{11, 12}.

Existe cierta evidencia que demuestra que las comunidades más cohesionadas y caracterizadas por fuertes vínculos sociales, tienen más probabilidades de mantener la salud incluso en un contexto de desventajas.

La filosofía, la psicología, y la lingüística nos demuestran que el lenguaje y los términos que utilizamos afectan nuestro pensamiento y cognición. La ambigüedad conceptual a la hora de definir y delimitar lo que interpretamos como activos de salud, y de la misma forma con conceptos como salud-bienestar, son muestra evidente de que el lenguaje en sí mismo constituye una importante barrera para el desarrollo de acciones rigurosas¹³. La teoría del Interaccionismo Simbólico postula que los seres humanos actúan con las cosas según el concepto que estas tienen para ellos¹⁴. Así pues, los programas que se desarrollaron con más fuerza y que también prevalecen hoy en día en el marco de la promoción de la salud, son aquellos que dan énfasis a la “educación para la salud”. Sin embargo, las estrategias que se implantan en este sentido siguen el modelo vertical top-down propio del enfoque biomédico y paternalista, y otorgan a las personas la responsabilidad individual de su propia salud. Como algunos autores refieren, trabajar

desde la vertiente de la promoción de la salud y la educación para la salud sin tener en cuenta la influencia de factores como la acción política o la condición socioeconómica, y culpabilizando y responsabilizando a los individuos de los resultados, es lo que algunos autores denominan como “salud persecutoria”¹⁵

La Educación para la salud y la Promoción de la Salud se nutren de la participación activa de la ciudadanía. Los participantes deben estar implicados, motivados, comprometidos y empoderados, y pueden pertenecer a diferentes tipos de comunidades, centros laborales, estudiantiles o barrios, y desde allí las personas se pueden sentir parte de las acciones y del proceso, o sea, la participación implica que se empoderen y participen en las acciones encaminadas a mejorar su salud, con estrategias individuales, grupales, colectivas, intersectoriales, multidisciplinarias, donde todos son parte y forman un entorno saludable: todos son importantes para lograr salud entre todos y para todos¹⁶.

La Promoción de la Salud se potencia además a través de: autocuidado, ayuda mutua y los entornos saludables, o creación de condiciones y entornos que favorecen la salud. Por lo tanto, se trata de un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud. Turabián (Figura 2), muestra, de manera gráfica, la relación entre la Educación para la Salud, la participación comunitaria y la Promoción de la Salud. El autor señala que el vehículo es la Educación para la Salud; el camino o la estrategia lo constituye la participación comunitaria, y la Promoción de la Salud lo engloba todo. El autor destaca que, sin participación comunitaria, no es correcto referirse a la Promoción de la Salud. Muchas pueden ser las herramientas utilizadas por la Educación para la

Salud, pero debe existir la participación comunitaria: dígase escuelas, centros de trabajo o el barrio, entre otros ambientes¹⁷.

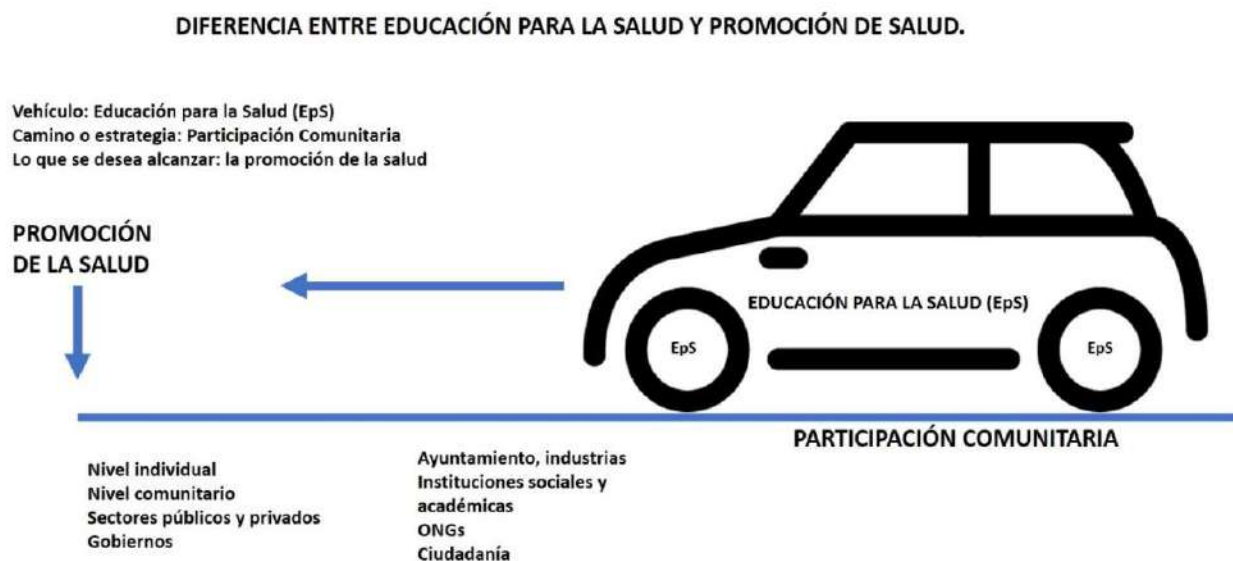


Figura 2. Adaptación de la imagen de Turabián J.L. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Madrid: Díaz de Santos S.A; 1992.

Kichbusch plantea que, en las estrategias para la acción de Promoción de la Salud, hay que distinguir un triángulo que enlaza las políticas saludables, la acción comunitaria en temas de salud y de la Promoción de la Salud¹⁸.

Y en todo esto relacionado con la orientación salutogénica, ¿dónde está la Promoción de la Salud? Antonovsky ya manifestó su preocupación por la carencia de una teoría o marco teórico-conceptual a partir del cual se desarrollase todo proceso para la Promoción de la Salud. Antonovsky¹⁹, no estaba solo en esta preocupación, también Frolich y Potvin²⁰ referían que la Promoción de la Salud necesita “ir más allá” de las teorías tradicionales utilizadas en la Educación para la Salud -como la teoría de autoeficacia de Albert Bandura (confianza-expectativas). “Ir más allá” significaba un reposicionamiento de la Promoción de la Salud, alejándose de los factores de riesgo y

del punto de mira en las patologías, y fomentando ambientes salutogénicos con factores sociales y estructurales saludables²¹.

Los modelos de Promoción de la Salud que abordan explícitamente la complementariedad salutogénica y patogénica son escasos. Un avance importante en este sentido es el Health Development Model (HDM) o Modelo de Desarrollo de Salud (Figura 3), considerado el primer marco de estudio que trabaja complementariamente la orientación patogénica y salutogénica con la finalidad de desarrollar indicadores que permitan monitorear los efectos de las intervenciones de Promoción de la Salud²²

Según se puede observar en la figura 3, en su lado izquierdo se observa la perspectiva salutogénica, descrita en el modelo como un enfoque analítico especificado a través de la Promoción de la Salud y orientado hacia los recursos y la salud positiva. En la parte derecha de la figura vemos el enfoque patogénico expresado a través de la protección frente a los factores de riesgo, la prevención y la atención cuando se dé un problema de salud. De cualquier forma, ambas perspectivas trabajan hacia el mismo centro: la salud del individuo en su contexto. Sin embargo, vincular estos dos puntos de vista analíticos, como lo hace el Modelo, aumenta la conciencia sobre su carácter distintivo, aunque también sirva de concienciación sobre la utilidad de los indicadores de Promoción de la Salud frente a los indicadores patológicos y factores de riesgo ampliamente utilizados. Existe un consenso cada vez mayor de que fortalecer los factores o bienes saludables (activos) de las comunidades, en lugar de centrarse en sus necesidades o deficiencias, da como resultado cambios más duraderos²³. El origen fue la insatisfacción con el proyecto de la Comunidad Europea “European Community Health Indicators”, centrado principalmente en indicadores para la prevención de enfermedades

y, en un segundo plano, la promoción de la salud²⁴. El mayor reconocimiento a este segundo aspecto dio lugar al HDM que tiene tres objetivos principales²²:

- Proporcionar una justificación clara para seleccionar, organizar e interpretar los indicadores de promoción de la salud (sistema de clasificación).
- Trasladar dicho enfoque -único de promoción de la salud- a la comunidad (herramienta de promoción).
- Desarrollar un marco de referencia común para los campos de promoción de la salud y salud pública que muestre su interrelación (herramienta de diálogo).

Finalmente apuntar que la estrategia de Promoción de la Salud abordada debería aplicarse en los entornos de las Universidades y resto de centros de Educación como referencia indiscutible para el desarrollo de espacios saludables.

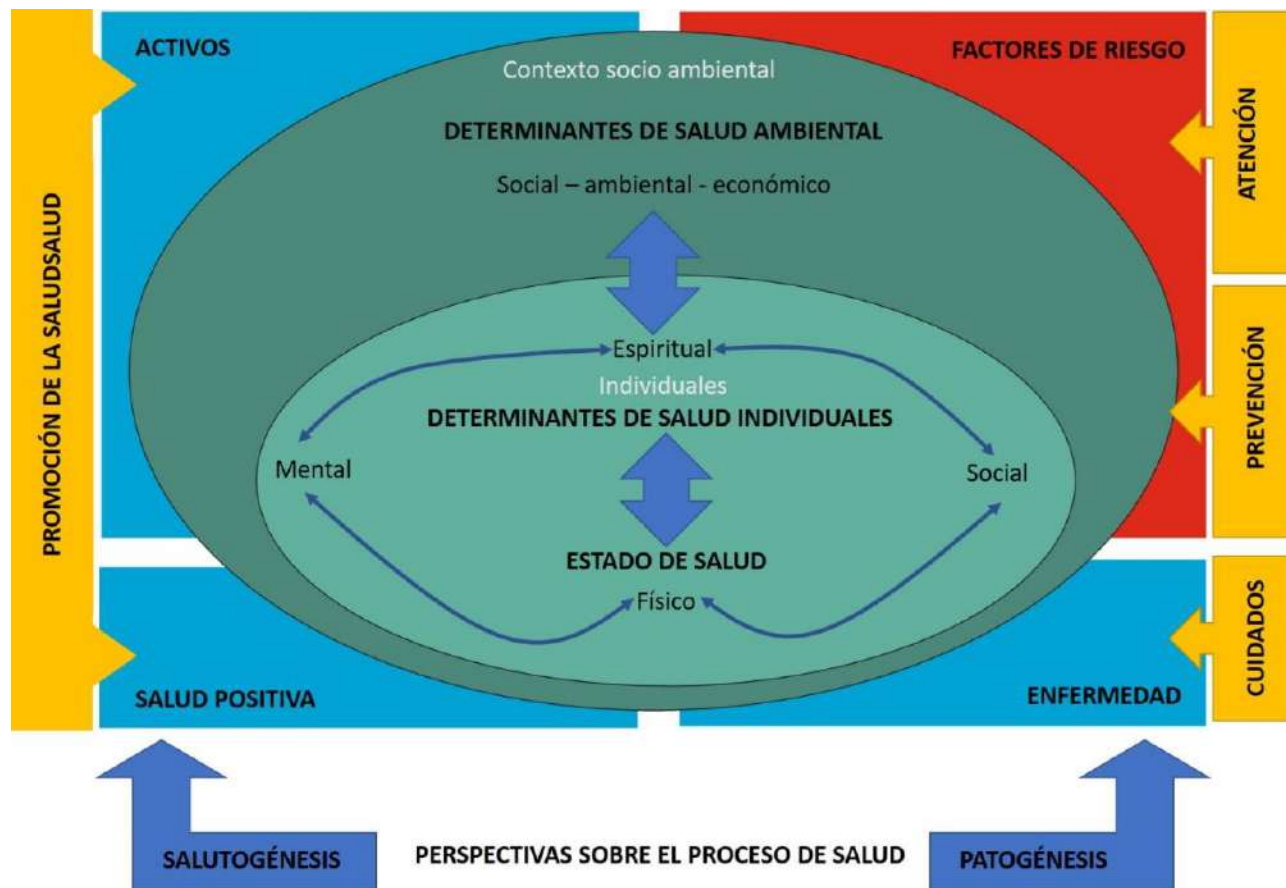


Figura 3. Adaptado de: Mathie, A. Gord C. From clients to citizens: Asset-based Community Development as a strategy for community-driven development. Journal Development in Practice. Published online 01 Jul 2010: 474-486

La Educación para la Salud y la Promoción de la Salud ante la COVID-19

Tratando de articular todo lo anteriormente expuesto nos ha parecido oportuno plantear la utilización de la EpS y la Promoción de la Salud en una situación tan particular de enfermedad como la COVID-19, más allá del impacto mediático, sanitario, económico, social... que la misma plantea y que tan solo identificamos como ejemplo de cualquier otra situación de enfermedad o problema de salud en los que tienen cabida y son necesarias la EpS y la Promoción de la Salud.

Tan solo hace unos meses nadie identificó el alcance de una epidemia que inicialmente se veía lejana. Sin embargo, el coronavirus que tanto desconocimiento como incertidumbre generó traspasó fronteras y viajó expandiendo la enfermedad COVID-19 por todo el mundo, alcanzando la consideración de pandemia a principios de marzo. Pandemia que tampoco nadie previó la magnitud de los daños humanos, económicos y sociales que traería la expansión de la enfermedad.

Dicha situación, en solo 4 meses, ha generado una importante alarma mundial, un estrés sin precedentes y puesto en tensión a muchos gobiernos. Además, ha puesto de manifiesto las profundas discrepancias y contradicciones provocados por la gestión política para responder a tan sorpresivo como intempestivo ataque vírico, a lo que hay que añadir las dudas y limitaciones de los sistemas de salud para controlar y detener la pandemia, que ha supuesto, en muchos casos, un cambio radical en la atención prestada por parte de las/os profesionales y el planteamiento de qué cambios son necesarios para prestar una atención de calidad en el contexto actual.

La pandemia ha demostrado las profundas brechas y debilidades políticas existentes en lo social y en especial en las políticas de salud en el mundo. Esto hace

necesario un planteamiento con la máxima prioridad y responsabilidad social sobre la interpretación de su significado y la oportunidad/necesidad de llevar a cabo abordajes desde planteamientos organizativos o modelos diferentes a los actuales en la mayoría de los citados sistemas de salud.

La irrupción de la pandemia cogió desprevenidos a políticos, autoridades sanitarias y a la población en su conjunto. Pero, lo verdaderamente grave y preocupante fue la respuesta que los sistemas de salud dieron a tal contingencia. Respuesta que se fundamentó en el modelo medicalizado, biologicista, paternalista y hospitalcentrista que caracteriza a la mayoría de los sistemas de salud internacionales.

La identificación de la pandemia como un problema de salud, focalizado exclusivamente en la enfermedad, condujo a una respuesta asistencialista y medicalizada que anulaba, de facto, no tan solo cualquier perspectiva de intervención en promoción de la salud sino, incluso la perspectiva comunitaria que fue descartada desde el principio por parte de los responsables del Ministerio, no teniendo en consideración las propuestas que en este sentido se trasladaron desde diferentes sociedades científicas que veían en este planteamiento una opción de control y seguimiento muy necesaria y que en países como Canadá y sobre todo en Italia, con una situación crítica, contemplaron no tan solo como una alternativa sino como una necesidad para contener y vencer la pandemia^{25, 26}

No contar con la Atención Primaria de Salud (APS), además, impidió la puesta en marcha de intervenciones comunitarias que facilitasen el control y la vigilancia de la pandemia. La participación comunitaria, como elemento esencial de la APS, fue sistemáticamente olvidada, lo que supuso, por una parte, perpetuar el paternalismo que

caracteriza al sistema medicalizado, y por otra la no utilización de recursos valiosos como asociaciones de pacientes, voluntariado, líderes comunitarios y de otros agentes de salud de sectores diferentes al de salud (intersectorialidad) que hubiese permitido tanto la transmisión de tranquilidad como la colaboración con profesionales en la identificación de necesidades derivadas del confinamiento y los contagios, lo que además son medidas éticamente más deseables al respetar determinados derechos individuales²⁷

Al centralizar exclusivamente la asistencia en los hospitales en muy poco tiempo se colapsaron y dieron lugar a situaciones muy alarmantes que condujeron a dar respuestas exclusivamente hospitalarias y biologicistas y a ignorar la dimensión social del problema, como parte del problema de salud.

La respuesta social, además, hay que tener en cuenta que no solo se refiere a la población, al ámbito de la subjetividad de los diversos actores sociales, sus representaciones, conocimientos y actitudes, que muchas veces se identifican solamente con el concepto percepción del riesgo; sino que tiene además un carácter institucional relacionado al concepto de Sistema de Salud y sus componentes, la política de salud, mediante la cual se organizan, planifican y ejecutan acciones y programas de salud, lo que evidenció que o bien no existía una verdadera política de salud en este sentido o lo que es peor, se obvió ²⁸.

La instauración en muchos países de un confinamiento que trataba de contener el contagio masivo, conllevó a un aislamiento preventivo de la población que quedó aislada. Pero dicho aislamiento, como medida protectora ante el virus, comportaba también la interrupción de cualquier relación que conllevara atención o prestación de cuidados a problemas de salud previos o nuevos ante el miedo a un contagio, lo que en sí mismo

suponía un riesgo colateral a la pandemia. Pero, por otra parte, a las/os profesionales de la salud, fundamentalmente en APS, se les coartó la la oportunidad para explorar cómo es el comportamiento poblacional, qué conocía y reconocía la población o los diversos grupos poblacionales como importante para su cumplimiento, en definitiva, cuál era el nivel de responsabilidad para actuar y cómo estimular modos de actuación y conductas cada vez más disciplinados y cívicos, frete a la pandemia en sus domicilios y contextos más cercanos. Lo que lejos de haber supuesto un riesgo, hubiera representado una gran ayuda para la contención y control de la enfermedad y un estímulo para la población al sentirse implicada en la toma de decisiones ante una situación tan grave.

Las autoridades políticas y de salud, se limitaron a pedir cumplimiento estricto del confinamiento. Que, además, estaba vigilado y se sancionaba su incumplimiento, incorporando nuevos elementos desconfianza. Lo que provocó que entrasen en conflicto dos principios de la bioética, el principio de autonomía que atañe a la persona de manera individual y el principio de beneficencia que era colectivo. Es decir, se produjo una doble desconfianza del sistema hacia la persona y de esta hacia el sistema²⁹.

Se abría una posibilidad muy importante para el fomento del autocuidado y el automanejo de la enfermedad y de la salud, y no solo para aspectos como el lavado de manos tan necesario; seguro que las personas estaban más abiertas a sugerencias sobre estilos de vida saludables, ya que si una cosa ha unificado a todos en esta epidemia es que todos somos vulnerables, aunque algunos lo son más que otros. A destacar la importancia que hubiese tenido el empoderamiento de las familias y personas cuidadoras, capaces de abarcar un mayor espectro de controles y cuidados³⁰.

Entre las consecuencias de no haber llevado a cabo este tipo de intervenciones cabe destacar el drástico descenso, por ejemplo, de la vacunación infantil, con todo lo que ello significa como problema de Salud Pública a corto y medio plazo³¹. Ante esta realidad vivida cabe preguntarse si realmente hubiesen sido útiles intervenciones comunitarias basadas en la Promoción de la Salud y la participación comunitaria.

En este sentido vale la pena rescatar un proyecto desarrollado por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de Lisboa (Portugal) en 2006, dirigido a explorar las ventajas de enfrentar una pandemia de influenza con un enfoque innovador. En el proyecto se reconoce que la forma de concebir un evento es un factor determinante de cómo responder ante él. En consecuencia, ese proyecto ha concebido una posible pandemia de gripe como una nueva oportunidad para que las ciudades adopten un nuevo enfoque frente a este tipo de amenaza en el siglo XXI.

El enfoque descrito en el proyecto yuxtapone dos tipos de ciudades: ciudad susceptible y ciudad inteligente. Estas categorías demuestran cómo un enfoque centrado solamente en la situación médica y en la respuesta sanitaria (ciudad susceptible) puede cerrar la mente a innovaciones que pudieran ayudar a las ciudades y a sus habitantes más allá de una emergencia de salud pública (ciudad inteligente).

La ciudad inteligente considera que saber prepararse para una pandemia es una forma de mejorar la calidad de vida en las ciudades contemporáneas: todo lo que se construya debe hacerse sobre la base de valores importantes para la comunidad. Tomando en cuenta que la detención de una epidemia en un país democrático se basa en el consenso social acerca de las principales acciones que se deben emprender, los ciudadanos

deberán participar tanto como sea posible en el debate acerca de los valores, las metas y los enfoques que se utilizarán.

En la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Bangkok, Tailandia en 2005, se insistió en que la Promoción de la Salud no es solo una estrategia para controlar las enfermedades crónicas y no transmisibles, sino parte de la “nueva salud pública” que se requiere para poder enfrentar la amenaza de pandemias en la sociedad moderna. El empoderamiento de los ciudadanos a escala local para enfrentar esa amenaza constituye una tarea que exige inteligencia³²

Transcurridos catorce años del proyecto, parece que no hayamos aprendido nada o que sigamos instalados en la soberbia y la prepotencia de la infalibilidad, lo que ha quedado meridianamente claro que es falso. Por lo tanto, y en base a la experiencia vivida cabe plantear, una vez más, posibilidades de intervención ante posibles y reales futuras pandemias como la vivida. Y en este sentido es reseñable las aportaciones que hace Glenn Laverack³³ sobre las diez cosas que se deben mejorar en la promoción de la salud durante el brote de COVID-19 y que son (Figura 1):

1. Proteger mejor a los trabajadores de primera línea.
2. Proteger mejor a las personas vulnerables en la sociedad.
3. Utilizar mejor las ciencias sociales para comprender la complejidad de las sociedades.
4. Respetar mejor la cultura y las necesidades de las comunidades.
5. Trabajar mejor con las comunidades en los barrios más vulnerables.

6. Fortalecer mejor las redes sociales para apoyar a las comunidades.
7. Apoyar mejor la movilización de voluntarios para ayudar a otras personas.
8. Utilizar mejor nuestro sentido común y no obsesionarse con la "evidencia".
9. Apoyar mejor los problemas de promoción de la salud que no son COVID19.
10. involucrar mejor a las comunidades en la respuesta al brote de COVID19.

Diez cosas que debemos mejorar en la promoción de la salud

DURANTE EL BROTE DE COVID-19

18/05/20

01 PROTEGER MEJOR A LOS TRABAJADORES/AS DE PRIMERA LÍNEA

02 PROTEGER MEJOR A LAS PERSONAS VULNERABLES EN LA SOCIEDAD

03 UTILIZAR MEJOR LAS CIENCIAS SOCIALES PARA COMPRENDER LA COMPLEJIDAD DE LAS SOCIEDADES

04 RESPETAR MEJOR LA CULTURA Y LAS NECESIDADES DE LAS COMUNIDADES

05 TRABAJAR MEJOR CON LAS COMUNIDADES EN LOS BARRIOS MÁS VULNERABLES

06 FORTALECER LAS REDES SOCIALES PARA APOYAR A LAS COMUNIDADES

07 APOYAR MEJOR LA MOVILIZACIÓN DE VOLUNTARIOS PARA AYUDAR A OTRAS PERSONAS

08 UTILIZAR MEJOR NUESTRO SENTIDO COMÚN Y NO OBSESIONARSE CON LA "EVIDENCIA"

09 APOYAR MEJOR LOS PROBLEMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE NO SON COVID19

10 INVOLUCRAR MEJOR A LAS COMUNIDADES EN LA RESPUESTA AL BROTE DE COVID19

GLENN LAVERACK

Figura 1.- Diez cosas que debemos mejorar en la promoción de la salud durante el brote de COVID-19.

La pandemia, sin duda, también ha afectado de manera singular a dichos espacios que han permanecido igualmente “confinados” por lo que el regreso a lo que se denomina “nueva normalidad” debe suponer un reto a la hora de impulsar y desarrollar estrategias que permitan recuperar el tiempo y la perspectiva saludable perdida, que es imprescindible para contribuir a la salud de toda la población universitaria/educación, desde una perspectiva de participación comunitaria, a través de la Educación para la Salud. Y para ello será fundamental la implicación de las redes nacionales e internacionales de Universidades Promotoras de Salud como la RIUPS.

Conclusiones

A modo de cierre del capítulo, y con el fin de proseguir incitando a la reflexión, queremos resaltar cuatro aspectos clave que a nuestro entender sintetizan las ideas clave que hemos expuesto a lo largo del texto:

1. La Educación para la Salud y la Promoción de la Salud son procesos dinámicos y cambiantes que incluyen e incorporan aproximaciones de otras disciplinas. Así, pensar en la Educación para la Salud como una estrategia integral, basada en una aproximación positiva de la salud dónde las personas asumimos un rol activo en nuestro proceso de salud, ayudará a guiar las acciones que se impulsen ya sea desde una aproximación salutogénica o patogénica, según el contexto en el que queramos actuar. La evolución del concepto de Educación para la Salud está claramente relacionado a la evolución del concepto de salud y de las teorías relacionadas que se van gestando. Situarnos en el contexto, conocerlo e incorporar estrategias útiles y eficaces para promocionar la salud de las personas

y comunidades y no quedarnos estancados en un marco concreto nos llevará a poner a la práctica esta Educación para la Salud Integral.

2. La práctica de la Promoción de la Salud, no debe relegarse a los contextos de salud, entendidos como contextos sanos o en los que no hay presencia de la enfermedad. La Promoción de la Salud, juntamente con la Educación para la Salud nos brindan la oportunidad de actuar en múltiples contextos y entornos sin que la ausencia o presencia de enfermedad sea el criterio que prime para decidir si nos centramos en la promoción o la prevención. Podemos, y debemos, aprender de los ámbitos que nos ofrece la promoción: creación de políticas públicas intersectoriales; creación de entornos saludables; fortalecimiento de la acción y movilización comunitaria; desarrollo de la Educación para la Salud; y reorientación de los servicios de salud. Solos así veremos que podemos hacer Promoción de la Salud desde cualquier contexto, y que precisamente, aplicarla en el de enfermedad nos ofrece la posibilidad de cambiar la mirada y redirigir los esfuerzos hacia estrategias basadas en las personas, haciéndolas protagonistas de su propio proceso de salud y de gestión de la enfermedad.
3. En el proceso planteado de abordar los dos conceptos y situar cada uno de ellos es necesario un cambio de mirada, de cultura y de perspectiva. Aproximarse a cada uno de estos dos conceptos desde la mirada tradicional nos lleva, de forma irremediable a chocar con barreras y resistencias que no nos permiten hacer el cambio. Poner el foco en las personas, las comunidades; ver que el proceso es dinámico y cambiante; abogar por un trabajo intersectorial e interseccional;

apostar por la investigación cuantitativa y cualitativa contando con la participación de la comunidad; y no perder de vista la mirada salutogénica, nos acompañará en el viaje de abordar la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud sin perdernos en un diálogo conceptual y metodológico que nos impide pasar a la acción.

4. La pandemia de la COVID-19, las medidas planteadas de contención y prevención y el debate presente sobre la limitación de derechos de la ciudadanía versus la responsabilidad de ésta para la gestión de los contagios ha puesto de manifiesto que la prevención y medicalización, como estrategia única para hacer frente a la situación, no ha conseguido los resultados esperados ni deseados. Poner de relevancia estrategias basadas en la Promoción de la Salud para contribuir a la abogacía en salud; la alfabetización en salud de las personas; contar con los activos de la comunidad; poner de manifiesto un trabajo real basado en la intersectorialidad u otorgar a la atención primaria de salud y comunitaria un papel clave en la gestión de la pandemia son algunos de los planteamientos que deben ponerse sobre la mesa para abordar las lecciones aprendidas y poder, reenfocar y rediseñar las estrategias para anticiparnos, de una manera más preparada y efectiva ante nuevas situaciones que puedan presentarse.

Si tenemos presentes las palabras de Ilona Kickbusch cuando nos dice “la salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega” y las de Aaron Antonovsky cuando nos recuerda

que “Debemos mirar lo que crea salud, más que las limitaciones y causas de la enfermedad” el camino hacia la articulación de la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud nos será más llano y enriquecedor, ya que lo viviremos como un proceso de cambio y crecimiento que nos permitirá actuar de manera eficaz en múltiples contextos.

Referencias:

- 1 Arroyo (2013). Definición de Educación para la Salud. Construcción colectiva junto a los estudiantes de la Maestría en Educación en Salud Pública, Departamento de Ciencias Sociales, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.
- 2 Castro, L.E., Rincón, M., Gómez, D.T., (2017). Educación para la salud: Una mirada desde la antropología. *Rev Cienc Salud*;15(1): 145-163. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5387>
- 3 Peñaranda C, Fernando, & Giraldo G, Libardo, & Barrera P, Luz H, & Castro G., Elisa (2014). Significados de la educación para la salud en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (2011-2012). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3),364-372.[fecha de Consulta 22 de Marzo de 2020]. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12031816003>
- 4 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
- 5 López Ríos, J., Molina Berrío, D.P., Peñaranda Correa, F., (2018). Visibilidad y tendencias teóricas de la educación para la salud en cuatro países de América Latina, 2003-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2018, 17(35), ISSN: 1657-7027.
- 6 Batista-Mainegra, A., Rojas-Hernández, N. M., González-Aportela O., Hernández-García, L., (2015). Educación para la Salud desde el curriculum electivo como experiencia de formación integral de estudiantes universitarios. *Educación Médica Superior*. 2015; 29(3):555-565. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>
- 7 Lindström, B. Guía del Autoestopista Salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria; 2011.
- 8 Rodríguez-Torres, Á.F., Páez-Granjal, R.E., Altamirano-Vaca E.J., Paguay-Chávez F.W., Rodríguez-Alvear J.C., Calero Morales, S. (2017). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior*; 32(4). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>
- 9 Peñaranda F., López J.M., Molina D.P.,(2017). La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia promoc. salud*; 22(1): 123-133. DOI:0.17151/hpsal.2017.22.1.10
- 10 Arnstein, Sherry R. 'A Ladder Of Citizen Participation', *Journal of the American Planning Association*. 1969; 35 (4): 216-224
- 11 Fernández Lamelas E, Vega-Montegudo C. Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción? *Enferm Clínic*. 2010;20(4):213-5
- 12 25. Martínez-Riera JR. Participación e intervención comunitaria. En: Martínez-Riera JR, del-Pino Casado R. (autr). *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid: DAE; 2006. 528-58.
- 13 Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.184p
- 14 Carabaña Morales J, Lamo de Espinosa E. La Teoría Social del Interaccionismo Simbólico. *Rev Esp Invest Sociol*. 1978; 1:159-204
- 15 Castiel Luis David, Álvarez-Dardet Carlos. La salud persecutoria. *Rev. Saúde Pública [Internet]*. 2007 junio [citado 21 de junio de 2020]; 41 (3): 461-466. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019&lng=en. Epub 15 de mayo de 2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000029> .
- 16 Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de salud; una antología. Washington D.C: OMS; 1996. p. 352-64.
- 17 Turabián JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Madrid: Díaz de Santos S.A; 1992.
- 18 Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de salud: una antología. Washington DC: OMS; 1996. p. 352-64.
- 19 Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996; 11(1):11-8
- 20 Frohlich KL, Potvin L. Promotion of welcome through the lens of population health: towards a healthy environment. *Critical Public Health* 1999; 9: 211-22.29
- 21 Bandura, A. Perceived self-effi cacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 1993; 28(2), 117-148.

- 22 Bauer, G. Davies, JK. Pelikan, J. On behalf of the Euhpid Theory Working Group and The Euhpid Consortium The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators Health Promotion International, Volume 21, Issue 2, June 2006, Pages 153–159
- 23 Mathie, A. Gord C. From clients to citizens: Asset-based Community Development as a strategy for community-driven development. Journal Development in Practice. Published online 01 Jul 2010: 474-486: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0961452032000125857?casa_token=bOKEffQeZ60AAAAA:sFSu1FvT6IGUMIH_znZbZe3Wkkt18GhuDBYHj2cq85pamlcfxgcpmFyVjd8JDJvp7z11hreyEH7 (Consultado 21/06/2020) <https://doi.org/10.1080/0961452032000125857>
- 24 Kramers, P The ECHI project: Health indicators for the European Community European Journal of Public Health, Volume 13, Issue suppl_1, 1 September 2003, Pages 101–106, https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.101
- 25 Wendy Galuser. Proposed protocol to keep COVID-19 out of hospitals. CMAJ. 2020 Mar 9; 192(10): E264–E265. doi: 10.1503/cmaj.1095852
- 26 Mirco Nacoti, MD, et al At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. NEJM. 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0080. <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>
- 27 Martínez Riera, JR. Gras Nieto, E, Atención domiciliaria Y COVID-19. Antes, durante y después del Estado de Alarma Enferm Clin. 2020; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120302990> (Consultado 21/06/2020) <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>
- 28 Macias Llanes, ME. COVID- 19: La respuesta social a la pandemia. Humanidades Médicas. 2020;20(1):1-4.
- 29 Camps Cerera, V. COVID-19. Libertad individual vs bien común. 2020; https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/calendar/-/bscw_activities/covid-19-llibertat-individual-vs-be-comu (Consultado 21/06/2020).
- 30 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) Oportunidades y amenazas para la prevención y promoción de la salud y el PAPPS en el contexto de la pandemia. 2020. <https://www.agamfec.com/oportunidades-y-amenazas-para-la-prevencion-y-promocion-de-la-salud-en-el-contexto-de-la-epidemia-covid-19/> (Consultado 21/06/2020).
- COVID-19
- 31 Moraga Llop, F. Las vacunaciones caen durante la pandemia. ADOLESCERE. 2020; VIII (2) <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num2-2020/Editorial%20Fernando%20A.Moraga%20Llop%20v2.pdf> (Consultado 21/06/2020).
- 32 . Kickbusch I. Flu City—Smart City: applying health promotion principles to a pan- demic threat. Health Promot Intl. 2006; 21(2):85–7.
- 33 Laverack, G. Diez cosas que debemos mejorar en la promoción de la salud durante el brote de COVID-19. publicado por saludables el mayo 21, 2020. <http://saludpublicaaragon.blogspot.com/2020/05/diez-cosas-que-debemos-mejorar-en-la.html> (Consultado 21/06/2020)