

Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos¹

María Teresa Cerqueira²

El concepto de promoción de la salud, que ha alcanzado su máximo desarrollo en Canadá, Estados Unidos y Europa occidental, se viene formulando desde casi principios de siglo, pero no fue hasta los años setenta que su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante en el marco de la salud pública. En este sentido ejercieron una influencia decisiva la Declaración de Alma Ata (1978) (1), el informe Lalonde (1974) (2) y el informe "Un pueblo saludable" (1979) (3), documentos cuyo detenido análisis de los problemas, necesidades e infraestructura de salud de los distintos países reveló la grave crisis institucional ocasionada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la enorme carga representada por los problemas sanitarios del subdesarrollo y las enfermedades crónicas y degenerativas. Era necesario reforzar el nivel básico de atención y, de hecho, en 1978 la atención primaria se convirtió en una estrategia de salud pública en los países de la Región. No obstante, la medicina tradicional, con su énfasis casi exclusivo en los fenómenos biológicos, seguía siendo el modelo de atención predominante en casi todas partes. Aún no había llegado el momento de cuestionar seriamente su capacidad de responder a los problemas de salud de las poblaciones.

Con la Carta de Ottawa (4) se produjo en 1986 un cambio de dirección fundamental en el campo de la salud pública en América Latina y el Caribe. Diversos encuentros y documentos generados a raíz de ella, muchos por iniciativa de la OPS, resaltaron la importancia de la promoción de la salud y la llevaron a ocupar un primer plano, junto con la atención primaria, entre las estrategias de salud pública de nuestra época. Desde entonces la mayor parte de los países han reevaluado el alcance de la medicina curativa tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus sistemas locales de salud (SILOS) y fomentar la participación de la comunidad en las actividades de atención primaria.

Ya ha pasado una década desde la Carta de Ottawa y es quizá un momento oportuno para reflexionar sobre la trayectoria de la promoción de la salud, sus bases teóricas y prácticas en el momento actual y algunos de los retos que plantea para los países de América Latina y el Caribe.

¹ Este texto es un resumen del trabajo "Promoción de la salud: retos y perspectivas", presentado en el Congreso de Salud Pública, celebrado en Cuernavaca, México, el 25 de enero de 1995.

² Programa de Participación Social y Educación para la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

La promoción de la salud: los primeros pasos

En un principio, la promoción de la salud se apoyaba casi enteramente en la modificación de conductas generadoras de riesgo en el nivel individual y en el fomento de estilos de vida saludables por medio de la educación del público. Con estos fines se lanzaron numerosas campañas educativas de corta duración cuyos resultados, muy alentadores en un principio, se desvanecían con el pasar del tiempo. La promoción de la salud consistía principalmente en la transmisión de información sobre conductas de riesgo y en una serie de intervenciones destinadas a transformar las condiciones generales de vida y a crear hábitos y comportamientos individuales y colectivos conducentes a mejorar la salud. Aunque se popularizaron las campañas locales de vacunación, los servicios de salud seguían girando en torno a actividades curativas. Mientras se llevaban a cabo intensas medidas promocionales, el deterioro económico de la década de los ochenta perjudicaba profundamente a la clase media y aumentaba el número de personas que vivían en condiciones de pobreza e insalubridad.

En esta primera etapa los beneficios de la promoción de la salud se limitaban a los estratos prósperos de la población, que tenían acceso a radio y televisión y que podían leer materiales impresos. Poco a poco el análisis de los factores que menoscababan el bienestar de las poblaciones reveló la estrecha correlación entre las características socioeconómicas, culturales, demográficas y sanitarias del mundo en desarrollo y el estado de salud de sus habitantes. Surgieron dudas importantes sobre la adecuación de los modelos epidemiológicos y médicos tradicionales. En América Latina la búsqueda de equidad en materia de salud pasó a formar parte de la lucha por una mayor justicia social en general y en el deseo de combatir los problemas desde la raíz, se hicieron esfuerzos por transformar las instituciones y estructuras organizativas y redistribuir los recursos a fin de mejorar la calidad de vida.

La promoción de la salud en América Latina y el Caribe

Los conceptos, principios básicos y metodología que juntos integran el quehacer denominado promoción de la salud han sido ampliamente difundidos por la OPS en documentos, cursos, reuniones y programas de capacitación en diversos países. En 1992, en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Bogotá (5) se emitió una definición de promoción de la salud que destaca cinco metas fundamentales: 1) satisfacer las necesidades básicas de la población y eliminar la desigualdad en todas sus manifestaciones; 2) adoptar nuevas medidas, especialmente educativas y de participación comunitaria, para combatir el sufrimiento, el atraso y las enfermedades relacionadas con la urbanización y la industrialización; 3) vencer las barreras políticas que limitan el ejercicio de la democracia y luchar contra la violencia y problemas psicosociales, institucionales y de salud pública que esta genera; 4) eliminar las diferencias que obstaculizan el acceso de ciertos sectores al bienestar; y 5) lograr un desarrollo integral y recíproco.

Para alcanzar estos cometidos se propusieron como estrategias básicas 1) modificar los valores, creencias, relaciones y actitudes de los ciudadanos para que todos tengan acceso a la producción y al usufructo de bienes y oportunidades y para fomentar ambientes que permitan el máximo desarrollo personal y social; 2) transformar el sector de la salud, reestructurándolo en torno a la estrategia de promoción

de la salud; y 3) dar prioridad a la salud en el ámbito político. Se especificaron, por último, los siguientes compromisos:

- difundir el concepto de que la salud se ve condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos que se pueden modificar mediante la estrategia de la promoción de la salud, y movilizar las fuerzas sociales necesarias para aplicar la estrategia;
- fomentar políticas que garanticen la equidad y la creación de ambientes saludables y que faciliten la participación de la mujer en todos los campos;
- afinar los mecanismos de concertación y negociación entre sectores sociales e instituciones para llevar a cabo actividades de promoción de la salud;
- reducir los gastos para fines militares y el uso inadecuado de los fondos públicos;
- reforzar la capacidad de la población de tomar decisiones sobre su propia salud y de elegir estilos de vida saludables;
- estimular el diálogo en el proceso de lograr un mayor desarrollo en salud;
- fortalecer la capacidad del sector sanitario de movilizar recursos; y
- reconocer a los trabajadores y profesionales dedicados a la promoción de la salud y estimular la investigación en esta área.

Teoría y práctica de la promoción de la salud en el Canadá

La experiencia canadiense en promoción de la salud sirve para ilustrar los rumbos que se han seguido y algunas de las inquietudes que se han suscitado desde el informe Lalonde y la Carta de Ottawa. Varios expertos coinciden en opinar que en el Canadá las actividades de promoción de la salud se han encaminado principalmente hacia la modificación de actitudes, comportamientos y estilos de vida. Aunque se está propagando el uso de técnicas estadísticas y variables cualitativas, aún falta mucho para que se llegue a determinar cuáles métodos y estrategias de promoción de la salud dan mejores resultados y cuál es su efectividad en función de sus costos.

Existen en el Canadá cinco escuelas de pensamiento sobre la promoción de la salud — nihilista, adaptativa, estructuralista, reguladora e intervencionista —, cada una con sus propias premisas metodológicas (6). La mayor parte de las campañas lanzadas por el gobierno o por organizaciones no gubernamentales son de tipo intervencionista, ya que se basan en la convicción de que es factible lograr cambios de conducta individuales y colectivos mediante la movilización de la comunidad.

Algunos autores han llegado a la conclusión, después de un análisis detenido, de que la promoción de la salud como movimiento social fue impulsada por intelectuales y profesionales con una amplia visión de los factores sociales, económicos y políticos que inciden en la salud. Otros sostienen que la promoción de la salud se empezó a practicar en el terreno entre los sectores pobres, sin ningún respaldo teórico o filosófico y sin ningún afán por dejar claramente definida la línea divisoria entre educación en salud y promoción de la salud, que es más bien una cuestión académica. En general, las acciones de promoción de la salud más exitosas han sido aquellas en que la comunidad ha participado plenamente en el desarrollo de las actividades de atención primaria.

El concepto de promoción de la salud en el Canadá tuvo su mayor evolución a raíz de tres conferencias importantes —Cambio de Paradigma Médico (1980), Más Allá de Cuidados de Salud (1984) y Promoción de la Salud (1986)— donde se señalaron las deficiencias del enfoque conductista de la época y el error de obviar la influencia decisiva del medio circundante y de poner un exagerado énfasis en el estilo de vida individual, como si el paciente tuviera la culpa de su mala salud. Las experiencias de los últimos años han dado origen a un reajuste de ideas y a un concepto renovado de la promoción de la salud cuyas bases son el aumento de la capacidad de decisión de la población, la organización comunitaria, el compromiso de los gobiernos y del sector privado, y la equidad y justicia social.

A diferencia de la estadounidense, la estrategia canadiense de promoción de la salud está más enfocada a las condiciones de riesgo sociales y colectivas que en las individuales (6). Ambos países, sin embargo, han logrado introducir el concepto de promoción de la salud en la plataforma pública y política y han puesto a funcionar programas escolares de educación en salud y programas de comunicación social. Esta tendencia, que se observa en muchos países, se ha acompañado de un movimiento general muy exitoso a favor de la creación de ciudades y municipios saludables que ha tenido la entusiasta participación de las autoridades y gobiernos locales y de distintas organizaciones públicas y privadas. Los principales logros de este movimiento han sido el establecimiento de pactos sociales para la promoción de la salud y la inclusión de esta iniciativa en los planes de desarrollo en el nivel local.

La nueva promoción de la salud

En la actualidad existen diferentes enfoques teóricos y prácticos sobre la promoción de la salud y algunos conflictos ideológicos fundamentales sobre sus fines y propósitos (7). Se observa, en particular, una creciente dicotomía entre el concepto de promoción de la salud como meta en sí misma y como medio para lograr la justicia social. De esta disyuntiva nacen varias preguntas: ¿Debe la promoción de la salud concentrarse en conductas y estilos de vida individuales o en la participación social y el desarrollo de programas comunitarios? ¿Se trata de un campo profesional que compete al personal de salud o de un quehacer público que debe fomentarse como movimiento social popular?

Para muchos, la promoción de la salud es un campo de acción profesional que exige a la vez el apoyo de la población, pero al mismo tiempo se observa la tendencia a tratar de incorporarla como movimiento social. Quienes temen que esta postura dicotómica impida cualquier avance teórico y práctico proponen un enfoque moderado que dé cabida simultánea al determinismo social y al conductismo individual, posición que abre paso a una relación dialéctica entre los dos extremos, con la mediación de las organizaciones sociales.

La nueva promoción de la salud, que también se conoce por “promoción de la salud comunitaria”, encierra nuevos conceptos, tiene su propia terminología y requiere un conjunto especial de habilidades y destrezas (7). De ella ha nacido un movimiento social que cuestiona muchas de las premisas de antaño y que aboga por una estrategia cuádruple: ampliar la definición y el concepto de la salud para abarcar los aspectos económicos y sociales que la determinan; ir más allá del énfasis inicial en los estilos de vida saludables y centrar la atención en los fenómenos sociales y políticos a fin de diseñar estrategias de mayor alcance; incorporar el concepto de capacidad de decisión individual y colectiva, consolidando la gestión participatoria en los SILOS y en el nivel municipal; y fomentar la participación de la comunidad en la

identificación y análisis de sus problemas y necesidades y en la formulación de posibles soluciones. Aunque en el pasado se ha intentado incluir algunos de estos aspectos en el marco de la promoción de la salud, ahora son el núcleo de una teoría más congruente y compatible con la práctica.

Numerosos son los retos que se avecinan en las próximas décadas. En el campo de la promoción de la salud, las posibilidades de éxito dependerán, por un lado, del apoyo brindado por la sociedad y las autoridades sanitarias a ciertas tareas críticas, y por otro de la capacidad de aunar los esfuerzos de los profesionales, técnicos y trabajadores de todas las disciplinas sociales y de la salud, y particularmente de los miembros de la comunidad.

Peligros potenciales

Algunos expertos han señalado los peligros que se asocian con el nuevo concepto de la promoción de la salud. Advierten, en primer lugar, la necesidad de establecer una distinción entre sus tres aspectos básicos: el de la salud propiamente dicha, el de toma de conciencia y aumento del poder de decisión y el de participación social y comunitaria. El primer punto implica tener plena conciencia de los factores sociales que determinan las condiciones de salud, sin caer en una visión monolítica y socializada que trata de explicarlo todo sin explicar nada.

La toma de conciencia y el aumento del poder de decisión, lo que los autores de habla inglesa denominan *empowerment*, son, según Labonte (8) una estrategia prioritaria, pero encierran un doble peligro: la neutralización de las luchas sociales dentro de las instituciones y la ingenua esperanza de que la comunidad resuelva todos los problemas sociopolíticos y económicos que inciden en la salud. Para lograr el *empowerment* primero hay que conocer los elementos clave de las relaciones de poder y en particular la situación de los trabajadores y promotores de la salud, quienes raras veces ejercen poder dentro de las instituciones y organizaciones en que trabajan (9). Como dijera un reconocido experto, se puede fomentar el poder de la población a la hora de poner en práctica la promoción de la salud y el simple hecho de hacer preguntas en vez de imponer un programa preestablecido ya constituye una distinción importante entre ambas cosas.

En definitiva, es preciso examinar a fondo las implicaciones de estos conceptos y establecer una distinción entre una toma de conciencia individual y la toma de poder en el nivel comunitario. ¿Es este uno de los resultados que se espera obtener de la promoción de la salud, o es un proceso de desarrollo comunitario paralelo? ¿Es su finalidad aumentar el grado de control de los recursos? Estas son algunas de las preguntas que merecen consideración.

Por último, el concepto de participación comunitaria puede dar lugar a confusión y controversia. En términos sencillos se trata, básicamente, de facilitar a la comunidad los medios para que pueda analizar sus propias necesidades y formular maneras de satisfacerlas, creando lazos de solidaridad y fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias.

Esquema operativo de la promoción de la salud

Si la promoción de la salud ha de contribuir a la salud para todos con equidad, es necesario fortalecer las vías de negociación entre las diversas instancias de la sociedad. Simultáneamente, es imprescindible prestar atención prioritaria al

análisis de los factores sociales, culturales y políticos, y especialmente a los entornos, valores, conocimientos, actitudes y prácticas individuales y colectivas que influyen en la salud, las condiciones de vida y el bienestar.

En este contexto, la participación social cumple el propósito fundamental de desarrollar y fortalecer la solidaridad comunitaria, la ciudadanía y la democracia. Pero la promoción de la salud también depende de la aplicación de estrategias, métodos y técnicas de educación para la salud y comunicación social y de la capacitación y empoderamiento de diversos actores. Exige, además, la reorientación de los servicios y sistemas de salud con miras a adoptar un estilo de gerencia participatorio, de manera que los miembros de la comunidad y otros sectores tomen parte en las instancias de consulta y decisión y tengan un mayor acceso a información sobre factores y condiciones de riesgo para la salud. Todas estas medidas se apoyan en la premisa de que la promoción de la salud, el desarrollo humano, la democratización y el desarrollo social participatorio y sostenible se logran cuando el individuo y la sociedad se responsabilizan por igual de la promoción y protección de la salud y al mismo tiempo se previenen, controlan y reducen los factores y condiciones ambientales que la ponen en riesgo.

En resumen, si se han de lograr una gestión pública y un ambiente favorables a la salud, así como estilos de vida y comportamientos saludables, la promoción de la salud debe desplegarse en el contexto de las decisiones económicas, sociales y políticas y convertirse en un movimiento popular con una amplia participación social. Pero independientemente de los medios aplicados, lo esencial es no perder de vista los fines fundamentales: salud para todos, una mejor calidad de vida y mayor equidad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Declaración de Alma Ata: la estrategia de atención primaria en salud*. Ginebra: OMS; 1978.
2. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada, Health and Welfare; 1974.
3. US Department of Health, Education and Welfare. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, DC: 1979.
4. Ottawa charter for health promotion. To move towards a new public health: an international conference sponsored by the World Health Organization, Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association. Ottawa: 1986.
5. Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud patrocinada por la OPS y el Ministerio de Salud de Colombia. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
6. Pederson A, O'Neill M, Rootman I. *Health promotion in Canada*. Toronto: W.B. Saunders; 1994.
7. Robertson A, Minkler M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Educ Q* 1994;21:295–312.
8. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q* 1994;21:253–268.
9. Rissel C. Empowerment: the Holy Grail of health promotion? *Health Promot Int* 1994;9:39–47. □