

## Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar

Health Advocacy, the forgotten part of health promotion in family medicine

Rolando Bonal Ruiz<sup>1\*</sup> <http://orcid.0000-0001-6528-1083>

<sup>1</sup>Policlínico “Ramón López Peña”. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [rolandobonal@infomed.sld.cu](mailto:rolandobonal@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** La abogacía de salud es una estrategia de la promoción de salud y un componente esencial y fundamental de ella, mas no siempre se ve así, a veces se confunde o se intercambia con la promoción de salud misma.

**Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica sobre el término abogacía de salud y su relación con la promoción de salud y la medicina familiar.

**Métodos:** Análisis documental de la literatura encontrada en bases de datos y análisis y síntesis de estos documentos desde un enfoque socio-histórico y lógico.

**Conclusiones:** A pesar de que es un tema sugerido para su inclusión en los programas de formación de medicina familiar según los estándares globales de la Organización Mundial de Médicos de Familia y Generales (2013), existen muy escasas referencias en la literatura hispana y latinoamericana de medicina familiar. La abogacía de salud es habitualmente subestimada y obviada como parte de la promoción de salud en medicina familiar, es una actitud, una competencia y una responsabilidad social del médico en general.

**Palabras clave:** Abogacía de salud; medicina familiar; atención primaria.

### ABSTRACT

**Introduction:** Health advocacy is a health promotion strategy and an essential and fundamental component of it, but it does not always looks like this, sometimes it is confused or exchanged with the promotion of health itself.

**Objective:** To carry out a bibliographical review on the term ‘‘health advocacy’’ and its relationship with the promotion of health and family medicine.

**Methods:** Documentary analysis of the literature found in data and analysis bases, and summary of these documents from a socio-historical and logical approach.

**Conclusions:** Although it is a suggested topic for inclusion in family medicine training programs according to global standards of the World Organization of Family and General Physicians (2013), there are very few references in the Hispanic and Latin American literature on Family Medicine. Health advocacy is usually underestimated and ignored as part of health promotion in family medicine, it is an attitude, a competence and a social responsibility of the general practitioners.

**Keywords:** Health advocacy; family medicine; primary care.

Recibido: 17/02/2017

Aprobado: 17/11/2018

## INTRODUCCIÓN

La abogacía (defensa) de salud es una de las tres estrategias básicas<sup>(1)</sup> para la promoción de salud, además de facilitar y mediar según la carta de Ottawa.<sup>(2)</sup> Ser abogado de la salud debe ser una competencia básica o esencial en la formación de todo médico, las ‘‘Directivas Canadienses de Educación Médica para Especialistas’’ (*Canadian Medical Education Directives for Specialists* [CanMEDS]) las incluye como una de las 7 funciones que cada médico de ese país debería tener (2015);<sup>(3)</sup> función también que debe ser inherente a todo médico de familia, según los estándares globales<sup>(4)</sup> que estableció la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA por sus siglas en inglés) (2013), para la formación de los especialistas en medicina familiar en todo el mundo.

Ya desde 1991, WONCA incluía la abogacía como una de las 7 funciones básicas del médico de familia, mas, este concepto no se desarrolló hasta los últimos años.<sup>(5)</sup>

Para la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar de Estados Unidos, la abogacía es una subcompetencia<sup>(6)</sup> de la práctica basada en sistema, una de las 7 competencias genéricas en la formación de todo médico de ese país, incluido el médico de familia, al mismo tiempo es una de las 20 “actividades profesionales confiables” (APROC) dentro de esta especialidad según el portal web de esta misma sociedad, al señalar que una APROC será: *“Abogar por los pacientes, las familias y las comunidades para optimizar la equidad en el cuidado de la salud y reducir al mínimo las disparidades en los resultados sanitarios”*.<sup>(7)</sup>

Ese rol que ha establecido la CanMEDS ha sido en ocasiones usado intercambiamente al traducirlo al español como promotor de salud<sup>(8)</sup> o consejero de salud,<sup>(9)</sup> esa confusión también sucede en el propio país de Canadá donde algunos<sup>(10)</sup> equiparan la abogacía de salud con la propia promoción de salud, las mismas directrices canadienses adaptadas a la especialidad de medicina familiar (CanMEDS MF 2009)<sup>(11)</sup> mencionan claramente que “la abogacía de salud es un componente esencial y fundamental de la promoción de la salud” mas no significa lo mismo.

Precisamente, con la intención de aclarar más el vocablo, se realiza una revisión bibliográfica que tiene como objetivo relacionar la abogacía de salud con la promoción de salud y con la medicina familiar.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como LILACS, Hinari, Scielo, Medline/PubMed, en la Biblioteca Virtual de Salud y en buscadores generales, como Google, usando las palabras clave en inglés y español: “abogacía de salud” y “medicina familiar”. Se seleccionaron los artículos científicos de forma que el total de ellos cumplieran con los criterios de búsqueda, y que más del 50 % correspondiera a los últimos cinco años. Se incluyeron otros artículos de otros años por la trascendencia que representaban.

En la base de datos de la Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACs) se encontraron 6 artículos y en la Scientific Eletronic Library Online (SciELO) menos de 60 artículos de abogacía, ninguno relacionado con el trabajo del médico de familia y muy pocos en el área clínica de los profesionales de salud; la mayoría de la

literatura que aclaraba las cuestiones de ésta investigación se encontraba en lengua inglesa en las restantes bases de datos.

## **DESARROLLO**

Ser abogado o defensor de la salud tiene una connotación política, no en el sentido de política como ideología de gobierno, sino como la 9na acepción del diccionario de la Real Academia de Lengua Española que define política como “el hecho de involucrarse en actividades públicas”,<sup>(12)</sup> más allá del marco de la consulta médica, sería el caso del médico.

### **Algunos conceptos relacionados**

Tiene que ver con políticas públicas y con políticas públicas saludables, son políticas públicas “los proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública con fines de satisfacer las necesidades de una sociedad”.<sup>(13)</sup> Un ejemplo de política pública es la decisión del gobierno de hacer el sistema de educación gratuito en todos sus niveles. Una política de salud: “se refiere a decisiones, planes y acciones que se llevan a cabo para lograr objetivos específicos de atención de la salud dentro de una sociedad. Una política explícita de salud puede lograr varias cosas: Define una visión para el futuro que a su vez ayuda a establecer metas y puntos de referencia a corto y mediano plazo. Describe las prioridades y las funciones esperadas de los diferentes grupos; construye consenso e informa a la población”.<sup>(14)</sup> Ejemplo de política de salud es que existiese un plan del médico de familia en toda la población para más o menos 120 familias, generalmente las políticas de salud las establecen los ministerios de salud con apoyo del gobierno central; en cambio una política pública saludable según la OMS<sup>(15)</sup> (1988) “se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todos los ámbitos de la política y por una responsabilidad por el impacto en la salud. El principal objetivo de la política pública de salud es crear un ambiente de apoyo que permita a las personas llevar una vida sana. Esta política hace que las opciones de salud sean posibles o más fáciles para los ciudadanos. Hace que los entornos sociales y físicos mejoren la salud”

*Kemm*<sup>(16)</sup> define la política pública saludables como “aquella política que promueve que incrementa la salud y el bienestar de aquellos individuos y comunidades que las afectan”.

Las políticas públicas saludables representan “un enfoque integrado para mejorar la salud y reducir las disparidades en la salud en las decisiones de políticas, programas y proyectos tomadas tanto en el sector público como en el privado.”<sup>(17)</sup>

Son ejemplos de políticas públicas saludables: La prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, el uso obligatorio de cascos en los motoristas, creación de espacios públicos con condiciones para realizar actividades físicas, etc. En este contexto es que el médico de familia puede, una vez identificada las causas “ascendentes” de una enfermedad o problema de salud, defender o proponer una política pública saludable para sus pacientes, que en el fondo prevenga esa enfermedad analizada.

Por tanto, ser un defensor de salud es defender las razones que hacen que se tenga una buena salud, es identificar las determinantes sociales en la comunidad del médico de familia que están generando desigualdades sociales en salud y que estén afectando a los usuarios de atención sanitaria y abogar por su solución. Por ejemplo, ante una fosa desbordada o ante falta de alcantarilla, el médico intercede con las autoridades locales para lograr su solución, por el peligro de provocar brotes o enfermedades transmisibles por agua. Abogar es identificar y actuar activa y conscientemente ante las necesidades, sentidas o no, del paciente y de la comunidad, de aquellas que estén generando un problema de salud real o potencial, más allá del marco de la consulta médica, esto tiene que ver mucho con la responsabilidad social del médico.

La abogacía de salud no solo se desarrolla en países en vías de desarrollo, sino también de países desarrollados, donde inclusive en grandes capitales se concentran áreas de pobreza y desigualdad social, tampoco es propio de áreas comunitarias, se puede abogar por la salud individualmente con el paciente, aunque en la medicina familiar canadiense ha tenido más énfasis su inclusión, y las directrices de ese país recomiendan incluirla en todas las especialidades.

### **Un ejemplo de debate**

El hecho de que la abogacía de la salud y la acción política del médico forme parte de los currículos de formación de todo médico de cualquier especialidad, ha generado gran

polémica,<sup>(18)</sup> pues algunos no conciben a un médico que no fuese solo prescriptor de recetas médicas. En septiembre del 2011 se generó un interesante debate en la revista *Academic Medicine*, a partir de un artículo de un médico internista, que no aceptaba ni concebía que los médicos estuvieran involucrados en algún tipo de defensa (abogacía) política de la salud, actividad que consideraba subversiva y criticaba especialmente un programa de residencia en pediatría que incorporaba esta competencia en su currículum. Algunas de las réplicas a este artículo fueron bien interesantes, como la de una residente de pediatría<sup>(19)</sup> que reflexionaba que una pediatra ante un caso de un niño con una lesión medular por accidente de tránsito, debe defender el uso del casco de protección, el uso de cinturones de seguridad en los vehículos, la prohibición de bebidas alcohólicas en los choferes, etc. Otra autora<sup>(20)</sup> respondió que ante una niña de 12 años, obesa, que ya es hipertensa, el profesional de la salud debe preocuparse y cuestionarse por las modificaciones dietéticas, la falta de lugares seguros para jugar y hacer actividad física, la falta de opciones saludables y calidad de la comida en comedores escolares, el desafío que implica una atención de salud de calidad a los niños de bajos ingresos. Un lector<sup>(21)</sup> argumentó “los médicos siempre han liderado la lucha contra el tabaquismo, el uso del cinturón de seguridad, el airbag, leyes de control de la seguridad vial ”... no debemos temer que si algún médico tuviese habilidades de abogacía se convirtiera en político o formara parte de un grupo de presión, tal vez no a todos los médicos les interese ser defensores de la salud, pero al que le interese serlo, tiene una magnífica oportunidad”. Otro defendió<sup>(22)</sup> que el médico sí tiene que ver con la identificación de la mala nutrición, viviendas deficientes, violencia doméstica, presiones comerciales, influencia mediática, pobreza, uso de tapas de seguridad en los medicamentos, uso de cascos en los ciclistas, etc. Otros, en cambio, señalaron “la abogacía de la salud y su educación no dirigen al defensor hacia ninguna posición política en particular, ni tienen que ver con la politiquería partidista”;<sup>(22)</sup> “el papel del médico no debe compararse al de un político, por tanto, la enseñanza y práctica de la abogacía de salud no tiene que ser partidista”;<sup>(23)</sup> “la abogacía de salud hecha por los médicos no significa que se conviertan en políticos, significa estar consciente de las determinantes sociales de la salud y de las necesidades, problemas de salud, recursos y bienes comunitarios.”<sup>(24)</sup>

Cada día más y más especialidades, sobre todo en la parte norte de América, están enriqueciendo los currículos de las especialidades con este componente.<sup>(25,26)</sup>

## Entonces, ¿qué es la abogacía de salud?

*Poulton y Rose* plantean que hay conceptos generales de abogacía de salud, como la defensa de causas de aquellos que requieren ayuda o son incapaces de hablar por sí mismos.<sup>(27)</sup> Esto puede ser visto como un enfoque paternalista o prescriptivo de la abogacía.<sup>(28)</sup>

También se ha descrito como un trabajo de equipo en la que los médicos trabajan conjuntamente con los pacientes y otros para alcanzar metas comunes de salud, un enfoque que puede ser visto como empoderador o facilitador.<sup>(29,30)</sup>

También hay conceptos más radicales de la abogacía de salud realizada por el médico, como el propuesto por *Earnest y otros*,<sup>(31)</sup> quien plantea que la abogacía de salud es “toda acción de un médico para promover los cambios sociales, económicos, educativos y políticos que mejoren el sufrimiento y las amenazas para la salud y el bienestar humanos que él o ella identifiquen a través de su trabajo profesional y su experiencia”.

En la relación a la abogacía de salud en medicina familiar las CanMEDS dirigidas a especialistas de medicina familiar (2009)<sup>(11)</sup> plantean como definición que “Como defensores de la salud, los médicos de familia utilizan de manera responsable su experiencia e influencia para promover la salud y el bienestar de los pacientes individuales, las comunidades y las poblaciones” y menciona como competencias claves que los médicos de familia serán capaces de:

1. Responder a las necesidades individuales de salud de los pacientes y cuestiones como parte del cuidado del paciente.
2. Responder a las necesidades de salud de las comunidades que servir.
3. Identificar los determinantes de la salud dentro de sus comunidades.
4. Promover la salud de pacientes individuales, comunidades y poblaciones.

En la versión general del año 2015 de los CanMEDS<sup>(3)</sup> se redefine más el tema planteándose que “Como defensores de la salud, los médicos aportan su experiencia e influencia al trabajar con comunidades o pacientes, para mejorar la salud. Trabajan con aquellos que sirven para determinar y entender las necesidades, hablar en nombre de otros cuando sea necesario, y apoyar la movilización de recursos para efectuar el cambio”. Esta vez se reducen a dos las competencias claves, coincidiendo con las acciones de agencia (en el paciente) y activismo (en la comunidad), que plantea *Dobson* (2012)<sup>(32)</sup> y que se

verá más adelante. Esta nueva versión de los CanMEDS 2015 enfatiza además en trabajar no solo “por” los pacientes y comunidades sino “con” ellos, reconociendo que aunque el activismo no es una práctica generalizada en todos los médicos, varios médicos podrían participar y dirigir iniciativas de abogacía a nivel poblacional o más socialmente. Se destacan conceptos relacionados con la abogacía en salud como “mejora continua de la calidad; determinantes de la salud, incluidos los determinantes psicológicos, biológicos, sociales, culturales, ambientales, educativos y económicos, así como factores del sistema de atención de la salud; prevención de enfermedades; derechos fiduciarios; equidad en salud; promoción de la salud; protección de la salud; alfabetización del sistema de salud; movilización de recursos según sea necesario; principios de política de salud y sus implicaciones; uso responsable de la posición e influencia, responsabilidad social de los médicos, abogacía en colaboración con pacientes, comunidades y poblaciones atendidas, adaptación de la práctica para responder a las necesidades de los pacientes, las comunidades o las poblaciones atendidas”. CanMEDS considera que el nuevo concepto adicionado “equidad en salud” es un principio fundamental de la abogacía, por lo que toda capacitación sobre este tema de abogacía debería incluir los conceptos arriba mencionados.

Según los CanMEDS (2015) como competencias claves y facilitadoras de la abogacía en salud, los médicos (en general) serán capaces de:

1. Responder a las necesidades de salud de un paciente individual abogando con el paciente dentro y más allá del entorno clínico.

*Competencias facilitadoras*

- 1.1 Trabajar con los pacientes para abordar los determinantes de la salud que los afectan y su acceso a los servicios o recursos de salud necesarios.

- 1.2 Trabajar con los pacientes y sus familias para aumentar las oportunidades de adoptar comportamientos saludables.

- 1.3 Incorporar la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la vigilancia de la salud en las interacciones con pacientes individuales.

2. Responder a las necesidades de las comunidades o poblaciones que sirven al abogar con ellos para el cambio a nivel de sistema de una manera socialmente responsable.

*Competencias facilitadoras*

2.1 Trabajar con una comunidad o población para identificar los determinantes de la salud que los afectan.

2.2 Mejorar la práctica clínica mediante la aplicación de un proceso de mejora continua de la calidad en las actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y vigilancia de la salud.

2.3 Contribuir a un proceso para mejorar la salud en la comunidad o población a la que sirven.

### **Relación de abogacía y promoción de salud**

Llama poderosamente la atención que en la competencia básica: “Responder a las necesidades de salud de un paciente individual” se incluya como competencia facilitadora “1.3 Incorporar la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la vigilancia de la salud en las interacciones con pacientes individuales”

Lo que deja implícito que para estos autores la promoción de salud se reduce, por lo menos en el caso de los médicos, a una acción individual, sobre todo basada en el comportamiento o estilo de vida del paciente, concepción muy frecuente en la medicina occidental y que ha sido altamente criticada por diversos autores en la medicina familiar, sobre todo de países desarrollados.<sup>(33)</sup>

Uno de los autores que escribió este capítulo de abogacía de salud, en las directrices CanMEDS, plantea en otro artículo más reciente<sup>(10)</sup> que “En contextos clínicos, la promoción de la salud se utiliza a menudo para significar "promoción de la salud médica" y se centra en el cambio de comportamiento individual o un individuo”, algo con lo que quien escribe este texto no concuerda, pues la promoción de salud, es mucho más que un cambio de comportamiento individual.

En numerosos textos se señala que la “promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”,<sup>(1)</sup> determinantes modificables que van más allá, de los estilos de vida e incluyen las determinantes sociales de la salud.

Muchos artículos coinciden en señalar la estrecha y sinérgica relación entre la promoción de salud y las determinantes de salud, sobre todo las determinantes sociales.<sup>(34,35,36,37)</sup>

Jackson y otros<sup>(36)</sup> plantean que “en muchos contextos, los enfoques de promoción de salud orientados a la justicia social han sido eclipsados y distorsionados por estrategias de cambio de comportamiento y estilo de vida centradas individualmente”

### Un concepto, componentes, elementos de la abogacía de salud

En el 2016 Hubinette y otros<sup>(10)</sup> trataron de mejorar el concepto al plantear que “abogacía de la salud es tanto una actitud como un conjunto de habilidades multifacéticas que incluyen garantizar el acceso a la atención, navegar por el sistema de atención de salud, movilizar recursos, abordar las desigualdades en salud, la influencia en las políticas de salud y la creación de cambios en el sistema. Para ser defensores de la salud competentes, los médicos deben entender los factores que crean inequidades en la salud y reconocer cómo afectan la vida de sus pacientes y poblaciones”

Para estos autores “Los conceptos fundamentales en la abogacía de la salud incluyen determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud”.

En nuestra opinión continúa siendo vago el concepto, aunque es inclusivo de varios elementos que serán analizados en el cuadro.

**Cuadro-** Elementos de la definición de Hubinette y otros (2016) de Abogacía de salud y ejemplos

Elementos del concepto	Ejemplos a realizar por un médico de familia
Garantizar el acceso a la atención	Lograr que sean atendidos todos los pacientes con la misma calidad sin distinción de color de la piel, género, religión, ideología, origen étnico, orientación sexual, discapacidades, apariencias, etc.
Navegar por el sistema	Ayudar a un paciente a conducirse dentro del sistema de salud removiendo los obstáculos para eso, de comunicación, psicológicos, personales, financieros, etc.
Movilizar recursos	Ayudar al paciente a movilizar recursos personales y comunitarios, ayudas no médicas, a través de la prescripción social.
Abordar las inequidades en la salud	Identificar las determinantes sociales de la salud en la vida de un paciente, buscar maneras de mejorar los efectos de las desigualdades sociales en salud

	dentro de su práctica médica.
Influir en las políticas de salud	El médico puede sugerir leyes de salud o proponer políticas públicas saludables como resultado del análisis causal de un problema de salud.
Crear cambios en el sistema	Al proponer políticas públicas saludables se están creando modificaciones potenciales en el sistema de salud.

Quizás el significado más entendible de la abogacía de la salud sea este, extraído de una publicación de la Organización de Naciones Unidas:

La palabra abogacía tiene su origen en el derecho, pero su significado moderno es “el proceso de manejar información y conocimientos estratégicamente, para cambiar o influenciar las políticas y prácticas que afectan las vidas de las personas, en particular las de las personas desfavorecidas”.<sup>(38)</sup>

Aplicándolo al médico, él puede realizar este proceso (con, en, sobre) a nivel individual (en la consulta, en la casa del paciente y dondequiera que se produzca un encuentro clínico), a nivel de comunidad y a nivel social sugiriendo y apoyando políticas públicas saludables.

*Dobson*<sup>(32)</sup> plantea que existen dos tipos de actividades relacionadas con la abogacía, la agencia y el activismo.

1- La Agencia: Ser agente es defender la salud en pacientes individuales, ayudarlos a acceder a recursos comunitarios, darle información, orientación, conectarlo con profesionales no clínicos cuando están teniendo problemas para ser independientes, facilitarle apoyo social, medicamentos etc., ayudarlo a conducirse dentro del sistema de salud. La agencia, la define el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española<sup>(12)</sup> en su 7ma acepción, como diligencia (prontitud, agilidad; cuidado y actividad en ejecutar algo), solicitud (pretender pedir o buscar algo con diligencia y cuidado), agencia en el ámbito filosófico y sociológico es la “capacidad que pone un agente para actuar en un mundo”...”un individuo que se conecta con la estructura social”.<sup>(39)</sup> Por tanto, ser agente no es una simple ayuda, es demostrar interés y tiempo en diligenciar las necesidades o problemas del paciente.

2- Activismo: Abarca una variedad de actividades en comunidades o población, incluyendo la sensibilización sobre un tema, la movilización de los recursos necesarios para el cambio, la realización directa de un cambio o la evaluación de este; cambio

institucional (por ejemplo, en el nivel de la práctica, a nivel del centro de salud, del sistema de salud). Según el diccionario de la Real Academia Española, activismo es “la tendencia a comportarse de un modo extremadamente dinámico”,<sup>(12)</sup> activismo o militancia “dedicación intensa a una dada línea de acción en la vida pública, ya sea en el campo social, político o religioso”.<sup>(40)</sup>

Sobre la base de estos subroles de la abogacía de salud, es que fueron redactadas las sub competencias de la CandMEDS 2015,<sup>(3)</sup> mencionadas más arriba. *Hubinette y otros*<sup>(41)</sup> han enfatizado que para que la defensa sea efectiva, debe ser apoyada por el equipo de salud, de manera de que ningún juego de equipo puede ser ganado por un jugador en especial.

Hubinette<sup>(10)</sup> también ha indicado que tanto la agencia como el activismo, pueden ser dirigidos y compartidos. «Con la defensa "compartida", las necesidades de salud, las fortalezas y las oportunidades de cambio están determinadas por el individuo, la comunidad o la población. La contribución de un médico a la abogacía se basa en la colaboración, la facilitación y el compromiso. Esto se traduce en la defensa de un individuo, grupo, comunidad o población. Los médicos deben posicionar su pericia biomédica junto con (y no por encima) a las interpretaciones y perspectivas de los pacientes».

«Con la defensa "dirigida", las necesidades de salud son determinadas por un médico usando su perspectiva y experiencia. Esto implica la representación o la orientación de un experto en un tema, lo que resulta en la defensa de un individuo, la comunidad o la población. Por supuesto, un médico no debe ser alentado a desempoderar un paciente. Aunque la abogacía "dirigida" aprovecha la perspectiva única de un médico dentro del sistema de salud, no debe realizarse con un enfoque paternalista».

Los tipos de abogacía (agencia y activismo) y enfoques (compartidos y dirigidos) pueden ser representados a lo largo de dos ejes, resultando en cuatro cuadrantes. No todos los médicos están involucrados en los 4 cuadrantes, en algunos más que otros se requiere de más tiempo y energía y esto tiene que ver con los 6 atributos del defensor de la salud, identificados por *Flynn y Verma*,<sup>(42)</sup> a saber, ser altruista (una persona que demuestra un deseo de atender al bienestar de los demás, lo que implica gastos de tiempo, energía o recursos personales), conocedor (de las determinantes sociales de salud y desigualdades en salud que están afectando su comunidad y su vinculación con la salud persona, del grupo o comunidad), honesto (presentar un argumento veraz y legítimo en nombre del paciente),

asertivo (se refiere al papel de argumentar en nombre de otro, presentando / alegando el caso de la mejor forma posible y presentando los hechos de una manera convincente y directa, se aduce defensor de la salud que carece de asertividad tendrá dificultades con la defensa y será menos eficaz), ingenioso (ser capaz de afrontar un reto y desarrollar una estrategia para llegar a una solución, teniendo en cuenta las presiones que deben soportar) y actualizado (mantenerse al día y conscientes de los recursos disponibles y emparejarlos con el conocimiento actual de las mejores prácticas para los pacientes).

Estos atributos están acompañados de conductas deseables por parte del defensor de la salud, como son sensibilidad, perseverancia, demostrar preocupación por el bienestar de los demás, escuchar las necesidades del paciente y de la comunidad, iniciativas para resolver problemas y consulta a profesionales aliados. No obstante se han asociado a conductas no deseadas en aquellos no defensores como son insensibilidad, morosidad, comunicador defensivo, agresividad, quietismo, rigidez, menosprecio del trabajo en equipo. El defensor de salud, en ocasiones, puede ser víctima de acoso laboral, tanto por parte de colegas, como por parte de directivos de salud al salirse del “patrón establecido”. Estas conductas deseadas constituyen valores, que unido al altruismo, el sentido de justicia social y la actitud que implica priorizar el bienestar de los demás a costa del tiempo propio y el esfuerzo por el gasto de energía, deberían formar parte de los requisitos de idoneidad y admisión a futuros estudiantes de medicina, lo que garantizaría el papel modélico que tengan éstos médicos en sus futuros alumnos.<sup>(43)</sup>

### **Estrategias y herramientas de abogacía de salud**

Allinson y Apfel en su libro *Promoviendo abogacía de salud para profesionales de salud* ofrecen varias estrategias y herramientas, pero están redactadas para ser usadas por un profesional o funcionario de la salud pública<sup>(44)</sup> y no de un médico de familia, aunque el médico puede usar las herramientas que tenga en su alcance.

La tercera edición del libro del Instituto de Defensa de la Salud Pública de Australia Occidental<sup>(44)</sup> señala entre las estrategias para realizar abogacía de salud: Trabajar con el gobierno y los políticos; crear y generar debate; trabajar con los medios de comunicación masiva (alianzas con periodistas, redacción de alertas, grabaciones de radio, carta al editor etc.); realizar abogacía electrónica (creación y mantenimiento de sitios web, páginas de Facebook, Twitter y otras redes sociales).

Entre las herramientas mencionadas por este mismo libro están los comunicados de prensa, alertas de acción, carta a políticos, reunión con políticos, entrevistas, grabaciones de radio, entrevistas a la TV y cartas al editor.

En una guía de abogacía de salud para profesionales de salud, producida por el World Health Communication Associates conjuntamente con el Consejo Internacional de Enfermeras (os)<sup>(45)</sup> se mencionan otros procesos y herramientas como son: Enmarcado (framing) de la situación; investigación formativa (colección de datos y evaluación); marketing social; realización de lobby (grupo de cabildeo o grupo de presión).

La Sociedad Canadiense de Pediatría<sup>(46)</sup> sugiere, entre las herramientas para hacer abogacía de salud, las cartas o correos electrónicos o llamadas telefónicas con un legislador encargado de formular políticas (policy-maker); presentación del problema o asunto a un comité legislativo y/o grupos políticos; redacción de notas informativas; encuentro o reunión con diputados, senadores; en todas las herramientas se dan consejos y habilidades de cómo proceder en cada caso y que hacer y qué no hacer en abogacía de la salud.<sup>(47)</sup>

En Cuba existe una estrecha relación entre el delegado de la circunscripción y el médico de familia en la resolución de problemas de salud. El delegado de la circunscripción es un ciudadano o ciudadana elegido por el pueblo que representa a una población entre 200 y 3000 habitantes, que recoge las opiniones, necesidades y dificultades de sus electores, los da a conocer a la asamblea y administración de la localidad a fin de ser resueltos, el delegado gestiona las soluciones y da respuestas a los planteamientos de sus electores,<sup>(48)</sup> “solo le compete ejercer un papel fiscalizador y controlador para que las cosas funcionen bien, y en ello involucra, de manera activa, a sus electores”,<sup>(49)</sup> “es la máxima autoridad política de su localidad”.<sup>(49)</sup>

## CONCLUSIONES

La abogacía de salud es habitualmente subestimada y obviada como parte de la promoción de salud en medicina familiar; es una actitud, una competencia y una responsabilidad social del médico en general. La expresión más operativa de este significado es la preocupación consciente, activa y fiduciaria por el paciente, grupo o comunidad, por las

causas o razones que llevaron a ese estado o situación de salud que se reclama o tal vez no se sea consciente.

A pesar de que es un tema sugerido para su inclusión en los programas de formación de medicina familiar según los estándares globales de la Organización Mundial de Médicos de Familia y Generales (WONCA 2013) existen muy escasas referencias en la literatura hispana y latinoamericana de medicina familiar.

Tiene que ver esto con el sentido de humanismo, sentido de justicia social, profesionalismo y con razón es una función esencial del profesional que trata con la salud humana.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Nutbeam D. Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. Traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo. España: OMS; 1998.
2. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)
3. Sherbino J, Bonnycastle D, Côté B, Flynn L, Hunter A, Ince Cushman D, et al. Health Advocate. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. p. 23-4.
4. Global Family Doctor: Web site of the World Organization of Family Doctors. World Organization of Family Doctors (WONCA). Wonca Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education. Wonca Working Party on Education. Bangkok; 2013. Acceso: 20/03/2018. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8pdmAvoThAhXPqlkKHeAqD04QFjAAegQICRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.globalfamilydoctor.com%2FPgEducationStds&usg=AOvVaw04LILF3aWRUZIPItLib2cpf>

5. Bentzen BG, Bridges Webb C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D, et al. The Role of the General Practitioner/ Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA: WONCA: 1991. Acceso: 20/03/2018. Disponible en: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>
6. Society of Teachers of Family Medicine. ACGME Family Medicine Subcompetencies. 2015. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.stfm.org/Resources/ResourcesforResidencyPrograms/EPAs,Competencies,Milestones/ACGMFamilyMedicineSubcompetencies>
7. Society of Teachers of Family Medicine. Entrustable Professional Activities for Family Medicine End of Residency Training. 2015. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.stfm.org/Resources/ResourcesforResidencyPrograms/EPAs,Competencies,Milestones/EntrustableProfessionalActivities>
8. Soto-Aguilera CA, Robles-Rivera K, Fajardo-Ortiz G, Ortiz-Montalvo A, Hamui-Sutton A. Actividades profesionales confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico, FEM 2016; 19 (1): 55-62
9. Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1ª Parte: Principios y métodos, ventajas y desventajas. Educación Médica. 2016;17 (4):130-9.
10. Hubinette M, Dobson S, Scott I, Sherbino J. Health advocacy. Med Teach. 2016;21:1-8.
11. CanMEDS-Family Medicine .Working Group on Curriculum Review. Ottawa, Canada:Royal College of Physician and Surgeons of Canada; 2009.
12. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23a. ed. Madrid: Espasa; 2014.
13. Graglia JE. En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Buenos Aires, Argentina: Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS); 2012.
14. Health policy. WHO. S/F. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/)
15. WHO. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April. 1988. Acceso:

24/01/2017.

Disponible

en:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>

16. Kemm J. Health impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promot Int.* 2001;16(1):79-85.

17. Gottlieb LM, Fielding JE, Braveman PA. Health impact assessment: necessary but not sufficient for healthy public policy. *Public Health Rep.* 2012;127(2):156-62.

18. Huddle TS. Perspective: Medical professionalism and medical education should not involve commitments to political advocacy. *Acad Med.* 2011;86:378-83.

19. Sohil SR, Barnert ES, Waters E, Simon P. Do medical professionalism and medical education involve commitments to political advocacy? *Acad Med.* 2011;86(9):1061.

Author reply 1065.

20. Kuo AA, Arcilla L, Castro A, Chen L, Edison B, Huang J, et al. Do medical professionalism and medical education involve commitments to political advocacy? *Acad Med.* 2011;86(9):1061-2.

21. Schickedanz A, Neuhausen K, Bennett H, Huang D. Do medical professionalism and medical education involve commitments to political advocacy? *Acad Med.* 2011;86(9):1062.

22. Palfrey JS, Chamberlain LJ. Do medical professionalism and medical education involve commitments to political advocacy?, *Acad Med.* 2011;86(9):1062-3.

23. Stull MJ, Wiley EA, Brockman JA. Do medical professionalism and medical education involve commitments to political advocacy?, *Acad Med.* 2011;86(9):1064.

24. Banack JG, Byrne N. Do medical professionalism and medical education involve commitments to political advocacy? *Acad Med.* 2011;86(9):1064-5.

25. Abuzinadah AR, Cooke L. Neurology Health Advocacy Curriculum: Needs Assessment, Curricular Content and Underlying Components. *Can J Neurol Sci.* 2016;16:1-7.

26. Doiron RC. Health advocacy in a competency-based curriculum: The emerging role of global surgery. *Can Urol Assoc J.* 2016;10(3-4):82.

27. Poulton A, Rose H. The importance of health advocacy in Canadian postgraduate medical education: current attitudes and issues. *Can Med Educ J.* 2015;6(2):e54-60.

28. Oandasan IF. Health advocacy: bringing clarity to educators through the voices of physician health advocates. *Acad Med.* 2005;80(10 Suppl):S38-41.

29. Hubinette M, Dobson S, Towle A, Whitehead C. Shifts in the interpretation of health advocacy: a textual analysis. *Med Educ.* 2014;48(12):1235-43.
30. Hubinette M, Dobson S, Voyer S, Regehr G. 'We' not 'I': health advocacy is a team sport. *Med Educ.* 2014;48(9):895-901.
31. Earnest MA, Wong SL, Federico SG. Physician advocacy: What is it and how do we do it? *Acad Med.* 2010;85:63. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: [http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2010/01000/Perspective\\_Physician\\_Advocacy\\_What\\_Is\\_It\\_and.22.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2010/01000/Perspective_Physician_Advocacy_What_Is_It_and.22.aspx)
32. Dobson S, Voyer S, Regehr G. Perspective: Agency and activism: Rethinking health advocacy in the medical profession. *Acad Med.* 2012;87:1161-4.
33. Achhra A. Health promotion in Australian general practice - A gap in GP training. *Australian Family Physician.* 2009;38( 8):605-8.
34. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *CienSaude Colet.* 2014;19(11):4361-70.
35. Jackson SF, Birn AE, Fawcett SB, Poland B, Schultz JA. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(6):473-80.
36. Gore DM, Kothari AR. Getting to the root of the problem: health promotion strategies to address the social determinants of health. *Can J Public Health.* 2013;104(1):e52-4.
37. Kickbusch I. 21st century determinants of health and wellbeing: a new challenge for health promotion. *Glob Health Promot.* 2012;19(3):5-7.
38. Advocacy Toolkit. A guide to influencing decisions that improve children's lives. © United Nations Children's Fund (UNICEF), New York; 2010. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: [https://www.unicef.org/cbsc/files/Advocacy\\_Toolkit.pdf](https://www.unicef.org/cbsc/files/Advocacy_Toolkit.pdf) Agencia. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Agencia\\_\(filosof%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Agencia_(filosof%C3%ADa))
39. Agencia. S/F. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Agencia\\_\(filosof%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Agencia_(filosof%C3%ADa))
40. Activismo. S/F. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Activismo>

41. Hubinette MM, Regehr G, Cristancho S. Lessons from rocket science: Reframing the concept of the physician health advocate. *Acad Med.* 2016;91:1344-7.
42. Flynn L, Verma S. Fundamental components of a curriculum for residents in health advocacy. *Med Teach.* 2008;30:e178-e183
43. Bandiera G, Maniate J, Hanson M, Woods N, Hodges B. Access and Selection: Canadian Perspectives on Who Will Be Good Doctors and How to Identify Them. *Acad Med.* 2015;90:946-52.
44. Public Health Advocacy Institute of Western Australia. Public health advocacy toolkit – Third Edition. Perth, Australia: Curtin University, Perth; 2013.
45. Allinson C, Apfel F. Promoting Health Advocacy Guide for Health Professionals. World Health Communication Associates Ltd. International Council of Nurses; 2010. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/ICN-NEW-28.3.2010.pdf>
46. Canadian Pediatric Society. Choosing the right tool. An advocacy starter kit. S/F. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.cps.ca/en/advocacy-defense/choosing-the-right-tool#Letters>
47. Canadian Pediatric Society. Do's and Don'ts of child advocacy. S/F. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.cps.ca/en/advocacy-defense/tip-sheet-child-advocacy>
48. Asamblea Nacional del Poder Popular. República de Cuba. Deberes de los delegados. S/F. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.parlamentocubano.cu/index.php/delegados-de-circunscripcion/#deberes-de-los-delegados>
49. Febles Hernández M. El delegado que necesitamos. Periódico Granma. 30 de octubre de 2014. Acceso: 24/01/2017. Disponible en: <http://www.granma.cu/opinion/2014-10-30/el-delegado-que-necesitamos>

### **Conflicto de intereses**

El autor declara no tener conflicto de intereses.