

Promoción de Salud: un enfoque en salud pública

*LUIS ANDRÉS
LÓPEZ FERNÁNDEZ*

*JOSÉ MANUEL
ARANDA REGULES*



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud



**ESCUELA ANDALUZA
DE SALUD PÚBLICA**

LUIS ANDRÉS LÓPEZ FERNÁNDEZ

*Licenciado en Medicina, Universidad Complutense de Madrid
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Diploma en Salud Pública y Administración Sanitaria
Coordinador de Investigación Escuela Andaluza de Salud Pública*

JOSÉ MANUEL ARANDA REGULES

*Licenciado en Medicina, Universidad Complutense de Madrid
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Diploma en Salud Pública y Administración Sanitaria
Director Centro de Salud San Andrés, Torcal (Málaga)
Profesor Asociado Escuela Andaluza de Salud Pública*

Promoción de Salud: un enfoque en salud pública



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud



**ESCUELA ANDALUZA
DE SALUD PÚBLICA**

1 9 9 4

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

LÓPEZ FERNÁNDEZ, Luis Andrés

Promoción de Salud: un enfoque en Salud Pública / Luis Andrés López Fernández, José Manuel Aranda Regules - Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994. - (Documentos Técnicos EASP; 1)

1. Promoción de la salud. I. Aranda Regules, José Manuel. II. Título. III. Serie.
NLM Classification WA 590
CDU 614

Edita:

© ESCUELA ANDALUZA
DE SALUD PUBLICA

Campus Universitario de Cartuja.
Apdo. de Correos 2070
18080 - GRANADA

ISBN: 84-87385-06-0

Depósito Legal: GR-878-94

Fotocomposición:

Portada, S.L., Granada.

Imprime:

Copartgraf, Soc. Coop. Andza.



La versión original de este documento técnico se publicó en el libro: FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, *La Sanidad Española a Debate*. Madrid: Federación de Asociaciones Para la Defensa de la Sanidad Pública, 1990.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico o electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los aprueba o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Índice

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA.....	9
La década de los 70: nombres propios y movimientos sociales	9
La década de los 80: las ciudades	11
CAPÍTULO 2. ¿POR QUÉ PROMOCIÓN DE SALUD AHORA?	17
CAPÍTULO 3. PROMOCIÓN DE SALUD: UN ENFOQUE PARA LA ACCIÓN	23
CAPÍTULO 4. PROMOCIÓN DE SALUD, ¿UN NUEVO PARADIGMA?.....	31
El modelo de explicación: un concepto de salud	32
El modelo de intervención: una forma de gestión	35
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	41

Introducción

En este capítulo abordamos el estudio de un concepto, Promoción de la Salud, que, desde nuestra visión se caracteriza por su complejidad y por tanto por la dificultad de ser abarcado con métodos analíticos de una forma sintética. Es quizás por ello, que este concepto «vago pero poderoso» (1) se ha transformado en bandera de un movimiento que ya traspasa las barreras del sector sanitario y que como tal movimiento social cuenta con apasionados defensores y detractores exasperados.

La incorporación del nombre a Departamentos Ministeriales, a centros de atención sanitaria o a títulos de documentos oficiales, de contenidos diversos, demuestra que la expresión «promoción de salud» evoca PERCEPCIONES positivas y dinámicas que hacen que tenga atractivo para la retórica política. Para un analista del fenómeno no deja de ser sorprendente que percepciones de este tipo calen quizá más en el público general que en los profesionales sanitarios, como bien lo indica que los políticos de cualquier signo (excelentes sensores de mensajes penetrantes) sea uno de los grupos que está contribuyendo con el Proyecto «Ciudades Saludables» de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a su extensión.

Una visión clásica de las funciones de la salud pública nos llevaría a identificar promoción de la salud con las acciones destinadas a fomentar (en el sentido de mejorar, incrementar) la salud de los no enfermos. Sin embargo, al igual que el concepto de Atención Primaria de Salud (2) que sobrepasa el de nivel de atención para transformarse en filosofía, Promoción de la Salud apunta hacia una visión holística del proceso de salud y enfermedad y la forma de intervenir en él. Es desde este punto de vista, Promoción como ENFOQUE, desde el que se ha escrito la totalidad del presente capítulo.

Como se pondrá de manifiesto más adelante estos planteamientos no son exclusivos del sector salud sino que poseen muchos elementos comunes a otras grandes tendencias del pensamiento y la acción en el mundo actual (3) (4).

Es de sobra conocido que la resolución de un problema comienza con una buena y precisa pregunta, vamos a comenzar con un listado de ellas. No es nuestra pretensión ofrecer soluciones a lo largo de estas páginas, sino apuntar elementos que puedan clarificar un debate sobre salud que aún está por hacer en la sociedad española (Cuadro 1).

- Promoción de salud, ¿es realmente una NUEVA salud pública?
- ¿Aporta algo distinto a las visiones desde la prevención de la enfermedad, educación para la salud o protección medioambiental?
- ¿Es un producto solo utilizable para el marketing?
- ¿Puede ser un instrumento útil para la necesaria reorientación de los servicios sanitarios?
- ¿Significa un cambio en la forma de entender y actuar en salud?
- ¿Qué riesgo entraña el uso de este concepto?

Cuadro 1

Capítulo 1

UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA

LA DÉCADA DE LOS 70: NOMBRES PROPIOS Y MOVIMIENTOS SOCIALES

Unos cuantos nombres de personas pueden ayudarnos a tener una progresiva aproximación histórica al concepto de Promoción de Salud.

En esta década, diversos artículos y sobre todo dos libros de *Thomas Mc Keown*, (5) (6) suponen la primera aportación que proponemos considerar. Su planteamiento parte de una valoración sobre cuáles fueron las causas de la disminución importante de la mortalidad producida en el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Centrándose en un análisis de los registros de Inglaterra y Gales, McKeown llega a la conclusión de que fueron fundamentalmente mejoras en la nutrición y en el saneamiento (aspectos medioambientales) y la modificación de la conducta reproductora, en el sentido de la disminución del número de hijos por familia, los responsables del descenso de las tasas de mortalidad. En concreto, apunta que las intervenciones eficaces procedentes de los servicios de salud, fundamentalmente inmunizaciones y antibioticoterapia, tuvieron una influencia tardía e incomparablemente menos importante que los dos tipos de medidas anteriores.

Milton Terris (7) reflexiona sobre cuáles serían a nivel de salud pública, las medidas eficaces a poner en marcha cara a las enfermedades prevalentes en la actualidad en los países desarrollados.

Terris califica de «primera revolución epidemiológica» la victoria contra las enfermedades infecciosas que se produjo antes de 1950, a la vez que propone la necesidad de una «segunda revolución» que enfrente con eficacia las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, etc.. o sea nuestro actual patrón de causas de muerte.

En su artículo «La epidemiología como guía para las políticas de salud» (8) analiza las 10 primeras causas de mortalidad en Estados Unidos de Norteamérica y las medidas que tendrían auténtica efectividad para reducir el número de muertes evitables. Llega a la conclusión de que, acciones sobre el medio ambiente (sobre todo medidas de tipo económico y legislativas), modificaciones de comportamientos de las personas y por último, y con menor trascendencia según su opinión, exámenes en masa para detectar precozmente algunas enfermedades, serían las medidas adecuadas.

Salvo para el último tipo de medidas, en las que desempeñarían un importante papel los servicios sanitarios, en el resto, se plantea la misma situación antes dada en la lucha contra las enfermedades infecciosas, volviendo a centrarse las medidas efectivas sobre el medio ambiente y las conductas.

Otra opinión relevante a considerar en este período es la de Ivan Illich (9) que frente a la relativa eficacia de los servicios sanitarios, en una crítica demoledora resalta el concepto de Iatrogénica en tres dimensiones la clínica, la social y la cultural.

Illich concluye que la civilización medicalizada está planeada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y abolir la necesidad de un arte para sufrir y morir.

Sea o no compartida la opinión de Illich, el hecho es que constituye una importante referencia para las corrientes actuales de pensamiento en salud pública.

Marc Lalonde, ministro de Salud y Bienestar del Gobierno Canadiense, hizo público en 1974 el documento «A new perspective on the health of Canadians» (10) que puede considerarse la aplicación práctica de esta corriente renovadora en la década de los 70.

El «Informe Lalonde» propone un conjunto de estrategias para la mejora de la salud de los canadienses basadas en el análisis de la realidad, utilizando las categorías BIOLOGÍA HUMANA, influencias del MEDIO AMBIENTE y ESTILOS DE VIDA, y sobre todo, aportando un marco para la acción en salud (Health Field Concept) que sobrepasa a los servicios sanitarios e incluye a todos los sectores sociales implicados.

Este informe es una de las referencias más frecuentes en los documentos sobre Promoción de Salud, por encima de que sus conclusiones sean discutidas desde diferentes enfoques.

Pero, además de estas opiniones individuales, durante los años 70 y siguientes, se producen otro tipo de aportaciones procedentes de *movimientos sociales* que suponen un importante enriquecimiento a los nuevos planteamientos.

Es de notar, que las corrientes que con más fuerza han recogido el concepto positivo de salud definido por la OMS y lo han identificado con bienestar y calidad de vida, no han sido los profesionales sanitarios sino los movimientos sociales «radicales» que provienen de la articulación de la sociedad civil. Este proceso, más desarrollado en la Europa Central y del Norte que en el Sur, ha tenido como protagonistas al feminismo, con su enérgica reivindicación de la capacidad de decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo; a los «verdes», que aportan un posicionamiento social ante muchos problemas ambientales; a los movimientos consumeristas, que explicitan la demanda pública de información sobre los bienes y servicios que se consumen, etc.

Pero al margen de estas «vanguardias» organizadas se perciben otro tipo de manifestaciones sociales, estimuladas por los movimientos antes citados, como es, el debate sobre la importancia de la autoasistencia culturalmente enraizada y que se escapa de las manos de los profesionales especializados. Relacionado con esto surge en todo Occidente una fuerte tendencia a la utilización de dietas, remedios, etc.. cuyo control está en las mismas personas y no en los servicios «oficiales» de salud.

A modo de conclusión, señalaremos que a lo largo de todos estos años, y recogiendo posicionamientos diversos, asistimos a una relativización del papel de los servicios médicos y una revalorización de la importancia de dos tipos de medidas: las dirigidas a actuar sobre el medio ambiente y las que inciden sobre los estilos de vida de las personas, que están penetrando no sólo en el sector profesional sino fundamentalmente en la sociedad en su conjunto.

LA DÉCADA DE LOS 80: LAS CIUDADES

No es una casualidad que los hitos a tener en cuenta en los últimos años, en la particular historia que relatamos, ya no sean nombres de personas, de autores aislados, sino nombres de ciudades: Alma-Ata, Ottawa, Lisboa, Adelaida..., como expresión de que las ideas antes expuestas tienen un mayor consenso y son defendidas en grandes convenciones internacionales. Pero también es cierto que la ciudad, el hecho de que cada vez una mayor proporción de los habitantes del mundo vivan en ciudades, supone una reflexión a tener en cuenta al hablar de salud pública.

En septiembre de 1978, se celebra en *Alma-Ata*, la famosa conferencia que supone una toma de posición a nivel de gobiernos y una asunción de muchos de los planteamientos que se han ido fraguando en épocas anteriores. (11)

Es probable que en la Declaración de Alma-Ata latan «escondidos» dos documentos diferentes uno que dice que Atención Primaria de Salud (APS) es «la asistencia sanitaria esencial...», y otro que habla de una respuesta social al proceso global salud-enfermedad que requiere de un «trípode»: participación comunitaria, acción intersectorial y nivel primario de atención. Pero a los 11 años de la declaración puede afirmarse que la incidencia, a nivel de cambios reales, que ha tenido en los países occidentales desarrollados la propuesta de Alma-Ata, es residual.

La participación comunitaria se presenta siempre como algo a conseguir... más adelante. La acción intersectorial choca con una estructuración social rígida, sobre todo a nivel de departamentos gubernamentales, que hacen que, hasta la fecha los avances hayan sido escasos. Por último, el fortalecimiento de la asistencia primaria ha chocado con resistencias enormes dentro y fuera de los servicios de salud, que han hecho que sólo timidamente en algunos países del sur de Europa se hayan emprendido reformas sanitarias más o menos enérgicas.

Existe, por otro lado, un posicionamiento en muchos sectores interesados de los países europeos y norteamericanos, que tildan a la APS de una «buena propuesta para los países subdesarrollados», pero innecesaria al primer mundo.

En este marco, de opiniones diversas, tomas de partido, movimientos sociales en acción, etc., se va generando, en los países occidentales, una propuesta nebulosa, en nuestra opinión poco definida, que va recogiendo los planteamientos antes citados y que es elaborada por profesionales de variada procedencia disciplinaria.

Un conjunto de documentos y artículos (12) (13) (14) (1) preceden a la Carta de *Ottawa*, declaración que formaliza la propuesta de Promoción de Salud, elaborada en una conferencia patrocinada por la OMS y que se celebró en esa ciudad canadiense en noviembre de 1986. (15)

La Promoción de Salud es definida en la citada Conferencia de Ottawa como:

«... el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla».

La Promoción de Salud se realiza incidiendo sobre los cinco campos de acción propuestos en la Carta:

1. Desarrollar políticas saludables desde el sector público

La concepción de Política pública saludable que se desprende de la Carta es mucho más amplia que el restringido concepto de política sanitaria. Esta visión global de políticas de salud se refiere a las decisiones políticas generales de cualquier sector del gobierno y a cualquier nivel caracterizadas por su interés explícito por la salud y la equidad (16) y por tener en cuenta su impacto potencial en este campo. En otras palabras, se trata de que las posibles repercusiones sobre la salud ocupen un lugar prioritario en las «agendas de los políticos». Muchas de las políticas de diversos sectores (educación, transporte, empleo, etc..) y a los distintos niveles (nacional, regional, local) tienen innegables incidencias sobre cómo se distribuyen los determinantes de la salud en la población y su impacto debe explicitarse y valorarse a la hora de decidir entre las posibles alternativas.

La importancia clave de este concepto para el movimiento de Promoción de Salud fue puesta de manifiesto al abordarse como tema monográfico en *Adelaida* (Australia abril 1988) en la II Conferencia Internacional de Promoción de Salud, también auspiciada por la OMS.

Las recomendaciones de Adelaida plantean que la principal meta de una política

pública saludable es crear ambientes que permitan llevar a la población una vida sana y donde las opciones saludables sean posibles y fáciles.

Esta meta puede conseguirse a través de tres objetivos: disminuir las distancias entre los distintos grupos sociales facilitando el acceso a adecuados ingresos, bienes, servicios y oportunidades que mejoren la calidad de vida de los grupos menos favorecidos; ampliar la oferta de bienes y servicios saludables y crear ambientes que favorezcan la salud humana protegiéndola contra los riesgos físicos, químicos y biológicos y, por último establecer las condiciones sociales adecuadas para mejorar la calidad de vida.

Evidentemente, hay una fuerte implicación del concepto de intersectorialidad, uno de los aspectos esenciales tanto de la APS como de la Promoción de la Salud.

2. Reforzar la acción comunitaria

Se insiste en la idea de que sin la participación de las personas es imposible enfrentarse a los nuevos retos de la salud colectiva.

Ya no se trata sólo de que la gente participe, sino que es precisa la implicación tanto en el diseño de las respuestas a llevar a cabo como en la ejecución concreta de estas actividades. En este sentido, en Promoción de la Salud la comunidad puede ser considerada como una fuente de información, un nivel de decisión, o un recurso para la ejecución de acciones. El fortalecimiento de la participación de la población y la forma que tome, dependerá del problema que se quiera resolver (por ejemplo, el aislamiento de los ancianos, o las toxicomanías, etc.) y del papel que asuma la comunidad en el proceso de resolución.

En cualquier caso, que la comunidad participe significa en Promoción de la Salud que los técnicos, en tanto que «detentadores del saber», se colocan a su nivel (trabajar *con* la población y no *sobre*) estableciéndose así un flujo multidireccional de comunicación dinámica de conocimientos, actitudes, decisiones y acciones entre los actores implicados.

La Carta de Ottawa no ofrece una visión única de cómo hacer posible la acción comunitaria. En la propuesta de consenso que hace, cabe entender la acción de la población como un derecho democrático, o como un instrumento de marketing, o como un medio para proveerse de recursos, etc.

Quizá convenga hacer aquí el comentario de que en nuestra opinión la propuesta de Promoción de Salud pretende ser más un terreno de juego a compartir desde diferentes opciones (políticas, teóricas, profesionales, etc.) que una definición concreta de cómo hacer las cosas en salud pública.

3. Desarrollar las habilidades personales

Este es probablemente uno de los aspectos más distintivos de la Promoción de la Salud. También en Alma-Ata se propuso la educación para la salud como una de las actividades esenciales de la APS pero es en la Carta de Ottawa donde adquiere un lugar central.

En contraposición con el modelo médico de educación para la salud, que se centra fundamentalmente en lograr el cambio de conducta de los individuos, educación para la salud como instrumento de promoción «está dirigida a grupos, organizaciones y comunidades más que hacia individuos y centrada en lograr cambios medioambientales económicos y sociales influenciados por la conducta más que modificaciones de estilos de vida, hábitos y referencias» (Green 1980). (17)

Esta concepción alternativa no pretende orientar a los individuos hacia «una conducta saludable» como dejar de fumar o beber alcohol en exceso, sino «mejorar la autoestima, disminuir la alienación, incrementar los conocimientos etc., para abrir el campo de posibilidades de elección del individuo dejando a éste libre para decidir como comportarse» (Greenberg 1978) (1). Esto significa que los individuos comprendan los factores que influyen en su salud, sepan actuar sobre ellos y busquen ayuda cuando lo precisen, es decir, que tengan la capacidad de definir qué es estar sano (bien) o enfermo (mal) en su propio contexto socio-cultural.

4. Crear entornos que contribuyan a la salud

El medio ambiente en el que las personas y las colectividades se desenvuelven, debe colaborar a que las «elecciones más sanas sean las más fáciles» como dice una de las frases totémicas de la Promoción de Salud. Pero el medio ambiente no debe entenderse sólo en su dimensión física (saneamiento, ausencia de contaminación, etc.) sino que es importante considerar sus contenidos sociales, políticos, económicos y culturales.

Y es más, teniendo en cuenta que el ambiente humano es básicamente artificial, incluso los aspectos físicos cobran una dimensión social si se enfoca su estudio desde la perspectiva de la acción. Deshomogeneizar el tratamiento de las variables que determinan que el ambiente sea o no saludable, implica dar un peso mayor, a la hora de predecir y explicar, a las categorías de índole socioeconómico y cultural.

Tanto los aspectos «duros» como los «blandos» del medio ambiente forman las condiciones de vida de las comunidades y en ellos están una buena parte de los determinantes de la salud y la enfermedad de las personas.

Es probable que uno de los debates centrales que se producen al mirar la salud pública desde el enfoque de la promoción es «la proporción de culpa» que asigna a las conductas de las personas y a los aspectos medio ambientales.

5. Reorientar los servicios de salud

Los servicios de salud tienen una importante función que cumplir en la respuesta social al proceso salud-enfermedad. Antes hemos citado a diversos autores que relativizaban esta importancia, pero lo hacían con respecto a la lucha contra la mortalidad. Quizás sean la aportación de cuidados, la rehabilitación y la detección precoz los aspectos en los que los servicios sanitarios no vean discutido su trascendente papel.

En la Carta de Ottawa se refuerza el mensaje dado por la APS sobre la importancia que tiene el primer nivel de contacto de los servicios de salud con la población, y a la vez se globaliza el planteamiento en varios aspectos, haciendo posible la interpretación de que también el resto de los niveles de atención tienen que encontrar sus nuevas funciones.

Independientemente de estas funciones específicas, es evidente la importancia que tienen los servicios sanitarios en el desarrollo de la estrategia de Promoción de Salud, ya que son las organizaciones a las que institucionalmente se les ha conferido el papel de recuperar, proteger y fomentar la salud, no hay que olvidar que las demandas de la sociedad en relación a la salud actualmente pasan por ellas. En este sentido, una de sus nuevas responsabilidades puede ser el actuar como *estimuladores* de otros sectores sociales para intervenir en salud pública. Es muy probable, que colectivos de profesionales vinculados a los procesos de reforma sanitaria, puedan ser agentes de cambio que influyan sobre otros ámbitos sociales de cara a la asunción de opciones saludables.

Estas 5 áreas definidas en la Carta de Ottawa, y el propio concepto de promoción de salud, están siendo experimentadas en lo que actualmente es el proyecto más consolidado en este campo: Ciudades Saludables.

El movimiento de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud surgió en Toronto en 1984, como expresión de la necesidad de aplicar la estrategia de Salud para Todos y los principios de Promoción de la Salud a nivel local.

Desde el principio, la iniciativa se mostró particularmente eficaz para implicar a los municipios europeos en la acción en salud, desarrollando sus competencias en múltiples sectores y aprovechando su proximidad a los ciudadanos.

La finalidad global del proyecto es fomentar la salud de las ciudades, su medio ambiente y sus habitantes, en base a la movilización de la energía y creatividad de los

gobiernos locales y de la comunidad con dos principios básicos, que son de especial relevancia en este ámbito: LA ACCIÓN MULTISECTORIAL EN SALUD Y LA PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS CIUDADANOS.

En Lisboa, en 1986, se concretó la imagen de «ciudad saludable» que es mucho más que una ciudad que tiene buenos servicios sanitarios y una población con un estado de salud elevado. Siguiendo a Trevor Hancock, el responsable del Departamento de Sanidad Pública de la Ciudad de Toronto (Canadá):

«Una ciudad saludable es aquélla que crea y/o mejora constantemente sus ambientes —social y físico— y despliega los recursos comunitarios necesarios para ayudar a los ciudadanos a desarrollar, a través de la asistencia mutua, todas las funciones de la vida hasta su potencial máximo» (18).

Tarea compleja, que requiere de planteamientos a largo plazo y, sobre todo, de un intercambio fluido de las experiencias innovadoras que cada ciudad ponga en marcha.

Es por esta razón por lo que la OMS se marca como primer objetivo dentro del Proyecto, de «formar una red europea de ciudades que facilite el desarrollo de los objetivos del Programa “Salud para Todos” a nivel local». En la actualidad son 21 las ciudades que constituyen la Red Europea. Desde su creación se han producido 5 reuniones internacionales bajo el auspicio de la Oficina Regional Europea de la OMS y se puede decir que la incorporación de ciudades al movimiento tiene carácter exponencial.

En la reunión de la Red en Dresde (marzo 1988) se propusieron como temas anuales 5 ejes de acción. El objetivo de estos temas anuales es proporcionar puntos de referencia para las actividades a realizar por las ciudades que integran el proyecto.

En suma, en la actualidad el campo de pruebas más extendido, aun con todos sus problemas, de la estrategia de promoción de la salud es el proyecto auspiciado por la OMS de «Ciudades Saludables». Realidades o espejismos es cuestión que sólo el tiempo podrá resolver.

1988: Desigualdades en materia de salud

1989: Fortalecimiento de la acción comunitaria y desarrollo de habilidades personales

1990: Medio Ambiente físico y social favorable

1991: Reorientación de los servicios medioambientales y de Salud Pública

1992: Políticas saludables para Ciudades Saludables

Capítulo 2

¿POR QUÉ PROMOCIÓN DE SALUD AHORA?

En las páginas precedentes hemos visto los antecedentes científicos y sociales de una forma de pensar en salud que cristaliza a nivel mundial en lo que constituyen para nosotros 3 hitos de la misma historia: la Declaración de Alma-Ata (1978), la Formulación de la estrategia Salud para Todos en el año 2000 (WHA 34-36, 1979) y la Carta de Ottawa (1986). Parece ser, que estamos ante una profunda crisis del pensamiento tradicional en salud pública. T. Kuhn en su libro «La estructura de las revoluciones científicas» (1970 p. 80-85) describe del mejor modo una situación como la que estamos viviendo:

«La transición de un paradigma en crisis a otro nuevo del que puede emerger una nueva tradición de ciencia normal dista de ser un proceso acumulativo, logrado mediante una articulación o prolongación del antiguo paradigma. Más bien se trata de una reconstrucción que cambia algunas generalizaciones teóricas más elementales del campo así como muchos de los métodos y aplicaciones del paradigma. Durante el período de transición se producirá una superposición amplia, pero nunca completa, entre los problemas que pueden ser resueltos por el antiguo paradigma y los que cabe resolver con el nuevo. Pero también existirá una diferencia decisiva entre los modos de solución. Cuando la transición se haya completado, la profesión cambiará su visión del campo, sus métodos y sus objetivos». (20)

Pero cabría preguntarse ¿qué es lo que está en crisis? y ¿por qué?

Aunque el fenómeno es complejo queremos resaltar que Promoción de Salud es esencialmente una respuesta a la crisis en la *dimensión social*¹ de los modelos de INTERVENCION sobre los procesos de salud y enfermedad. Y conviene explicar detalladamente esta frase.

La progresiva responsabilidad de los Estados Desarrollados sobre el bienestar de los ciudadanos junto al reconocimiento de la salud como derecho constitucional, llevó en el campo del pensamiento de la Salud Pública a conceptualizar todas las

1. Por *dimensión social* entendemos no sólo la actuación sobre grupos humanos y comunidades, sino la organización de la provisión de cuidados individuales.

instituciones dedicadas a proveer servicios sanitarios como un sistema (elementos interrelacionados para conseguir un fin) cuya finalidad fundamental era mejorar el nivel de salud de la comunidad. Es el momento de la elevación a categoría científica de la Administración Sanitaria, la Política de Salud, las ciencias de la intervención en Salud Pública. En este sentido planteamos que no es el modelo conceptual del que se deriva la atención en salud individual el que sufre la crisis fundamental, sino su extrapolación a nivel social, y que, de forma secundaria al relativo fracaso del sistema sanitario, en incrementar el nivel de salud de la comunidad (crisis del sistema de servicios) se pone en crisis el modelo de EXPLICACIÓN, basado en las Ciencias Médicas, la Epidemiología, la Economía y la Administración. Pasemos a analizar con detalle algunos aspectos de este proceso.

La Medicina y la Epidemiología del siglo XX, como herederas del saber positivo, tienen sus fundamentos en el paradigma cartesiano que comprendía al Universo entero, incluyendo el cuerpo de todas las criaturas vivientes, como un inmenso mecanismo que funciona como un reloj de gran precisión y está regido por leyes matemáticas. Desde esta perspectiva, el fundamento de la ciencia moderna y el papel del científico es desentrañar las leyes de la naturaleza a través del método analítico. Estudiar y comprender las partes que la componen es lo que le permitirá al hombre controlarla. Saber para prever, prever para actuar es el lema de esta forma de pensar.

Así, el paradigma de la ciencia biomédica conceptualiza la enfermedad como un daño en el funcionamiento o en la estructura de un componente individual o de la relación entre los componentes que constituyen al individuo: se produce la ruptura de la máquina. La epidemiología estudia la distribución y causas de estos fenómenos en la comunidad, pero básicamente comparte el mismo paradigma (21). ¿Como se deriva de estas ciencias un modelo de intervención social en los procesos de salud y enfermedad?

La *Figura 1* representa el modelo ecológico de explicación de estos procesos. Hay 3 categorías básicas (individuo, ambiente, relación) que a su vez comprenden subcategorías y que cumplen la función de un paradigma, en el sentido de permitir la comprensión e investigación de cualquier problema de salud.

La *Figura 2* muestra un modelo de acción sanitaria ya clásico (Leavell y Clark 1953) que puede derivarse de la figura 2 y sugiere que el sistema sanitario tiene como funciones básicas la provisión de servicios individuales (destinados a facilitar la capacidad de adaptación del sano aumentando su resistencia a noxas y la receptividad a factores positivos y reparando los procesos alterados en el enfermo en cualquiera de sus fases) y la provisión de atención al medio ambiente (para aumentar su salubridad o dificultar el contacto entre individuos o noxas).

La *Figura 3* representa, utilizando la teoría de sistemas (M Schaeffer 1975), las

variables a tener en cuenta en la organización eficaz eficiente de los recursos para la provisión de servicios sanitarios.

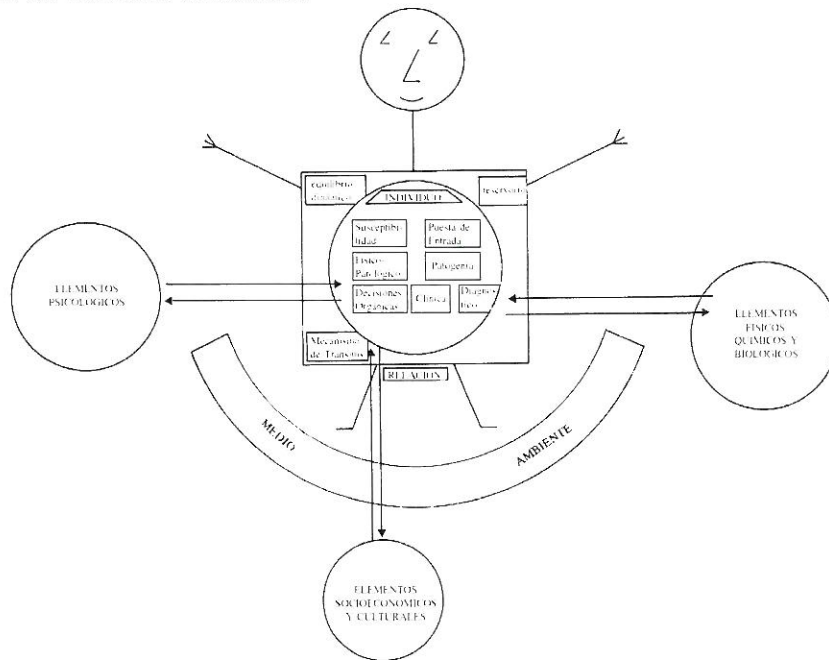


Fig.1: Modelo ecológico y sus categorías básicas: Individuo, ambiente y relación

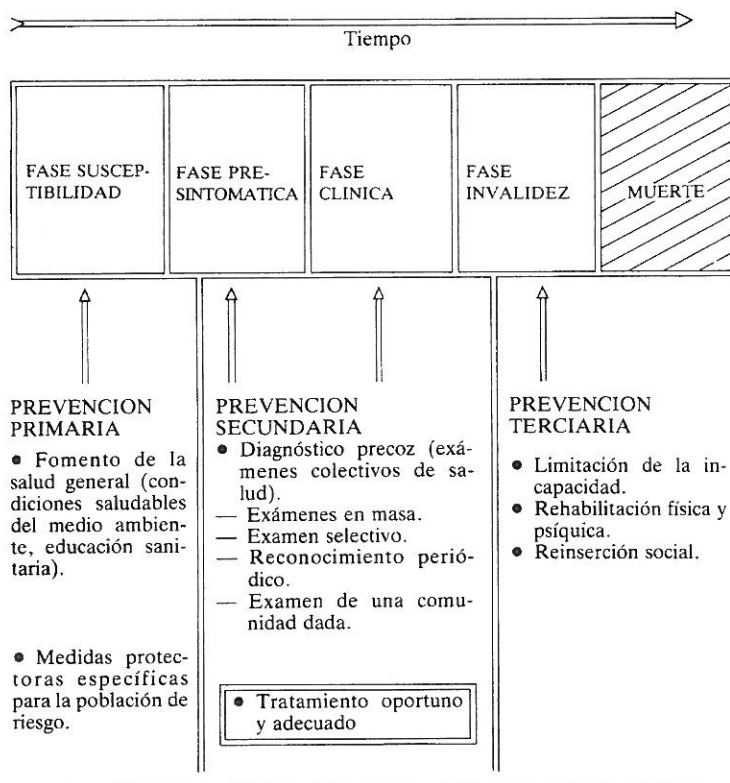


Fig.2: Historia natural de una enfermedad y niveles de prevención

El modelo resultante ha demostrado y sigue demostrando su potencia para describir, caracterizar y proponer medidas de resolución a los problemas que ha de enfrentar la salud pública. Y sin embargo se encuentra en una profunda crisis.

Sin ánimo de ser exhaustivos vamos a comentar algunas dimensiones de ésta:

1. Aspectos epidemiológicos: la crisis de los procedimientos médicos

Un análisis somero del patrón de morbilidad de cualquier país desarrollado incluyendo al nuestro (22) demuestra que las llamadas enfermedades de la civilización, las crónicas y el cáncer, constituyen los principales problemas de salud con los que nos enfrentamos. La mayor parte de los determinantes de los problemas están fuera del campo de acción de los servicios sanitarios. Una frase demoledora podría sintetizar esta cuestión: «Los servicios sanitarios actúan sobre los residuos de los problemas de salud» (Juan Irigoyen, 1989).

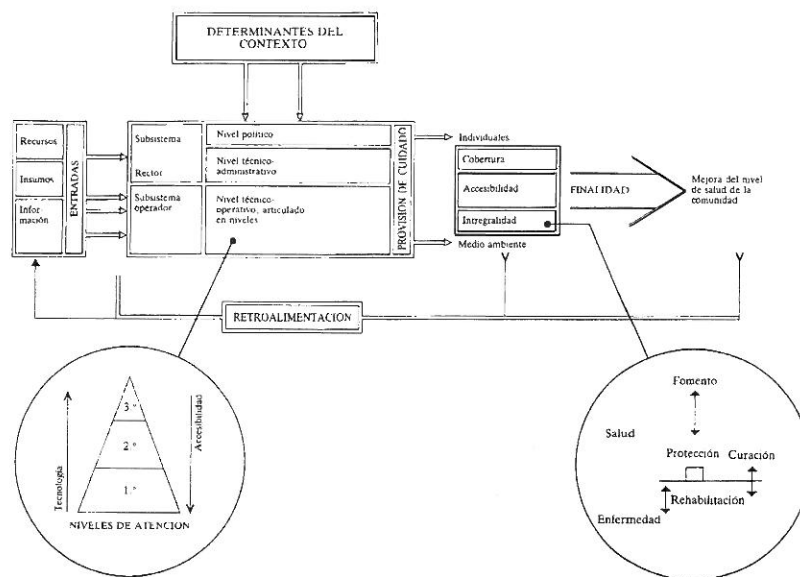


Fig.3: Variables que influyen la organización de los servicios sanitarios

2. Aspectos administrativos: la crisis de eficiencia

Cabría pensar que los problemas para los que los servicios sanitarios poseen tecnología de eficacia demostrada, están ya resueltos o en vías de resolución, y nada más lejos de la realidad. La poliomielitis, el tétanos, el sarampión, el embarazo no deseado, son meros ejemplos de cómo incluso un modelo como el español, donde se supone que no existen barreras económicas para el acceso a los servicios, es ineficaz porque se basa en una oferta pasiva y no discriminada de los mismos.

Es también conocido que este tipo de oferta en servicios preventivos (precisamente los de eficacia probada) incrementa la inequidad en salud, ya que se benefician de ellos los que menos necesidad tienen.

El sistema sanitario, tal y como está montado, es incapaz de vacunar de poliomielitis con una cobertura del 100% a los niños, simplemente porque no sabe llegar a los de más riesgo. Pero si tomamos la brucelosis en nuestro país como otro ejemplo, veremos que no sólo se encuentran obstáculos para llegar a las poblaciones de riesgo, sino que la estructura organizativa impide la cooperación entre sectores para la resolución de problemas. Ineficiencia sería una palabra que puede resumir este aspecto de la crisis del modelo de servicios.

3. Aspectos económicos: la crisis de costes²

Durante las décadas de los 60 y 70 se produjo en casi todos los países desarrollados una expansión del gasto sanitario mayor incluso, en términos porcentuales, que el crecimiento del PIB o que los gastos en conjunto del sector público de la economía. Muchos elementos contribuyen a esta expansión, entre ellos cabe destacar: en el campo del incremento de demanda, los cambios en la estructura demográfica y el incremento de la morbilidad social, la demanda inducida por la oferta médica condicionada por el desarrollo tecnológico, la concepción de los servicios sanitarios como bienes de lujo, etc.; y en el campo del incremento de los costes de la capacidad instalada, el carácter intensivo del factor trabajo sin procesos de sustitución capital-trabajo, provocando que el incremento de costes de los factores de producción sea mayor que el incremento de la productividad.

La aparición de la crisis económica de 1973 y sus repercusiones en las políticas de servicios sociales hizo a los gobiernos replantearse el tema del crecimiento del sector público de salud, máxime al no existir correlación entre el gasto y el nivel de salud de la población definiéndose otras prioridades de acción, como se puede apreciar en las estadísticas de la OCDE. De hecho, en nuestro país, como se ve en el cuadro nº03 los presupuestos en pesetas constantes no han crecido desde 1980.

Parece claro que la restricción presupuestaria tras un crecimiento poco controlado durante 20 años pueda poner en crisis un modelo instalado sobre la premisa de que «la salud no tiene precio».

4. Aspectos sociales: la crisis del modelo conceptual y organizativo²

Tres elementos concatenados condicionan los aspectos sociales a considerar. El primero de ellos es el cuestionamiento de la legitimidad del sistema. Voces individua-

2. Estos apartados se deben a José Martín y Juan Irigoyen, profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

les, como el ya mencionado Ivan Illich, o colectivas, como son los movimientos sociales que han traspasado ya el umbral de influencia y credibilidad, reivindican su protagonismo en este campo de acción. El modo tradicional de relación de los servicios con los usuarios (la relación médico-enfermo) se altera también por el papel de los medios de comunicación de masas que potencian conjuntamente con sectores profesionales la floreciente «industria del cuerpo». Por último, existen grupos profesionales cada vez más importantes que ponen en duda la legitimidad del sistema.

Esta crisis de legitimidad lleva necesariamente a una crisis de finalidades cuando unas instituciones, básicamente destinadas a satisfacer la demanda cambian a objetivos de salud. Por último, esta ambigüedad de fines a veces contradictorios, provoca en el proceso de cambio una verdadera crisis organizacional donde los contenidos desbordan la capacidad de asimilación de la organización, alterando las relaciones de poder en el sistema.

Parece claro a primera vista, que existen suficientes motivos para la aparición de una profunda crisis del sistema sanitario enmarcada dentro de la crisis de valores institucionales que vive el mundo occidental contemporáneo.

Pero, antes de considerar si lo que se articula en torno a promoción de salud es un nuevo paradigma, pasemos a analizar qué elementos comunes tienen aquellos proyectos y programas que se autodenominan de Promoción de Salud, como forma de delimitar en la práctica el concepto y sus aplicaciones.

Capítulo 3

PROMOCIÓN DE SALUD: UN ENFOQUE PARA LA ACCIÓN

Si entendemos Promoción de Salud no como un conjunto de actividades, ni como «una parte» de la salud pública, sino como una «forma de ver» la totalidad de los problemas de la salud colectiva y de las formas de intervenir sobre ellos para enfrentarlos, debemos preguntarnos cuáles son los conceptos y las características que este marco nos presenta.

No pretendemos presentar un cuadro acabado de la cuestión, sino una visión «impresionista», intentando destacar estos elementos fundamentalmente a través de un análisis de las experiencias que se autodefinen como de Promoción de Salud (23) (24).

1. Promoción de la salud mira «desde fuera» de los servicios de salud la problemática de la salud-enfermedad

Uno de los aspectos que más nos llaman la atención a los profesionales de los servicios de salud cuando nos aproximamos a proyectos de Promoción es una cierta sensación de pérdida de protagonismo. Acostumbrados a sentir los problemas sanitarios como algo que sólo nos incumbe a nosotros, el encontrarnos con un enfoque que nos coloca como un instrumento más nos produce una cierta sensación de discomfort.

Son muchas las personas procedentes de ambientes ajenos a los servicios las que han elaborado el marco conceptual de Promoción de salud y eso se nota. Grupos profesionales como sociólogos, antropólogos, psicólogos sociales, planificadores urbanos, educadores, etc., han sido protagonistas de las elaboraciones teóricas y prácticas de la Promoción de la salud.

Al liberarse del potente paradigma biomédico los proyectos de promoción de salud operativizan de hecho definiciones más amplias de salud que la mera negación de la enfermedad. Esta deja de ser un referente imprescindible para la acción. La inclusión de las categorías cultura, estructura social, historia, etc. en este concepto ampliado provoca que la sociedad (grupos humanos y comunidades) funcione como sujeto activo del proceso de sanar o enfermar, traspasando así las barreras individuales.

«La salud no sólo es cosa de médicos» es una expresión que puede sintetizar lo dicho hasta aquí.

2. La Salud vista desde diferentes ángulos

Como extensión del punto anterior aparece otra de las características que aporta este tipo de programas, y es que estudia e interviene sobre la salud pública teniendo en cuenta las diferentes perspectivas sugeridas por distintos actores como son los grupos profesionales, organizaciones comunitarias, políticas, medios de comunicación social, etc...

Desde esta visión multisectorial se enriquece tanto en matices como en medidas de intervención la habitual perspectiva de los profesionales sanitarios como comentaremos más adelante, esta forma de ver las cosas nos provee de variados elementos analíticos y tiene importantes consecuencias cara al estilo de llevar adelante las intervenciones sobre la salud.

3. Se produce una «ampliación» del objeto de trabajo

Quizá convenga aquí reforzar la idea de que Promoción de Salud no supone un planteamiento radicalmente nuevo sino más bien, la situación actual de un conjunto de propuestas que tienen su origen en el siglo XIX, relacionadas con la visión social de la salud.

Nos encontramos con una imagen de lo que es salud que tiene triple dimensión: biológica, psicológica y social, que desde el enfoque de Promoción de Salud adquiere todo su significado.

En la dimensión biológica se propone no sólo curar, cuidar, rehabilitar y prevenir sino además promover mejoras en la salud. Desde el punto de vista psicológico, se trata no sólo de luchar contra el malestar sino además de buscar el bienestar al nivel de la percepción de las personas. En el plano social, los proyectos de promoción de salud hablan de luchar contra la disfunción social y de realizar esfuerzos cara a mejorar el funcionamiento social de las colectividades y los individuos. Como ha sido comentado en el punto 1 los grupos humanos como unidades (no como agregación de individuos) son objeto de análisis y acción.

4. Orientación hacia la promoción en sentido estricto

En el párrafo anterior hemos hecho referencia a que la triple dimensión biológica, psicológica y social tiene unos polos positivos, definidos en términos de fomento,

bienestar y mejor funcionamiento social, como contraposición a los polos negativos de prevención y lucha contra el malestar y la disfunción social. Pues bien, los proyectos de trabajo que se autodefinen como enmarcados en Promoción de salud, suelen ir dirigidos a la búsqueda de esos polos positivos, pero esto es *una tendencia*, y no quiere decir que la prevención, etc., no deba ser objeto de atención desde el enfoque de la Promoción de salud.

Sin embargo lo más frecuente es una acción integral y que el proyecto abarque aspectos preventivos y de promoción.

5. La importancia de lo cultural

Ya hemos comentado que las ciencias sociales y los profesionales a ellas vinculados suponen un elemento diferencial de la Promoción de Salud.

Los aspectos culturales, el hecho de reconocer que el proceso salud-enfermedad se produce en una cultura determinada que condiciona tanto el marco explicativo como las posibilidades de intervención, es una de las más trascendentes clarificaciones del marco conceptual.

La importancia de cómo se explica la gente, desde su propia óptica, la salud y la enfermedad es esencial para posibilitar la implicación de las comunidades en la problemática salud-enfermedad.

Por otro lado, la cultura tiene una relación indiscutible con conceptos como estilos de vida, formas de articulación social, apoyo social, autoayuda etc., y éstos sí son algunos de los mecanismos de intervención sobre los que se sustenta la Promoción de Salud.

Los tres últimos puntos se resumen en la *Figura nº4*: El camino entre la enfermedad y la salud puede realizarse alejándose de la enfermedad y teniendo como punto de mira ésta (estrategia preventiva) lo que implica fundamentalmente a técnicos (identificación, descripción y análisis técnico de la causalidad) o bien acercándose a la salud como referente (estrategia de promoción). La última opción es claramente cultural, puesto que la salud es una utopía que hay que definir en sus coordenadas espaciotemporales y, por tanto, implica el protagonismo de los no técnicos (la población en general). La escalera (los caminos) se van multiplicando a medida que nos alejamos de la enfermedad (un punto).

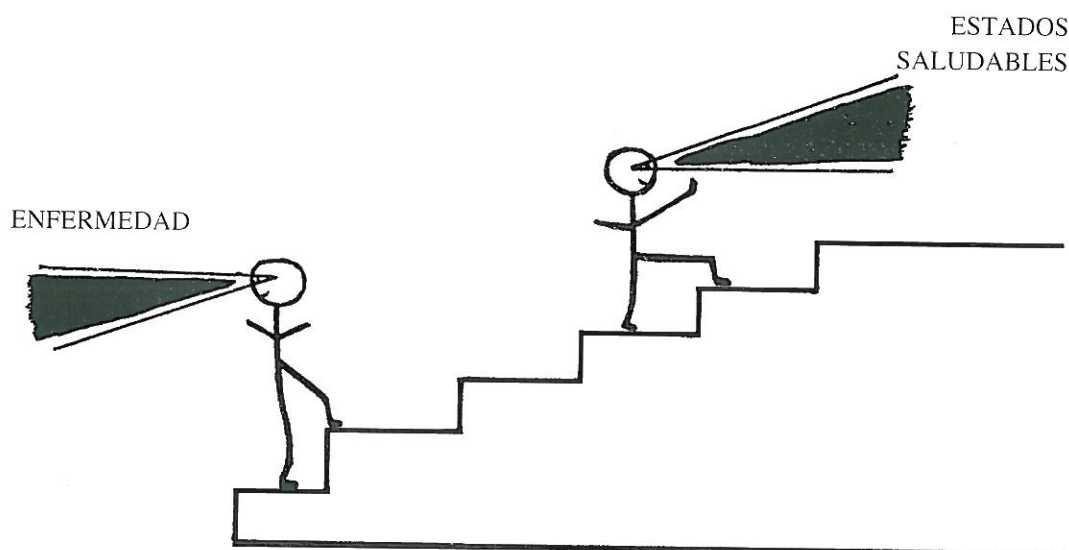


Fig.4: Camino entre la enfermedad y la salud.
La estrategia preventiva frente a la de promoción

6. Intersectorialidad

Muy relacionado con varios de los puntos anteriores está el hecho de que en los proyectos de intervención de Promoción de salud estén implicados varios sectores sociales. Puede que sea ésta la característica más visible de las experiencias.

Es frecuente que sean iniciativas ajenas al sector salud las que marquen el comienzo de las actividades. Iniciativas de sectores como: instituciones educativas, organismos políticos locales, medios de comunicación social, organizaciones no gubernamentales como la Iglesia, Cruz Roja y otras, colegios profesionales diversos, etc.

7. Caracter dinámico y activo

Las experiencias de Promoción de salud aparecen marcadas por el «énfasis en la acción».

La acción, el cambio, es el objetivo fundamental. Se huye de los estudios previos prolongados y de las recogidas de información exhaustivas. No es que no se busque la información para la gestión y evaluación sino que no se considera como requisito previo al inicio de la intervención, y se va recogiendo como producto de las propias actividades del proyecto.

Para la promoción de salud lo importante es generar procesos que tiendan a ir buscando la dirección correcta por medio de la experimentación difusa, iniciar mu-

chas y diversas experiencias para que luego sea la propia dinámica del trabajo la que ayude a seleccionar los mejores cursos de acción.

El encabezamiento de un capítulo de «En busca de la excelencia» (4), un libro que tiene mucho que ver con las formas de gestionar los proyectos de Promoción de salud, «preparados, fuego, apunten» puede ser un buen resumen del carácter dinámico que la caracteriza.

8. Necesidad de incorporar información de tipo cualitativo

Debido a la naturaleza de las situaciones a las que afectan, los proyectos de Promoción de Salud suelen requerir marcos que permitan la utilización de información de tipo cualitativo. Esta posibilita el proceso de comunicación entre sectores diversos.

No obstante la información de tipo cuantitativo (24), precisa y concreta, tiene un importante lugar en algunos de los más importantes proyectos de Promoción de Salud ya que, aportan evaluaciones precisas de sus logros y problemas.

9. Hincapié en los aspectos positivos

Promoción de Salud recoge alguno de los planteamientos sugeridos por las técnicas del Marketing, como es el reconocimiento de la asimetría entre la afirmación frente a la negación.

Centrar los trabajos en reforzar lo bien realizado, lo positivo, tiene la ventaja de que fortalece el modelo con el que las personas y las colectividades están trabajando, frente a lo negativo, la sanción ... que rechaza el modelo en el que se opera pero deja en la incertidumbre sobre qué es lo que hay que hacer.

Los refuerzos positivos, los premios, suelen ser más eficaces a largo plazo para lograr la modificación de las conductas o la implicación de la gente que, como la psicología y la publicidad han demostrado, prefiere apuntarse a ideas positivas.

10. La importancia de confiar en la gente y en el éxito de las acciones

No se puede lograr que las personas que trabajan en los distintos sectores sociales participen en los proyectos de promoción si no se confía sinceramente en lo que pueden aportar y que esta aportación es importante. Esto mismo es válido con respecto a la acción comunitaria, si no se cree que el papel de los individuos es realmente importante, y que puede lograr en efecto su participación, difícilmente se incorporarán al proyecto.

El hecho de que a la gente le guste apuntarse a caballos ganadores, a experiencias en las que se puede lograr éxito a corto plazo, se recoge en la perspectiva de Promoción de Salud, cuando propugna imbuir al trabajo a realizar da la sensación de que va a conseguir lo que se propone. «El éxito atrae al éxito» es la frase que resumiría esta actitud.

11. El presente es importante

En general los planteamientos habituales de los programas de orientación preventiva suele partir de que vale la pena hacer pequeños (o grandes) sacrificios en el presente para en el futuro no tener algún problema de salud. Sin renunciar en muchos casos a este enfoque, los proyectos de Promoción de Salud suelen hacer más hincapié en los beneficios presentes de las actividades que proponen.

Y esto no debe entenderse sólo como la forma de vender un producto, sino como una tendencia que coincide con una forma de pensar, que es global y de tipo cultural de nuestro tiempo.

Por otro lado, determinados sectores marginados de las sociedades occidentales donde actualmente se concentran una buena parte de los problemas de salud pública, difícilmente se pueden plantear situaciones a largo plazo cuando su presente está rodeado de tantas dificultades.

12. El consenso es un instrumento de trabajo

La estrategia de avanzar fundamentalmente en los aspectos compartidos por los diferentes actores que participan en las acciones de promoción de salud, es algo que se desprende de la propia necesidad de implicación de los colectivos que intervienen.

Naturalmente que si el consenso se convierte más que en una estrategia o instrumento en un fin en sí mismo, puede llevarnos a situaciones no deseadas y éste puede ser uno de los riesgos que se corre en ocasiones.

No obstante el problema señalado, la utilización de procedimientos de búsqueda de consenso es un elemento constante en promoción de salud, fundamentalmente en los inicios de los procesos.

13. Los proyectos suelen actuar sobre toda la población

Aunque existen muchas excepciones a este rasgo, es muy frecuente que las acciones que se autodefinen como de promoción de salud tengan como destinatario a la totalidad de la población de una determinada región o área.

La propia metodología de los instrumentos de trabajo utilizados empuja a hacer más eficiente el considerar a la población como un todo. Así por ejemplo en proyectos que pretenden incidir sobre un determinado problema de salud que afecta fundamentalmente a un grupo de población, lo que se suele hacer es considerar al resto de la comunidad como posibles agentes de salud cara a actuar sobre la auténtica población destinataria.

14. Los recursos se generan en el propio proceso de trabajo

Quizá uno de los elementos más constantes en todos los proyectos de promoción es lo limitado de los recursos al inicio de las actividades, limitación que se suple la mayor parte de las veces por el voluntarismo de sus promotores.

En teoría clásica de la planificación, los recursos disponibles al inicio del programa determinarán lo que realmente se puede hacer. Sin embargo, en este tipo de proyectos, gran cantidad de esfuerzos se dedican a la obtención de recursos ajenos, no solamente como fin en sí mismo, sino como procedimiento de implicación social. De ahí la importancia del uso de técnicas de marketing social y de comunicación, otras constantes en Promoción de Salud.

Hasta aquí algunos de los rasgos que caracterizan el enfoque de Promoción de Salud, debiendo quedar claro que no todos los aspectos comentados afectan a todos los proyectos de promoción de salud pero que en su conjunto pueden ayudar a formar una idea sobre la naturaleza de la propuesta.

Capítulo 4

PROMOCIÓN DE LA SALUD, ¿UN NUEVO PARADIGMA?

En las páginas anteriores se han enumerado un conjunto de elementos que los proyectos de promoción de salud tienen en común. Cabría preguntarse si ese conjunto de elementos y sus relaciones, constituyen un sistema (marco conceptual, paradigma) categórico que cumpla las funciones lógicas y psicológicas que T. Kuhn asigna a las teorías (20).

- *Economía conceptual*, es decir, un método para resumir y reunir lo conocido, una forma simple de archivar información.
- *Coherencia*, que brinde un atractivo lógico y la tranquilidad existencial que permite ubicarse en el mundo y definir el papel que se cumple.
- *Predicción de propiedades inobservadas*, que facilita el progreso del conocimiento y de la teoría, sugiriendo líneas de investigación.

El énfasis en la acción y el que haya nacido como respuesta a la crisis de los servicios sanitarios, nos obliga a visualizar promoción de la Salud fundamentalmente como una *estrategia (o un conjunto de estrategias)* racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad. Como es evidente esta definición puede ser aplicable a cualquier estrategia de intervención. En este sentido, descubrir lo específico de promoción, significa analizar lo que aportan los elementos ya citados a otras visiones de la salud pública.

Es importante señalar que el elemento diferencial del marco conceptual de Promoción de la Salud, no radica tanto en la introducción de nuevas categorías, sino en la importancia que se da a cada uno de ellos en la maraña causal, factor este que es clave cuando se plantea la intervención.

En este sentido, planteamos que es una estrategia COMPLEMENTARIA no de sustitución a lo existente, pero (y no es contradictorio) a la vez integral por afectar a todos los elementos que hasta ahora venían interviniendo, aportando nuevos instrumentos y reorientando sus finalidades. Promoción de salud no es una nueva salud pública.

Para ordenar coherentemente los elementos presentaremos separadamente los referidos a la comprensión del fenómeno salud-enfermedad de aquellos otros referidos a cómo actuar para mejorarla.

EL MODELO DE EXPLICACIÓN: UN CONCEPTO DE SALUD

Posicionarse ante la salud significa optar por valores concretos de las dimensiones que este multiforme concepto posee. Vamos a considerar una serie de visiones dicotómicas sobre la salud, intentando explicar como a nuestro juicio Promoción de Salud se posiciona y permite avanzar sobre el paradigma clínico-epidemiológico.

1. Positiva / Negativa

Clásicamente el objeto de la clínica ha sido las enfermedades en su dimensión individual. La medicina preventiva amplía el objeto de la intervención a problemas de salud, entendiendo por éstos no sólo las enfermedades (en su expresión comunitaria, que no es más que la agregación del fenómeno individual, medidas por las tasas) sino también los factores comunitarios que condicionan su aparición. Promoción avanza incorporando el malestar como percepción subjetiva (relacionado o no con la enfermedad) y la salud como hecho positivo (tanto en su dimensión subjetiva —bienestar— como objetiva) a los objetos de la planificación/intervención.

2. «Científica» / Cultural

Promoción recupera el concepto de salud como valor moral, tal y como desprende de la definición de la OMS (completo bienestar, etc. etc.) y otorga el poder de definir lo bueno y lo malo a cada comunidad o grupo social.

Se hace por tanto explícita la dimensión cultural y, por tanto, perceptiva (sujeto a las variables tiempo, lugar y persona) de las metas a conseguir frente a su dimensión científica natural, es decir, racional (objetivable entre comillas). El problema no se plantea en la contradicción entre la visión «científica» de los técnicos de lo que es un problema de salud y la de la comunidad, sino en el valor que ésta asigna al problema identificado y los métodos para caracterizarlo.

3. Estática / Dinámica

La crítica clásica que se ha venido haciendo a la definición de la OMS es la de su carácter estático. Sin embargo, la ausencia de enfermedad como operativización del concepto salud siempre ha sido dinámica porque estaba ubicada en el tiempo y el espacio y son identificables eventos que influyen en encontrarse sano o enfermo. La ampliación del modelo conceptual de causalidad se concretó en la visión ecológica del proceso de salud/enfermedad como resultante del equilibrio dinámico entre el individuo (herencia) y el medio ambiente (físico, psíquico, social).

Promoción de la Salud avanza más porque tiene una visión histórica del proceso. El reconocimiento de que el substrato del sujeto y de la comunidad, es producto no

sólo de su herencia sino también de su historia, y que es el que condiciona la respuesta del individuo y del grupo social al medio, lleva a Promoción a incluir categorías de análisis como cultura de salud, estructura social, nivel de stress, eventos vitales, etc.

4. Presente / Futuro

Prevenir significa anticiparse al problema, apostar por el futuro, pensar en un porvenir mejor. Y esto, tan asumido en una cultura racionalista (la de los técnicos) muchas veces no se nos manifiesta como lo que es: una opción ante la vida entre otras muchas.

Promoción de la Salud recupera el valor del presente, al definir la salud no sólo como una meta sino como un recurso para la vida cotidiana.

5. Etiología individual / Etiología ambiental

El modelo ecológico, tomando una opción clara por los elementos del ambiente a la hora de explicar el proceso de enfermar, no pasa de enumerar las posibles categorías de factores en la salud (las interminables listas de los diagnósticos de salud). Promoción de Salud intenta dar peso a los Factores y establecer relaciones entre ellos. Su opinión es la de recargar las tintas en aquéllas que condicionan los comportamientos individuales y colectivos. Estilos de vida y condiciones de vida pasan a ser las categorías básicas de análisis que resumen los comportamientos individuales, y el ambiente que crea la comunidad. Los factores de índole socioeconómico y cultural adquieren un nuevo protagonismo porque constituyen el filtro a través del cual el medio ambiente físico influye a los grupos humanos. En el fondo se trata de reconocer que el ecosistema humano es básicamente artificial. (Figuras 5, 6, 7).

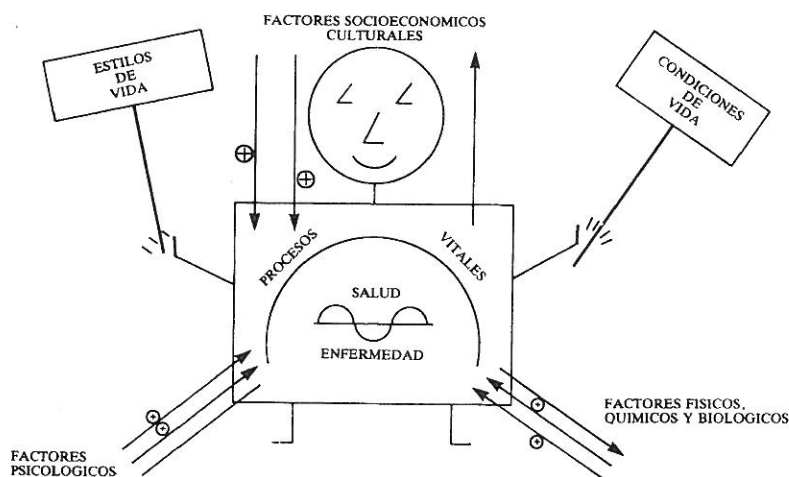


Fig.5: Factores socioeconómicos y culturales, psicológicos, físicos, químicos y biológicos que influyen el equilibrio salud/enfermedad

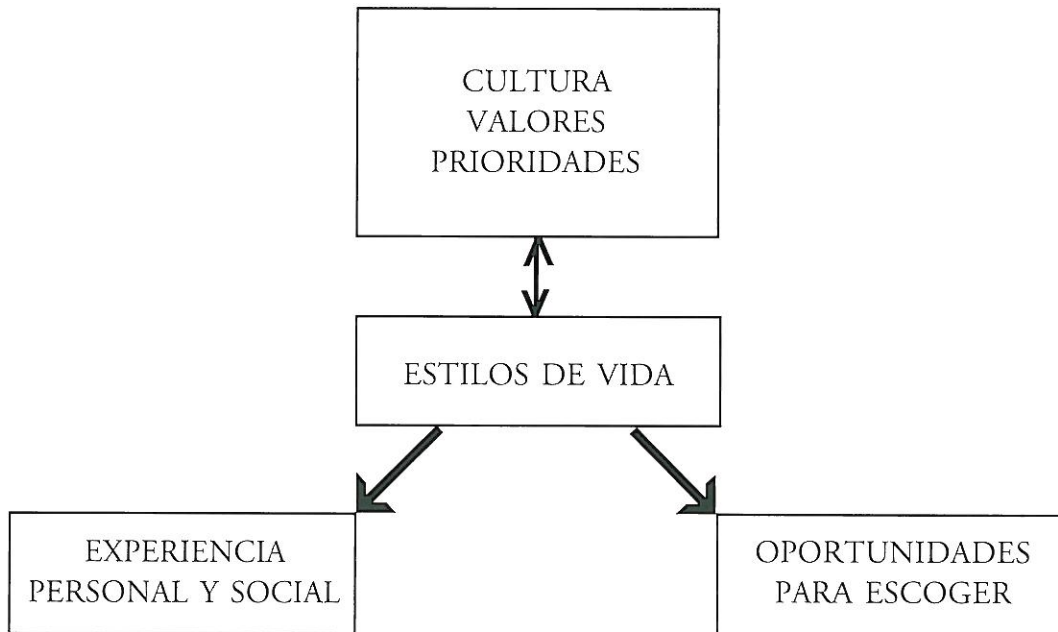


Fig.6: Estilos de vida como categoría central (básica) de análisis

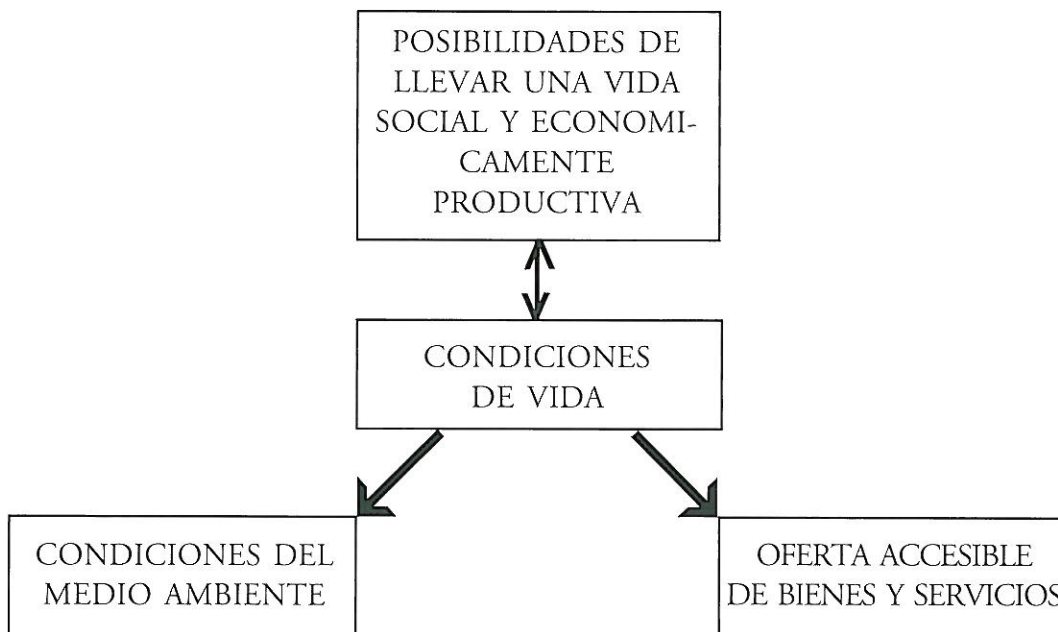


Fig.7: Condiciones de vida como categoría central (básica) de análisis

EL MODELO DE INTERVENCION: UNA FORMA DE GESTIÓN

1. Lo individual / Lo social

Tradicionalmente en el campo de la intervención, ha existido un fuerte antagonismo entre dos visiones: la medicina curativa asistencial, que aborda la intervención sobre el individuo desde el plano de la responsabilidad individual (autorresponsabilidad, o responsabilidad del médico), y la salud pública clásica que plantea la intervención sobre la comunidad asumiendo la responsabilidad social en este tipo de acciones desde las superestructuras sociales destinadas a este fin. El desarrollo hacia la integralidad de provisión de servicios de esta última concepción lleva a reivindicar como responsabilidad social (y del Estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios.

Comprender la visión desde Promoción de la Salud es básico para desarrollar esta estrategia de intervención. Las categorías de análisis, estilos y condiciones de vida (fundamentalmente socioculturales) hace que sin restar importancia a la responsabilidad de las supraestructuras se ponga de manifiesto el papel de la sociedad en su conjunto con sus grupos humanos estructurados establemente o no.

El protagonismo de los individuos a la hora de modificar los estilos de vida dentro de los márgenes que sus condiciones de vida le permiten, lleva a hacer hincapié en la autorresponsabilidad individual y en las modificaciones de conducta a través de la adquisición de hábitos y actitudes saludables.

Hablar de autocuidados, de ayuda mutua y de articulación de políticas globales que creen ambientes saludables no es nada nuevo como mecanismo de intervención; lo que sí es nuevo es enfatizar como proveedores de cuidados para la salud las categorías, familia, grupo, infraestructura social, y otras supraestructuras públicas o privadas para operar con ellas. Es decir:

- a) Se reconoce que estas categorías están de hecho proveyendo cuidados relacionados con la salud de gran importancia para abordar los problemas actuales.
- b) Se admite la falta de protagonismo de los servicios sanitarios en la resolución de los citados problemas.
- c) Se plantea la necesidad de elaborar estrategias conjuntas *que permitan operar a través* de la totalidad de los elementos implicados.

Esta concepción, especialmente el punto **b** del párrafo anterior, no quiere decir que los servicios sanitarios sean ajenos a la Promoción de la Salud. Lo que quiere decir es que para elaborar una estrategia de Promoción de la Salud desde los servicios sanitarios hay que determinar mecanismos de influencia sobre el resto de elementos intervinientes (*figura 8*). La sustitución de la autoridad normativa por la influencia como mecanismo de aunar voluntades, implica toda una revolución en el campo de la gestión de proyectos de salud.

2. Ámbito local / Ámbito nacional

La viabilidad de la cooperación intersectorial es mayor a nivel local. La acción comunitaria, base de la participación, se encuentra a nivel local, es en él donde existen niveles políticos y se gestionan recursos que permiten hacer planificación estratégica.

Todo esto lleva a Promoción de Salud a hacer hincapié en lo local como espacio prioritario de intervención.

Pero, después de este somero repaso a los acentos que Promoción de Salud pone en categorías ya conocidas, queda resaltar lo más sorprendente de este enfoque: el énfasis que pone en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud no le impide operar con los contrarios que pasan en un puro ejercicio dialéctico de antagonistas a complementarios.

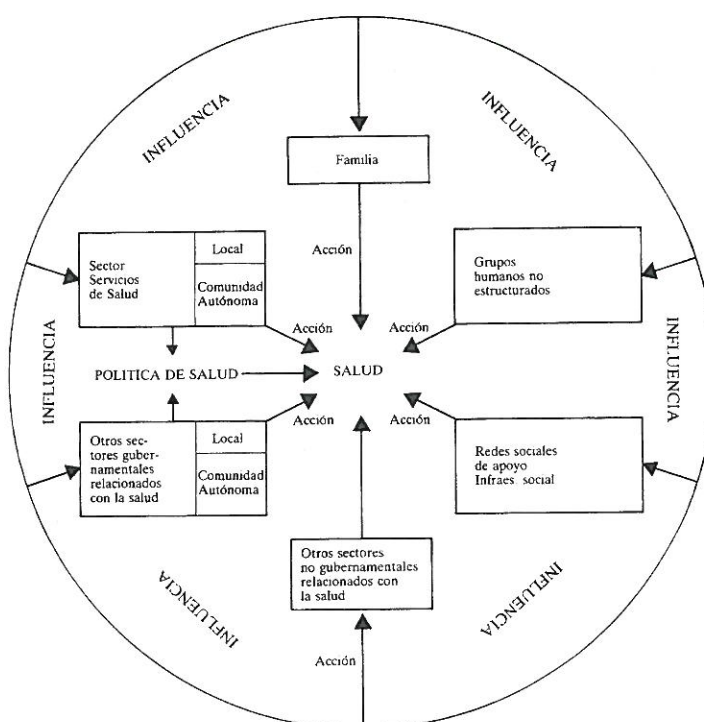


Fig.8: Mecanismos de influencia sobre elementos intervinientes en la salud

Frente al pensamiento sintético (una visión del mundo) Promoción de Salud usa la paradoja, ajustando las categorías conceptuales al contexto en el que deben ser usadas.

Capítulo 5

CONCLUSIONES

El enfoque de promoción de salud señala un nuevo terreno de actuación y unas nuevas reglas para el debate en salud pública, terreno que es la expresión de un profundo movimiento de renovación cultural en el mundo occidental desarrollado, aplicable a otros campos de las ciencias y de la técnica. En este sentido pensamos que en promoción caben muchas opciones y, como profesionales comprometidos con los servicios sanitarios públicos, queremos acabar el capítulo como lo comenzamos: con un listado de cuestiones para el futuro.

Promoción de Salud

¿No podría desviar recursos y esfuerzos desde las personas más enfermas o en riesgo hacia las sanas?

¿No va a hacer recaer sobre los individuos la culpa de su enfermedad?

¿No puede hacer rehuir determinados enfrentamientos con grupos de interés en ocasiones «causas» de enfermedades?

¿No justificará la disminución de responsabilidad del Estado en el mantenimiento de la salud de los ciudadanos en un momento de recortes de presupuestos sociales?

¿No se crearán «especialistas» en promoción de salud usurpando un saber que se supone debe de estar a disposición de todos?

Bibliografía

1. ANDERSON R.: «Health Promotion: An overview». *Technical paper*. Los Angeles, CA: The University of California, 1983.
2. VUORI H.: «Atención Primaria de Salud en Europa: problemas y soluciones». *Atención Primaria*, 1987; 4: 11-21.
3. NAISBITT J.: *Macrotendencias: diez nuevas orientaciones que están transformando nuestras vidas*. Barcelona: Mitre, 1983.
4. PETERS T. y WATERMAN R.H.: *En busca de la excelencia. Lecciones de las empresas mejor gestionadas de los Estados Unidos*. Barcelona: Folio, 1984.
5. Mac KEOWN T.: *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?*. México: Siglo XXI, 1982.
6. Mac KEOWN T.: *Introducción a la medicina social*. México: Siglo XXI, 1981.
7. TERRIS M.: «La epidemiología como guía para las políticas de salud». *Annual Review of Public Health*. Vol. 1, 1985.
8. TERRIS M.: *La revolución epidemiológica y medicina social*. México: Siglo XXI, 1982.
9. ILLICH, I.: *Medical Némesis*. Londres: Calder and Boyars, 1975.
10. LALONDE, M.: *A New Perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1978.
11. OMS Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata. Ginebra: OMS, 1978.
12. NUTBEAN, D.: «Glosario de Promoción de Salud». Separata técnica de la Revista *Salud entre Todos*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1987.
13. WHO-ROE Health Promotion: *Concept and principles in action. A policy framework*. Copenhagen: WHO / EURO, 1984.
14. WHO-ROE Health promotion. *A discussion document on the concept and principles*. ICP/HSR 602. Copenhagen: WHO / EURO, 1984.
15. WHO Ottawa charter for Health Promotion. Health and Welfare Canada. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
16. WHO International Conference on Health Promotion. *Healthy Public Policy: Strategies for action*. Adelaide: Commonwealth Department of Community Services Health Australia, 1988.

17. Health education planning: A diognostical approach. Palo Alto: Mayfield Publishing Company, 1980.
18. HANCOCK, T. y DULH, L.: *Ciudades Sanas: El fenómeno de la salud en el contexto urbano*. Presentado en el Symposium «Healthy Cities». Lisboa, 1988.
19. HANCOCK, T.: *Plan de acción para 5 años*. Dresde, 1991.
20. KUHN, T.: *La estructura de la revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.
21. WHO-IEA. Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Publication European. Series No 22, Copenhaguen: WHO / EURO, 1987.
22. *Salud Para Todos en el año 2000*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Informe mimeografiado). 1984.
23. *Red de Actividades de Promoción de Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1991.
24. NUTBEAN, D.: «The Welsh Heart Programme evaluation stratrgy, Progress, plans and possibilities». *Health Promotion*, 1988, 2 (1): 5-18.

