

El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo*

The model of strategic analysis in the promotion of health and the local control of tobacco addictiveness

Gustavo A. Cabrera A.¹
Nelly MF Candeias²

Resumen

El artículo describe parte de los resultados de una tesis de doctorado en la que se aplicaron en la práctica dos modelos teóricos del área de promoción de la salud. Uno de estos modelos, el de Análisis Estratégico en Promoción de Salud (MAEPS-OMS), es producto de las discusiones técnicas efectuadas en la II Conferencia Internacional de Promoción de Salud celebrada en Sundsvall, Suecia en 1987. El MAEPS resume en una matriz instrumental las estrategias descritas en la conferencia como básicas para crear ambientes favorables, de soporte para la salud: políticas públicas, reglamentación, reorientación organizacional, intermediación y creación de alianzas, facilitación del cambio comportamental, empoderamiento y movilización comunitaria. Las bases conceptuales del modelo y su matriz instrumental se usaron para orientar la identificación de actores sociales potencialmente participantes en la implementación de cuatro estrategias dirigidas a controlar, en distintos niveles de intervención, el tabaquismo en un municipio Colombiano de pequeño tamaño.

Palabras clave

Tabaquismo, modelo MAEPS-OMS, promoción de salud.

-
- Artículo basado en la tesis de doctorado “Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo em Zarzal-Colombia, 1999” . Facultad de Salud Pública-USP, Brasil, 1999.

1 Profesor, Escuela de Salud Pública, Investigador Cedetes, Universidad del Valle.

2 Profesora titular, Departamento de Práctica, Facultad de Salud Pública, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

Abstract

The article presents a part of results of doctoral thesis research about the application in field of two theoretical models in health promotion. One of these models, the Health Promotion Strategy Analysis Model HELPSAM-WHO, is a product of technical discussions from the 3rd International Conference on Health Promotion, held in Sundsvall, Sweden June 9-15, 1991. HELPSAM model summarized, as an instrumental matrix, the basic strategies to create supportive environments for health: policy development, regulation, reorienting organizations, advocacy, alliances-mediating, enabling and mobilizing empowering. The model was used as a guide to identification in field of several social actors potentially involved in the implementation of the four strategies of an intervention proposed to control, at different levels, of the local smoking in a village of Colombia.

Key words

Smoking, HELPSAM-WHO model, health promotion.

Introducción

Por sus implicaciones individuales y sus consecuencias sociales y económicas, el uso de tabaco en sus diversas presentaciones, es uno de los principales determinantes de las tendencias globales de salud humana.¹ Por su naturaleza epidémica y morbimortalidad actual y proyectada, el consumo de cigarrillos es el más importante problema mundial de salud pública con relación al comportamiento de los individuos.^{2,3} A pesar del reconocimiento de la magnitud del problema, los cigarrillos manufacturados se consolidaron en los años 90 como la forma de consumo de tabaco de 1,1 millardo de personas, 33% de la población mayor de 15 años del planeta.⁴

De las estrategias básicas propuestas por la Organización Mundial de Salud, OMS para el control del tabaquismo, se destacan medidas para que no fumadores reciban una efectiva protección frente a la exposición involuntaria al humo del cigarrillo, así como promover la abstención del consumo, proteger a los niños y adolescentes para que no se vuelvan dependientes de la nicotina, estimular al personal del sector salud para que dé ejemplo y orientación al fumador y a la población en general sobre el riesgo de fumar, para eliminar incentivos sociales y comportamentales para iniciar o mantener el uso de tabaco, entre otras.² Evidencias acumuladas en los últimos 40 años de lucha contra el tabaco por parte de la OMS y sus oficinas regionales indican que las acciones de educación y promoción de salud para informar a la población sobre los riesgos de fumar no son suficientes para controlar la situación. Se están obteniendo mejores resultados con la implementación de acciones promotoras de salud que articulan diversas estrategias, actores y sectores, porque el control del tabaquismo exige la participación activa de las poblaciones.^{2,4}

Intervenciones comunitarias de control del tabaquismo tienen como propósito central extinguir el tabaco de las poblaciones, prevenir su uso y facilitarles a los fumadores el abandono de su consumo, mediante la influencia de las actitudes individuales y de las normas de aceptación social de este comportamiento de riesgo para la salud. A diferencia de otras formas de lucha antitabaco, la movilización comunitaria involucra los más diversos actores y sectores sociales, con lo cual se tiene la opción de contar con el apoyo del conjunto de la población.¹⁻⁴ Comportamientos voluntarios socialmente aceptos como el fumar, requieren de acciones estratégicas dirigidas a las prácticas de los individuos y a los soportes ambientales que predisponen, facilitan y refuerzan los cambios deseados en los patrones de iniciación y abandono del consumo de tabaco.⁵⁻⁷

En una perspectiva contemporánea, la salud se asume como un producto o capital social que refleja la capacidad del individuo, grupo o comunidad para satisfacer necesidades, realizar aspiraciones, desarrollar estilos de vida saludables o cambiar sus comportamientos y situaciones de riesgo biopsicosocial.⁵ La promoción de la salud es el concepto unificador de diversos campos de estudio y de práctica con implicaciones en la salud, que buscan facilitar la obtención de los más altos niveles de bienestar de individuos y poblaciones.⁸ Representa una de las estrategias para enfrentar los diversos problemas de salud pública que afectan a las comunidades; al partir de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, busca la articulación de distintos saberes y la movilización de recursos institucionales y comunitarios.⁹

Dicha promoción propone ejecutar intervenciones multidisciplinarias, multiestrategias y plurisectoriales que no reposan en las formas médica de abordaje de la salud, con apoyo de teorías y modelos originados en las ciencias comportamentales y sociales^{10,11} que en la práctica, pretenden la construcción de alianzas entre sectores y actores en los niveles local, nacional o mundial para enfrentar los problemas y desafíos en salud.^{12,13}

Teniendo en cuenta que plenos beneficios que se obtienen de las intervenciones propuestas cuando se usan teorías y modelos que ayudan al promotor de salud en la identificación de metas, actores, recursos, objetivos, métodos, procesos y resultados,⁶⁻¹³ se describen a continuación parte de los resultados al utilizar el modelo teórico de análisis estratégico en promoción de salud (MAEPS-OMS)¹⁴ para el diseño de una propuesta de control local del tabaquismo en un pequeño municipio colombiano.

Modelo de análisis estratégico en promoción de salud (MAEPS)

En junio de 1991, se celebró la III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Sundsvall, Suecia, organizada en conjunto por la OMS, los países Nórdicos y las Naciones Unidas, que se centró específicamente en el concepto, el enfoque y las estrategias para crear ambientes favorables para la salud. Los resultados de la conferencia fueron la Declaración de Sundsvall sobre ambientes de soporte para la salud, el informe general y un manual operativo titulado “podemos hacerlo” (We Can Do It).¹⁴

El manual describe las estrategias del modelo MAEPS, cuya sigla en inglés (HELPSAM), corresponde a Health Promotion Strategy Analysis Model.¹⁵ El MAEPS-OMS se presenta como un modelo instrumental para describir y analizar problemas de salud con relación al ambiente o contexto de las personas y planear soluciones de intervención. Este modelo estimula el pensamiento intersectorial, define papeles de los agentes y actores sociales en áreas específicas, indica puntos clave que deben priorizarse en las intervenciones, genera nuevo conocimiento al examinar una estrategia de intervención en diferentes perspectivas y destacar los elementos favorables o no a los cambios deseables.¹⁶ Desde el punto de vista de la evolución histórica de los conceptos de educación y promoción en salud, el MAEPS, como producto técnico de la conferencia de Sundsvall, evidenció los mecanismos de intervención de la teoría en la práctica. El modelo representa un valioso instrumento analítico para identificar las estrategias y elementos básicos para implementar a distinto nivel, diversas acciones promotoras de la salud.⁷

Las estrategias de acción contempladas en el MAEPS, como herramienta analítica de una intervención, son presentadas verticalmente; de izquierda a derecha, la matriz instrumental del modelo presenta los elementos propios de su implementación en la práctica.^{15,16}

Tabla 1. Matriz instrumental del MAEPS-OMS

Estrategias	Implementación					
	Enfoque	Actor	Albo	Nivel	Procedimientos	Resultados
Política Pública						
Reglamentación						
Reorientación organizacional						
Intermediación						
Mediación y Alianzas						
Facilitación del cambio						
Empoderamiento						
Movilización Comunitaria						

Con base en el MAEPS se efectuó la identificación de los actores locales, potenciales participantes de la implementación en la práctica de la propuesta de control local del tabaquismo, en el municipio de Zarzal, departamento del Valle del Cauca, en Colombia. Se presentan según el nombre genérico del actor o agencia local y el número aproximado de estos en la localidad donde se realizó la investigación: alcalde (1), concejales y secretarios municipales (18), directores de hospitales y clínicas privadas (4), profesionales y auxiliares del sector salud (140), directores y profesores del sector educativo (160), líderes comunitarios (25), párrocos y pastores de iglesia (4), periodistas (9), comandantes de policía, bomberos, ejército y defensa civil (4), grupos no gubernamentales (6), asociaciones locales (3) y, representantes de las empresas locales de televisión, teléfonos, agua y electricidad (8).

Se diseñó una propuesta para el control local del tabaquismo en el municipio de Zarzal, con base en los antecedentes históricos y legales de las políticas y acciones contra el tabaquismo en Colombia y los objetivos del programa de vigilancia y control del problema,¹⁷⁻¹⁹ así como la identificación de actores locales según las orientaciones conceptuales del MAEPS.¹⁶ Se definieron cuatro estrategias según las existentes en el modelo teórico, dos orientadas al creación de un ambiente de soporte y dos, orientadas al comportamiento de los individuos.

Estrategia 1

Política pública con abordaje participante y de intermediación

Actores: representantes de la comunidad, del sector salud, del sector educativo, alcalde, concejales y secretarios municipales, líderes de la comunidad, grupos y asociaciones locales.

Albos: población en general, no fumadores, fumadores y exfumadores.

Nivel de intervención: local.

Procesos: aumento de la visibilidad política y social de la relación tabaco y salud en el ámbito municipal; promoción de la salud; movilización y participación de los actores locales; negociación y legislación local.

Resultados: discusión, formulación e implementación de una política local de ambientes y personas libres del tabaco, del cigarrillo y su humo. Creación del comité local de control del tabaco. Consolidación de una red de reparticiones, espacios y locales libres del tabaco, que inhibe proactivamente el consumo de productos derivados de éste; y reducción de la incidencia y prevalencia de tabaquismo en el municipio.

Estrategia 2

Reglamentación con enfoque normativo

Actores: alcalde, concejales y secretarios municipales, representantes del sector salud, de la educación y grupos organizados de la comunidad, comandantes de las unidades locales de policía, bomberos, ejército y defensa civil, directores de clínicas y hospital, líderes comunitarios.

Albos: población menor de 18 años, funcionarios públicos y privados, población en general.

Niveles: local, organizacional, e institucional.

Procesos: articulación, mediación, alianzas, normatización, difusión y comunicación, control social y fiscalización.

Resultados: reglamentación de la venta de cigarrillos y otros productos derivados del tabaco a menores de 18 años de edad, así como la venta de estos productos en las escuelas de primaria y secundaria y en el perímetro cercano a ellas y control del consumo de cigarrillo en recintos cerrados, oficiales, públicos y en locales de naturaleza comercial y bancaria.

Estrategia 3

Concientización con enfoque educativo para la salud

Actores: profesionales de diversos sectores, organizaciones y grupos de la comunidad; párrocos y pastores de iglesia; periodistas, líderes, asociaciones y empresas locales.

Albos: no fumadores de distintas edades, fumadores, exfumadores.

Niveles: organizacional, institucional, grupal, familiar e individual.

Procesos: educativos.

Resultados: estandarización de los estímulos para el control del tabaco en el municipio, con relación a los riesgos del tabaquismo para la salud y a las áreas y locales de no consumo. Reducción de la aceptación social del comportamiento de consumo de cigarrillo y productos derivados del tabaco. Aumento de la presión social frente al consumo de tabaco en sus distintas presentaciones. Aumento del apoyo social al exfumador y al fumador que intenta abandonar el consumo.

Estrategia 4

Facilitadora del cambio con enfoque empoderante

Actores: población en general, sociedad civil y poder público.

Albos: fumadores con y sin intención de abandono del consumo, exfumadores y no fumadores.

Niveles: organizacional, institucional, grupal e individual.

Procesos: de cambio social, organizacional y comportamental.

Resultados: creación de ambientes predisponentes, facilitadores y reforzantes del abandono de consumo. Aumento de la proporción de no fumadores y exfumadores en la población; aumento en el número de tentativas de abandono del consumo de tabaco y sus derivados; aumento de la aceptación social de las ventajas que conlleva el no iniciar el consumo y el parar de hacerlo; y aumento de la presión social sobre los que continúan fumando.

De este modo, intervenciones programáticas de control local del tabaquismo pueden planearse según enfoques multiestratégicos, plurisectoriales y multidisciplinarios, orientados a las metas siguientes:

Inhibición de la experimentación o postergación de la edad de iniciación y consolidación del consumo de tabaco.

Reducción de la incidencia y prevalencia de fumadores regulares en la población.

Aumento de las tentativas de abandono con apoyo de un contexto facilitador del cambio comportamental.

Reconocimientos

Al programa de becas internacionales de la fundación WK Kellogg, por el auxilio otorgado para la ejecución de la tesis de doctorado que sirvió de base a la información presentada en este artículo.

Referencias

1. Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. Sao Paulo: ALMED-EDUSP; 1988.
2. World Health Organization. Guidelines for controlling-monitoring tobacco epidemic. Geneva: WHO; 1998.
3. Organización Panamericana de la Salud. Tabaquismo: una amenaza constante para la salud. Washington D.C.: OPS; 1997.
4. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: WHO; 1997.
5. World Health Organization. The Jakarta Declaration. Health Promotion 1997, 12: 261.

6. Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3 ed. Mountain View: Mayfield; 1999.
7. Candeias N. Conceitos de educacao e de promocao em saúde: mudancas individuais e mudancas organizacionais. Rev Saúde Pública 1997; 31: 209-213.
8. Seedhouse D. Health promotion: philosophy, prejudice and practice Rev Saúde Pública and Practice. New York: Wiley; 1997.
9. Buss P, Carvalho A, Silva D et al. Promocao da saude e a saude pública: contribuicao para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP; 1998.
10. Bunton R, MacDonald G. Health promotion: disciplines and diversity. London: Routledge; 1992.
11. Organización Panamericana de la Salud. La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Rev Panam Salud Pública 1998; 4: 142-148.
12. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. Health Promotion International 1998; 13: 99-120.
13. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community theories and models in health promotion. Sydney: National Center for Health Promotion; 1998.
14. World Health Organization. Supportive environments for health: conference working paper. Geneva: WHO; 1991.
15. World Health Organization. The Sundsvall handbook: We can do it. En: International Conference on Health Promotion, (3: 1991: Sundsvall, Sweden). Geneva: 1993.
16. Haglund B, Petterson B, Finer D, Tillgren P, (eds). Creating supportive environments for health. Geneva: World Health Organization; 1996 (Public Health in Action, Series 3).
17. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cancerología. Programa de control y vigilancia de tabaquismo en Colombia 1990-1996. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1997
18. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cancerología. Municipios libres de tabaco: el gran reto de los alcaldes. Hechos & Acciones 1997b; 5: 1-12.

19. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cancerología. Programa de control y vigilancia de tabaquismo en Colombia 1996-1997. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1998.