



La salud: ¿un asunto individual...?

Isabel Montaner Gomis*

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS El Carmel. Barcelona.

Gonçal Foz Gil*

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS Raval Nord. Barcelona.

M.^a Isabel Pasarín Rua*

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública
Agència de Salut Pública de Barcelona. IIB Sant Pau.

Puntos clave

- La evidencia de los efectos de los determinantes sociales de la salud se basa en la revisión de miles de estudios, algunos han seguido a poblaciones durante décadas.
- Ante la evidencia sobre los determinantes el modelo de atención biomédico pierde el sentido al no reconocer las dimensiones sociales de la salud.
- La reorientación de los servicios de Atención Primaria (AP) debe tener lugar en la consulta individual, el centro de salud y en la relación con la comunidad.
- Son claves en la reorientación en la consulta: el modelo biopsicosocial, el enfoque salutogénico y la orientación a los determinantes.
- El modelo biopsicosocial se operativiza en la relación asistencial centrada en el paciente y la contextualización.
- La contextualización tiene dos momentos en medicina de familia: en la orientación diagnóstica y en la terapéutica.
- El modelo salutogénico y los «activos» en salud son un recurso válido para la desmedicalización de los malestares de la vida y en enfermedades crónicas.
- Es precisa una reorientación de los registros en la historia clínica del paciente que permitan contemplar los factores psicosociales y no solo los biomédicos.
- El equipo de Atención Primaria (EAP) debería plantearse proporcionar servicios adaptados a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Los determinantes de la salud, evolución y evidencias

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas (económicas, sociales y políticas). Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades en salud, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas.

El impacto de lo social en la salud es conocido desde hace varias décadas. En 1945, SL Kark, desde el centro de salud de Pholela (Sudáfrica), evidenció que los servicios médicos tradicionales no modificaban de forma significativa el estado de salud de la población y desarrolló un nuevo modelo de AP cuyo objetivo final era el estado de salud colectivo y no tan solo el cuidado individual. Kark propuso una metodología que más tarde, en Jerusalén, llamó Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)¹. La APOC utiliza instrumentos de salud pública para definir la comunidad, reconocer su estado de salud y sus determinantes y combina el método clínico individual con métodos de la salud pública por parte del equipo de AP (EAP).

En 1946 la OMS incluyó el «bienestar social» en su definición de salud y se realizaron intentos de integrar el enfoque social en el modelo biomédico predominante. Sin embargo, la situación política mundial no favoreció este enfoque durante décadas.

En la década de 1970 empezó a cuestionarse el modelo causal de las enfermedades. Laframboise y Lalonde propusieron entender la salud desde otra perspectiva y hablaron de los condicionantes (biología, ambiente, estilos de vida y servicios de salud). El modelo de Lalonde

* Los autores son miembros del grupo «Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)» de la CAMFiC. Sus referentes en APOC son los profesores SL Kark (†), JH Abramson y J Gofin, con quienes iniciaron y mantienen la formación en APOC en España y el grupo de trabajo de la CAMFiC

(1974)², a pesar de dar una nueva visión de la salud más allá de los servicios sanitarios, no incorporó los determinantes sociales y focalizó la promoción de salud en los estilos de vida y, al considerar a estos como una decisión individual tuvo el efecto negativo de medicalizar la prevención³. En Latinoamérica, algunos autores trascendieron los citados condicionantes y hablaron de «determinación social». Todo ello influyó en la 1.^a Conferencia Internacional en Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978)⁴ donde se propuso a la AP como el vehículo para mejorar la salud de las poblaciones, una AP que debía tener un enfoque social y comunitario. Sin embargo, la repercusión real no fue la esperada, en gran parte debido a una interpretación restrictiva que la igualó a la atención médica ambulatoria en los países occidentales.

En la década de 1980, el predominio de ideologías y políticas neoliberales frenó el desarrollo de estos principios. No obstante, la OMS avanzó en la consideración del abordaje de los determinantes para la promoción de la salud en la carta de Ottawa⁵ (1.^a Conferencia Internacional en Promoción de Salud, 1986) y en las sucesivas conferencias internacionales. La Carta de Ottawa hizo un salto cualitativo al señalar que la acción del sistema sanitario debía reorientarse para incorporar la promoción de la salud, la necesidad de desarrollar políticas públicas favorecedoras de la salud, de crear entornos de vida saludables, de fortalecer la acción comunitaria y de trabajar para el desarrollo de las habilidades personales. Todo esto no ha sido prácticamente desarrollado y aún sigue pareciendo que la salud es objeto exclusivo de los departamentos de sanidad. Sin embargo, el ingente crecimiento del conocimiento teórico y empírico de la existencia de desigualdades sociales en salud (consecuencia de los determinantes) sucedido en los últimos 30 años, sí que ha implicado que empiece a haber, aunque de forma todavía tímida, planes de salud para abordar desigualdades sociales en salud y que, por tanto, se enfocan a acciones no exclusivamente sanitarias. Un ejemplo de ello fue el Plan de Salud 2002-2010 del Gobierno vasco⁶.

La publicación de Marmot (1998 1.^a ed., 2003 2.^a ed.) «Los Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Probados»⁷ marcó el rumbo de la acción al difundir sólidas evidencias científicas para la elaboración de políticas sanitarias y guiar las acciones tanto de los servicios de Salud Pública como los de AP. Así, hoy en día es indudable que se comete un error al considerar la salud como un asunto individual marcado por nuestra biología y nuestro comportamiento. La evidencia existe y está disponible: en la [tabla 1](#) se muestran algunos ejemplos.

En el año 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Dicha comisión ha realizado aportaciones significativas para nuestra práctica⁸: sintetiza el marco conceptual de los determinantes

sociales y establece recomendaciones para afrontar dichos determinantes y luchar contra las desigualdades en salud que comportan⁹.

En 2010, el Ministerio de Sanidad español propició el trabajo de una comisión que acabó elaborando el documento «Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España»¹⁰, en el que se promovía el abordaje de la salud desde la perspectiva de los determinantes; falta por ver el desarrollo que en adelante pueda llevarse a cabo, dado que desde su realización se ha producido un cambio de gobierno. La comisión propuso un marco conceptual ([figura 1](#)) basado en el de la CDSS.

La salud, un asunto colectivo/comunitario

La evidencia de la importancia de los determinantes sociales convierte la salud en un asunto colectivo. Esta afirmación tiene dos implicaciones. La primera es que a pesar de que los servicios médicos pueden mejorar la salud, esta no es consecuencia de la medicina sino del conjunto de sus determinantes, uno de los cuales, pero no el único ni el más importante, son los servicios de salud. La segunda, que los servicios de salud deben reorientarse para incorporar las dimensiones colectivas de la salud y para dirigirse a los determinantes modificables desde su ámbito de responsabilidad social. Tomar esto en consideración debe implicar cambios no solo en la dimensión colectiva de los servicios de salud, como la coordinación entre la atención clínica y la salud pública y la coordinación intersectorial, sino también en su dimensión individual, como el trabajo interdisciplinar, la lucha contra la medicalización de la vida y el enfoque de la AP, que debe fundamentarse en el modelo biopsicosocial y salutogénico e incorporar la orientación comunitaria.

En los últimos años, cada vez más centros de AP están realizando actividades comunitarias y, sin embargo, esto no se ha acompañado de cambios en el modelo de atención individual. La atención individual es nuestro punto fuerte en cuanto nos da la confianza y la credibilidad de los ciudadanos cuando solucionamos su problema de salud (o lo paliamos de forma satisfactoria), por lo que podemos aprovechar este espacio privado para incidir en cuidados y soluciones no medicalizadoras y orientadas a los determinantes.

El modelo biomédico de atención a la salud

Características y repercusión sobre el individuo y la comunidad

El modelo biomédico encuentra sus bases en los avances de la biología y el descubrimiento de las bacterias como causa de las enfermedades infecciosas. La enfermedad se define en términos de una desviación de la función bioló-

TABLA 1

Principales determinantes sociales y sus efectos sobre la salud

Determinante	Efectos	Enfermedades
La escala social	Aumentan con la pendiente social	Riesgo doble de padecer enfermedades graves y muerte prematura en el punto más bajo de la escala
El estrés persistente	Acumulativos sobre el sistema cardiovascular e inmunológico	Diabetes, infecciones, hipertensión, infartos cardíacos y cerebrales, depresión y agresividad, muerte prematura
Primeras etapas de la vida: falta de apoyo emocional, carencias nutricionales, estrés maternal, tóxicos en la madre	Reducen el desarrollo físico, emocional y cognitivo	Enfermedades crónicas en la madurez: cardiovasculares, respiratorias, renales y pancreáticas
La exclusión social: pobreza, falta de vivienda digna y discriminación	Provoca divorcios, adicción, aislamiento social, estrés crónico	Enfermedades cardiovasculares, depresión, muerte prematura
El trabajo precario	Provoca estrés crónico, pérdida de autoestima	Dolores osteomusculares crónicos, enfermedades cardiovasculares y depresión
El desempleo	Provoca estrés persistente, efectos psicológicos	Autopercepción de mala salud, trastornos depresivos y enfermedades cardiovasculares
La falta de apoyo social	Incrementa la posibilidad de exclusión social	Enfermedades cardiovasculares, depresión, muerte prematura
La adicción: alcohol, tabaco, otras drogas, su uso está estrechamente relacionado con marcadores de desventaja económica y social	Intensifican los condicionantes que han llevado a su consumo	Muertes violentas, muertes prematuras
Los alimentos: la pobreza tiende a sustituir alimentos frescos por comida procesada barata	Por exceso o por defecto: sobre el metabolismo y otros órganos	Malnutrición, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad, caries dental
El transporte público inadecuado	Reduce el ejercicio físico, aumenta el tráfico, contaminación, aísla en algunas zonas	Enfermedades relacionadas con la falta de ejercicio físico, con la contaminación, los accidentes de tráfico y otros

Fuente: Wilkinson R y Marmot M⁷.

gica normal, como resultado de un agente patógeno, de una anomalía genética, del desarrollo o de una lesión. Tal como fue criticado por Engel¹¹ al aportar su propuesta de un modelo alternativo, el modelo biomédico, que se ha utilizado (y se utiliza) tanto para diagnosticar como para tratar una enfermedad o para analizar cualquier problema de salud (tabla 2)¹², suele comportar la pérdida de autonomía del individuo (y de la comunidad) y cede protagonismo a los profesionales que dominan la tecnología biomédica. La dependencia de los servicios de salud conduce a un círculo que se repite y repite: mismos pacientes, mismos problemas sin resolver. La CDSS de la OMS lo ha conceptualizado así: «¿Para qué tratar a la población... y devolverla luego a las condiciones de vida que la enferman?». La orientación exclusivamente biomédica ha perdido el sentido al no contemplar la dimensión social de la salud. Aunque se intervenga sobre los problemas o sus consecuencias, los pacientes vuelven a su medio ambiente social donde continuarán actuando las mismas causas.

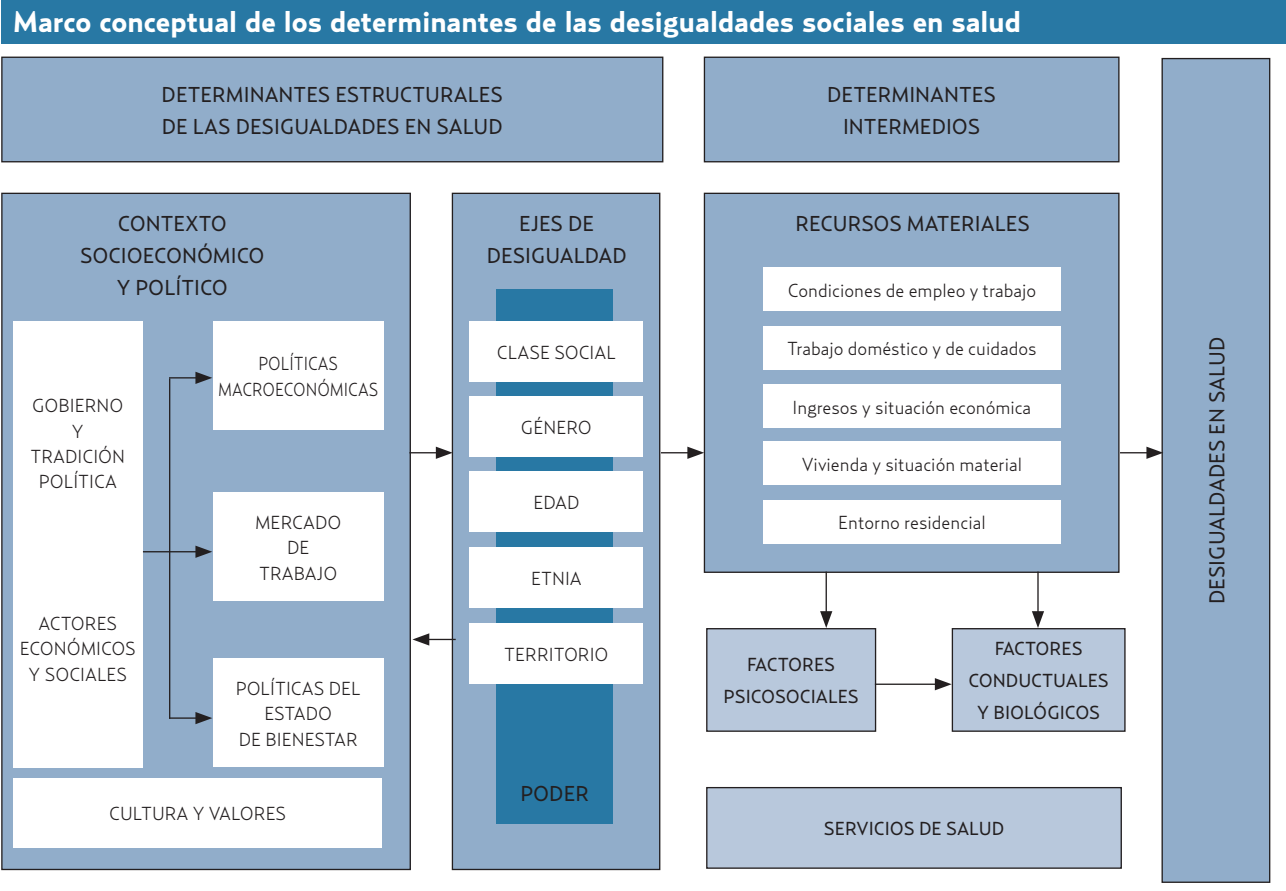
Alternativas al modelo biomédico

El modelo biopsicosocial, el método clínico centrado en el paciente y la contextualización

En 1977 George Engel propuso un modelo alternativo al modelo biomédico, que denominó biopsicosocial¹¹, utilizado tanto para determinar las causas de la enfermedad o de lo que denomina «problemas de la vida», como para abordar su tratamiento. Engel se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales. Es una concepción holística de sistemas y subsistemas interrelacionados. En la tabla 3 se sintetizan las razones del modelo biopsicosocial¹³.

Desde su concepción, el modelo biopsicosocial ha sido interpretado en ocasiones de forma excluyente. En este artículo nos referimos al modelo biopsicosocial aplicado a

FIGURA 1



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010¹⁰.

la práctica clínica, lo que Borrell denomina modelo «abierto» o «en evolución»¹⁴, que no se desdice de la visión biológica y científica, sino que la incluye.

TABLA 2

Características del modelo biomédico

Patologista: la enfermedad es causada por un desorden en el funcionamiento corporal de tipo anatómico o fisiológico
Reduccionista: cada enfermedad tiene una causa única y directa
Dicotómico: mente y cuerpo son dos dimensiones separadas del ser humano
Curativo: preponderancia de la visión curativa sobre la visión preventiva de la enfermedad
Objetivo: solo considera lo que puede «medirse»
Diagnóstico basado en datos biológicos objetivos
Fragmentador: crea territorios estableciendo barreras disciplinarias (especialización)
El paciente es considerado como objeto de tratamiento

Fuente: Ceitlin J¹².

La operativización del modelo biopsicosocial en la práctica clínica ha llevado al **método clínico centrado en el paciente**, para introducir la vivencia de este y sus preferencias en el proceso diagnóstico y terapéutico, y a la **contextualización**, para individualizar la orientación de los problemas y sus posibles estrategias de intervención¹⁵.

Conceptualizado por la escuela de Canadá de McWhinney et al., el **método clínico centrado en el paciente** se concreta en un método de atención clínica que toma en consideración simultánea la agenda del médico con la del paciente. El médico trata de diagnosticar una enfermedad tal como está descrita en el corpus teórico de la medicina (*disease*) y de tratarla para mejorar su pronóstico y el paciente trata de aliviar su malestar (*illness*) según sus valores y preferencias. En la [tabla 4](#) se describen los seis elementos clave del método¹⁶.

La exploración de la enfermedad es la clásica del método clínico (síntomas, cronología y signos exploratorios), mientras que el malestar se explora a través del conocimiento de los **sentimientos** del paciente, sus **creencias**, el **impacto** de sus síntomas sobre su vida y sus **expectativas** con respecto a la consulta con el médico.

TABLA 3

Razones del modelo biopsicosocial

Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad

La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última para el paciente

Las variables de tipo psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, la gravedad y el curso de la enfermedad

La aceptación del papel de enfermo no está determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica, sino por interacción de aspectos psicosociales

El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito, influido directamente por las variables psicosociales

La relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico

Fuente: Borrell F, Cebrià J¹³.

A partir de estos principios, proponemos una secuencia para tenerlos en cuenta en toda consulta:

1. Preguntar al inicio de la entrevista por todos los motivos de consulta o bien tener en cuenta que el paciente no siempre expone lo que más le preocupa al principio de la visita (y por tanto es recomendable guardar para el final la pauta diagnóstico-terapéutica).
2. Elaborar **con el paciente** una lista de problemas priorizada. Esta será más útil que una lista cronológica o narrativa y consensuarla con el paciente es imprescindible para tomar en cuenta sus puntos de vista y sus preocupaciones.
3. Preguntar siempre por el contexto del paciente (profesión, situación laboral, biografía, situación familiar, redes de apoyo, etc.), a no ser que estos elementos ya sean conocidos y recordados por la relación continuada entre médico y paciente.
4. Explorar el malestar del paciente, es decir, sus sentimientos y temores sobre el motivo de consulta, sus creencias (¿a qué lo atribuye?), el impacto de los síntomas en su vida y sus expectativas sobre el proceso de atención.
5. Proponerle al paciente un plan de acción y pedir su opinión y su acuerdo o no con el mismo.
6. Empatizar, dar confianza y acordar el seguimiento.

La **contextualización** es la parte del método clínico que busca individualizar en cada paciente particular la generalización del proceso diagnóstico y las pautas de intervención basadas en la evidencia. Como afirman Turabián y Pérez-Franco^{17,18} «La visión tradicional de que el mejor camino para mejorar la asistencia sanitaria es eliminar la variabilidad no se sostiene en Medicina de Familia (...). La diversidad —no estandarización— de las decisiones médicas en Medicina de Familia es deseable ya que es una oportunidad para ofrecer intervenciones más eficaces y

TABLA 4

Elementos del método clínico centrado en el paciente según la escuela de Canadá

1. Explorar tanto la enfermedad (*disease*) como la vivencia del paciente (*illness*)
2. Tratar de comprender al paciente como persona en su globalidad
3. Llegar a un acuerdo con el paciente sobre su problema y el tratamiento indicado
4. Incorporar en la atención la prevención y la promoción de la salud
5. Mejorar la relación médico-paciente
6. Ser realista sobre el tiempo y los recursos disponibles

Fuente: McWhinney J¹⁶.

eficientes (más contextualizadas). Es el contexto primero, y las manifestaciones clínicas de cada paciente después, las que deben controlar y dirigir el análisis de la literatura (medicina basada en la evidencia) para ese paciente. La evidencia cuantitativa es un caso particular de la evidencia cualitativa. El protocolo tiende a eliminar la variabilidad, es decir, la contextualización; así, intenta reducir la incertidumbre, pero la aumenta (al descontextualizar), pues el camino más seguro para reducir la incertidumbre es la contextualización.»

El proceso de toma de decisiones en medicina requiere, además de incorporar la información clínica, la evidencia disponible y las preferencias del paciente, la consideración de factores contextuales que son únicos para cada paciente y relevantes para su atención¹⁵.

No contextualizar puede conducir a errores por olvidar o no tomar suficientemente en cuenta información esencial en el proceso de toma de decisiones que proviene de la información particular sobre el paciente y no de los datos clínicos objetivos. Por ello, en un examen de evaluación clínica, el médico de familia (MF) experto muestra una habilidad diagnóstica superior al aprendiz cuando se le muestra información de contexto del paciente y, en cambio, no se diferencian cuando tratan de orientar una información clínica aislada¹⁹.

Siguiendo de nuevo a Turabián y Pérez Franco, la contextualización tiene dos momentos en medicina de familia: la contextualización diagnóstica, en la que el conocimiento del contexto del paciente es un elemento imprescindible para la orientación diagnóstica, y la creación de contextos terapéuticos, imprescindible para orientar el tratamiento con posibilidades de éxito y en dirección a la capacitación y fortalecimiento (*empowerment*) del paciente, de su familia o de la comunidad. Un contexto es la propia relación continuada médico-paciente que permite el conocimien-

to requerido para orientar el problema y establece las condiciones básicas para el cumplimiento terapéutico, pero no es suficiente cuando deben producirse cambios o adaptaciones importantes para los cuales es imprescindible contar con los propios recursos del paciente, de su familia o de la comunidad.

Salutogénesis y activos en salud

La propuesta de Antonovsky y sus implicaciones en la atención individual y la salud pública

El modelo de determinantes del estado de salud no deja de ser un modelo de determinantes de la enfermedad. Fue Antonovsky quien, en 1979²⁰, desenmascaró este hecho: ni la medicina preventiva ni el modelo biopsicosocial han supuesto un cambio de paradigma; incluso en las propuestas de promoción de la salud como la de la carta de Ottawa, los determinantes de la salud se abordan a partir de un modelo «patogénico»²¹.

El modelo salutogénico está expresado por el propio Antonovsky²² a partir de las respuestas a cinco preguntas:

1. ¿Cómo se clasifica a las personas en términos de su estado de salud? Propone un *continuum* frente a la clasificación dicotómica de salud/enfermedad
2. ¿Qué hay que comprender y tratar? La evaluación del estado global de salud/enfermedad de las personas frente al diagnóstico científico de la enfermedad en los pacientes.
3. ¿Cuáles son los factores etiológicos importantes? La historia total que puede explicar la localización en el *continuum*, incluyendo los recursos saludables y de promoción de la salud frente a los factores de riesgo de la enfermedad.
4. ¿Cómo se conceptualizan los estresores? Como algo ubicuo y de resultados abiertos frente a algo inusual y patogénico.
5. ¿Cómo debe ser tratado el que sufre? Reforzar los recursos de afrontamiento frente a la «receta mágica» y las guerras contra las enfermedades.

Desde el punto de vista colectivo, esta orientación supone la valoración de los «activos» de la comunidad²³, y no solo de sus problemas de salud y los determinantes de estos, para poder potenciarlos como recursos para la promoción de la salud.

Desde el punto de vista individual (en la consulta) debemos centrarnos en dos aspectos fundamentales: evitar la medicalización de los «problemas de la vida» y «usar» los recursos saludables del propio paciente o de la propia comunidad que puedan beneficiarle.

Reorientar los servicios de salud

Un modelo para la AP basado en los determinantes (y, por tanto, orientado a la comunidad)

En vista de la evidencia sobre cómo actúan los determinantes sociales en la salud, consideramos imprescindible que los servicios de salud se reorienten en consecuencia. Existe un acuerdo sobre los elementos conceptuales que deben guiar dicha reorientación:

1. Una orientación poblacional: considerar como responsabilidad del servicio a toda la población cubierta.
2. Conocer a la población de la que somos responsables, lo que incluye necesariamente sus determinantes sociales.
3. Una orientación a la salud y no únicamente a la enfermedad.
4. El fortalecimiento de las capacidades personales y colectivas de nuestra población, lo que se ha traducido como «empoderamiento».

Estos elementos se encuentran presentes en los principios de lo que se llamó «medicina social» en el siglo pasado, por SL Kark, y también por otros autores en Europa y en América Latina.

Pero ¿cómo llevar a cabo esta orientación a la práctica? Podríamos considerar tres locus de actuación necesarios para esta reorientación, yendo de lo «macro» a lo «micro» o viceversa, según el contexto en que se encuentre cada centro de salud:

1. La comunidad.
2. El centro de salud, su forma de prestar los servicios.
3. La consulta del profesional de salud.

La reorientación en estos tres locus es necesaria porque se complementan si se dirigen todos en el mismo sentido: la salud de la población. Actuar solo en uno de ellos no la modificaría sensiblemente.

La reorientación de la consulta

La orientación a los determinantes debería empezar ya en la anamnesis y requeriría la adaptación de los registros para que incluyeran datos de contexto que consideremos importantes para el individuo y para identificar a personas de riesgo social o elevada susceptibilidad para determinados problemas de salud. Entre estas informaciones, el informe SESPAS 2012²⁴ propone incluir sistemáticamente en la historia clínica, como mínimo, el nivel educativo alcanzado, la ocupación y la situación laboral. Identificar los determinantes de forma individual no significa que exista capacidad para intervenir sobre ellos en el interior de las

consultas, por ello es imprescindible un abordaje multidisciplinar dentro del centro de salud (medicina, enfermería, trabajo social), y fuera, con otros servicios de salud (salud pública, salud escolar, rehabilitación, salud mental) y con otros sectores (servicios sociales, educativos, de ocio, deportivos, culturales) (tabla 5).

Para poder trabajar el abordaje multidisciplinar en la consulta individual sería útil disponer en la historia clínica de la herramienta «ecomapa»²⁵ en la que se pudieran registrar todos los servicios, instituciones o grupos que están atendiendo a un paciente o a una familia. Deberíamos registrar no solo a «los que ya están interviniendo» sino también a «los que deberían intervenir». Esta información de contexto, citada en el párrafo anterior, más el ecomapa y el genograma familiar, deberían ser fáciles de registrar y visibles en el escritorio de la historia clínica electrónica.

En el modelo APOC, la actividad clínica debe incluir también la aplicación de aquellas acciones predeterminadas en los programas de salud comunitaria establecidos en nuestra comunidad, en el transcurso de las visitas a demanda. Este planteamiento proactivo en la consulta debería necesariamente tener un contenido capacitador y «no medicalizador» bien distintos al de las actividades de prevención clínica actualmente priorizadas.

Es de gran utilidad disponer de un listado de los recursos de la comunidad, para poder recomendarlos cuando estos pueden ser beneficiosos para la salud, algunos de forma muy directa. ¿No le puede ser útil a una pediatra conocer que en la ludoteca del barrio se organiza cada trimestre un espacio familiar para acompañar a los padres y madres en el proceso educativo de los hijos en sus primeros años con el objetivo de potenciar una parentalidad positiva? ¿O a un MF que en la instalación deportiva municipal los jóvenes pueden acceder de forma subvencionada a realizar actividades lúdico-deportivas? ¿O que en el centro de personas mayores del barrio hay un grupo que 2 días a la semana realizan salidas culturales, y de paso caminan y establecen relaciones nuevas? Son ejemplos de recursos del barrio que pueden ser considerados «activos para la salud», y la evidencia científica avala que una parentalidad positiva, la actividad física, el ocio «saludable», las relaciones sociales, todos ellos son algunos de los determinantes positivos para la salud. ¿No es mejor, más efectivo y más eficiente que desde los servicios de salud, con orientación a la promoción de la salud, se pueda aconsejar y facilitar a las personas que hagan uso de dichos recursos? ¿Qué implica? Pues que desde el EAP se debe buscar la manera de estar en red con la comunidad, con sus recursos, y poder así realizar realmente un abordaje comunitario de problemas, no siempre de salud, que acceden a la consulta.

TABLA 5

Principales profesiones y sectores implicados en una Atención Primaria orientada a los determinantes

Medicina
Enfermería
Trabajo social
Educación social
Atención a la infancia y la adolescencia
Salud laboral
Salud Pública
Enseñanza
Actividades deportivas
Actividades culturales

Asimismo, es deseable evitar la medicalización de los «problemas de la vida», como por ejemplo fomentando el autocuidado en las enfermedades crónicas, insistiendo en los beneficios de la actividad física para algunas patologías osteomusculares (lumbalgias y cervicalgias), identificando individuos con problemas comunes susceptibles de ser abordados más eficientemente de forma grupal o con recursos terapéuticos no farmacológicos, o incluso en algunos casos recomendando el uso de remedios tradicionales (gripes, diarreas no complicadas, catarros, molestias osteomusculares autolimitadas, etc.).

La reorientación a nivel del centro de salud

Pero reorientar solo nuestra práctica clínica no es suficiente si no se acompaña de cambios en la prestación de los servicios.

Debemos garantizar, en primer lugar, características propias de nuestra AP como la proximidad geográfica y la longitudinalidad de la atención. Para poder abordar los determinantes y orientarse a la promoción de la salud, se requiere una relación de confianza y continuada a lo largo de años entre los profesionales y su población, bien distinta a la atención episódica a problemas agudos en que en muchas ocasiones se ha convertido la AP de zonas urbanas. Un hecho cada vez más corriente en nuestra práctica es la discontinuidad de algunos colectivos con cambios frecuentes de domicilio, lo que dificulta la longitudinalidad.

En una situación ideal o en la medida de lo posible, el trabajo del MF debería comprender la salud de un grupo de personas cuyos determinantes tuvieran relación entre sí (viviendas contiguas, familias enteras), para que el proceso de identificación y actuación sobre los mismos fuera de forma natural y basada en la proximidad, de forma complementaria a la orientación de salud pública que se dirige a poblaciones más amplias y basada en información numérica.

El EAP debería plantearse una nueva gestión de la demanda y adaptar las agendas de forma que pudieran existir visitas multiprofesionales (médico, enfermero y trabajador social) para que el plan de intervención incluyera no solo los aspectos terapéuticos, sino también los psicosociales. También debería plantearse «proporcionar servicios adaptados a la población (p. ej., competencia cultural o flexibilidad de horarios) con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad»²⁴.

La actividad de formación continuada y las sesiones clínicas deberían incluir aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud para «reforzar y fortalecer al personal sanitario y desarrollar su capacidad de actuar» sobre los determinantes específicos de su población²⁴.

Según la propuesta de APOC²⁶, un EAP que desee orientar sus servicios a la comunidad debería preguntarse sobre:

- Cuál es el estado de salud de la comunidad y sus determinantes (diagnóstico).
- Cuáles son las intervenciones más efectivas para modificarlos (revisión de la evidencia).
- Conocer quién está llevando a cabo dichas intervenciones: ¿el EAP, los propios pacientes u otros servicios, instituciones, grupos sociales, o nadie?
- Detectar las deficiencias y proponerse objetivos y métodos para modificarlas (programas de salud comunitarios).
- Detectar las prácticas no efectivas y suspenderlas (monitorear y evaluar).

La comunidad

El EAP debería plantearse participar en aquellas acciones de iniciativa comunitaria dirigidas al desarrollo comunitario (p. ej., tipo planes comunitarios) y de no existir, pensar en promoverlos siempre en colaboración con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, etc.) y con la propia comunidad. Las acciones conjuntas a este nivel, en el ámbito de la salud, deberían enfocarse a²⁴:

- «Potenciar la alfabetización sanitaria».
- «El empoderamiento individual y comunitario. Fortalecer los conocimientos y habilidades individuales y colectivas para ejercer control sobre los determinantes sociales y favorecer la demanda social organizada del conocimiento sobre desigualdades en salud y la adopción de medidas para mejorar la salud».
- Llevar a la práctica las intervenciones sobre las que hay pruebas suficientes que contribuyen a la reducción de las desigualdades en salud.
- «Potenciar la implicación de los profesionales en la calidad de los servicios públicos con especial énfasis en la eliminación de desigualdades».

- «Adecuar el conjunto de recursos proporcionalmente a las necesidades de la población, equilibrando la densidad de profesionales de salud proporcionalmente al nivel social de la población con refuerzo en áreas desfavorecidas».
- «Asegurar que no existan desigualdades en la cartera de servicios ofertada en los distintos puntos de atención. Establecer procedimientos para atender las circunstancias y necesidades de los grupos sociales desfavorecidos y marginados, y para eliminar las barreras existentes de accesibilidad».

Resumen

Los determinantes sociales de salud son ampliamente reconocidos como las causas de las causas de la mayoría de las enfermedades más prevalentes. En vista de la evidencia sobre cómo actúan los determinantes sociales en la salud, consideramos imprescindible que los servicios de salud se reorienten en consecuencia. En Atención Primaria (AP) la reorientación tiene que llevarse a cabo no tan solo en la consulta clínica individual, sino también en la forma en que el equipo de salud presta los servicios y en sus relaciones con la comunidad. El modelo de atención al individuo que permite la orientación a los determinantes es el basado en el modelo biopsicosocial, traducido en la práctica en una atención centrada en el paciente, contextualizadora y con visión salutogénica.

Lecturas recomendadas

Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados. Richard Wilkinson y Michael Marmot. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. <http://pss.17.files.wordpress.com/2009/01/hechosprobados.pdf>

Síntesis de los determinantes sociales, sus principales consecuencias sobre la salud y las implicaciones en el ámbito político. Esta publicación se basa en la evidencia demostrada por numerosos estudios de investigación (varios miles en total).

Saul J Weiner. Contextualizing Medical Decisions to Individualize Care. Lessons from the Qualitative Sciences. J Gen Intern Med. 2004;19 (3):281-285.

Este artículo expresa el interés de la contextualización en la toma de decisiones clínicas y clarifica su relación con el modelo biopsicosocial y el método clínico centrado en el paciente.

Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012.

Se presentan los antecedentes y el marco de acción para reducir las desigualdades sociales en salud y una síntesis de propuestas de actuación en AP para contribuir a este objetivo, recogidas en los documentos nacionales e internacionales más relevantes.

Bibliografía

1. Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Doyma, 1994.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

3. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:88-93.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978.
5. Ottawa Charter for Health Promotion. [Citado 30 enero 2012.] Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
6. Plan de Salud 2002-2010 del Gobierno vasco. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/es_ps/politicas_plan_salud.html#areas
7. Wilkinson R, Marmot M. Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados. 2.ª ed. OMS 2003. Edición española, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
8. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
9. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. OMS 2009.
10. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
11. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129-36.
12. Ceitlin J. Medicina de familia: un modelo de pensamiento y acción. En su incorporación como Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Sesión Solemne del 27 de agosto de 1998.
13. Borrell F, Cebrià J. Relación asistencial y modelo psicosocial. En: Atención Primaria. Martín-Zurro A, Cano Pérez JF. 5.ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.
14. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clín (Barc). 2002;119:175-9.
15. Weiner SJ. Contextualizing Medical Decisions to Individualize Care. Lessons from the Qualitative Sciences. J Gen Intern Med. 2004 March;19(3):281-5. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30261.x
16. McWhinney. I. La Medicina de Familia. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.
17. Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
18. Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria-atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08> (acceso 1 abril 2012)
19. Cuthbert du Bolay B, Teather D, Teather B, Sharples M, du Bolay, G. <http://www.sussex.ac.uk/users/bend/papers/csrp508.pdf>. Expert/Novice differences in Diagnostic Medical Cognition – A Review of the Literature. University of Sussex, Cognitive Science Research Paper, 1999.
20. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
21. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996;11:11-8.
22. Antonovsky A. Studying health versus studying disease. Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy. Berlin, 19 February 1990.
23. Rivera de los Santos F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:129-39.
24. Hernández-Aguado I, Santolaya Cesteros M, Campos Esteban, P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036
25. Hartman A. Diagrammatic assessment of family relationships. Fam Soc. Feb 1995;76(2):111-22.
26. Abramson JH. Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

¿Debo leer este número?

Respuestas correctas			
1	F	11	V
2	V	12	F
3	F	13	V
4	F	14	F
5	V	15	V
6	F	16	F
7	V	17	F
8	F	18	V
9	V	19	F
10	V	20	V

Si has fallado alguna de las preguntas, te recomendamos en función de tus respuestas, los siguientes artículos:	
Preguntas	Artículos recomendados
1 y 2	La salud: ¿un asunto individual?
3 y 4	Hiperplasia benigna de próstata
5 y 6	Dolor en la muñeca de origen no traumático
7 a 9	Clínica en artículos no clínicos
10 a 12	Alteraciones de la sed
13 a 15	Técnica de exploración del fondo de ojo
16 a 18	Enfermedad cerebrovascular
19	El uso de mucolíticos como tratamiento sintomático en las infecciones respiratorias agudas
20	Diuréticos