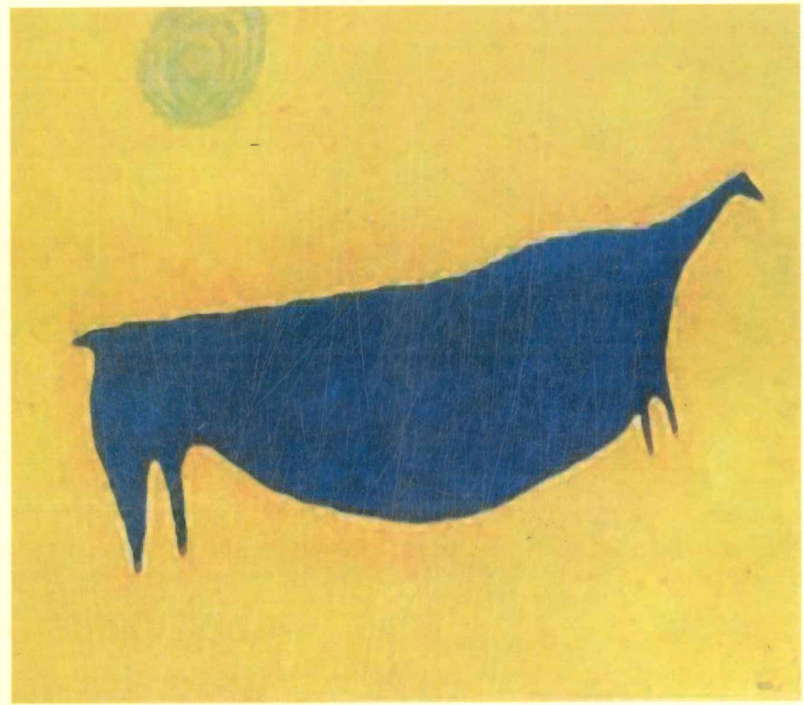
DINA CZERESNIA
CARLOS MACHADO DE FREITAS
ORGANIZADORES

Promoción de la Salud

Conceptos, reflexiones, tendencias



Lugar
Editorial

Una introducción al concepto de promoción de la salud

PAULO MARCHIORI BUSS

Introducción

El concepto moderno de promoción de la salud, así como su práctica, surge y se desarrolla de forma más intensa en los últimos 20 años, en los países desarrollados, particularmente en Canadá, en los Estados Unidos y en los países de la Europa Occidental. Tres importantes conferencias internacionales sobre el tema, realizadas entre 1986 y 1991, en Ottawa (1986), Adelaide (1988) y Sundsval (1991), establecieron las bases conceptuales y políticas contemporáneas de la promoción de la salud. Las conferencias siguientes se realizaron en Yakarta, en 1997, y en México, en el año 2000. En América Latina, tuvo lugar, en 1992, la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Brasil, 2002). Examinaremos, en este artículo, la contribución de esas conferencias para el desarrollo del concepto de promoción de la salud.

Al analizar el discurso vigente en el campo de la promoción de la salud, se verifica que:

> partiendo de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, la promoción de la salud propone la articulación de conocimientos técnicos y populares y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para su desafío y resolución. (Buss, 2000a: 165)

Más allá de las motivaciones ideológicas y políticas de sus principales enunciadores en las referidas conferencias, la promoción de la salud surge, ciertamente, como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y en el interior del sistema de salud, como se observará más adelante.

Aunque el término haya sido inicialmente usado para caracterizar "un nivel de atención" de la medicina preventiva (Leavell & Clark, 1965), su significado fue mudando a lo largo del tiempo, como se verá, pasando a representar, más recientemente, un "enfoque" político y técnico en torno del proceso salud-enfermedad-atención.

Hoy en día, transcurridos más de quince años desde la divulgación de la Carta de Ottawa en 1986 (Brasil, 2002) –uno de los documentos fundadores del movimiento actual de la promoción de la salud–, este término está asociado inicialmente a un "conjunto de valores": vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Se refiere también a una "combinación de estrategias": acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de habilidades personales), del sistema de salud (reorientación del sistema de salud) y de asociaciones intersectoriales; esto es, trabaja con la idea de "responsabilización múltiple", ya sea por los problemas, ya sea por las soluciones propuestas para los mismos.

Se observa, además de esto, que en un mundo globalizado la promoción de la salud muestra un fuerte "componente internacionalista", presente en todos sus documentos de naturaleza más política (las cartas y declaraciones de las conferencias, por ejemplo), bien sea en la comprensión de los problemas, bien sea en las propuestas de intervención. Otra característica enfatizable se refiere a la comprensión de los problemas y a las respuestas para los mismos: a problemas con múltiples determinaciones se les proponen respuestas con múltiples estrategias, medidas y agentes. A pesar de eso, el discurso imperante en el campo de la promoción de la salud se propone caracterizarla por la "integridad", ya sea en el entendimiento de los problemas en el proceso salud-enfermedad-atención, ya sea en las respuestas presentadas para estos.

La gran valorización del "conocimiento popular" y de la participación social consecuente a este conocimiento está en la base de la formulación conceptual de la promoción de la salud. También encontramos una propuesta de articulación con otros movimientos sociales, con los cuales tiene en común algunas de las características referidas, como el movimiento ecológico/ambientalista y el movimiento feminista.

De hecho, se observa una gran coincidencia entre los conceptos de promoción de la salud y los de desarrollo humano sustentable, Agenda 21, derecho a ciudadanía, vivienda y otros, como el cooperativismo. En todos ellos se trabaja con "factores determinantes internos y externos" para los respectivos campos a los que se refieren; principalmente (desarrollo, ambiente, salud, aglomeraciones humanas y producción colectiva de bienes y servicios), lo que evoca la "acción intersectorial" para el enfrentamiento de los problemas identificados. El protagonismo social y político de la mujer en las acciones de promoción de la salud, presente en la mayoría de las declaraciones y documentos contemporáneos referentes al tema, aproximan, en definitiva, este campo con el movimiento feminista.

La salud es mencionada como factor esencial para el desarrollo humano; uno de los campos de acción propuesto en el contexto de promoción de la salud es la creación de ambientes favorables. El desarrollo sostenible coloca al ser humano como agente central del proceso de defensa del medio ambiente, y persigue, como uno de sus principales objetivos, el aumento de la expectativa de vida saludable y de calidad; la "*governance*" implica una amplia participación de la comunidad en la definición de cuestiones culturales de la vida colectiva. En todos esos conceptos, se pondera la importancia de la "equidad", ya sea en la distribución de la renta, ya sea en el acceso a los bienes y servicios producidos por la sociedad.

Antecedentes

Sigerist (1946) fue uno de los primeros autores en hacer referencia al concepto promoción de la salud cuando definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación. El afirmó que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso" (1946:19), para lo que pidió un esfuerzo coordinado de políticos, sectores sindicales y empresarios, educadores y médicos. A estos, como especialistas en salud, les competería definir normas y fijar estándares.

Antes, Winslow (1920:23) definió la salud pública como

> la ciencia y el arte de evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos y paramédicos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de enfermedades, y el perfeccionamiento de la máquina social que asegurará a cada individuo, dentro de la comunidad, un patrón de vida adecuado al mantenimiento de la salud.

El mismo autor, completando sus conceptos, afirma que (1920:23)

> la promoción de la salud es un esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una "maquinaria social" que asegure todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y el avance de la salud.

En realidad, ya era reconocido, hace mucho tiempo, que las mejoras en la nutrición y el saneamiento (aspectos relativos al medio ambiente) y las modificaciones en las conductas de reproducción humana, sobre todo la disminución en el número de hijos por familia, fueron los factores responsables para la reducción de la mortalidad en Inglaterra y en el País de Gales en el siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX. Las intervenciones médicas eficaces, como las inmunizaciones y la terapia con antibióticos, tuvieron influencia tardía y de menor importancia relativa (McKeown, Record & Turner, 1974).

Leavell & Clark (1965) utilizan el concepto de promoción de la salud al desarrollar el modelo de la historia natural de la enfermedad, que comportaría tres "niveles de prevención" (Cuadro 1). Dentro de esos tres niveles de prevención, existirían por lo menos cinco componentes distintos, en los cuales se podrían aplicar medidas preventivas, dependiendo del grado de conocimiento de la historia natural.

Cuadro 1. Niveles de aplicación de medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad.

Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento precoz	Limitación de la invalidez	Rehabilitación
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria

Fuente: Leavell & Clark (1965).

La prevención primaria, al ser desarrollada en el período pre-patógeno, constaría de medidas destinadas a desarrollar una salud global óptima por la protección específica del hombre contra agentes patológicos o por el establecimiento de barreras contra los agentes del medio ambiente. Como parte de este primer nivel de prevención, las medidas adoptadas para la promoción de la salud no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, sino que sirven para aumentar el vigor o el bienestar generales. Los autores destacan la educación y la estimulación sanitarias como elementos importantes para este objetivo y afirman que los procedimientos para la promoción de la salud incluyen un buen patrón de nutrición, adaptado a las distintas fases del desarrollo humano; la atención de las necesidades para el óptimo desarrollo de la personalidad, incluyendo la orientación y educación adecuadas de los padres en actividades individuales o de grupos; educación sexual y orientación prenupcial; residencia apropiada; bienestar y condiciones agradables en el hogar y en el trabajo. La orientación sanitaria en los exámenes de salud periódicos y la orientación enfocada hacia la salud en cualquier ocasión de contacto entre el médico y el paciente, con extensión al resto de la familia, están entre los componentes de la promoción. Se trata, por tanto, de un enfoque centrado en el individuo, con una proyección para la familia o colectivos, dentro de ciertos límites.

No obstante, se verificó que la extensión de los conceptos de Leavell y Clark es inapropiada para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Efectivamente, con la segunda revolución epidemiológica (Terris, 1996), el movimiento de prevención de enfermedades crónicas, la promoción de la salud pasó a asociarse a medidas preventivas, sobre el entorno físico y sobre los estilos de vida, y ya no orientadas exclusivamente para individuos y familias.

Los diversos conceptos constituidos disponibles para la promoción de la salud pueden ser reunidos en dos grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992). En el primero de ellos, la promoción de la salud consiste en las actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, apuntando hacia sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y, por encima de todo, en el ambiente de las "culturas" de la comunidad en la que se encuentran. En este caso, los programas o actividades de promoción de la salud tienden a concentrarse en componentes educativos, primordialmente relacionados con riesgos de comportamientos alterables, que se encontrarían, al menos en parte, bajo control de los propios individuos. Por ejemplo, el amamantamiento materno, o el hábito de fumar, la dieta, las actividades físicas, la conducción peligrosa en el tráfico, etc. En este abordaje, huyeron del ámbito de la promoción de la salud todos los factores que estuviesen fuera del control de los individuos. Lo que, mientras tanto, caracteriza la promoción de la salud, modernamente, es la constatación del papel protagonista de los determinantes generales sobre las condiciones de salud: la salud es producto de un amplio espectro de factores relacionados con la calidad de vida, incluyendo un patrón adecuado de alimentación y

nutrición, de ámbitos de residencia y saneamiento, buenas condiciones de trabajo, oportunidades de educación a lo largo de toda la vida, entorno físico limpio, apoyo social para las familias e individuos, estilo de vida responsable y un espectro adecuado de cuidados hacia la salud. Sus actividades estarían, entonces, más orientadas a la colectividad de individuos y al ambiente que la rodea, comprendido, en un sentido amplio, por medio de políticas públicas y de entornos favorables para el desarrollo de la salud y para refuerzo de la capacidad de los individuos y de las comunidades (*empowerment*).

La carta de Ottawa define promoción de la salud como "el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso" (Brasil, 2002: 19), implantándose de esa forma, en el grupo de conceptos más amplios, reforzando la responsabilidad y los derechos de los individuos y de la comunidad por su propia salud. Ella establece, de esta manera, que las condiciones y los recursos fundamentales para la salud son: ausencia de conflictos, condiciones de habitabilidad, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad, afirmando que el incremento en el escenario de la salud requiere una base sólida en estos pre-requisitos básicos.

Destacando, en la promoción de la salud, sus papeles de defensa de la causa de la salud, *advocacy*, de capacitación individual y social para la salud y de mediación entre los diversos sectores implicados, la Carta de Ottawa preconiza también cinco campos de acción para la promoción de la salud:

- elaboración e implementación de políticas públicas saludables
- creación de ambientes que favorezcan la salud
- refuerzo de la acción comunitaria
- desarrollo de habilidades personales
- reorientación del sistema de salud

Para Gutiérrez (1997: 117),

> promoción de la salud es el conjunto de actividades, procesos y recursos, de orden institucional, gubernamental o de ciudadanía, orientados a propiciar la mejora en las condiciones de bienestar y acceso a los bienes y servicios sociales, que favorezcan el desarrollo de conocimientos, actitudes y comportamientos favorables para el cuidado de la salud y el desarrollo de estrategias que permitan a la población un mayor control sobre su salud y sus condiciones de vida, en el nivel individual y colectivo.

En realidad, el concepto de promoción de la salud viene siendo elaborado por diferentes agentes técnicos y sociales, en diferentes coyunturas y formaciones sociales a lo largo de los últimos veinte años. Innumerables eventos internacionales, publicaciones de carácter más conceptual y resultados de investigación han contribuido para acercamientos a conceptos y prácticas más precisas en esta área. Se encuentra, a continuación, una breve, y ciertamente incompleta cronología del desarrollo del área de la promoción de la salud.

Cuadro 2: Promoción de la salud: una breve cronología

1974 - Informe Lalonde: una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses / A New Perspective on the Health of Canadians.
1976 - Prevención y Salud: interés para todos, DHSS (Gran Bretaña).
1977 - Salud para todos en el año 2000 - 30ª Asamblea Mundial de Salud.
1978 - Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en la Salud - Declaración de Alma Ata.
1979 - Población Saludable/ Healthy People: the surgeon general´s report on health promotion and disease prevention. US-DHEW (EE. UU.).
1980 - Informe negro sobre las desigualdades en salud / Black report on inequities in health, DHSS (Gran Bretaña).
1984 - Toronto saludable 2000 - Campaña lanzada en Canadá.
1985 - Oficina europea de la Organización Mundial de la Salud: 38 metas para la salud en la región europea.
1986 - Alcanzando la Salud para Todos: un marco de referencia para la promoción de la salud / Achieving Health for All: a framework for health promotion - Informe del ministerio de la salud de Canadá, Min. Jack Epp.
1986 - Carta de Ottawa sobre promoción de la salud - I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Canadá).
1986 - Promoción de la Salud: estrategias para la acción - 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública.
1987 - Lanzamiento por la OMS del Proyecto Ciudades Saludables.
1988 - Declaración de Adelaide sobre políticas Públicas Saludables - II Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Australia).
1988 - De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino - Reunión Internacional promovida por la OMS en Riga (URSS).
1989 - Una llamada para la Acción/ A Call for Action - Documento de la OMS sobre la promoción de la salud en países en desarrollo.
1990 - Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre el Niño (Nueva York).
1991 - Declaración de Sundsval sobre Ambientes Favorables para la Salud - III Conferencia Internacional sobre el Promoción de la Salud (Suecia).
1992 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo (Río 1992).
1992 - Declaración de Santa Fe de Bogotá - Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en la Región de las Américas (Colombia).
1993 - Carta del Caribe para la Promoción de la Salud - I Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (Trinidad y Tobago).
1993 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos (Viena).
1994 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo).
1995 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Pekín).
1995 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Social (Copenhague).

1996 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (Hábitat II) (Estambul).
1996 - Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre Alimentación (Roma).
1997 - Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud del siglo XXI en adelante - IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Yakarta).
2000 - V Conferencia Internacional sobre el Promoción de la Salud (Méjico).

Fuente: cuadro elaborado por el autor.

En los países de primer mundo, los sistemas de salud comienzan, en la mitad de los años 70, a ser vigorosamente cuestionados, teniendo como telón de fondo nuevas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención, que persiguen articular cuatro dimensiones explicativas: biología humana, estilos de vida, ambiente y servicios de salud (modelos de Blum, 1979; Dever, 1980; Lalonde, 1996).

Como los sistemas de salud están sometidos permanentemente a fuerzas expansivas (a la medicalización, al desarrollo tecnológico, a la evolución demográfica y a la mudanza del perfil del estudio de las enfermedades), se reacciona con mecanismos de regulación, como el uso racional de recursos humanos y físicos, el control financiero y la ética profesional. A pesar de la utilización de mecanismos de regulación cada vez más costosos y sofisticados, los sistemas continúan ineficientes, ineficaces, no equitativos y con poco apoyo de la opinión pública. Surgen, entonces, nuevas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención, más globalizantes, que combinan salud y formas de vida.

A partir de esta revisión conceptual, el moderno movimiento de promoción de la salud surge en Canadá en mayo de 1974, con la divulgación del documento "A new perspective on the health of canadians", también conocido como *Informe Lalonde* (1996), (entonces ministro de Salud de Canadá). Según Draper (1995), en el texto instruido para la Canadian Public Health Association (CPHA), fue el primer documento oficial en usar el término "promoción de la salud" y en colocar este campo en el contexto del pensamiento estratégico; además de eso, para el mismo autor, el referido documento ofrecía una nueva fórmula para definir prioridades y un marco de referencia para la planificación estratégica.

El origen de este documento se remonta a las actividades de educación para la salud desarrolladas por el Gobierno Federal de Canadá en décadas anteriores, pero el *Informe Lalonde* encarnó, aun según Draper (1995:12), "una importante reorientación, por haber presentado un marco de referencia nuevo y amplio para las políticas de la salud, haber ofrecido el reconocimiento político a las nuevas ideas y haber establecido un primer paso en la definición de un nuevo paradigma en salud".

La motivación central del *Informe Lalonde* parece haber sido política, técnica y económica, pues apuntaba a enfrentar los costes crecientes de la asistencia médica al mismo tiempo en que se apoyaba en cuestionar el abordaje exclusivamente médico para las enfermedades crónicas debido a los resultados poco significativos que aquella presentaba.

Los fundamentos del *Informe Lalonde* se encontraban en el concepto de "área de la salud", que reúne los llamados "determinantes de la salud". Este concepto contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de la asistencia para la salud. Además, cada una de esas categorías puede ser analizada en profundidad para determinar su importancia relativa como causa de los problemas de salud. Los componentes del área de la salud aparecen así descritos en el informe (Lalonde, 1996):

- El componente de "biología humana" incluye todos los hechos relacionados a salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de madurez y envejecimiento y los diferentes órganos y aparatos internos del organismo.
- El "ambiente" incluye todos los factores relacionados con la salud externos al organismo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, mecanismos del abastecimiento del agua, etc.; tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud, como la contaminación del aire y del agua, los ruidos ambientales y la propagación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se consigue garantizar la eliminación adecuada de los detritus ni que el medio social y sus rápidas transformaciones produzcan efectos nocivos sobre la salud.
- El componente "estilo de vida" representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con relación a su salud y sobre las cuales ejerce apenas un cierto grado de control.
- La cuarta categoría del concepto, la "organización de la asistencia para la salud", consiste en la cantidad, calidad, disposición, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención a la salud. Se define genéricamente, como sistema de salud.

El documento de Lalonde (1996:4) concluye que

> hasta ahora, casi todos los esfuerzos de la sociedad empleados para la mejora de la salud son la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, concentrándose en la organización de la asistencia médica. Sin embargo, cuando se identifican las principales causas de mortalidad por enfermedad en Canadá, se llega a la conclusión de que su origen está en los otros tres componentes del concepto, o sea, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida.

Cinco estrategias fueron propuestas para abordar los problemas del área de la salud: promoción de la salud, regulación, eficiencia de la asistencia médica, investigación y establecimiento de objetivos. La estrategia de promoción de la salud fue entonces establecida para "informar, influenciar y asistir a individuos y organizaciones para que asuman mayores responsabilidades y sean más activos en materia de salud" (1996:5). Entretanto, el documento no confirió ningún énfasis particular a la promoción de la salud, simplemente brindándola como una de las cinco estrategias.

Cerca de 74 iniciativas fueron propuestas para implementar las cinco estrategias. Las 23 medidas que componen la estrategia de la promoción de la salud estaban relacionadas exclusivamente con factores específicos del estilo de vida, como la dieta, el tabaco, el alcohol, las drogas y la conducta sexual. Las medidas propuestas abarcan programas educativos dirigidos tanto a los individuos como a las organizaciones y al desarrollo de recursos adicionales para el ocio.

Draper (1995: 14) concluye que

> el Informe Lalonde ofreció una nueva forma de abordar el análisis de la política de salud, sin embargo no se constituyó en política gubernamental, una vez que evitó establecer aspectos jurídicos y financieros, habiendo recibido mayor atención internacional que doméstica (...) En resumen, la influencia de este documento fue abrir las puertas para un nuevo debate y reconocer políticamente la necesidad de innovaciones, pues muchos programas de promoción de la salud en desarrollo hoy, en Canadá, tienen sus orígenes en el Informe Lalonde.

El evento más significativo, en Canadá, que siguió a la divulgación del *Informe Lalonde*, fue el establecimiento, en 1978, de un Departamento de Promoción de la Salud en el Ministerio de la Salud, aunque resoluciones claras sobre sus acciones, mas allá de aquellas relacionadas con el énfasis en los estilos de vida, sólo hayan venido años más tarde. Éstas tuvieron su base en proyectos experimentales, que utilizan abordajes innovadores de acción comunitaria relacionados con un amplio espectro de problemas y desarrollados en diversos lugares del país.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó, en colaboración con la United Nations Children´s Fund (Unicef), la I Conferencia Internacional sobre Atenciones Primarias en la Salud, que se realizó en Alma-Ata. Hay un amplio consenso de que éste fue uno de los eventos más significativos para la salud pública, en términos mundiales, acontecido en la segunda mitad del siglo XX, por el alcance que tuvo en casi todos los sistemas de salud del mundo.

La conferencia trajo un nuevo enfoque para el área de la salud, colocando la meta de "Salud para todos en el año 2000" y recomendando la adopción de un conjunto de ocho "elementos esenciales": educación dirigida a los problemas de salud prevalecientes y métodos para su prevención y control; impulso del suministro de alimentos y nutrición adecuada; abastecimiento de agua y saneamiento básico apropiados; atención materno-infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de enfermedades endémicas; tratamiento apropiado de enfermedades comunes y accidentes; y distribución de medicamentos básicos (WHO/ Unicef , 1978).

Desde 1980, el Ministerio de la Salud de Canadá y el Escritorio de la OMS en Europa pasaron a desarrollar una fructífera cooperación en el desarrollo de conceptos y prácticas en la promoción de la salud, que culminó con la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en noviembre de 1986, Ottawa/Canadá, al abrigo de los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Canadian Public Health Association (CPHA) y del Ministerio de la Salud y del Bienestar de Canadá.

También, fue extremadamente importante el proceso de discusión en torno de la promoción de la salud para más allá de la educación en salud, desarrollado en el escritorio de la OMS para Europa, resultando en la publicación de documentos y conferencias (WHO/Europe, 1984; Kickbusch, 1996) que tuvieron amplia divulgación y gran influencia en los resultados de la referida conferencia.

El entonces Ministro de la Salud de Canadá, Jack Epp, preparó y presentó en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud el documento "Achieving health for all: a framework for health promotion" (Epp, 1996), en el cual propugna un marco de referencia para la promoción de la salud que guardase una estrecha relación con los postulados de la Carta de Ottawa, pero avanzase en relación a la misma. El documento afirmaba: "el actual sistema de salud de Canadá no sirve para enfrentarse

correctamente a nuestros principales problemas de salud (...) debemos optar por el enfoque que denominamos promoción de la salud". El documento presentaba tres desafíos para alcanzar "salud para todos": reducir las desigualdades; incrementar el esfuerzo preventivo y acrecentar la capacidad de las personas en el enfrentamiento a los problemas de salud.

Con base en la experiencia acumulada en los diez años precedentes, el documento exhibía un conjunto de mecanismos de promoción de la salud y una serie de estrategias de ejecución para el afrontamiento de los desafíos apuntados. Los tres mecanismos eran:

- el autocuidado a sí mismo, o sea, decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud;
- ayuda mutua, es decir, acciones que las personas realizan para ayudarse las unas a las otras;
- ambientes saludables, o sea, la creación de las condiciones y entornos que favorezcan a la salud.

Las tres estrategias eran:

- favorecer la participación de la población;
- fortalecer los servicios de salud comunitarios (públicos no estatales);
- coordinar políticas públicas saludables.

Las Contribuciones de las Conferencias Internacionales para el Desarrollo Conceptual de la Promoción de la Salud

La mayoría de los autores reconoce el papel central que desempeñaron las conferencias internacionales en el desarrollo del concepto de promoción de la salud. En esta sección del escrito, procuramos identificar las principales conclusiones y propuestas de las cinco conferencias realizadas en el ámbito de la promoción de la salud y de las asociaciones que fueron aportando las bases establecidas en la 1ª Conferencia, realizada en Ottawa/Canadá en 1986.

La I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa

Contando con la participación de personas interesadas en la promoción de la salud de treinta y ocho países, principalmente del mundo in-

dustrializado, la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud tuvo como principal resultado la Carta de Ottawa (Brasil, 2002), que se convirtió desde entonces, en un punto de referencia básico y fundamental en el desarrollo de ideas de la promoción de la salud en todo el mundo.

La Carta de Ottawa define promoción de la salud como "el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso" (Brasil, 2002: 19). Asume el concepto de salud de la OMS, e insiste, además de eso, en que "la salud es el mayor recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la calidad de vida" (2002: 20). Para alcanzarla,

> los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y modificar favorablemente el medio ambiente. La salud debe ser vista como un recurso para la vida y no como un objetivo de vivir. En este sentido, la salud es un concepto positivo, que enfatiza los recursos sociales y personales, de la misma forma que las capacidades físicas. (Brasil, 2002: 19)

La Carta de Ottawa asume también que la equidad en la salud es uno de los focos de la promoción de la salud, cuyas acciones tienen como objetivo las diferencias en el estado de salud de la población y en el acceso a recursos diversos para una vida más saludable. El documento apunta hacia los múltiples determinantes de la salud y para la intersectorialidad al afirmar que "dado que el concepto de salud como bienestar global es superior a la idea de estilos de vida saludables, la promoción de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector de la salud"; y concluye, afirmando que "las condiciones y requisitos para la salud son: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad" (Brasil, 2002: 20).

Defensa del interés, capacitación y conciliación son, según la Carta de Ottawa, las tres "estrategias fundamentales" de la promoción de la salud.

La "defensa de la salud" consiste en luchar para que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de comportamiento y biológicos, así como los citados requisitos previos, sean cada vez más propicios para la salud.

La promoción de la salud apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y "proporcionar" los medios (capacitación) que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud. Los individuos y las colectividades deben tener la oportunidad de conocer y controlar

los factores determinantes de su salud. Ambientes favorecedores, acceso a la información, habilidades para vivir mejor, así como oportunidades para realizar elecciones más saludables, están entre los principales elementos capacitadores.

Los requisitos previos y expectativas para la salud no son asegurados exclusivamente por este sector, lo que demanda una acción coordinada entre todas las partes implicadas: gobierno, sector salud y otros sectores sociales y económicos, organizaciones de voluntariado y no gubernamentales, autoridades locales, industria y medios de comunicación. Los profesionales y grupos sociales, así como el personal de sanidad tienen la responsabilidad de "mediación" entre los diferentes intereses, en relación con la salud, existentes en la sociedad.

La Carta de Ottawa propone cinco campos centrales de acción:

- elaboración e implementación de "políticas públicas saludables";
- creación de "ambientes favorables para la salud";
- refuerzo de la "acción colectiva";
- desarrollo de "habilidades personales";
- "reorientación del sistema de salud".

Las decisiones en cualquier área de las políticas públicas, en todos los niveles de administración, tienen influencias favorables o desfavorables sobre la salud de la población. La promoción de la salud propugna la enunciación y ejecución de "políticas públicas saludables", lo que implica que la salud tenga prioridad entre políticos y dirigentes de todos los sectores y en todos los niveles, con responsabilidad por las consecuencias políticas sobre la salud de la población.

Las políticas públicas saludables se manifiestan por diversas aproximaciones complementarias, que incluyen legislación, medidas fiscales, tributaciones y alteraciones organizativas, entre otras, y por acciones coordinadas que apuntan hacia la equidad en salud, distribución más equitativa de la renta y políticas sociales. Este concepto resulta opuesto a la disposición previa a la conferencia, que identificaba la promoción de la salud principalmente con la corrección de comportamientos individuales, que serían los principales, si no los únicos, responsables de la salud.

La "creación de ambientes favorecedores para la salud", implica el reconocimiento de la complejidad de nuestras sociedades y de las relaciones de interdependencia entre diversos sectores. La protección del medio ambiente y la conservación de los recursos naturales, la conjunción

sistemática del impacto que los cambios en el medio ambiente producen sobre la salud, así como la conquista de entornos que faciliten y favorezcan la salud, como el trabajo, el ocio, el hogar, la escuela y la propia ciudad, pasan a componer medularmente la agenda de la salud.

El incremento del "poder de las colectividades" en el establecimiento de prioridades, en la toma de decisiones y en la definición e implementación de estrategias para alcanzar un mayor nivel de salud es esencial en las iniciativas de promoción de la salud. La Carta de Ottawa enfatiza que las acciones comunitarias serán efectivas si fuese garantizada la participación popular en la trayectoria de los asuntos de salud, así como el acceso total y continuo a la información y a las oportunidades de aprendizaje en esta área: es el concepto de *empowerment* comunitario, o sea, la adquisición de poder técnico y conciencia política para actuar en defensa de su salud.

El "desarrollo de habilidades y actitudes personales" propicias para la salud en todas las etapas de la vida se encuentra entre los campos de acción de la promoción de la salud. Para esto es imprescindible la divulgación de informaciones sobre la educación para la salud, lo que debe ocurrir en el hogar, en la escuela, en el trabajo, y en cualquier lugar comunitario. Diversas organizaciones deben responsabilizarse de tales acciones. Este componente de la Carta de Ottawa recupera la dimensión de la educación para la salud, aunque aquí también avance con la idea de *empowerment*, ahora en el plano individual, o sea, el proceso de capacitación (adquisición de conocimientos) y de conciencia política propiamente dicha.

La "reorientación de los servicios de salud" en la trayectoria del concepto de promoción de la salud, más allá de los servicios asistenciales, está entre las medidas preconizadas en la Carta de Ottawa. La carta irradia también una visión englobadora e intersectorial, al recomendar la apertura de conducciones entre los sectores sociales, políticos, económicos y ambientales. La apreciación de que tales cambios deben ser acompañados en la formación de los profesionales de la salud también está presente en la declaración proveniente de la conferencia.

Desde su divulgación, la Carta de Ottawa ha sido el principal marco de referencia de la promoción de la salud en todo el mundo, como reconocieron las conferencias siguientes, reeditadas en 1988, 1991 y 1997; las conferencias regionales, como la de Santa Fe de Bogotá (Brasil, 2002), Caribe (OPAS, 1993) y, más recientemente, en el propio Canadá, la Canadian Public Health Association (CPHA), al revisar el tema de la promoción de la salud después de una extensa consulta a especialistas (CPHA, 1996).

La II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Adelaide: políticas públicas saludables

La Conferencia de Adelaide, realizada en 1988, distinguió como su tema central las políticas públicas saludables "que se caracterizan por el interés y la preocupación explícitas de todas las áreas de las políticas públicas referentes a la salud de la población" (Brasil, 2002: 35). En este concepto se pueden ahora identificar claramente los componentes de intersectorialidad, que han marcado, desde entonces, el discurso de la promoción de la salud, así como una idea de responsabilización del sector público, no solamente por las políticas sociales que manifiesta y realiza (o por las consecuencias cuando deja de hacerlo), sino también por las políticas económicas y su impacto sobre la situación de la salud o el sistema de salud.

En Adelaide también se arguye una visión global y una responsabilidad internacionalista de la promoción de la salud, cuando fue establecido que, debido al abismo existente entre los países en cuanto a su nivel en salud, los desarrollados tendrían la obligación de asegurar que sus propias políticas públicas trascendiesen en impactos positivos para la salud de las naciones en desarrollo.

La conferencia de Adelaide identificó cuatro áreas prioritarias para suscitar acciones inmediatas en políticas públicas saludables:

- apoyo hacia la salud de la mujer;
- alimentación y nutrición;
- tabaco y alcohol;
- creación de ambientes favorables.

A pesar de la importancia de esos temas, se observa, en la realidad, que la propuesta de políticas concretas es tímida en relación con la enunciación inicial, mucho más globalizadora y más incisiva al responsabilizar al poder público por políticas en todas las áreas de los campos social y económico. Con la última de las políticas anteriormente indicadas, deja prácticamente anunciada la Conferencia de Sundsval, que se realizaría dos años después, y establece lazos aún más estrechos de la promoción de la salud con la futura Conferencia de Río, realizada en 1992.

La declaración de Adelaide destaca que los principales propósitos de las políticas saludables son la creación de ambientes (en la acepción más amplia del término) favorables para que las personas puedan disfrutar de vidas saludables, y que tales políticas faciliten opciones saludables de vida. El compromiso con la equidad está presente en varias sec-

ciones del texto: cuando se refiere a la necesidad de superar las desigualdades en el acceso a bienes y servicios existentes en la sociedad; cuando relaciona tales desigualdades con las inequidades en lo referente a la salud; al reclamar que debe ser dada prioridad a los grupos menos privilegiados y más vulnerables; cuando insiste en que las políticas públicas, como derechos de la ciudadanía, deben ser difundidas por medio de mecanismos, inclusive de lenguaje, que las hagan conocidas y accesibles, justamente para aquellos que más las necesitan y a las cuales frecuentemente ven negado su acceso.

Evaluar el impacto de las políticas públicas sobre la salud y el sistema de salud, incluso con el desarrollo de sistemas de información adecuados y accesibles es una de las recomendaciones explícitas de la conferencia. En Adelaide, se lanza un llamamiento renovado, ya presente en Ottawa, por la construcción de nuevas alianzas en salud, que involucren a políticos, ONGs, grupos pro-defensa de la salud, instituciones educacionales, medios de comunicación, entre otras asociaciones.

La III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Sundsval: creación de ambientes favorables para la salud

La III Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Sundsval/Suecia, en 1991, fue la primera en focalizar la interdependencia entre salud y ambiente en todos sus aspectos. Tomando como tema los "ambientes favorables para la salud" o "ambientes saludables", la conferencia lanzó una declaración convocando a las personas, organizaciones y gobiernos, en todas las partes del mundo, a incorporarse activamente en el desarrollo de ambientes –físicos, sociales, económicos y políticos– más favorables para la salud.

El evento tiene lugar en la efervescencia previa a la primera de las grandes conferencias de las Naciones Unidas prevista para "preparar al mundo para el siglo XXI", la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo, en Río '92, en un contexto de crecimiento de la conciencia internacional de individuos, movimientos sociales y gobiernos, sobre los riesgos de un colapso del planeta por efecto de las innumerables y profundas agresiones al medio ambiente.

La conferencia de Sundsval trajo consigo, con notable fortaleza, el tema del ambiente hacia el campo de discusión de la salud; no restringido solamente a la dimensión física o "natural", sino también a las dimensiones social, económica, política y cultural. De esta forma, se refiere "a los

espacios en los que las personas viven: la sociedad, sus casas, su trabajo y las áreas de ocio", y comprende también "las estructuras que determinan el acceso a los recursos para vivir y a las oportunidades para tener un mayor poder de decisión" (Brasil, 2002: 41), es decir, las estructuras económicas y políticas.

Se afirma en la conferencia, que (Brasil, 2002: 42):

> un ambiente favorable es de primordial importancia para la salud. Ambientes y salud son interdependientes e inseparables. Alcanzar estas dos metas debe ser el objetivo central al establecerse prioridades para el desarrollo y debe tener preeminencia en la gestión diaria de las políticas gubernamentales.

Una vez más, son resaltadas, en una conferencia sobre la promoción de la salud, las desigualdades sociales en la salud, así como la pobreza, sumando ahora "el ambiente degradado, tanto en las zonas rurales como en las urbanas" (Brasil, 2002: 43) como los grandes desafíos que deben ser dominados para alcanzar las deseadas metas de salud para todos.

En la conferencia, son resaltados cuatro aspectos en pro de un ambiente favorable y generador de salud:

- La "dimensión social", que incluye la manera por la cual normas, costumbres y procesos sociales afectan a la salud, avisando sobre los cambios que están ocurriendo en las relaciones sociales tradicionales y que pueden amenazarla. Ejemplifica, con el creciente aislamiento social, la pérdida de significados y propósitos coherentes de vida o la pérdida de valores tradicionales y de la herencia cultural en muchas sociedades.
- La "dimensión política", que requiere de los gobiernos la garantía de la participación democrática en los procesos de decisión y la descentralización de los recursos y de las responsabilidades. También reclama el compromiso con los derechos humanos, con la paz y la reubicación de recursos originarios de la carrera armamentística; esta última, un tema que se destacó significativamente en la conferencia.
- La "dimensión económica", que requiere fijar nuevos plazos con referencia a los recursos para alcanzar salud para todos y el desarrollo sostenible, lo que incluye la transferencia de tecnología segura y adecuada.

- La necesidad de reconocer y utilizar la "capacidad y el conocimiento de las mujeres" en todos los sectores, inclusive el político y económico.

En la conferencia, se subraya que la búsqueda de equidad y, en unos últimos análisis pormenorizados, el respeto a la biodiversidad son los dos principios básicos que deben regir las estrategias hacia una salud para todos. En el campo de la igualdad, subraya el compromiso con la superación de la pobreza, el desarrollo sostenible y el pago de la deuda humana y ambiental acumulada por los países industrializados con los países en desarrollo, y a la *accountability* (el pago aplazado de deudas) de las políticas, como forma para garantizar una distribución más igualitaria de recursos y responsabilidades, como principales elementos. Fue preconizada la gestión pública de los recursos naturales y aludido el respeto hacia las peculiaridades de los pueblos indígenas, así como la contribución que ellos pueden aportar en la cuestión ambiental, por la singular relación espiritual y cultural que mantienen con el ambiente físico.

Finalmente, en las "propuestas para la acción, el documento (la Declaración de Sundsval) insiste en la viabilidad de la creación de ambientes favorables, haciendo mención a las innumerables experiencias provenientes de todo el mundo, desarrolladas particularmente a nivel local, que cubren las áreas agrupadas como "escenarios para la acción" en la denominada "pirámide de los ambientes favorables de Sundsval": educación, alimentación y nutrición, hogar y vecindad, apoyo y atención social, trabajo y transporte. Las experiencias referentes a esos campos, referidas en Sundsval, fueron agrupadas y revisadas en un informe publicado por la OMS (Haglund *et al.*, 1996).

La IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Yakarta

La Conferencia de Yakarta fue la primera realizada en un país en desarrollo. Si quisiéramos establecer una analogía con las conferencias anteriores, se podría decir que desde su subtítulo, "nuevos actores" para una nueva era, pretendió ser una actualización del debate sobre uno de los campos de acción definidos en Ottawa: el refuerzo de la acción comunitaria.

Después de ser reafirmados los vínculos entre salud y desarrollo y, sobre todo, la contribución de la salud para el desarrollo, la Declaración de Yakarta enfatiza el surgimiento de nuevos determinantes de la salud, destacando los factores transnacionales: la integración de la economía

global, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de comunicación, del mismo modo que la continuación de la degradación ambiental, a pesar de todas las alertas internacionales realizadas sobre este tema en particular.

El documento reafirma posiciones históricas de la promoción, cuando insiste que:

> por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud actúa sobre los factores determinantes de la salud con vistas a obtener el mayor beneficio posible para la población, enfatiza la reducción de la inequidad en salud, garantiza el respeto hacia los derechos humanos y acumula capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias entre países y grupos. (Brasil, 2002: 49)

Otra reafirmación de la conferencia denota respeto a la posición central de la participación popular y del *empowerment,* realzando, para esto, la importancia del acceso a la educación y a la información.

Dos conclusiones, surgidas de la experiencia captada en profundidad durante los últimos años en cuanto a la alineación de las acciones en promoción de salud, merecen ser destacadas. La primera es que "los métodos en promoción de la salud, basados en el empleo de combinaciones de las cinco estrategias de Ottawa son más eficaces que los centrados en sólo un campo"; la segunda es que "diversos escenarios (ciudades, comunidades locales, escuelas, lugares de trabajo, etc.) ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales" (Brasil, 2002: 50). Estas son conclusiones muy importantes por ofrecer orientación práctica para las futuras acciones en la promoción de la salud, pues articulan los consagrados campos de acción de la promoción de la salud con los ambientes/territorios donde realmente viven, aman, enferman e, inexorablemente, mueren las personas bajo la influencia directa de múltiples acciones.

Se debe mencionar la polémica surgida en lo referente a la participación del sector privado en las actividades de promoción de la salud, finalmente aceptada y mantenida en la declaración final del evento, como se puede observar abajo. Así pues, fueron definidas cinco prioridades en relación con el campo de la promoción de la salud en los próximos años:

- Promover la responsabilidad social con la salud: aquí, con un renovado llamamiento hacia las políticas públicas saludables, y además procurando responsabilizar al sector privado.

- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud: reafirma el enfoque multisectorial, defendiendo el aumento y la reorientación de inversiones hacia el campo de la salud, y además también para la educación, la vivienda y otros sectores sociales, "que puedan fomentar el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida" (Brasil, 2002: 51).

- Consolidar y expandir asociaciones en pro de la salud entre los diferentes sectores a todos los niveles del gobierno y de la sociedad.

- Aumentar la capacidad de la colectividad y fortalecer a los individuos: implica ampliar la capacidad de las personas para la acción, y de los grupos, organizaciones o colectivos para influir en los factores determinantes de la salud, lo que exige educación en la práctica, capacitación para el liderazgo y acceso a los recursos.

- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud: propone la definición de espacios/ambientes para la actuación en la promoción de la salud (escuelas, entornos de trabajo, etc.), que requieren abordajes específicos, a partir del marco más general de la promoción de la salud: la creación de nuevas y diversas redes para que la colaboración intersectorial sea lograda; la documentación de experiencias a través de investigaciones e informes de proyectos y el intercambio de informaciones sobre la efectividad de estrategias en los diferentes ambientes/territorios; y más, recursos financieros y materiales para la promoción de la salud.

Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Un punto crítico en todo debate sobre promoción de la salud, es la línea divisoria entre ésta y la prevención de enfermedades, que consideramos orientaciones complementarias al proceso salud-enfermedad, bien sea en el plano individual, bien sea en el colectivo. Con frecuencia, el contenido teórico entre estas dos orientaciones se diferencia con más precisión que las respectivas prácticas.

El enfoque de la promoción de la salud es más amplio y englobador, procurando identificar y enfrentar los macrodeterminantes del proceso salud-enfermedad, y buscando transformarlos favorablemente en orientación hacia la salud. Ya la prevención de las enfermedades buscaría que los individuos permaneciesen exentos de las mismas. Como la salud no consiste solamente en la ausencia de enfermedades, los individuos sin manifestaciones clínicas podrían progresar hacia estados de

mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional, mayores impresiones subjetivas de bienestar, y objetivo de desarrollo individual y colectivo. Este es en esencia, el verdadero sentido de la promoción de la salud propiamente dicha (Gutiérrez *et al.*, 1997).

La promoción de la salud busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas; se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente propicios para la calidad y la salud; y se orientan al conjunto de acciones y decisiones colectivas que puedan favorecer la salud y la mejora de las condiciones de bienestar (Franco *et al. apud* Gutiérrez *et al.*, 1997). En cuanto a la prevención, diferente de la promoción, se orienta más hacia las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo o factores causantes de conjuntos de enfermedades o de una enfermedad específica; su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o aceleran.

Con vistas a la prevención, evitar la enfermedad es el objetivo final y, por tanto, la ausencia de enfermedades sería un objetivo satisfactorio. Para la promoción de la salud, el objetivo permanente es un óptimo nivel de vida y de salud; por lo tanto, la ausencia de enfermedades no es suficiente, en todo caso la presencia de cualquier nivel de salud registrado en un individuo siempre conllevará algo que debe ser realizado para producir un mejor nivel de salud y condiciones de vida más satisfactorias (Gutiérrez *et al.*, 1997)

Tradicionalmente, la medicina y las llamadas ciencias de la salud trabajan con la "enfermedad". De hecho, el objeto de la práctica de la medicina ha sido, a lo largo de la historia, la enfermedad en su dimensión individual. La medicina preventiva, a su vez, amplía el objeto de intervención a la categoría "problemas de salud", que incluye no solamente las enfermedades en su expresión poblacional, que no ha sido más que la agregación de las manifestaciones individuales, medidas por proporciones, sino también los factores poblacionales que condicionan su aparición (Fernández & Regules, 1994).

La conclusión, al inicio de 1990, de extensos estudios de intervención, iniciados hace por lo menos diez años, y la valoración de los conocimientos en prevención adquiridos en los últimos años, permitieron sistematizar mejor las ventajas e inconvenientes que caracterizan la intervención "individual" y la intervención "poblacional" para algunos de los problemas predominantes en las sociedades industrializadas. De este modo, la intervención sobre individuos tiene ventajas en términos de reducir el surgimiento de complicaciones y de mejorar los índices de letalidad, mortalidad y tiempo de supervivencia. En todo caso la intervención sobre colectivos tiene ventajas para modificar la incidencia.

Las principales cuestiones de la práctica de la medicina y de la medicina preventiva sobre su objeto, las enfermedades, son: cómo evitarlas (prevención primaria o control de la incidencia); cómo curarlas (prevención secundaria o control de la duración, y por consiguiente de la prevalencia); y cómo atenuarlas (prevención terciaria o control de las complicaciones adicionales). De este modo, las enfermedades y sus causas, consecuencias y tratamiento son la base de la práctica de la medicina y de la medicina preventiva. En este contexto, la salud ha sido entendida, centralmente, como ausencia de enfermedad.

En contrapartida, la promoción de la salud, como ha sido demostrado a lo largo de este texto, tiene su origen en la "salud propiamente dicha", proponiendo abordajes –incluso dentro del llamado sector salud– que apuntan a mantener y mejorar los niveles de salud existentes; esta ha sido definida como

> el proceso de capacitar individuos y colectividades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y, de este modo incrementar su salud (...) debiendo para esto un individuo o grupo ser capaz de identificar y realizar pretensiones, satisfacer necesidades y variar o controlar el entorno. (Brasil, 2002: 19)

De ese modo, la promoción de la salud mejora, incorporando el malestar como percepción subjetiva, relacionada o no con la enfermedad, y la salud como hecho positivo, tanto en su dimensión subjetiva –bienestar– como objetiva, a los objetos de planificación/intervención.

El camino entre la salud y la enfermedad se puede realizar distanciándose de la enfermedad, pero manteniéndola como núcleo –estrategia preventiva– o bien aproximándose a la salud como referencia –estrategia de promoción– (Fernández & Regules, 1994). La primera situación implica fundamentalmente conocimientos técnicos (identificación, descripción y análisis técnico de la causalidad) y responsabilidades centradas en los profesionales de la salud. En todo caso la estrategia de la promoción es claramente social, política y cultural, puesto que la salud es una utopía que se define en sus coordenadas espacio-temporales, lo que implica claramente el protagonismo de individuos no técnicos y de movimientos sociales, así como la acción combinada de políticas públicas, modificando estilos de vida e intervención ambiental, a través de un amplio abanico de medidas políticas, legislativas, fiscales y administrativas (Stachtchenko & Jenicek, 1990).

Una buena parte de la confusión entre promoción y prevención proviene del gran énfasis en modificaciones de comportamiento individual y de la base, casi exclusiva, en factores de riesgo para determinadas enfermedades, dominantes en ciertos programas denominados de promoción de salud. Esta convergencia sobre el individuo y su comportamiento tiene su origen en la tradición de intervención clínica y en el paradigma biomédico. En ese caso, el *locus* de responsabilidad y la unidad de análisis son el individuo, que es visto como último responsable (si no el único) de su estado de salud. En cualquier caso la promoción de la salud se presenta como una estrategia de mediación entre las personas y su ambiente, combinando elecciones individuales con responsabilidad social por la salud (las llamadas políticas públicas saludables). En ese sentido, las estrategias de promoción de salud son más integradas e intersectoriales, de la misma forma que suponen una efectiva participación de la población desde su formulación hasta su puesta en práctica.

Stachtchenko & Jenicek (1990) desarrollaron el esquema que sigue, sintético y bastante útil, para diferenciar prevención y promoción.

Cuadro 3. Diferencias esquemáticas entre promoción y prevención.

CATEGORÍA	PROMOCIÓN DE SALUD	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
Concepto de salud	Positivo y multidimensional	Ausencia de enfermedad
Modelo de intervención	Participativo	Médico
Objetivo	Toda la población, en su ambiente total	Principalmente los grupos de alto riesgo de población
Incumbencia	Red de asuntos de salud	Patología específica
Estrategias	Diversas y complementarias	Generalmente única
Abordajes	Facilitación y capacitación	Direccionador y persuasivas
Direccionamiento de las medidas	Ofrecidas a la población	Impuestas a grupos-objetivo
Objetivos de los programas	Cambios en la situación de los individuos y de su ambiente	Se enfocan principalmente en individuos y grupos de personas
Ejecutores de los programas	Organizaciones no profesionales, movimientos sociales, municipales, regionales y nacionales, etc.	Profesionales de la salud

Fuente: adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990).

Se debe conocer, además, que los abordajes metodológicos en promoción de la salud, por ser este un campo de conocimiento y práctica más reciente, están menos desarrollados que los métodos epidemiológicos de planificación, implementación y evaluación de los programas de prevención de enfermedades.

Finalmente, como afirman Fernández & Regules (1994: 25), la promoción de la salud

> es una estrategia complementaria, no de sustitución de las demás estrategias en salud pública, sin embargo (y no hay contradicción) a su vez integral, por afectar a todos los elementos que hasta ahora habían intervenido, aportando nuevos instrumentos y reorientando sus finalidades.

De la misma forma, Stachtchenko & Jenicek (1990) insisten en la tesis de que las dos maneras de afrontamiento (promoción y prevención) son complementarias y no excluyentes en la planificación de programas de salud, y la población se beneficia de las medidas adecuadas y equilibradamente propuestas en ambos campos.

Conclusión

La evolución del concepto de promoción de salud, desde que el término fue usado por primera vez, se desplazó de un "nivel de prevención" de la medicina preventiva, en Winslow (1920), Sigerist (1946) y Leavell & Clark (1965), hacia un "enfoque político y técnico" del proceso salud-enfermedad-atención, como se está caracterizado en los últimos 25 años (desde Alma-Ata y Ottawa).

El concepto es adecuado para la concepción del proceso salud-enfermedad-atención que tienen los diversos agentes políticos y técnicos involucrados en diferentes coyunturas y agrupaciones sociales. Inicialmente restringido al campo de la acción de profesionales del área de la educación en la salud, la promoción de la salud pasa, con el tiempo, a ser de responsabilidad, por un lado, de la población organizada con intereses en salud, y, por otro, de agentes de otros sectores sociales –inclusive sectores gubernamentales– no directamente involucrados con el área de la salud.

Tal hecho es consecuencia de la visión de que la salud tiene determinaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias que simplemente la herencia genética, la biología humana y los factores ambientales más inmediatos. De hecho, fundamentos más sólidos de

evidencias fueron demostrando que existe una fuerte relación entre los estilos de vida de las personas, su posición social y económica, condiciones de vida y su estado de salud. Esa percepción por parte de los diversos agentes, también llevó al desarrollo de maneras y formas que pueden modificar esos determinantes estructurales y personales de la salud. De esa forma, se fue observando que "las estrategias más eficaces de prevención de las enfermedades y promoción de la salud se basaban en una combinación de acciones destinadas a abordar los determinantes tanto estructurales como individuales de la salud" (Nutbeam, 1999: 2).

En países y regiones en desarrollo, como América Latina y Brasil, en particular, es evidente que se necesita trabajar con el concepto más amplio de promoción de la salud, lo que conduce también hacia la construcción de prácticas sociales más englobadoras, para que se promueva la salud efectivamente. Una tendencia importante en esas situaciones ha sido discutir en conjunto los conceptos de salud y calidad de vida (Minayo; Hartz & Buss, 2000), así como aproximar las prácticas de promoción de la salud a movimientos más englobadores y de desarrollo local integrado y sostenible (Buss, 2000a, 2000b, 2000c; Buss & Ferreira, 2000; Buss & Ramos, 2000).

Entre los muchos desafíos planteados por aquellos que demuestran interés o tienen experiencia profesional en el campo de la promoción de la salud está el perfeccionamiento del concepto, métodos y prácticas de este área, que ha sido evaluada de forma prometedora por todos aquellos que, insatisfechos con los modelos asistenciales vigentes, buscan alternativas más eficaces para prolongar la vida con calidad y así contribuir a la completa realización del potencial de salud de individuos y comunidades en todo el mundo.

Referencias Bibliográficas

BLUM, H. L. *Planning for Health: development and application of social change theory*. Nueva York: Human Science Press, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasilia: MS, 2002. En: www.saude.gov.br/bvs/conf_ tratados.html

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência-Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000a.

BUSS, P. M. Enfrentando a pobreza através da parceria estado-comunidade: desenvolvimento local integrado e sustentável em Manguinhos. *Cadernos da Oficina Social*, 5: 137-132, 2000b.

BUSS, P. M. A experiência comunitária da Fiocruz: desenvolvimento local integrado e sustentável em Manguinhos. Río de Janeiro. *Saúde em Debate*, 24(55): 31-43, mayo/agosto, 2000c.

BUSS, P. M. & FERREIRA, J. R. F. Local integrated and sustainable development as a strategy for "radical health promotion" in *Brazil. Promotion Education*, 7(4): 25-28, 2000.

BUSS, P. M. & RAMOS, C. L. Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da cidadania. *Cadernos da Oficina Social*, 3: 13-65, 2000.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (CPHA). *Action Statement for Health Promotion in Canada*. Ottawa: CPHA, 1996.

DEVER, G. E. A. Holistic health: an epidemiological model for policy analysis. En: *Community Health Analysis*. Maryland: Aspen Publ. Inc., 1980.

DRAPER, R. *Perspectives on Health Promotion: a discussion paper*. Ottawa: CPHA, 1995.

EPP, J. Achieving health for all: a framework for health promotion. En: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996. (Publ. Cient. 557)

FERNANDEZ, L. A. L. & REGULES, J. M. A. *Promoción de Salud: un enfoque en salud pública*. Andalucía: Junta de Andalucía/Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

GUTTIERREZ, M. L. *et al.* La promoción de la salud. En: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M. T. (Orgs.) *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina*. San Juan: Editora de la Universidad del Puerto Rico, 1997.

HAGLUND, B. J. A. *et al. Creating Supportive Environments for Health*. Ginebra: WHO/Public Health in Action 3, 1996.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996. (Publ. Cient. 557)

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. Nueva York: McGraw-Hill, Inc., 1965.

MCKEOWN, T.; RECORD, R. G. & TURNER, R. D. An interpretation on the decline of mortality in England and Wales during the 20th century. *Population Studies*, 29: 391-422, 1974.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(1): 7-17/29-31, 2000.

NUTBEAM, D. Health promotion effectiveness. En: INTERNATIONAL UNION OF HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*. Bruselas: European Commission, 1999. (Part II)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Promoción Sanitária y Acción de la Comunidad en pro de la Salud en los Países en Desarrollo*. Ginebra: OMS, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Caribbean Charter for Health Promotion*. Washington: Opas, 1993.

SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. En: SIGERIST, H. (Ed.) *The University at the Crossroad.* Nueva York: Henry Schumann Publisher, 1946.

STACHTCHENKO, S. & JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81: 53-59, 1990.

SUTHERLAND, R. W. & FULTON, M. J. Health promotion. En: SUTHERLAND, W. & FULTON, M. J. (Eds.) *Health Care in Canada.* Ottawa: CPHA, 1992.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología.* Washington: Opas, 1996. (Publ. Cient. 557)

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. *Science*, 51: 23, 1920.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/EUROPE (WHO/EUROPE). *Health Promotion: a discussion document on the concept and principles.* Copenhage: WHO/Regional Office for Europe, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF). *Primary Health Care: report of the International Conference on PHC*, Alma-Ata, USSR, 6-12, sept. 1978. Ginebra: WHO, 1978.

*El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción**

DINA CZERESNIA

Introducción

Desde las dos últimas décadas, el discurso de la salud pública y las perspectivas de redirigir las prácticas de salud se están manifestando en torno a la idea de promoción de la salud. Promoción es un concepto tradicional, definido por Leavell & Clark (1976) como uno de los elementos de nivel primario de atención en medicina preventiva. Este concepto fue retomado y consiguió más énfasis recientemente, en Canadá, EE.UU. y países de Europa occidental. La revalorización de la promoción de la salud recupera, con un nuevo discurso, el pensamiento médico social del siglo XIX, expresado en la obra de autores como Virchow, Villermée, Chadwick y otros, fortaleciendo las relaciones entre salud y condiciones de vida. Una de las motivaciones centrales de esta recuperación fue la necesidad de controlar los costes desmedidamente crecientes de la asistencia médica, que no se corresponden a resultados igualmente significativos. Se convirtió en una propuesta gubernamental, en estos países, ampliar, más allá de un abordaje exclusivamente médico, el reto lanzado hacia los problemas de salud pública, principalmente enfermedades crónicas en poblaciones que tienden a hacerse proporcionalmente cada vez más viejas (Buss, 2000).

La conformación del discurso de la "nueva salud pública" se produjo en un contexto de sociedades capitalistas neoliberales. Uno de los ejes básicos del discurso de la promoción de la salud es fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y de los grupos sociales. Una cuestión que se presenta es qué concepción de autonomía es efectivamente propuesta y

* Este texto es una versión revisada y actualizada del artículo "The concept of health and the diference between promotion and prevention", publicado en los *Cuadernos de Salud Pública* (Czeresnia, 1999).