

EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN EN LA SALUD ■ INFORMACIÓ PER A L'ACCIÓ I L'EQUITAT EN SALUT ■ COMUNICACIÓ I SALUT PÚBLICA ■ EL PAPEL DE LA INFORMACIÓN EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE ■ LA COMUNICACIÓ DE SALUT I LA RESPONSABILITAT SOCIAL DEL PERIODISTA ■ CIEN NÚMEROS DE 'VIURE EN SALUT': DE LA MIRADA RETROSPECTIVA A LAS OPORTUNIDADES PARA EL FUTURO ■ LA INFORMACIÓN Y LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD: UNA PERSPECTIVA ECONÓMICA

viure en SALUT 100

Abril 2014

Comunicant salut

viure en SALUT

EDITA
Direcció General de Salut Pública.
Conselleria de Sanitat. Generalitat

COORDINADORS
Valentín Esteban Buedo i
Joan Quiles i Izquierdo

EDITOR TÈCNIC
Javier Parra Gasent

TRADUCCIÓ I ASSESSORAMENT DEL VALENCIÀ
Subdirecció General de Política Lingüística.
Conselleria d'Educació, Cultura i Esport.

COORDINADORS CIENTÍFICS DEL MONOGRÀFIC
Ignacio Basagoiti i Joan Quiles i Izquierdo

COL·LABORADORS DEL MONOGRÀFIC
Ignacio Basagoiti, Salvador Casado, Hernán
Díaz, Francesc Botella i Quijal, José Miguel
Carrasco Gimeno, Raquel Faubel Cava,
Inmaculada Juan Montañana, Miguel Ángel
Máñez Ortiz, Lourdes Monge García i Gema
Reuelta de la Poza.

IMPRESSIÓ
Marenostrum
DISTRIBUCIÓ
Meydis

DIPÒSIT LEGAL
V-1063-1988

ISSN 1888-6833

**Inclusa en el directori de
publicacions seriades LATINDEX**

VIURE EN SALUT s'envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens ho sol·liciten.

Agrairíem que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

La Conselleria de Sanitat, entitat editora de VIURE EN SALUT, no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

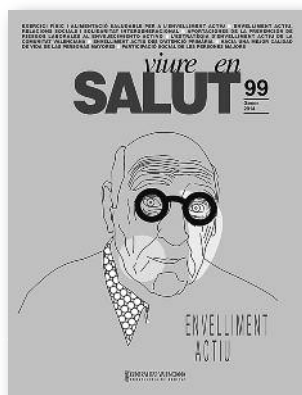
VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'incloguen els seus continguts.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista, expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etcètera. Esperem les vostres aportacions.

Adreceu-vos a:

Direcció General de Salut Pública
Servici de Promoció i Protecció de la Salut

Avinguda de Catalunya, 21
46020 València
961 92 57 92
viure_salut@gva.es



VS 99
Envel·liment actiu



VS 98
Addiccions



VS 97
Malalties rares, informació freqüent



VS 96
Educació per a la salut 2.0



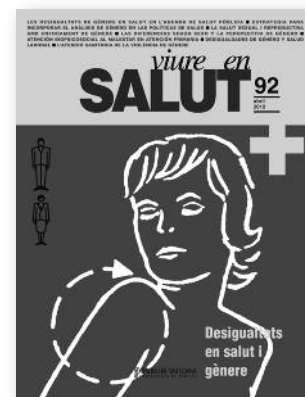
VS 95
Trastorns musculoesquelètics



VS 94
Salut laboral



VS 93
Infeccions de transmissió sexual



VS 92
Desigualtats en salut i gènere

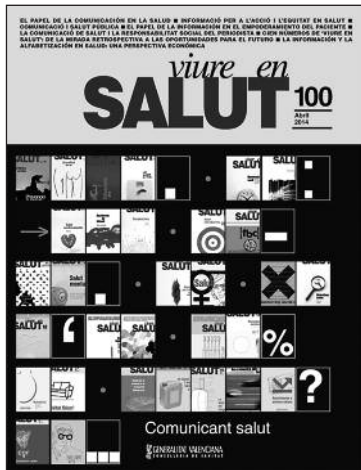


VS 91
Dades de la nutrició a la Comunitat Valenciana

SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Per a subscriure's a VIURE EN SALUT cal comunicar les dades demanades, per a la qual cosa es pot utilitzar qualsevol d'estos mitjans: correu postal, correu electrònic o telèfon. També es pot fer una subscripció en línia en la web de la Direcció General de Salut Pública: www.sp.san.gva.es

1	Nom i cognoms	Adreça postal	Direcció General de Salut Pública Servici de Promoció i Protecció de la Salut Avinguda de Catalunya, 21 46020 València
2	Domicili		
3	Localitat		
4	Província		
5	Codi postal		
6	Telèfon	Correu electrònic	viure_salut@gva.es
7	Correu electrònic		
8	Data de naixement	Telèfon	961 92 57 92
9	Professió		



Sumari **vs** 100

	últimes pàgines
2	Últims números publicats
	editorial
3	
	informe
4	El papel de la comunicación en la salud HERNÁN DÍAZ
6	Informació per a l'acció i l'equitat en salut FRANCESC BOTELLA I QUIJAL
8	Comunicació i salut pública GEMA REVUELTA DE LA POZA, RAQUEL FAUBEL CAVA I JOSÉ MIGUEL CARRASCO GIMENO
10	El papel de la información en el empoderamiento del paciente IGNACIO BASAGOITI Y SALVADOR CASADO
12	La comunicació de salut i la responsabilitat social del periodista INMACULADA JUAN MONTAÑANA
14	Cien números de 'Viure en Salut': de la mirada retrospectiva a las oportunidades para el futuro LOURDES MONGE GARCÍA
17	La información y la alfabetización en salud: una perspectiva económica MIGUEL ÁNGEL MÁÑEZ ORTIZ
	recursos
19	Materials temàtics

“**C**omunicant salut” és el tema del present monogràfic, triat per a destacar l'edició del número 100 de VIURE EN SALUT. Vint-i-sis anys parlant de salut, posant a disposició de ciutadans i professionals informació, noves idees, debats i recursos per a la millora de la salut de les persones. En cada un d'estos 100 números, els lectors han rebut de mans d'experts informació rigorosa que els ha ajudat a descobrir i comprendre algunes claus sobre la seua pròpia salut i la dels que els rodegen. La publicació ha procurat la trobada de professionals de diferents disciplines i àrees de coneixement, de pràctiques i experiències distintes, amb clara vocació de compartir, comprendre i facilitar la interrelació i l'intercanvi de coneixement entre ells i els ciutadans, que són els principals destinataris.

El present monogràfic pretén exposar diferents mirades sobre la utilitat de la comunicació posada a disposició tant de la promoció de la salut, de la seua protecció, així com de la prevenció dels problemes de salut o el seu maneig. A través de les seues pàgines, aprofundim en el paper de la comunicació en salut com a ferramenta per a facilitar les relacions personals i canalitzar la informació cap als ciutadans, descobrint les seues possibilitats i limitacions. Sense oblidar el paper específic que els mitjans de comunicació i els “nous mitjans” (com els blogs o les xarxes socials) ofereixen per a constituir-se en eficients i rigorosos instruments de la informació tant en les crisis epidemiològiques, com per a abordar temes de promoció i protecció de la salut, o ser suport de les campanyes de salut pública.

Per a aconseguir que els mitjans de comunicació social puguin influir positivament en el grau de salut de la població, s'ha de procurar el treball interdisciplinari. Si bé els professionals de la salut coneixen el contingut dels missatges que necessita la població per a participar activament en la consecució d'un adequat nivell de salut, són els professionals de la informació els que coneixen els mitjans, les tècniques i els formats més apropiats per a transmetre eixos missatges de la manera més atractiva i eficaç.

Però millorar la cultura de la salut en una població implica molt més que la transmissió d'informació de salut, a pesar que això continua sent una tasca fonamental. Ajudar les persones a desenrotllar la confiança i les destreses necessàries per a actuar amb eixe coneixement és la millor manera d'aconseguir que es facen càrrec de les seues vides i el seu estat de salut. I per a això es requereixen models personalitzats de comunicació on missatges, llenguatges i canals siguin els més adequats a les característiques de cada individu; a través de formes més personals de comunicació, i a través de l'extensió educativa de la comunitat. Possibilitar que les organitzacions siguin capaces d'integrar en els seus circuits assistencials l'autoatenció i l'apoderament del pacient tancarà el cercle des de l'alfabetització en salut als beneficis que comporta la seua consecució.

Els ciutadans tenen necessitats informatives i formatives, no sempre cobertes satisfactòriament. Quantitat i qualitat d'informació accessible no van necessàriament de la mà. Davant d'una “xarxa de xarxes” sense lleis, els professionals han d'exercir una doble tasca d'informar i alfabetitzar, pilars bàsics per a procurar l'apoderament que, sens dubte, resulta cost efectiu al sistema sanitari i amb evidents beneficis clínics per al pacient. L'Administració ha de procurar els recursos adequats perquè així siga. VIURE EN SALUT i les seues jornades han demostrat ser ferramentes útils en esta començada i amb les adaptacions necessàries esperem que ho continuen sent.

El papel de la comunicación en la salud

HERNÁN DÍAZ

La comunicación para la salud es un campo de enorme complejidad, que se construye desde una mirada transdisciplinar. Si la salud se desarrolla no solo desde el sistema de atención sanitaria, sino también desde la multiplicidad de factores que condicionan nuestra vida cotidiana, es evidente que la comunicación para la salud es una perspectiva necesaria en muchos ámbitos de la sociedad.

Vivimos en la sociedad de la información y la comunicación, en la que las nuevas tecnologías se filtran en todos los rincones de nuestras vidas, al mismo tiempo que nos ofrecen cada vez más posibilidades de relacionarnos. En ese marco, no es raro que muchas veces se quiera ver en la comunicación aquello que es problema y a la vez solución de prácticamente todo en nuestra sociedad. Los problemas entre miembros de una familia; las dificultades para encontrar trabajo o desarrollarse profesionalmente; la incomprensión de una medida del gobierno; los traspies de un político en su carrera electoral; las dificultades para cambiar determinada conducta social vinculada con la salud... todo lo malo que sucede en una sociedad es porque no ha habido una buena comunicación. Y esto, como no puede ser de otra manera, se traslada también al ámbito de la salud.

El objetivo de este artículo es intentar ofrecer un panorama del papel de la comunicación en la salud, dando respuesta a cuatro preguntas que, en nuestra opinión, aparecen como obligadas a partir de esta primera aproximación:

- ¿En qué ámbitos de la salud puede desempeñar un papel relevante la comunicación?
- ¿Qué entendemos por comunicación y, más concretamente, por comunicación para la salud?
- ¿Cuáles son las aportaciones concretas de la comunicación a los procesos de salud?
- ¿Quiénes hacen la comunicación para la salud?

El cruce de la salud y la comunicación

En las tres últimas décadas se han producido cambios de gran calado en la perspectiva de abordaje de la salud pública. La Carta de

Ottawa¹, que recogió las conclusiones de la I Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tuvo lugar en Canadá en 1986, señaló la necesidad de romper con la visión exclusivamente sanitaria y diseñó una serie de estrategias dirigidas al desarrollo de políticas públicas de salud de carácter intersectorial, con la colaboración transversal de actores de los sectores público, privado y de la sociedad civil. Más recientemente, los enfoques sobre "Determinantes Sociales de la Salud" y "Salud desde todas las Políticas" han reforzado esa apuesta por abordar los procesos de salud con la participación de múltiples actores sociales.

Esos cambios hicieron cada vez más necesaria la incorporación de la comunicación como perspectiva de abordaje de los procesos de salud, constituyéndose como campo de estudio en las últimas décadas del siglo XX. En los países anglosajones, que han sido los impulsores a nivel académico de este campo de estudio, las investigaciones se desarrollaron en torno al concepto de *health communication*. En cambio, en el ámbito iberoamericano se carece todavía de un concepto único y se utilizan diferentes expresiones, como *comunicación y salud*, *comunicación para la salud* o *comunicación en salud*. A lo largo de este artículo usaré la denominación *comunicación para la salud*, a riesgo de que se le otorgue un carácter instrumental que no quiero darle, porque considero que es la expresión que mejor define su potencial de intervención y cambio social.

Más allá de las denominaciones, es evidente que nos encontramos ante un campo de enorme complejidad, que se construye desde una mirada transdisciplinar. Si la salud se desarrolla no solo desde el sistema de atención sanitaria, sino también desde la multiplicidad de factores que condicionan nuestra vida cotidiana, es evidente que la comunicación para la salud es una perspectiva necesaria en muchos ámbitos de la sociedad. Sin ánimo de ser exhaustivos, podemos mencionar algunos de los más importantes:

- Las relaciones entre los profesionales sanitarios y los pacientes y sus familias, que se da habitualmente en los hospitales o centros de salud.
- La comunicación de las organizaciones de salud, que incluye los procesos de comunicación interna y externa tanto de las organizaciones sanitarias (hospitales, centros de salud), como de otras organizaciones no lucrativas cada vez más protagonistas (asociaciones, fundaciones y federaciones de profesionales y de pacientes).
- La información de salud, que incluye tanto el periodismo especializado en salud como la divulgación de la ciencia.
- Las acciones y campañas de prevención de la

enfermedad, promoción de la salud y educación para la salud.

- La publicidad y el *marketing* de la salud, referidos particularmente a iniciativas privadas que intentan asociar de forma directa o indirecta el valor *salud* a los productos que comercializan.
- La comunicación de riesgos sanitarios, incluida la gestión de crisis sanitarias y de reputación de las organizaciones.
- La *e-salud* y la *m-salud*, un campo emergente a partir del desarrollo e implantación de las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la salud.

¿Qué es la comunicación para la salud?

La aproximación inicial nos ha mostrado el amplio campo de acción de la comunicación para la salud, pero todavía no hemos definido de qué estamos hablando cuando hablamos de comunicación. No se trata de una tarea sencilla, porque en la práctica han convivido —y todavía lo hacen— diversas perspectivas de la comunicación para la salud.

Los primeras experiencias de comunicación para la salud se realizaron desde una perspectiva informacional, en la que la comunicación era un instrumento de transmisión unidireccional de información con fines persuasivos, desde fuentes de saber cualificadas (profesionales sanitarios o divulgadores) a los individuos y la sociedad en general, para que estos adoptaran determinadas actitudes y conductas. En esta perspectiva, lo importante era que el emisor elaborará la información adecuada y eligiera correctamente los canales (medios de comunicación) para llegar a los públicos objetivo, como si eso garantizara los cambios de conducta. Pero las cosas son mucho más complejas: además de tener los conocimientos epidemiológicos sobre los factores que deben ser modificados para tener una mejor salud, si queremos conectar adecuadamente con los diferentes públicos tenemos que prestar atención a los factores culturales que condicionan la recepción de los mensajes y, sobre todo, las propias conductas.

Posteriormente, se abrió paso una nueva perspectiva de la comunicación para la salud, de carácter relacional, que puso el énfasis en los procesos de interacción y construcción social de sentido, basados en las particularidades sociales y culturales de los diferentes actores implicados en los procesos de salud. Como ya hemos señalado en otro artículo: "En esta perspectiva, las iniciativas de comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad (...) No se trata sólo de enviar información y difundir el mensaje que se quiere transmitir, sino de comprender y desentrañar los motivos y las razones de las conductas relacionadas con la salud, su comprensión del tema particular y, en consecuencia, de interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en espacios y ámbitos colectivos"². En esta perspectiva, los públicos destinatarios son siempre el punto de partida, porque sus características culturales determinarán la elección de los actores que participarán en el proceso (por ejemplo, referentes y líderes de opinión); los ámbitos en los cuales relacionarse con esos actores —que pueden ser los medios masivos o espacios concretos

de la comunidad—; y los discursos dirigidos a cada público.

¿De qué estamos hablando entonces cuando hablamos de comunicación para la salud? La definición elaborada hace ya una década por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos puede ayudarnos a aportar más luz sobre este asunto: "El uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud"³.

Esta definición aborda de forma adecuada la complejidad de la comunicación para la salud. En primer lugar, porque refiere al "uso y estudio" de las estrategias, lo que nos señala la importancia de utilizar la comunicación, pero al mismo tiempo a investigar y valorar su aportación concreta. En segundo lugar, porque reconoce la posibilidad de desarrollar diferentes estrategias, diferentes formas de hacer, algo indispensable a la hora de buscar alternativas en la gestión, que se adapten a las demandas de cada realidad concreta. Por último, porque integra de forma sinérgica el *informar* con el *influir*, que son los pilares de las dos formas de entender la comunicación que hemos desarrollado previamente.

Lo que puede (y no puede) hacer la comunicación para la salud

Como ha quedado señalado previamente, la comunicación para la salud se presenta como una potente herramienta de cambio de conductas individuales y colectivas. En la práctica, la perspectiva comunicacional puede servir al logro de diversos objetivos:

- Incrementar el conocimiento de la población sobre un tema relacionado con la salud.
- Influir sobre las percepciones, creencias y actitudes que condicionan la toma de decisiones relacionados con la salud.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades de salud.
- Reforzar conocimientos, actitudes y conductas.
- Mostrar los beneficios del cambio de conducta.
- Mejorar las relaciones interpersonales entre profesionales y pacientes.
- Motivar para la acción.
- Abogar por una posición en un tema o política de salud.
- Refutar mitos e ideas equivocadas.
- Fortalecer las relaciones entre organizaciones que influyen en la salud de los sectores público, privado y no lucrativo.

Con semejante potencialidad, no es raro que muchas veces haya quienes creen que la comunicación todo lo cura. Por eso, es necesario poner en su justa medida los aportes que la comunicación puede hacer a los procesos de cambio individual y colectivo relacionados con la salud y señalar con claridad sus limitaciones.

La comunicación para la salud puede servir para todo lo que se mencionó anteriormente, pero no resuelve todos los problemas ni modifica la realidad mágicamente. Puede promover en la ciudadanía conductas saludables para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida, pero no puede garantizar que los individuos adopten efectivamente esas conductas. Puede informar a los usuarios del sistema sanitario sobre cuándo demandar atención y cómo hacer un uso adecuado de los recursos, pero no puede asegurar que

así lo hagan ni compensar la atención sanitaria inadecuada o la insuficiente disponibilidad de servicios de salud. Puede facilitar y dinamizar cambios de conductas de salud (como realizar más actividad física), pero difícilmente podrá hacer que sean sostenibles en el tiempo si no van acompañados por otras acciones estructurales que apoyen ese cambio (por ejemplo, la construcción de entornos urbanos amigables en los que se pueda caminar o montar en bicicleta).

Todos somos protagonistas

Durante muchos años, la comunicación para la salud ha sido entendida como el conjunto de técnicas aplicadas por los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) una vez que los expertos (sanitarios) habían definido hacia dónde querían torcer la realidad. Se trataba de una participación aislada, meramente instrumental y limitada a un momento del proceso, generalmente el de la difusión de las actividades a la población. Pero la propia práctica ha mostrado el fracaso de esa visión y demanda nuevas formas de actuar, en las que la comunicación sea valorada como una perspectiva más que se integra desde el comienzo en los procesos de salud.

Tenemos la convicción de que la comunicación no es una tarea exclusiva de los comunicadores sociales, sino que compete a todos los agentes implicados en los procesos de salud. Está claro que los comunicadores disponemos de algunas herramientas específicas, muchas de ellas ciertamente vinculadas con las prácticas periodísticas y publicitarias, pero si todos los que formamos parte de equipos de salud comprendemos que la comunicación es un asunto en el que todos somos protagonistas, seguramente conseguiremos mejores resultados.

Es imposible no comunicar. O, dicho de otro modo, siempre estamos comunicando. Comunicar de forma consciente y planificada, con objetivos claros y asumiendo los alcances y limitaciones de nuestra acción y la de otros actores protagonistas, es el gran desafío que debemos afrontar.

.....
Hernán Díaz

Director de Comunicación de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS).

Coordinador académico del Magíster *online* en Comunicación y Salud de la Universidad Complutense de Madrid.

Bibliografía

1. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, Switzerland: WHO; 1986 Nov 21. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
2. Díaz H, Uranga W. *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria*. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011; 1 (1): 113-24.
3. National Cancer Institute. *Making Health Communication Programs Work*. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services; 2004. Disponible en: http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf

Informació per a l'acció i l'equitat en salut

FRANCESC BOTELLA

Els indicadors pel seguiment i control evolutiu de la salut han de ser capaços de captar dades, de caliu sanitari i d'altres, en nivells poblacionals sensibles als canvis però amb una identificació temporo-espacial que permeti la interacció amb programes d'acció comunitària específics.

La cobertura universal és el concepte més poderós que la salut pública pot oferir.

Dra. Margaret Chan
Al·locució a la 65a Assemblea Mundial de la Salut (maig del 2012).

Avaluar opcions
Joan, professor d'ensenyament de secundària a la ciutat de València, té una filla de quinze anys diagnosticada amb càncer de fetge. Passat el primer impacte i establides les primeres pautes de tractament, vol saber més sobre totes les opcions de millora de la situació que li ha caigut damunt. Vol saber-ho tot sobre la malaltia, les propostes terapèutiques, els serveis de suport; en definitiva, sobre tots els aspectes que amb l'acció com a pare poden interaccionar en positiu sobre l'evolució de la malaltia de la seua filla.

Aquest exemple ens situa davant el pes de la informació per posicionar-se davant les situacions negatives que es presenten de forma quotidiana, amb major o menor gravetat.

Els reptes com a familiar es traslladen al professional sanitari quan s'enfronta a una patologia concreta. Cada malalt és diferent però amb models de presentació i evolució de les malalties reconegudes en el coneixement actual i, per tant, amb una bona orientació sobre les millors pautes d'actuació possibles segons el moment evolutiu. La situació real, concreta, ens porta ràpidament a buscar la millor pauta a seguir per intentar resoldre l'anormalitat que suposa una alteració de la salut: una taca en la pell inesperada, una tos persistent, un insomni prolongat... Els discursos del malalt, del familiar més pròxim, del sanitari, del gestor de recursos, etc, conflueixen amb la recerca de la resposta més eficaç pel control del problema. Els mitjans de la resposta són particulars a cada tipus de perspectiva, però totes i cadascuna tenen necessitats d'informació molt identificables.

La salut pública, dins del context de les ciències de la salut, té un enfocament poblacional tant en l'anàlisi de les situacions relacionades amb la salut com de les respostes per la vigilància i control. És a dir, si el pare mira per la salut de la seua filla en particular i el clínic estudia la millor forma d'abordatge de la patologia que té endavant, el salubrista es planteja quantes vegades s'ha reproduït aquesta situació a la població en un territori i període concret i amb quines pautes de presentació: el ritme i la forma d'aparició; la quantitat de malalts que viuen amb aquesta; la mortalitat que suposa; la supervivència que té descrita, etc. També el salubrista es pregunta per les condicions que afavoreixen l'aparició de la malaltia, de l'accident, de la caiguda... L'enfoca-

ment a la col·lectivitat de la salut pública amplia el marge d'observació sobre el fenomen ocorregut i el situa dins d'un context més gran que permet interrelacionar aspectes *a priori* aïllats i independents.

Objectivar coneixement

Ms. Leanne treballa com a tècnica de laboratori de microbiologia a l'Hospital de Brighton, Anglaterra, i és mare de tres fills, un d'ells, Fidel, de 4 anys, diagnosticat amb diabetis insulínodepenent.

Europa té la major prevalença de xiquets amb diabetis de tipus 1 de tot el món¹. Aquesta dada s'ha extret no de registres poblacionals de diabetis, sinó mitjançant enquestes de salut. A Europa, les patologies no transmissibles, llevat del càncer, són monitoritzades majoritàriament per enquestes de salut, es a dir, per sondejos d'opinió a la població general. Ara per ara, l'avanç de les noves tecnologies permet la captura d'un volum molt elevat d'informació, però la gestió i explotació d'aquesta informació encara és limitada. Continua, per tant, fent-se ús d'enquestes d'opinió per valorar la distribució de les malalties, sobretot de les malalties cròniques. Les malalties transmissibles tenen un seguiment més exhaustiu a causa del control de laboratori i també per la normativa que obliga a la declaració d'un bon grapat d'aquestes.

Tant les malalties transmissibles com les no transmissibles es mesuren amb indicadors amb una metodologia de càlcul consensuada. Les principals agències internacionals de salut fan servir els mateixos indicadors, de forma que contrasten els resultats entres zones geogràfiques distants. La delegació regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), com a exemple, fa un plantejament d'indicadors molt acurat i de fàcil accés a través d'una aplicació telemàtica² on mostra les dades de tots el països de la zona. A Espanya, el Ministeri de Sanitat, Assumptes Socials i Igualtat fa ús de la mateixa aplicació, en aquest cas amb dades dels indicadors claus de les comunitats autònomes³. A la Unió Europea, la Direcció General de Salut Pública (DGSANCO) porta a cap una labor d'homogeneïtzació i d'integració d'informació relacionada amb la vigilància i control de la salut pública mitjançant el projecte ECHI⁴ i la seua aplicació HEIDI. Aquest projecte naix en 1998 i manté continuïtat fins a l'actualitat a través dels successius programes de salut de la Unió Europea. L'objectiu és conformar un sistema de vigilància de la salut sostenible a Europa que done suport a les estratègies de salut.

L'esforç per agrupar, integrar i sintetitzar dades en format d'indicadors d'àmbits espacials diversos —amb sistemes de gestió de dades heteroge-

nis— amb realitats politicoeconòmiques diferents requereix una metodologia uniforme per l'elaboració d'una informació que, a més de contingut rellevant, ha de ser d'elaboració factible pel conjunt de les fonts. A més a més, el conjunt de sistemes d'informació procuren una major atenció als aspectes de difusió de la informació buscant una presentació de resultats clara (fugen de tecnicismes excessius), precisa i en formats intuïtius que permeten, com a objectiu últim, un ús (consum) fàcil i tan ampli com siga possible. Part de la qualitat d'aquesta informació també està relacionada amb l'actualització de les dades. L'èxit de la pervivència de les enquestes d'opinió com a fonts d'informació és, a més de per l'agilitat metodològica, per la temporalitat d'aplicació que permet una actualització periòdica de resultats. Aquelles fonts que procuren informació periòdica, encara que no siga exhaustiva, aporten un afegit a l'anàlisi temporevolutiva del fenomen en estudi. Informació, per tant, pertinent, precisa, sintètica, uniforme, clara, intuïtiva, continua o de periodicitat breu, però quina informació?

Anàlisi conjunta dels condicionants de la salut: la proposta del Sistema d'Informació de Salut Pública (SISP)

En continuïtat amb l'estratègia d'integració d'informació rellevant per a la salut pública a l'àmbit europeu, el SISP presenta a la Comunitat Valenciana, des de 2010⁵, una proposta d'informació agrupada en quatre àrees funcionals: socio-demogràfica, determinants de salut, estat de salut i sistema sanitari. En síntesi, el SISP té com a objectiu presentar una selecció d'indicadors que descriuen, en un període i territori concret, el pes dels principals determinants de la salut sobre una base poblacional específica; les conseqüències en termes de càrrega de morbimortalitat existent i, finalment, la resposta del sistema sanitari a l'atenció, vigilància i control del procés salut-malaltia. La unitat d'anàlisi espacial del SISP és el departament de salut que permet l'elaboració d'indicadors amb un nivell de desagregació inferior al conjunt de la Comunitat Valenciana i superior al dels municipis, on la valoració de resultats és més inestable (Figura 1). El SISP selecciona la informació a integrar com a indicadors clau mitjançant uns comitès tècnics com a fòrums de discussió on, amb una perspectiva de mitjà i llarg termini, es proposa una prioritització d'informació.

Acció i equitat de la salut

Dr. Llopis, ginecòleg de l'hospital de referència d'un departament de salut al sud de la Comunitat Valenciana de 130.000 habitants; amb una taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) en menors de 20 anys de les més altes de la Comunitat Valenciana. Magdalena Orts, regidora de joventut i esports d'un municipi en el mateix departament de salut, amb un índex de dependència juvenil elevat; una taxa de desocupació juvenil per damunt del 55 %; un percentatge d'estudiants que abandonen de forma primerenca els estudis per damunt del 23 %. Hiba Abouk, de 18 anys, amb un embaràs no desitjat, filla d'immigrants nord-africans sense feina estable, veïns del mateix municipi des de fa 10 anys.

La casuística *a priori* infinita ens acosta, des d'una perspectiva de salut pública, a una anàlisi poblacional emmarcada per variables eix (edat, sexe, espai, període...) que pot ajudar a definir estratègies d'acció comunitària (multisectorial) específiques.

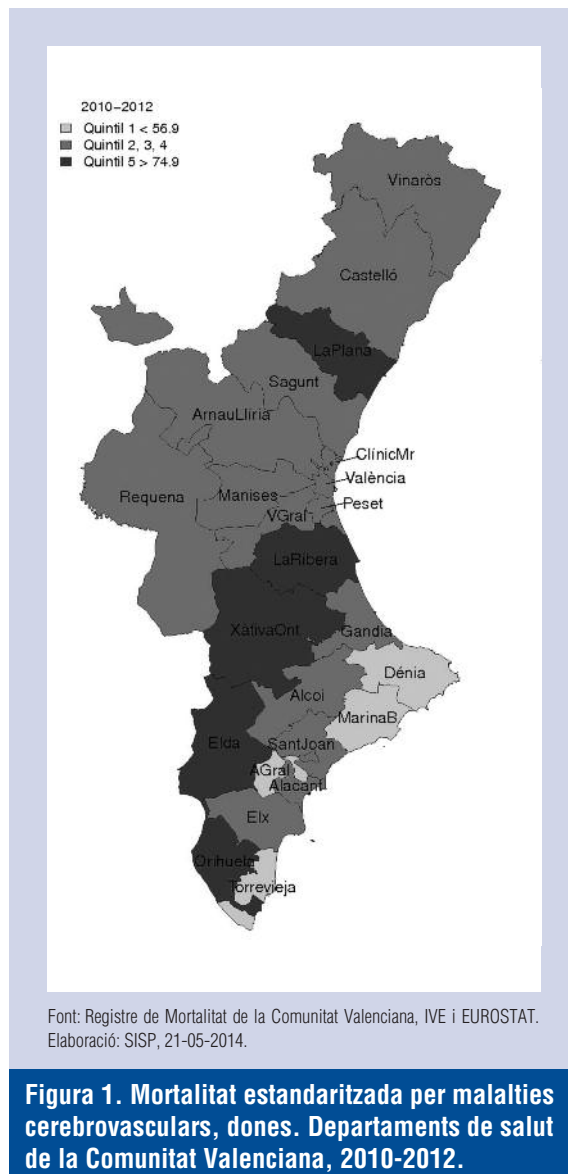


Figura 1. Mortalitat estandaritzada per malalties cerebrovasculares, dones. Departaments de salut de la Comunitat Valenciana, 2010-2012.

Al treball de fons d'apropament entre la informació per a l'anàlisi i l'acció en salut pública, la situació actual de crisi econòmica afegeix la preocupació sobre l'augment de desigualtats en salut en la població més vulnerable. En desembre de 2013 fou presentat l'informe final sobre revisió dels determinants socials i la bretxa de salut a Europa, publicat per l'oficina regional europea de la OMS⁶, on es posa l'accent sobre les qüestions clau en la comprensió i la promoció d'equitat en salut en el moment actual. Entre altres qüestions, l'informe recorda que els determinants socials de la salut estan relacionats amb les condicions en què les persones naixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Al mateix temps que aquestes condicions de la vida diària estan influïdes per factors estructurals, com són el règim econòmic, la distribució del poder, l'equitat de gènere, els marcs polítics i els valors de la societat. Assenyalant l'efecte acumulatiu d'avantatges i desavantatges en tot el cicle vital que comença amb les importants etapes primerenques de la vida —l'embaràs i el desenvolupament de la primera infància— i continua amb l'escola, la transició a la vida laboral, l'ocupació i les condicions de treball i les circumstàncies que afecten les persones majors. També destaca la importància d'enfrontar-se als processos d'exclusió socials per davant de caracteritzar les accions segons les particularitats dels grups exclosos. És a dir, evidencia la importància de l'accessibilitat als serveis de la comunitat (sanitari, educatiu, social, etc) per sobre de crear serveis específics per atendre les característiques internes de la població en contextos vulnerables.

La diferència no és intrascendent i el missatge molt clar: més serveis i accessibles per a tots i menys diferències en l'oferta dels serveis segons les característiques dels usuaris. En sintonia amb aquest discurs, el Projecte Riu⁷ (Algemesí, Ribera Alta) i el Programa MIHSALUD⁸ (València ciutat), desenvolupats per la Direcció General de Salut Pública, orienten l'acció en salut pública precisament cap a la integració de població immigrant a través d'agents de salut. Són agents facilitadors de l'ús dels serveis públics d'atenció socio-sanitària, ajudes socials, activitat econòmica, d'associacionisme, d'oci... Aquests programes pretenen equilibrar el gradient social de la salut, és a dir, aquell que apunta que la salut és cada vegada millor com més alta és la posició socioeconòmica de les persones i les comunitats. Per orientar l'equilibri cal posar l'èmfasi en el disseny de polítiques que actuen a través de tot el gradient social (universals) però amb major accent en la població de la part inferior del pendent, la més vulnerable. És a dir, implementant polítiques transversals, però amb una intensitat d'acció proporcional a la necessitat per a aconseguir unes condicions vitals parelles al conjunt poblacional. Traslladant aquesta línia de treball a les necessitats d'informació, els indicadors pel seguiment i control evolutiu de la salut han de ser capaços de captar dades, de caliu sanitari i d'altres, en nivells poblacionals sensibles als canvis, però amb una identificació tempore espacial que permeta la interacció amb programes d'acció comunitària específics. D'altra banda, sols la mesura de l'impacte d'aquests programes pot posar en valor la seua transcendència i, per tant, condicionar de forma objectiva la seua reproducció.

Francesc Botella i Quijal

Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública.
Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries.
Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat.

Bibliografia

1. Federació Internacional de Diabetis. Atlas de diabetis de la FID. 6a ed. Brussel·les: FID, 2013. Disponible en: www.idf.org/diabetesatlas
2. European health for all database (HFA-DB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [Actualitzat: Abril 2014; data de consulta 17 juliol 2014]. Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfad/>
3. INCLASNS-BD. Madrid: Ministeri de Sanitat, Assumptes Socials i Igualtat [Actualitzat: Febrer 2014; data de consulta 17 juliol 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
4. HEIDI data toll. Brussel·les: DGSANCO/ ECHI (Indicadors de Salut de la Comunitat Europea) [Actualitzat: Gener 2014; data de consulta 17 juliol 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm
5. Decret 15/2010, pel qual es regula el Sistema d'Informació en Salut Pública. DOCV, núm. 6187, 15 de gener 2010. Orde 7/2011, per la qual es desplega el Decret 15/2010 que regula el Sistema d'Informació en Salut Pública. DOCV, núm. 6532, 16 de maig 2011.
6. Marmot, M. (UCL Institute of Health Equity). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Desembre 2013. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
7. Avinó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, La Parra D, Álvarez-Dardet C. Proyecto RIU: Cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. Aten Primaria. 2014. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.002>
8. Paredes-Carbonell JJ, López P, Alcaraz M, Ramírez LM, El Bokhari M. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. Comunidad. 2012; 14(1): 29-32.

Comunicació i salut pública

GEMA REVUELTA, RAQUEL FAUBEL I JOSÉ MIGUEL CARRASCO

A l'hora de dissenyar una estratègia de comunicació en salut pública és necessari pensar en els canals més adequats per a fer arribar la nostra informació als seus destinataris. Els mitjans de comunicació de masses han sigut tradicionalment un dels principals pilars per a l'emissió de missatges cap a la població. Actualment, les noves xarxes socials electròniques poden ser un format idoni per a accions de promoció i protecció de la salut.

Si hi ha un àmbit de la salut en què la comunicació és absolutament essencial és en el de la salut pública (SP), ja que les mateixes intervencions sovint són purs actes comunicatius, la intenció de les quals és modificar comportaments o actituds. És important conèixer quines són les característiques fonamentals de la comunicació en SP, quin paper tenen els distints actors que hi intervenen i quines són les línies que es perfilen en un futur a curt i mitjà termini.

Intervencions basades en accions de comunicació: la qüestió dels efectes

Les paraules, les imatges i els sons són, en moltes intervencions en SP, el que els medicaments o la cirurgia a la sanitat assistencial. No obstant això, una intervenció basada en accions de comunicació produeix en qui la rep uns efectes determinats, que no necessàriament han de ser

els desitjats ni beneficiosos. En la comunicació en SP, com en quasi tots els processos comunicatius, els efectes que el promotor de la intervenció desitja que es produïsqen en el receptor de la dita informació i els que realment tenen lloc no tenen perquè coincidir; i per això és tan important una adequada avaluació que permeti conèixer els efectes i les repercussions dels missatges enviats. A l'hora de dissenyar una intervenció, haurien de ser tinguts en compte altres criteris com el cost, la relació cost/efectivitat, aspectes ètics (relacionats amb els principis d'autonomia, beneficència, no-maleficència i justícia), legals, socials, organitzatius, etc¹. L'avaluació dels efectes d'estes intervencions és complexa, perquè des que la intervenció es dissenya fins que la reben els individus i es produeixen els efectes hi ha múltiples factors que poden influir en el resultat final. D'una banda, cal considerar tot el que pot succeir abans que el missatge arribi al receptor (per exemple, com s'han redactat els missatges, en boca de qui es posen, quines imatges s'utilitzen, quins canals s'han usat, etc.). Però també és important considerar què succeeix una vegada que el missatge arriba al receptor. S'han descrit distintes teories per a explicar com l'individu respon davant d'un missatge sobre un risc per a la salut, com per exemple el model estès de processos paral·lels² (fig. 1).

Com aconseguir que les respostes reals dels individus i del conjunt de la població siguin tan paregudes com siga possible als efectes desitjats al dissenyar les campanyes? Alguns llibres i guies donen consells en este sentit³ que podrien resumir-se en:

- **Estudiar a fons la població diana** (a la qual van dirigides les intervencions): fer-se, entre altres, les preguntes següents: què sap prèviament sobre el risc en qüestió?, com es comporta?, on rebrà el missatge?, quines altres coses pot estar fent en eixe moment?, quin idioma parla?, quin nivell d'estudis té?, quins problemes de salut pot tindre?, i d'un altre tipus (econòmics, socials, etc.)?, quines dificultats o problemes pot tindre a l'hora d'interpretar el missatge?, què li pot suposar reconèixer el risc?, quins esforços haurà de realitzar per a complir les recomanacions?, pot accedir realment a les respostes recomanades?, etc.
- **Estudiar el context i els antecedents**: en este sentit, a més d'un estudi de la literatura científica sobre el tema, és molt útil estudiar què s'ha dit en els mitjans de comunicació i xarxes socials sobre el risc en qüestió.
- **Estudiar les respostes**: és necessari estudiar l'eficàcia i/o efectivitat de les respostes, la seua accessibilitat per al conjunt de la població diana, etc.
- **Professionalitzar la comunicació**, incorporant professionals de la comunicació en la part creativa de la intervenció.

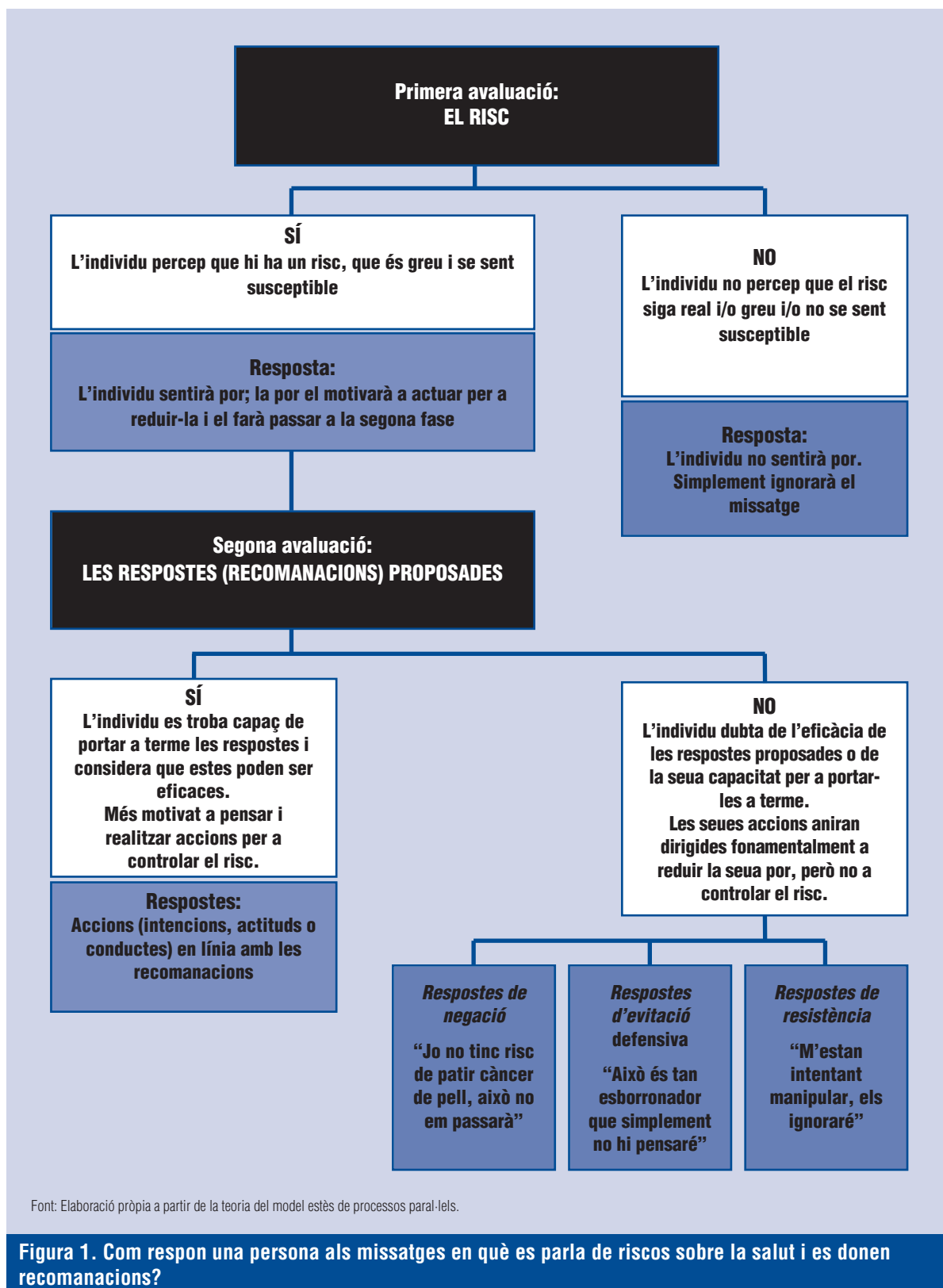
- **Avaluar científicament les intervencions**: encara que cada vegada hi ha més evidència en la literatura de les intervencions en SP, el fet que els canals i dispositius utilitzats estiguin en transformació constant (xarxes socials, tauletes tàctils, telèfons intel·ligents, etc.) fa que les investigacions queden ràpidament obsoletes.

El paper dels mitjans de comunicació

A l'hora de dissenyar una estratègia de comunicació en SP és necessari pensar en els canals més adequats per a fer arribar la nostra informació als seus destinataris. Els mitjans de comunicació de masses han sigut tradicionalment un dels principals pilars per a l'emissió de missatges cap a la població, bé a través d'espais publicitaris, o per mitjà d'accions destinades que els periodistes cobrisquen els temes sobre els quals volem informar o sensibilitzar la població (rodes de premsa, entrevistes, etc.). Les intervencions basades en estos elements periodístics presenten l'avantatge de la seua capacitat d'arribar a sectors amplis de la població però, al ser campanyes "mitjançades", la capacitat de control sobre la informació final es diluïx.

Davant d'una qüestió de SP, siga o no pertanyent a una intervenció concreta, els mitjans de comunicació, com a agents de difusió, poden actuar com a còmplices de la font d'informació o com els seus principals enemics. Agents de SP i periodistes compartixen molts objectius, com el seu servei a la població, la necessitat d'informar o la intenció de no causar danys, encara que les seues prioritats professionals poden ser diferents. Un estudi mostra els temes de salut que més van interessar als periòdics en el període 2000-2009⁴: entre els temes més freqüents n'hi ha molts que tenen a veure amb aspectes relacionats amb SP, la qual cosa mostra que són també rellevants per a la premsa. No obstant això, qüestió a part és si la forma en què es dona la informació s'adequa o no als criteris que desitjaria l'especialista en SP.

Concretament, els brots epidèmics són tot un repte per a la comunicació i, atès que en el moment en què sorgixen no sol haver-hi temps per a llargues reflexions, és necessari disposar d'un pla previ de comunicació i, sobretot, d'unes relacions de confiança i respecte estables entre els distints actors que intervenen en el procés comunicatiu. L'observació dels comportaments de les autoritats sanitàries ha permès reconèixer distints models de comunicació d'epidèmies⁴: comunicació evasiva, propagandística, paternalista, alarmista o participativa. Un bon manual d'actuació per a idear les estratègies de relacions amb els mitjans de comunicació davant de brots epidèmics és la *Guia de Bones Pràctiques en Comunicació d'Emergències de Salut Pública* de l'Organització Mundial de la Salut⁵.



de la població a la qual volem arribar, com farem per a arribar-hi (sense excedir-nos), quins són els tipus d'interaccions que volem que s'establisquen entre els seus membres i quin tipus de moderació ens pareix més apropiat. Es pot distingir entre les que disposen de moderador expert, aquelles en què el moderador només garantix la *netiquette* (regles de participació) i les que no tenen moderador. En general, hi ha una tendència a incloure moderació experta en les estratègies de comunicació en salut per a garantir la qualitat de la informació circulant, com ocorre en la ferramenta col·laborativa Salupedia.org, que permet als professionals sanitaris recomanar (prescriure) i compartir informació que consideren útil.

En l'àmbit poblacional, l'anàlisi de patrons i tendències de les busques en plataformes com Google, l'estudi de com la gent navega per Internet per a obtenir informació relacionada amb la salut, així com la forma en què es comuniquen i es compartixen els continguts, pot proporcionar informació valuosa sobre el comportament relacionat amb la salut de les poblacions. Este raonament va portar a definir el concepte de *infodemiology* o *infodemiologia*⁶ que inclou aspectes com la infosurveillance (infovigilància) i l'anàlisi de les xarxes socials. És una àrea emergent que complementa les ferramentes de SP ja existents i que permeten una vigilància epidemiològica en temps real, detectar i quantificar disparitats en l'accés a la informació sanitària, analitzar l'efectivitat d'intervencions educacionals i campanyes de SP o disposar de dades autogenerades pels pacients.

Gema Revuelta de la Poza

Professora de Comunicació Científica.

Universitat Pompeu Fabra.

Raquel Faubel Cava

Doctora en Salut Pública. Institut d'Investigació Sanitària La

Fe i Universitat Politècnica de València.

José Miguel Carrasco Gimeno

Sociòleg i doctor en Salut Pública.

Investigador de l'Institut Cultura i Societat.

Universitat de Navarra.

Bibliografia

1. Espallargues M, Pons J, Almazán C, De Solà-Morales O. La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones de salud pública: ¿más vale prevenir que curar? *Gac Sanit* 2011; 25: 40-8.
2. Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Educ Behav* 2000; 27: 591-615.
3. Bennett P, Calman K, Curtis S, Fischbacher-Smith D. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press 2009.
4. Revuelta G. Salud en España durante el periodo 2000-2009: aproximación a través del análisis de la prensa. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138: 622-6.
5. Effective Media Communications during Public Health Emergencies: A WHO Handbook. Disponible en www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_31/en. Visitat al juliol de 2014.
6. Eysenbach G. Infodemiology and infoveillance tracking online health information and cyberbehavior for public health. *Am J Prev Med* 2011; 40: S154-8.

Salut pública i comunicació 2.0

Hi ha experiències que mostren la utilitat de les xarxes socials, blogs, *wikis* i ferramentes col·laboratives en general durant situacions de risc i alarma per a la SP. Per exemple el meta-blog *Tsunami help* (<http://tsunamihelp.blogspot.com/>) va informar en temps real de les conseqüències del tsunami que en 2004 va assolir el sud-est asiàtic, o com per mitjà de la plataforma de microblogs Twitter es va informar sobre l'accident nuclear a Fukushima. D'altra banda, en les intervencions de SP, l'ús de xarxes socials i altres elements de comunicació 2.0 augmenta la capacitat de posar en comunicació directa l'emissor amb el receptor, i fer arribar directament la informació a la població receptora com s'ha dissenyat. Actualment, les campanyes de promoció de la salut solen utilitzar plataformes de comunicació 2.0, que inclouen vídeos i altres

actuacions orientades a propagar viralment el missatge.

Les noves xarxes socials electròniques poden ser un format idoni per a accions de promoció i protecció de la salut, per la seua capacitat de crear comunitats socials virtuals, ja que compartixen un lloc específic en línia, unixen usuaris a través d'aspectes específics (p. e. malalties rares) i es caracteritzen per interaccions socials focalitzades com buscar i/o difondre informació, buscar o oferir suport emocional, oferir i/o demanar servicis/productes, sensibilitzar cap a una causa o compartir experiències personals.

A l'hora de dissenyar intervencions en SP que tinguin com a canal de suport estes ferramentes, és important tindre en compte quina és la grandària

El papel de la información en el empoderamiento del paciente

IGNACIO BASAGOITI Y SALVADOR CASADO

Las personas necesitan información que puedan comprender y utilizar. Conocer al receptor, adaptar el mensaje y posibilitar el empoderamiento son todavía asignaturas pendientes que esperan respuesta por parte de educadores y proveedores de servicios e información sanitaria. Internet y las redes sociales se están convirtiendo en un importantísimo escenario, donde ciudadanos, profesionales y organizaciones sanitarias están aprendiendo a comunicarse. Usar estas herramientas para que la información se convierta en conocimiento, y este en salud, es un reto que ya tenemos delante.

Directa o indirectamente, todas y cada una de las acciones y decisiones que las personas tomamos a lo largo del día tienen relación con la salud. Vivimos en una sociedad compleja, que nos exige también la toma de decisiones complejas basadas en la información. Saber calcular la dosis de un medicamento para la fiebre, la manera de cocinar un alimento o el procedimiento para solicitar cita en el médico son ejemplos cotidianos de ello.

Por otro lado, dependiendo de la gravedad, de la duración, del impacto de la enfermedad en nuestra vida, así será la necesidad de información que tengamos.

No obstante, el mero acceso a la información, aunque requiere habilidades y motivación, no garantiza su aprovechamiento. Son necesarias destrezas tanto para obtener la información precisa que necesitamos en cada momento, como para utilizarla de manera pertinente. Dicho de otra manera: la información idónea es un ingrediente fundamental para generar conocimiento, pero no es conocimiento en sí misma.

En este sentido, si consideramos la comunicación como una parte inherente a las actividades sanitarias, el profesional debe ser capaz de intermediar, adaptando y personalizando los contenidos, canales y códigos de acuerdo a las características, circunstancias y necesidades de cada persona, para que la comunicación sea efectiva, promueva acciones y dé frutos¹.

Información, alfabetización y empoderamiento

Si la educación es la acción, la alfabetización es el efecto. El objetivo de la alfabetización en salud (AES) es, precisamente, conseguir que los ciudadanos sean capaces de tomar decisiones libres e informadas sobre su propia salud, y es en este contexto donde la información sanitaria de calidad encuentra su verdadera razón de existir.

Existe una firme evidencia científica —atesorada durante las últimas tres décadas— de que la AES ofrece resultados clínicos tangibles y condiciona el uso de los servicios. Con la evolución hacia un sistema de salud más "centrado en el paciente", como parte de un esfuerzo global para mejorar la calidad y reducir los costes de la atención sanitaria, las personas necesitan tomar un papel más activo y responsable en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud.

Así, el empoderamiento puede considerarse como un proceso de crecimiento individual (en cuanto a la toma de decisiones respecto a estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad), pero puede adoptar también formas de movimiento social en una determinada comunidad de pacientes

organizados. Es lo que podríamos llamar *activismo en salud*², con importantes consecuencias en cuestiones como las políticas sanitarias (a través de la presión sobre organizaciones y servicios), investigación (captando recursos o participando activamente) o la educación sanitaria (campañas, elaboración de información, intermediación entre pacientes).

La importancia de la información en salud

Cuando tenemos un problema de salud necesitamos respuestas. Primero las buscamos en lo más cercano. Apelaremos a nuestra familia, a los amigos o conocidos en nuestra red social. Dependiendo del tema elegiremos a uno u otro. No es lo mismo hablar de un problema que afecte a nuestra sexualidad que de un dolor de espalda.

El siguiente paso es acceder a Internet, que se abre ante nosotros como un océano de información e interacción.

El problema surge con la cantidad y la calidad de la información. El reto no es ya estar informado, sino no estar mal informado o sobreinformado. Las características de toda información: significado, importancia, vigencia, validez y valor se degradan rápidamente si el ruido de fondo es grande.

Dependiendo de la calidad de nuestra búsqueda así será la calidad de la respuesta. Por ejemplo, introducir la palabra "hipertensión" en Google genera más de siete millones de respuestas; introducir: "Hipertensión en ancianos, tratamiento", producirá 4.000.

Sanidad aumentada y el cambio de rol de los profesionales sanitarios

Encontrar información pertinente no es fácil. Se necesitan ciertos conocimientos previos sobre el tema que buscamos si no queremos ser inundados por una marea de información.

En este sentido, la alfabetización en salud debe permitir al ciudadano recuperar, analizar, seleccionar y utilizar la información sanitaria adecuada a sus circunstancias y necesidades individuales. Así, no solo se trata de educar sanitariamente, sino de dotar a las personas de las habilidades necesarias para enfrentarse a la información de manera autónoma³.

En cualquier caso, la producción de información científica es tan grande que los propios profesionales sanitarios se ven estresados para manejarla adecuadamente. Cada vez van a ser más importantes los filtros informativos que personalicen la información que requerimos. Un modo es utilizar herramientas como Facebook o Twitter que nos permiten ampliar nuestra red social y nuestra capacidad de interacción para que podamos utilizar esa "inteligencia colectiva".

En el caso de los profesionales, surge el término de sanidad aumentada. Implica el paso de la sanidad clásica, basada en una información en papel y relaciones profesionales “sólidas” dentro de una organización estática, al uso de información en Internet junto a una red profesional “líquida” usando redes sociales dentro y fuera de la propia organización. Esta red social profesional es imprescindible para filtrar y manejar la información de manera eficiente.

Los pacientes y sus asociaciones también están empezando a usar Internet en esta dirección. Foros, blogs y redes sociales se utilizan para intercambiar y filtrar información, así como dar soporte a otros pacientes⁴.

Por otro lado, los profesionales sanitarios están descubriendo que es importante, para implementar sus obligaciones de promoción de la salud y mejora del autocuidado, contar con habilidades de comunicación social. Un primer paso en este cambio de cultura es manejar información accesible en Internet, y prescribir la misma al igual que se prescribe un fármaco. El siguiente es producir la propia información. La información de más calidad para un paciente es la que le provee un profesional sanitario en el que confía.

Pero la prescripción de información por profesionales sanitarios ha de regirse por criterios éticos y técnicos. No se puede dar cualquier información de cualquier forma. Ajustar la dosis correcta es tan necesario como cuando manejamos fármacos.

La mejor información no es la más abundante sino la mas adecuada para la circunstancia del paciente, en la cantidad justa, la que el paciente requiera y en el momento adecuado.

Crear contenidos adecuados precisa también del uso de un lenguaje accesible, pero con fundamento metodológico y evidencia científica. La transparencia es sello de calidad en Internet. Cualquier información sobre salud ha de dejar claro quién la provee y con qué interés.

Recursos para mejorar la información

Los sistemas sanitarios tienen la obligación de proveer información dirigida a la ciudadanía. Esto se consigue mediante el trabajo individualizado en consulta, con actividades de promoción de la salud y talleres de educación sanitaria en centros de salud, y con campañas informativas en medios de comunicación.

El uso de campañas mediáticas suele circunscribirse a cuestiones concretas, y tienen problemas como el elevado coste, lo que reduce su número a pocos mensajes, y la falta de personalización, lo que limita su efectividad.

El uso de Internet para emitir mensajes es un nuevo territorio que están explorando tanto organizaciones como profesionales. Muchos servicios regionales de salud están implementando portales de información al usuario en los que se distribuyen contenidos.

¿Qué puede hacer un profesional sanitario para proveer la mejor información a sus pacientes?

Una forma de transmitir el conocimiento del profesional a los pacientes sería convertir este en información de salud adecuada y comprensible.

El primer paso a seguir sería aprender a usar múltiples formatos para dar cauce a dicha información. Además del formato escrito es posible usar dibujos, presentaciones, mensajes en audio y vídeos.

Escribir texto para pacientes que luego se pueda compartir mediante un blog o página web es lo más sencillo.

El lenguaje audiovisual es el más potente a la hora de transmitir un mensaje. Hoy en día es sencillo grabar un vídeo y subirlo a Internet.

El siguiente paso sería aprender a usar los distintos canales de comunicación para llegar a los pacientes⁵. De nuevo la individualización es imprescindible. Los más habituales son la entrevista directa en consulta, la llamada telefónica y el informe clínico.

Otros canales serían el uso de correo electrónico, el uso de redes sociales generales como Facebook y Twitter para distribuir mensajes de salud, sistemas de mensajería instantánea, como *sms*, o WhatsApp (para el seguimiento de patologías complejas por ejemplo) o videoconferencia con pacientes inmovilizados.

Individualizar la información de salud a cada persona es, sin duda, lo más complejo e importante del tema. Para comunicar bien hay que hablar el mismo lenguaje y utilizar el formato y los canales que el paciente utiliza. Debemos adaptarnos a sus circunstancias sociales, culturales y personales, a su edad y a su sexo, a sus particularidades.

La transformación de la información sobre salud en salud

La información sobre salud por sí misma sirve de poco. Es necesaria su transformación en conocimiento y en conductas. Este proceso requiere de varios ingredientes entre los que destacamos la individualización, la “longitudinalidad”, el apoyo comunitario, la fiabilidad y la confianza.

La longitudinalidad implica el acceso de un paciente a una misma fuente de información o a un mismo profesional que provee información. Esto facilita la confianza y da seguridad al paciente.

El apoyo comunitario implica que la información llega a un paciente por medio de su comunidad, con la que comparte proximidad, características o intereses comunes. Podemos encuadrar aquí también a las asociaciones de pacientes.

El paciente experto

Paciente empoderado es aquel que es competente a la hora de manejar sus problemas de salud. Es el paso siguiente a la alfabetización sanitaria, que permite no solo el conocimiento, sino la toma de decisiones autónomas sobre el autocuidado y la mejora de la “autogestión” de la salud.

El concepto se basa en un nuevo equilibrio entre profesionales sanitarios y pacientes, que transforme las relaciones paternas en otras más horizontales, basadas en la confianza. Este cambio de rol viene de la mano del mayor ejercicio del principio de autonomía que ejercen los pacientes, y obliga a que los profesionales apliquen los principios bioéticos del consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas como base de la práctica clínica.

Algunos servicios de salud han impulsado iniciativas de educación para el autocuidado en enfermos crónicos⁶. De igual modo, las asociaciones de pacientes tratan, a través de la alfabetización, el empoderamiento y el compromiso, enseñar a sus miembros a optimizar el manejo de la enfermedad para conseguir resultados en la mejora de la calidad de vida.

El reto de un nuevo manejo de la información sobre salud

Las personas necesitan información que puedan comprender y utilizar. Conocer al receptor, adaptar el mensaje y posibilitar el empoderamiento son todavía asignaturas pendientes, que esperan respuesta por parte de educadores y proveedores de servicios e información sanitaria.

Tendremos que aplicar la regla del siete y medio a la información sobre salud y, como en el juego de cartas, ni pasarnos ni quedarnos cortos. El objetivo es ofrecer la mejor información para cada persona, adaptada a sus circunstancias, en la cantidad justa y en el momento adecuado.

Internet y las redes sociales se están convirtiendo en un importantísimo escenario donde ciudadanos, profesionales y organizaciones sanitarias están aprendiendo a comunicarse. Usar estas herramientas para que la información se convierta en conocimiento, y este en salud, es un reto que ya tenemos delante. Que el paciente empoderado tenga espacio dentro del propio sistema sanitario pasa por implicar a las organizaciones y los profesionales en un nuevo modelo de asistencia, en una nueva realidad donde todos los actores se comunican e interaccionan en la búsqueda de la salud.

.....
Ignacio Basagoiti

Médico de familia. Investigador y consultor sobre tecnologías de la información y la comunicación y salud. Promotor del uso de las redes sociales para la comunicación entre organizaciones sanitarias, pacientes y profesionales. @jbasago

Salvador Casado

Médico de familia. Experto en tecnologías de la información y la comunicación, redes sociales profesionales y uso de lenguaje audiovisual para pacientes. www.doctorcasado.es

Bibliografía

- Basagoiti I, Grajales FJ, Máñez MA. Profesionales sanitarios y la Web 2.0. En: Basagoiti I, Fernández-Luque L, Traver V. Salud 2.0 entre profesionales. Diario Médico; 2012 Pg: 9-21. Disponible en <http://www.menarini.es/images/stories/biblioteca/Profesionales20.pdf>
- Grau I. Activación de pacientes: compromiso no es sinónimo de adherencia [blog]. En observación; 2014. Disponible en <http://www.enobservacion.com/activacion-de-pacientes-compromiso-no-es-sinonimo-de-adherencia/>
- Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA; 2012. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Basagoiti I, Fernández-Luque L. Compartir información sanitaria. ePacientes: comunicación e interacción. En: Traver Salcedo V, Fernández-Luque L. El ePaciente y las redes sociales. 2011, ITACA. Valencia. Pg: 47-68. Disponible en: <http://www.salud20.es/wp-pdf.php?f=4274>
- Casado S. Uso de econsulta y canales de comunicación entre mis pacientes y yo [video]. YouTube; 2013. Disponible en <http://ow.ly/B8gX5>
- Nuño-Solís R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac Sanit. 2013; 27:332-337. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400009

La comunicació de salut i la responsabilitat social del periodista

INMACULADA JUAN

Davant el notable augment de la demanda social d'informació sobre salut experimentat en el darrers anys, els mitjans de comunicació han respost ampliant l'oferta de espais especialitzats. Al mateix temps, les xarxes socials han entrat a les nostres vides provocant la multiplicació dels emissors d'informació i les opcions per a obtindre-la. Tot i que el periodista continua sent l'intermediari entre la font medico-científica i el públic, en este nou context acudir directament a l'origen de la notícia és més accessible per a qualsevol persona.

En els darrers anys la demanda d'informació sobre salut s'ha incrementat notablement en la nostra societat. L'interés és creixent com remarca des de 1996 l'Informe Quiral¹, un dossier que analitza anualment els continguts periodístics relatius a la sanitat en els principals mitjans de comunicació espanyols.

Els mitjans han respost oferint suplementos, seccions i espais especialitzats. Mentrestant, les xarxes socials han entrat en les nostres vides i s'han multiplicat els emissors d'informació i les opcions per a obtindre-la.

El periodista continua sent l'intermediari majoritari entre la font medico-científica i el públic, però ara és molt més accessible per a qualsevol acudir directament a l'origen de la notícia.

Potser en este procés el periodisme generalista ha perdut pes en la conformació d'allò que anomenem opinió pública. Potser per això és el moment de reivindicar el periodisme especialitzat, aquell que es fa necessari per a una societat que aspire a estar formada per ciutadans cada vegada més exigents i responsables alhora.

Periodisme, salut i responsabilitat

Laura Ibáñez, responsable de comunicació de l'Hospital Universitari Doctor Peset, afirma que "així i tot, els mitjans de comunicació encara continuen marcant l'agenda social d'alguna manera i, per tant, tenen una responsabilitat elevada en la imatge que es dona d'una determinada malaltia o d'un hàbit saludable. En este aspecte, han tingut molt a veure amb la visibilitat que s'ha donat a les anomenades malalties rares o a la condemna del tabac. Es clar que darrere sempre hi ha campanyes institucionals o iniciatives socials que són el punt de partida que els mitjans de comunicació necessiten, però sense l'interés del periodista, tant les campanyes com les iniciatives socials moririen en poc de temps."

Dulce Iborra, cap de Comunicació i Social Media de l'Institut Valencià d'Infertilitat (IVI), va més enllà apuntant que "un pacient informat és, potencialment, un pacient millor diagnosticat, perquè és capaç d'atendre als signes d'alarma i discriminar símptomes en el procés de qualsevol malaltia. I el periodista i el seu periodisme juguen un paper fonamental en este procés d'aprenentatge del ciutadà, tant a nivell científic com administratiu."

L'accés a la informació és un dret humà fonamental. Les persones actuen i decidixen en les seues vides, en les seues famílies i en les seues comunitats en funció de la informació que reben.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) deixa clara la importància del fet comunicatiu en la seua Constitució²: "L'extensió a tots els pobles dels beneficis dels coneixements mèdics, psicològics i afins és essencial per a aconseguir el més alt grau de salut. Una opinió pública ben informada i una cooperació activa per part del públic són d'importància capital per al millorament de la salut del poble."

Els professionals que treballen la comunicació en l'àmbit sanitari són conscients de la seua responsabilitat social fonamentalment per tres raons:

1. Els mitjans influïxen en el comportament de la salut dels ciutadans, en la seua educació.
2. També tenen repercussió en els polítics i en les seues prioritats sociosanitàries.
3. Les prioritats del govern, és a dir, els pressupostos, influïxen en l'agenda dels mitjans i en el comportament públic reforçant-los mútuament.

La responsabilitat individual és ineludible però com apunta Teresa Navarré, periodista que ha treballat en salut des de gabinets de comunicació, revistes especialitzades i associacions de malalts, "açò ha d'anar unit a la responsabilitat social empresarial (RSE), tal com diu la catedràtica d'Ètica de la Universitat de València, Adela Cortina, "sense empreses ètiques no hi ha una bona societat... la responsabilitat social empresarial ha de ser assumida des de dins de l'empresa". Un periodista treballa en una empresa i esta empresa ha de tindre normes ètiques."

Una informació accessible

"De vegades, quan dus molts anys exercint de periodista en un camp específic (per exemple, el sanitari) i, com és el meu cas, estàs rodejada de professionals de la salut amb els quals convius cada dia, acabes adoptant el seu argot i costa molt separar-se d'este ambient per a traduir el llenguatge i les informacions que t'arriben dels especialistes a un llenguatge comprensible". Laura Ibáñez ens parla així de les dificultats a l'hora de fer intel·ligible el discurs científic.

És un dels desafiaments mes importants: com transmetre idees complexes en llenguatge senzill per tal que qualsevol ciutadà puga entendre.

En esta "traducció" ajuda evidentment l'especialització i també els llibres d'estil que van més enllà del pur aclariment terminològic i s'endinsen en el tractament contextualitzat d'una malaltia. Els periodistes en valoren l'ús com a guia, sobretot perquè s'elaboren amb els distints punts de vista que pot haver en un determinat tema. "A més de donar informació sobre la malaltia d'una manera clara i senzilla, també donen una visió de la malaltia des del punt de vista dels familiars i

malalts. Així mateix solen tindre referències de bibliografia fiable”, diu Teresa Navarré. Concha Tejerina, especialista en l'àrea de salut de l'Agència EFE, assegura que “moltes vegades s'utilitzen d'una forma incorrecta paraules o frases que als mateixos afectats els molesta. A les meues mans han arribat llibres d'estil sobre malalties oncològiques i mentals, entre altres, i els he llegit i intentat aplicar les recomanacions que fan.”

La gestió de l'alerta sanitària

La gestió de les alertes és on millor es veu la responsabilitat social del periodista. Segons Iborra, “la informació periodística ha d'ajudar-nos a gestionar el nostre entorn i la nostra realitat amb una base informativa solvent, seriosa i ordenada que ens permeta prendre decisions, en compte d'abocar-nos al pànic que produïx una alerta deixada caure sense més en un mitjà de comunicació.”

En este sentit, Tejerina reclama una estreta col·laboració i confiança entre el personal mèdic i els periodistes: “L'essencial és que els mitjans de comunicació estiguem informats, si pot ser des del minut zero, d'eixa alerta. La falta d'informació pot portar al periodista a buscar-la en altres fonts i provocar més alarmisme del que hi ha en realitat. L'error més greu seria amagar informació, els ciutadans tenen dret a conèixer la veritat i els periodistes l'obligació de contar-la”. Jaime Prats, del diari *El País* també reclama transparència per part de l'Administració pública: “el que no és admissible és l'obscurantisme i amagar la informació per part de l'administració quan hi ha crisis sanitàries. És pitjor, com es va veure, per exemple amb la legionel·la a Alcoi. Al principi, sobretot, el desconcert és major quan l'Administració tarda a reaccionar.”

Ibáñez explica que “una cosa molt útil és comptar amb un portaveu autoritzat que siga l'únic interlocutor visible i l'única font d'informació de la institució. Això ajuda tant al periodista que busca informació com al ciutadà que busca ser informat amb claredat. Per exemple, quan es va produir l'accident del metro a València, l'Hospital Universitari Doctor Peset va rebre una gran part dels ferits i s'havia de gestionar molta informació i tota molt sensible. La gerent de l'hospital en aquell moment va ser l'encarregada de rebre tota la informació i transmetre-la de forma ràpida (tant a mitjans de comunicació, com a familiars de pacients i forces de seguretat).”

Informació garantida

Concha Tejerina ha viscut una vertadera revolució en la seua àrea en els últims 30 anys. Per a ella “la responsabilitat social del periodista en salut està que la persona que llig, escolta o veu eixa informació tinga totes les garanties, i que per a això el periodista es dote de les millors ferramentes.”

Les garanties per al ciutadà són la veracitat, l'interès general, i la representació de tots els punts de vista. Les ferramentes del professional són l'especialització i la fiabilitat de les fonts.

Cada periodista va fent-se amb una “cartera” de fonts en què confia, com apunta Xelo Gimeno, encarregada de la secció sanitària en l'extinta Canal 9: “En el meu cas, tinc la sort de comptar amb un grup de professionals sanitaris de confiança a qui acudir en cas de dubte.”

Tejerina assegura que “davant del dubte tinc dos opcions: obviar la informació o utilitzar els con-

tactes de l'agenda perquè em confirmen o desmentisquen la notícia.” Jaime Prats, de *El País*, valora la informació que li arriba “per la fiabilitat de les fonts (oficials com Centre Nacional d'Investigacions Oncològiques, Organització Nacional de Trasplantaments, etc.) i per mitjà de les consultes que faig a científics, metges o persones que saben de la matèria (o tenen accés directe als fets) i que m'ajuden a valorar la informació.”

Els gabinets de premsa d'empreses sanitàries també tenen els seus criteris. Carolina Alemany, cap de comunicació de l'IVI, ens explica que bàsicament té dos tipus de fonts: “Dades del Grup, a través d'un sistema informàtic propi. Són les xifres referents a tractaments realitzats i als pacients, i en este cas tota la informació és auditada per un auditor extern que garantix que els números que manegem es corresponen amb la realitat. L'altra font són les publicacions i congressos. Són els estudis que realitzen els professionals de l'IVI i que són publicats en mitjans científics o exposats en congressos del sector. En ambdós casos passen pels filtres corresponents que garantixen la veracitat de la informació.”

Indagar, contrastar i divulgar són tasques fonamentals del comunicador. La primera i l'última les compartix amb multitud d'actors, però potser el contrast de les fonts siga la parcel·la que més la identifica en l'escenari actual.

Amb Internet i les xarxes socials hi ha més visibilitat del procés de treball del periodista i més possibilitat d'interactuar. Laura Ibáñez assegura que “ja no val donar una informació general i bàsica, ara cal preparar temes quasi personalitzats per a cada receptor.”

Com diu Jaime Prats “potser ara, amb les xarxes socials o amb la possibilitat de comentar lliurement les informacions, és més visible la resposta de lectors especialitzats. Tens eixa resposta directa, la qual cosa t'exigix extremar encara més la qualitat de la informació per l'examen constant que suposa redactar sobre qüestions sobre les quals hi ha centenars d'investigadors que saben molt més que tu, i que al mínim error t'ho traslladaran de forma immediata. Tu no escrius només per a ells, sinó per a tot tipus de lectors, però també per a ells. I els errors et resten credibilitat, que és del que vivim.”

Comparar, constatar, confrontar, verificar, comprovar: ací radica el compromís del periodista amb la societat i allò que el diferencia d'opinadors interessats en versions concretes de la història.

Obstacles i males pràctiques

Una mala praxi del periodisme sanitari pot tindre conseqüències nefastes en la salut de la població i, en este sentit, la responsabilitat del professional és equiparable a la del metge:

1. El sensacionalisme: posar l'accent en aspectes morbosos d'un tema sense necessitat.
2. Propiciar o crear alarma social: la simplificació d'algunes qüestions pot generar un temor injustificat.
3. Crear falses expectatives: les investigacions científiques són processos i, de vegades, la immediatesa que requereixen els mitjans fa que s'afirmen coses que encara no estan suficientment provades o consensuades.
4. Ús erroni de termes i conceptes: que generen preocupació, confusió o que inciten al rebuig

o consum de medicaments o aliments sense prescripció mèdica.

5. Confusió entre publicitat i periodisme. Quan un anunciant “regala” informació o directament produïx un espai, sorgixen inevitables contradiccions i problemes ètics.
6. Conflictes d'interessos: Laura Ibáñez: “un altre defecte és la politització excessiva de la informació sanitària i la moda del periodisme de denúncia, que ha acabat sent pràcticament l'únic que es fa, deixant de banda altres aspectes també molt importants del món de la salut (educació, prevenció, salut pública, tecnologia sanitària, investigació, etc.).”

El periodisme especialitzat i la crisi

Entre els professionals es considera que el millor remei és l'especialització.

Gimeno explica que “la informació en matèria de salut té prou de divulgació i educació, dos aspectes que s'esquiven en benefici de l'actualitat. L'especialització permet al periodista combinarlos de manera equilibrada. També requereix coneixement previ del tema per a evitar alarmes socials o desinformar al públic però els mitjans aposten poc, cada vegada menys, per tindre periodistes especialitzats en esta matèria.”

La crisi ha incidit directament en la qualitat de la informació. Segons Alemany: “La reducció de plantilla en els mitjans de comunicació per la crisi ha derivat en una falta d'especialització dels periodistes que, a més de la informació de salut, han de cobrir moltes altres notícies de diversos sectors. La conseqüència directa ha sigut que els temes més científics o que necessiten un tractament més en profunditat han passat a un segon pla enfront de temes molt més socials i “lleugers”. Tejerina comenta que “la crisi econòmica i els acomiadaments en els mitjans ens obliguen a escriure sobre altres matèries no sanitàries, la qual cosa repercutix en què els temes no siguen tractats amb la profunditat que de vegades requereixen.”

La responsabilitat social del periodista comença per ell mateix, per l'exercici d'un treball especialitzat i l'autoexigència de rigor. El dret a la informació veraç, pertinent i contextualitzada està en l'epicentre de la qüestió. Açò requereix orientar-se més a la prevenció que no a la malaltia, aprofitar temes conjunturals per a educar i posar en evidència els conflictes d'interessos.

En l'horitzó, una ciutadania ben informada amb millor salut.

.....
Inmaculada Juan Montañana

Comissió executiva Unió de Periodistes Valencians.

BIBLIOGRAFIA

1. Informe Quiral <http://www.fundaciovilacasas.com/ca/salut-informe-quiral/>
2. Organització Mundial de la Salut (1999). Documents Bàsics: 42a edició. Ginebra: OMS. La Constitució va ser adoptada per la Conferència Internacional de la Salut, celebrada a Nova York del 19 de juny al 22 de juliol de 1946, firmada el 22 de juliol de 1946 pels representants de 61 Estats (Off. Rec. Wld Hlth Org.: Actes off. Org. Mond. Sante. 2. 100), i va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948. Les reformes adoptades per la 26a, la 29a i la 39a Assemblees Mundials de la Salut (resolucions WHA26.37, WHA29.38 i WHA39.6), que van entrar en vigor el 3 de febrer de 1977, el 20 de gener de 1984 i l'11 de juliol de 1994, respectivament, s'han incorporat a este text.

Cien números de 'Viure en Salut': de la mirada retrospectiva a las oportunidades para el futuro

LOURDES MONGE

En mayo de 1988, la entonces Conselleria de Sanitat i Consum, edita el primer número de la revista VIURE EN SALUT. Una publicación que nace con la idea de contribuir a difundir información que facilite la toma de decisiones saludables a la población general y aporte al personal sanitario una herramienta de apoyo para la realización de actividades de prevención de la enfermedad y promoción de salud.

El impacto social de los medios de comunicación es una realidad en el mundo actual. Dentro del ámbito de actuación que tenemos que desempeñar como Dirección General de Salud Pública, no podemos olvidar que la prevención eficaz de los problemas de salud pasa por que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos que pueden mejorar su estado de salud, tanto de forma individual como colectiva. Es por esto por lo que una comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de educación para la salud. Por ello es obligado pensar en el importante papel que los medios de comunicación en general y esta publicación en particular, desempeñan para ayudar a profesionales y población a tener argumentos, conocimientos y estrategias para aumentar el grado de su salud.

Seguir la evolución del VIURE EN SALUT es conocer en buena medida la evolución de la salud pública en los últimos 26 años y en particular la de la Comunitat Valenciana, conocer los nuevos retos que se iban creando y las inquietudes de los profesionales que trabajaban y aún hoy siguen trabajando por y para la salud pública.

Veintiséis años de publicación, todo un recorrido histórico por la salud pública de nuestra Comunidad Autónoma.

Por eso, desde el inicio de este artículo quiero, principalmente, destacar la labor de todos los profesionales que empezaron este proyecto, la de aquellos que se han ido sumando y, por supuesto, la de los que se encuentran presentes en nuestro recuerdo.

Quiero agradecer ese esfuerzo que nos ha hecho avanzar tanto. Hemos experimentado grandes cambios gracias al desarrollo tecnológico, pero continuamos por el mismo camino y con los mismos principios con los que se inició, siempre con el objetivo de lograr una salud global.

En mayo de 1988, la entonces Conselleria de Sanitat i Consum, editó el primer número de la revista VIURE EN SALUT, la revista para la promoción de la salud que con ese título tan conciso supo definir claramente y desde el principio su objetivo.

El VIURE EN SALUT nace con la idea de contribuir a difundir información que facilite la toma de decisiones saludables a la población general y

aporte al personal sanitario una herramienta de apoyo para la realización de actividades de prevención de la enfermedad y promoción de salud.

Nace el mismo año que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como Año Internacional contra el Tabaquismo, instando a los diferentes Gobiernos para que adoptaran las medidas necesarias para disminuir dicho hábito, pasándolo a considerar como uno de los principales agentes causales de morbilidad y mortalidad en la población adulta.

En ese mismo año, se conmemoró por primera vez el 1 de diciembre el Día Mundial de la Lucha contra el Sida o Día Mundial de la Respuesta al Sida.

En Australia, en 1988 también, se celebró la II Conferencia Internacional de Promoción de Salud, afianzando el nuevo concepto de promoción de la salud recogido dos años antes en la Carta de Ottawa y el reconocimiento de la salud como objetivo social fundamental.

La portada de ese primer número de la revista, entonces editada en blanco y negro y azul eléctrico, precisamente se hacía eco de estos temas de actualidad: El sida: la educación sanitaria, única vacuna; una experiencia en la escuela frente al tabaco; la Carta de Ottawa: Un nuevo concepto para la Promoción de la Salud. Con ello dejó patente, lo mismo que con su título, la misión de la publicación.

La revista se enviaba de forma gratuita a colegios, ayuntamientos, centros sanitarios, dirigentes de asociaciones y a aquellas personas que, por el interés que suscitaba, se suscribieran. La difusión mediante papel, en aquel momento era esencial para divulgar la información, en contraste con el momento actual en el que es esta forma básicamente accesorio.

Al hacer un breve recorrido por el contenido de la revista a lo largo de los años, me resultaba entrañable comprobar que en "Agenda" de las publicaciones iniciales, se recogían los primeros encuentros, reuniones científicas, jornadas, las mismas que mantenidas en el tiempo destacan actualmente en sus presentaciones, números avanzados acordes al paso de más de cinco lustros. Recientemente se ha celebrado la XXXII Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología y entonces se anunciaba como la séptima reunión.

Destacar también, el anuncio en 1989 de la celebración de la 1ª Feria de la Salud en la Feria de Muestras de Valencia.

Cómo íbamos a pensar en aquel momento que se llegarían a celebrar 30 ferias de la salud. Más de 400.000 niños de nuestra Comunidad recorrieron aquellas ferias instaladas en su área de salud, en las que aprendían a comprar y consumir alimentos saludables, a iniciar y mantener la higiene bucal, a evitar los accidentes de tráfico o a hacer ejercicio en el rocódromo mientras el “cuentacuentos” les entretenía con sus enseñanzas saludables.

Estas ferias de la salud, por su utilidad pública clara, fueron un modelo de participación de los ayuntamientos, instituciones, centros educativos y centros de salud pública, una participación que tenía como objetivo promulgar la salud pública.

Se anunciaron en la revista nuevas profesiones, como los higienistas dentales en 1989 y nuevas orientaciones formativas acordes a las necesidades que se iban generando como el nuevo módulo de Formación Profesional en salud ambiental.

Además se comunicó la apertura de los Centros de Información y Prevención del SIDA (CIPS), cruciales y de gran apoyo social.

El entonces denominado Servicio de Sanidad Ambiental y Laboral, por su parte, escribía artículos sobre plaguicidas y sobre el sistema de información en salud laboral y explicaba lo que eran los ahora extintos servicios médicos de empresa.

Además de los informes, proyectos, las encuestas de salud, experiencias en una u otra localidad o área de salud que más tarde se consolidaron y se hicieron extensivas a todo el territorio, como fue la salud materno infantil en un área piloto, hay que señalar que tradicionalmente se han incluido ilustraciones, viñetas cómicas y aportaciones culturales e históricas de gran interés siempre vinculadas a la salud pública. Así encontramos, entre ellos, temas como el cólera, la tuberculosis, la evacuación de aguas residuales.

Pero la revista tenía y tiene un aspecto humano que pretende transmitir proximidad.

Cómo no recordar el concurso de recetas con motivo de la Expo'92 y su material gráfico, o las fotos, que se hicieron en alguna ocasión en el colegio a hijos, hoy adultos, de trabajadores de salud pública, que a buen seguro conservarán con nostalgia.

Son muchas las novedades que se han comunicado, la cita previa y la nueva historia clínica en 1991.

Son muchos los consejos y recomendaciones recogidos en la revista: las vacunaciones recomendadas a los viajeros internacionales, 19 años antes de que dispusiéramos de nuestros propios centros de vacunación internacional; los reiterados consejos contra los piojos, del Servicio de Epidemiología; la importancia de la vacunación contra la gripe; la importancia de evitar radiaciones solares; la alimentación en VIURE EN SALUT ha sido un instrumento básico en la difusión de información de actualidad para profesionales y para toda la población en general.

En un mundo en el que la telemática e Internet no habían alcanzado su cenit, se trataba de un instrumento básico para dar a conocer la actualidad.

Mensajes tan elocuentes como estos: “Los medicamentos no son caramelos, no los tomes ni antes ni después de los 65 años”, “No los tomes por tu cuenta” o “Tú que puedes, hazte donante”, han servido como base para un “marketing de salud” que siempre fue bien acogido y utilizado para mejorar la información y el bienestar general.

VIURE EN SALUT ha ido evolucionando en el formato, en la periodicidad de publicación, en la estructura y en las secciones.

Ha sido una evolución serena y bien orientada que le ha permitido perdurar y mantenerse hasta llegar al número 100, número que ahora publicamos.

Hasta marzo de 1992, se presentó en sus colores tradicionales, y era frecuente que los informes, las experiencias, los reportajes, los firmara un servicio o una unidad y de forma más excepcional uno o más autores. (figura 1).

Además del cambio en la presentación y de la incorporación de la cuatricomía en la portada, en el año 1992 pasó a ser monográfico y anunciaba en su contraportada el tema del número siguiente y su presentación. Con este esquema, presentación de un monográfico con una periodicidad trimestral se ha posibilitado abordar una gran variedad de temas relacionados con los estilos de vida y la salud, se mantiene a día de hoy teniendo una fuerte penetración en la población general, sanitaria y docente.

En el primer monográfico, que trató sobre el tabaco, se incluyó la información sobre el aula del tabaco y la canción “Fumando desespero”, compuesta por niños de un colegio de Mutxamel. Una vez más supo transmitir los valores con humor.

Se han tratado a lo largo de estos años, todos los temas que integran la cartera de servicios de salud pública; las desigualdades, mujeres y salud, salud infantil, alimentación y nutrición, tabaquismo, prevención de accidentes de tráfico, ambiental, laboral, sida e infecciones de transmisión sexual, mayores y salud, vacunas, ejercicio físico, enfermedades raras... y así hasta llegar a decenas de temas que, abarcando todos los ámbitos, resultaban de gran importancia para la población. (tabla 1)

Y no puedo dejar de destacar, que ha sabido contextualizar con cada momento, haciéndose eco de ello con rapidez. Aunque podríamos poner varios ejemplos, me viene a la mente aquel que se celebró en el Año Europeo Intergeneracional del 93, —entonces la esperanza de vida era de 73,5 años para los hombres y 79,5 para las mujeres— o aquel realizado en el año 1993 en el que se asignaron áreas a la violencia de género y a los accidentes de tráfico en la “ruta del bacalao”, o aquella en la que se conmemoró los 50 años de la OMS, en 1998.

En 2008 cumplió 20 años de existencia y publicación ininterrumpida, Con 78 números editados y aproximadamente una tirada de 23.000 ejemplares por revista, se marcó un punto de inflexión, y tras la lógica revisión sobre la trayectoria recorrida se acometieron nuevas propuestas destinadas a encarar el futuro de la publicación. La reflexión de esta efeméride quedó marcada en su lema: “De qué parlarem quan parlem de salut en 2028” (figura 2), y en la incorporación de un reto: poner en marcha nuevos formatos que convirtieran el VIURE EN SALUT en una plataforma de divulgación más allá de la revista.

En febrero de 2009, coincidiendo con la publicación del monográfico sobre actividad física se iniciaron las Jornadas Viure en Salut, que más allá de la presentación de cada número se han constituido como referentes para el debate e interacción con los participantes en las mismas. Cada jornada viene a completar los contenidos de publicados bien añadiendo otros temas o ampliando en profundidad alguno de ellos. En cierta manera podríamos decir que así fue como VIURE EN SALUT tomó la palabra. Desde entonces se han realizado 20 jornadas relacionadas con los temas monográficos de la revista con una asistencia activa de 3.649 personas. La incorporación de las nuevas tecnologías han posibilitado además que estos foros hayan sido retransmitidos por el Canal GV-Generalitat Valenciana y segui-



Figura 1. Evolución del diseño de la portada: (a) nº 1; (b) nº 16 y (c) nº 31

Tabla 1. Números de monográficos por tema

• Mujeres y salud	7
• Salud mental	5
• Alimentación y nutrición	5
• Salud infantil	4
• Salud ambiental	4
• Salud laboral	4
• Tráfico	4
• Tabaquismo	4
• Sida/ITS	3
• Personas mayores	3
• Alcohol, drogas, adicciones	3
• Cáncer	3
• Sexualidad	2
• Vacunas	2
• TIC	2
• Seguridad alimentaria	2
• Enfermedades raras	2
• Ejercicio físico	2
• Tuberculosis	2

dos por aquellas personas que por distancia, horarios, capacidad limitada de aforo u otras circunstancias no hubieran podido asistir a las Jornadas. Además todas y cada una de las mismas han quedado grabadas y pueden ser accedidas para su visionado y consulta *online* a través de la sección de vídeos “Educación para la Salud” de la Biblioteca Virtual de la Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat.

La revista fue incluida, en 2008, en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, conocido como Latindex. El sistema Latindex proporciona los datos normalizados de una amplia variedad de revistas académicas o de interés académico, con información que permite conocer su trayectoria, especialización temática, organismo editor, responsables editoriales, dirección completa, procedimientos de distribución, o bases de datos que cubren la revista. El objetivo de este sistema de información es difundir, hacer accesible y elevar la calidad de las publicaciones científicas seriadas de ciencias exactas, naturales, sociales y humanas producidas en la región, a través de los recursos compartidos. A partir de abril de 2012 figura también en el CAB *abstracts database* base de datos bibliográfica de investigación que entre otros recopila investigaciones sobre aspectos de la salud humana y biotecnología.

Se ha publicado durante la dirección de una directora general de promoción y se ha sucedido con la de otros cinco directores generales. Quedando constancia y siendo posible la consulta de todos los números hasta la actualidad a través de la la sección de revista “Viure en Salut” de la Biblioteca Virtual de la Dirección General de Salud Pública.

La línea editorial de la publicación ha sido elegir un tema monográfico alrededor del cual se confi-



Font: Viure en Salut

Figura 2. Ponentes durante la Jornada “2028: de què parlarem quan parlem de salut”. Junio, 2008.

guran los artículos cuyos autores representan la diversidad de perspectivas y colectivos con experiencia e implicación en el mismo. Además de los profesionales de salud pública, han colaborado los de otras direcciones de la Conselleria de Sanitat, de otras consellerias y de otras instituciones. En ella han colaborado: expertos, profesionales, Administración, universidad, organizaciones ciudadanas, sociedades científicas y un largo etc. Hacer una selección de los autores para hacer mención de ellos además de difícil podría ser injusta, por eso vaya por delante el reconocimiento del esfuerzo de todos y destacar su gran nivel intelectual y profesional. Basta poner algunos nombres a autores que han compartido sus artículos en el VIURE EN SALUT como Manuel Vázquez Montalbán, Fernando Savater, Antonio Escohotado, M.^a Ángeles Durán o Carlos Simón para representar a más de 800 colaboradores provenientes de diversos ámbitos que han dejado sus aportaciones a la revista.

Es cierto que hemos cambiado la información escrita por la comunicación audiovisual mediante la página www.cuífatecv.es, el portal de salud de la Comunitat; y que disponemos de portales colaborativos y de sistemas de información y aplicaciones informáticas que son referentes, pero pese a eso, VIURE EN SALUT continua y mantiene los objetivos iniciales con la misma actualidad e ilusión.

Uno de los logros de VIURE EN SALUT ha sido precisamente trabajar la información de forma que sea accesible a profesionales y profanos en temas de salud, y sin duda un elemento esencial para conseguir esto ha sido la implicación de todas las personas que han colaborado en las sucesivas publicaciones y jornadas. Actualmente la publicación llega por *email* a todos los correos; alrededor de 99.000, de la Generalitat Valenciana (dominio gva) y a los de aproximadamente 3.000 suscriptores individuales, distribuyéndose en papel a 126 asociaciones, 48 centros de atención

al usuario, 132 oficinas de información, 471 bibliotecas, 516 centros de la tercera edad y 900 puntos de difusión varios y otros 7.000 suscriptores.

Porque en definitiva, los instrumentos cambian, pero la comunicación y más en nuestra profesión fue y continua siendo un valor, tenemos que mantener y potenciar este valor para el futuro y seguir así construyendo en salud.

Una vez recorridos el pasado y el presente cabe preguntarse por el futuro. La información difundida a través de esta publicación vertebrada los conocimientos y servicios disponibles entre la población y los profesionales que trabajan por la salud desde diferentes ópticas. El papel da paso a otros medios de difusión y esto ha hecho más accesible la información. No obstante no se puede obviar ningún medio bajo riesgo de no llegar a todos los grupos poblacionales. Las diferencias en salud podrían agrandarse si solo se apostara por un medio. Revista, jornada, vídeo y recursos quedan relacionados alrededor de un tema.

Quedan algunos aspectos por mejorar como son la indexación de los contenidos para facilitar la recuperación de los artículos y temas abordados tanto en revistas como en las jornadas. Además del reto que supone hacer de las redes sociales otro aliado para la salud que siga procurando debate, posibilitando “empoderamiento” y encuentro entre las personas que deseen profundizar sobre los condicionantes de su salud. El conocimiento compartido, la posibilidad de interacción entre expertos afectados por diferentes problemas de salud y la puesta en común de soluciones llevará sin duda a conseguir personas más capacitadas y activas en el manejo de sus procesos. Y también en el sostenimiento de estilos de vida y condiciones ambientales que promuevan un mayor desarrollo de la salud.

Para concluir, quiero señalar que todo el personal que participa tanto autores como los profesionales que contribuyen, han demostrado además de los conocimientos, una generosidad, una disposición y sintonía necesaria en el éxito y permanencia en este instrumento de divulgación científica.

Agradezco la atención y dedicación dispensada a VIURE EN SALUT y espero que se convierta, cada vez más, en un instrumento abierto a todas las personas vinculadas a la salud pública. Todas las personas implicadas en temas de salud tienen cabida en este foro, y os animo a proponer temas relacionados con vuestras respectivas áreas de trabajo y centros de interés, para ofrecer la información necesaria a través de esta publicación.

Lourdes Monge García

Directora general de Salud Pública.
Conselleria de Sanitat.

La información y la alfabetización en salud: una perspectiva económica

MIGUEL ÁNGEL MÁÑEZ

Más y mejor información sobre salud es uno de los elementos clave para mejorar el estado de salud de la población. Así pues, promover y establecer actividades y proyectos siguiendo una línea común para alcanzar un adecuado nivel de alfabetización en salud es una obligación de las organizaciones sanitarias. Entre estas iniciativas, además de la información y comunicación al ciudadano, la formación dirigida al profesional del sistema sanitario es un punto fundamental que debe ser tenido en cuenta.

Más allá de la asistencia sanitaria, uno de los elementos clave para la mejora del estado de salud de la población es la información. La irrupción de la llamada *health literacy* (alfabetización en salud) demuestra la importancia de la información dirigida al paciente y al ciudadano: más información, o al menos mejor información, implica más salud. Pero ¿es la información coste-efectiva? ¿las actividades de educación e información, dirigidas a pacientes y ciudadanos, sanos pueden ser analizadas en términos económicos?

La principal revisión sistemática realizada por Eichler, Wieser y Brugger¹ señala que el coste por un bajo nivel de alfabetización en salud puede alcanzar el 3-5 % del gasto total en salud, o desde una visión individual, el gasto en una persona con un bajo nivel de alfabetización en salud puede superar el de una persona con un nivel adecuado en un rango entre 143 y 7.798 dólares por año. Sin embargo, los estudios analizados son bastante heterogéneos y es difícil generalizar una cifra concreta.

Entre los estudios que asocian la alfabetización con el gasto sanitario destacan los trabajos de Friedland² acerca de las implicaciones de la alfabetización en la política sanitaria. Así, Vernon³ calcula el coste que implica que un 36 % de la población tenga una alfabetización en salud baja o muy baja en Wisconsin: entre 3,4 billones de dólares y 7,6 billones de dólares por año. Una cantidad que para Estados Unidos

representa entre el 7 % y el 17 % del gasto sanitario total. Sin embargo, no hay siquiera una aproximación a si las campañas y proyectos de mejora de la alfabetización implicarían un ahorro equivalente.

De una manera más desagregada, existen una serie de estudios centrados en la relación entre la alfabetización y la utilización de servicios sanitarios. Así, Hardie⁴ presenta una relación clara entre mejor alfabetización con menor uso de urgencias e ingresos hospitalarios. Un resultado similar obtiene Baker⁵, al relacionar la alfabetización con el riesgo de ingreso hospitalario, encontrando una relación entre ambas variables basada en una encuesta a 979 pacientes realizada en el área de urgencias del Grady Memorial Hospital en 1994 y 1995.

Los estudios que relacionan de forma directa la alfabetización del ciudadano en relación a la salud con los costes del sistema sanitario son bastante escasos. Uno de ellos, publicado en 2005⁶, analiza el coste asistencial derivado de dos grupos de pacientes de Medicare, y concluye señalando que el grupo de pacientes con menor nivel de alfabetización en salud tenía un coste superior y realizaba un uso menos eficiente de los servicios sanitarios. Otro estudio, del año 2011³, centrado en usuarios de planes de salud privados, asocia un menor gasto sanitario entre los usuarios de mayor nivel de alfabetización, principalmente en los gastos asociados a ingresos hospitalarios y a la asistencia urgente.

Intervenciones para la mejora de la alfabetización en salud

¿Existen estudios con resultados que nos puedan ayudar a entender el efecto que tiene la mejora del nivel de alfabetización, en el coste sanitario de un país? Podemos agrupar los estudios en diferentes grupos:

- **Uso de servicios sanitarios.** Existe una relación directa entre dicho uso y el coste del servicio, aunque depende de la intensidad del uso y de si la reducción es continuada o puntual. Lo más habitual son los proyectos que buscan reducir determinadas variables como los ingresos hospitalarios o las visitas a urgencias o readmisiones, que suelen ir unidas a una reducción del gasto. Además, es importante pensar en términos de actividades preventivas o de *screening* que generan un alto coste y proporcionan una baja utilidad al paciente (mamografías antes de una edad concreta, por ejemplo). La mejora en la alfabetización genera, por lo tanto, una reducción del coste a través del sistema sanitario⁷.
- **Uso racional del medicamento y adherencia a los tratamientos.** La relación entre la adherencia y un menor coste es incuestionable, en términos de sistema sanitario. Existe evidencia que refuerza la relación entre alfabetización y adherencia, aunque depende de los estudios que se manejen.
- **Promoción y educación de la salud.** Si bien las personas con mejor conocimiento de salud interpretan mejor los mensajes asociados a hábitos saludables, es imprescindible realizar además iniciativas de refuerzo y de mejora del comportamiento. En este caso, la mera comprensión de los mensajes no implica un cambio de comportamiento, por lo que la mejora no es directa.
- **Mayor autocontrol y autocuidados.** La colaboración del propio paciente en sus cuidados mejora el estado de salud y reduce el uso de los servicios de urgencias. Además, existe una relación clara entre los autocuidados y un menor coste sanitario individual.

La gran duda es si las iniciativas de mejora de la alfabetización en salud pueden ayudar a reducir el gasto sanitario, ya que hay diversas aclaraciones que no deben obviarse:

- Existe suficiente evidencia acerca del menor uso de los servicios sanitarios de las personas con mejor alfabetización de salud. Dicho menor uso implica un menor gasto sanitario.
- Existe evidencia respecto de la relación entre mayor alfabetización con mejor estado de salud del paciente en enfermedades crónicas y en otras patologías. De nuevo, la asociación con un menor gasto es directa.
- Finalmente, en relación a las actividades de promoción y educación a largo plazo, existe suficiente evidencia sobre su coste-efectividad, traducida en mejor estado de salud de la población, menores complicaciones, reducción de diversos factores de riesgo asociados (obesidad, tabaquismo, etc).

Las organizaciones sanitarias y la alfabetización en salud

Promover un adecuado nivel de alfabetización en salud es una obligación de las organizaciones sanitarias, que deberían establecer proyectos y actividades siguiendo una línea común. Siguiendo a Brach *et al*⁸, nos vamos a centrar en algunos atributos que toda organización debería

cumplir para mejorar el nivel de alfabetización de salud de la sociedad: la información y comunicación al ciudadano y la formación al profesional del sistema.

Respecto a la información y comunicación al ciudadano, es esencial disponer de una estrategia que tenga por objeto: eliminar la variabilidad de la información, utilizar todos los medios de comunicación para así acercarse al ciudadano, establecer alianzas con medios de comunicación, empresas, asociaciones, ayuntamientos, etc. para que la salud sea uno de los ejes de sus estrategias o implantar iniciativas específicas centradas en los sectores de población con menor alfabetización de salud. Las estrategias deben evitar la ley de los cuidados inversos y centrarse en grupos de pacientes que realmente lo necesitan.

Es fundamental destacar el papel que deben jugar los nuevos soportes de comunicación (*online*, multimedia, etc), ya que permiten una mayor difusión, adaptación a las costumbres de grandes segmentos poblacionales, etc. Además, el uso masivo de información *online* sobre salud, a través de buscadores generalistas o en foros y redes sociales no controladas por profesionales, debe hacer reflexionar a políticos y responsables respecto de la necesidad de una gran estrategia sobre información *online*, sea a través de sellos, de webs oficiales, etc.

Por otra parte, la organización debe promover la mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales, para que se adapten a pacientes con diferentes niveles de alfabetización. Nuevos paradigmas como la toma compartida de decisiones, el uso de Internet para conseguir información y una nueva relación de agencia (con el consiguiente cambio para el profesional) deben ser tenidos en cuenta. Una interesante revisión Cochrane⁹ apoya los proyectos de promoción para profesionales de una atención centrada en el paciente, con mejoras asociadas en la satisfacción del paciente y en su estado de salud.

De hecho, como nos recuerdan algunos autores¹⁰, el desconocimiento de los efectos a largo plazo y la importancia de generar cambios culturales y sociales en relación a los hábitos saludables son elementos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar los programas de promoción y educación de la salud.

Finalmente, es necesario tratar el tercer eje de la información, el que habla de la propia organización, de su actividad, de calidad, etc.

La publicación de datos de actividad y calidad de las organizaciones sanitarias no está asociada a mejoras o cambios en el ciudadano, y las revisiones más recientes no muestran ningún tipo de beneficio aparente. Sin embargo, entendemos que en un sistema sanitario público como el español es imprescindible que se publiquen dichos datos en un entorno de transparencia, legalidad y libre acceso a datos públicos.

Algunas propuestas finales

De cara a orientar la actuación de las organizaciones sanitarias, se proponen las siguientes propuestas:

1. Orientar la organización sanitaria hacia la mejora de la alfabetización en términos de

salud requiere centrarse en la comunicación y la información.

2. Además de mejorar la información que recibe el paciente, es imprescindible que los profesionales mejoren sus habilidades para entender adecuadamente las necesidades de otros pacientes.
3. El autocuidado no es la panacea, pero existe suficiente evidencia respecto de la mejora en términos de salud y de la reducción de costes que presenta.
4. A partir de los estudios de coste-efectividad en relación a condiciones asociadas a patologías crónicas, se deben elaborar programas coordinados de mejora de la alfabetización.
5. Involucrar a pacientes en programas del tipo *paciente experto* o a través de las denominadas *escuelas de pacientes* puede mejorar la motivación y la asimilación del mensaje.
6. La alfabetización en salud comienza en la educación infantil y, por ello, muchas campañas a largo plazo deben iniciarse en esos niveles.
7. La publicación de datos e información de la actividad de las organizaciones sanitarias es imprescindible para conseguir un sistema transparente, que fomente la mejora constante y ayude a la toma de decisiones por parte del paciente.

.....
Miguel Ángel Máñez Ortiz

Economista.

Director de gestión del Complejo Hospitalario de Toledo.

Editor del blog "Salud con cosas"

(<http://saludconcosas.blogspot.com>).

Bibliografía

1. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009; 54(5): 313-24.
2. Friedland R. New estimates of the high costs of inadequate health literacy. In: *Proceedings of Pfizer Conference "Promoting Health Literacy: A Call to Action"*. October 7-8, 1998, Washington, DC: Pfizer, Inc., 6-10.
3. Vernon J, Trujillo A, Rosenbaum S, DeBuono B. Low Health Literacy: Implications for National Policy. University of Connecticut, 2007.
4. Hardie NA, Kyanko K, Busch S, Losasso AT, Levin RA. Health literacy and health care spending and utilization in a consumer-driven health plan. *J Health Commun*. 2011; 16 Suppl 3: 308-21.
5. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998; 13: 791-8.
6. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med*. 2005; 118: 371-7.
7. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008; 66: 1809-16.
8. Brach C, Keller D, Hernández LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2012.
9. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Dec; 12: CD003267.
10. Cohen D. Health promotion and cost-effectiveness. *Health Promot Int*. 1994; 9(4): 281-7.



Viure en Salut i Vídeos

Espanyol i valencià

Recopilació de tots els números de la revista y dels vídeos de totes les Jornades Viure en Salut. Biblioteca virtual de la DGSP – Conselleria de Sanitat:
<http://www.san.gva.es/web/comunicacion/biblioteca-virtual-de-salud-publica>



Cuídate CV. Portal de Promoció de la Salut de la Comunitat Valenciana <http://www.cuidatecv.es/>

Espanyol, valencià i anglès

Portal de la Conselleria de Sanitat que suposa un vincle directe amb la població, on els ciutadans poden trobar informació i recursos per a preservar o millorar la seva salut.



Sistema d'Informació de Promoció i Educació per a la Salut (SIPES) <http://sipes.msps.es/>

Espanyol, anglès, català, euskera, gallec i valencià

Realitzat en el marc del Consell Interterritorial del Sistema Nacional Salut, en el Grup de Treball de Promoció de la Salut, en són els promotors la Subdirecció General de Promoció de la Salut i Epidemiologia del Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat i les unitats de promoció de la salut de les conselleries de sanitat de les comunitats i ciutats autònomes, amb el suport tècnic de la Subdirecció General de Tecnologies de la Informació del Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat. SIPES té com a finalitat principal l'intercanvi d'informació i bones pràctiques en promoció de la salut.



Salupedia <http://www.salupedia.org>

Castellà

Pàgina que recupera, classifica i ordena informació sanitària dispersa en Internet, protegida per una comunitat de professionals que recomanen i valoren els continguts. D'esta manera, el ciutadà troba un lloc de confiança on pot accedir a informació sobre salut . Al seu torn, el professional, també disposa d'un lloc de confiança on pot adreçar els pacients quan vol prescriure informació.



Alfabetización en salud. De la información a la acción

ISBN: 978-84-695-5267-4

Edita: Itaca

Editat en castellà

Alfabetización en salud. De la información a la acción és un llibre col·lectiu que aborda, des de múltiples enfocaments, disciplines i sensibilitats, el complex procés de transformar la informació i el coneixement en decisions pràctiques, amb resultats tangibles quant a guanys en salut. Es tracta de la primera gran obra en castellà sobre la matèria, en què els 47 autors ofereixen una completa visió de la qüestió, que complementen amb recursos i informació pràctica per al professional o el ciutadà que vol endinsar-se en el tema de l'alfabetització en salut i l'apoderament del pacient. Descàrrega gratuïta en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion>.



Revista de Comunicación y Salud

ISSN: 2173-1675

Editada en castellà i portugués

Revista científica revisada per parells, de periodicitat anual. Es difon electrònicament en format de lliure accés. Té com a objectiu contribuir al desenrotllament de la comunicació i la salut a Iberoamèrica oferint un espai d'intercanvi científic als investigadors i una rigorosa guia de bones pràctiques als professionals:
<http://www.revistadecomunicacionysalud.org>



Fundació d'Educació per a la Salut (FUNDADEPS) www.fundadeps.org

Castellà

La Fundació d'Educació per a la Salut és una organització no lucrativa nascuda l'any 2003 en el si de l'Hospital Clínic San Carlos de Madrid, pionera en el desenrotllament de l'educació per a la salut a Espanya. Té com a finalitat fomentar la salut a través de la promoció de la salut, l'educació per a la salut i la investigació científica i tècnica, per a augmentar la qualitat de vida de la ciutadania per mitjà de la cultura de la salut.

