

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Jesús Bernal Magaña

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**





Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Jesús Bernal Magaña

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Jesús Bernal Magaña

Evolución y marcos conceptuales de la promoción de la salud

UNAM, FES Zaragoza, marzo de 2016.

Peso: 2,580 KB

Diseño de portada: Carlos Raziel Leaños

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros

ISBN: 978-607-02-7800-6

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Evolución y marcos conceptuales de la promoción de la salud

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Delegación Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F.

ÍNDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Capítulo I	13
Salud pública	13
Salud pública en México	22
Evolución histórica y tendencias de la promoción de la salud	32
Capítulo II	59
Modelos conceptuales de salud	59
Cambio social	60
Definiciones de promoción de la salud	62
Determinantes de la salud	63
Capítulo III	69
Marcos conceptuales de promoción de la salud	69
Marco filosófico	78
Marco de referencia	80
Marco político	82
Marco legal	82
Marco conceptual	87
Capítulo IV	95
Campos y fines de la promoción de la salud	95
Estrategias para la promoción de la salud	101
Enfoques, balances y desafíos de la promoción de la salud	108
Educación para la salud	120

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Capítulo V	129
Promoción de la salud en el mundo globalizado	129
Capital social y promoción de la salud en América Latina	131
Modelos de promoción de la salud en Latinoamérica	140
La promoción de la salud en México	147
Conclusiones	165
Referencias	167

INTRODUCCIÓN

La historia de la medicina, de la salud pública y de la promoción de la salud, están estrechamente vinculadas con la del hombre, por lo que su evolución data desde la prehistoria hasta nuestros días.

Ya que el desarrollo del conocimiento médico y científico ha sido y seguirá siendo un proceso complejo determinado por diversas variables de tipo: sociocultural, económico, político, educativo, etc.; se hace necesario conocer los diferentes enfoques que han existido al respecto desde la antigüedad hasta nuestros días; para poder analizar con una visión integral el proceso salud enfermedad, a fin de responder los planteamientos que el mundo globalizado exige.

La política de “Salud para Todos en el Siglo XXI”, aprobada por la comunidad mundial en mayo de 1998, tiene el objetivo de aplicar la perspectiva de salud para todos, que es un concepto surgido en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Dicho marco establece las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI, así como diez objetivos que deben crear las condiciones necesarias para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud.

La política de Salud para Todos establece un marco científico y ético para los responsables políticos de todos los niveles con el fin de evaluar el impacto de sus políticas en la salud y de utilizar la salud para dirigir las actividades de desarrollo.

Por lo tanto se hace necesario conocer como el concepto de Promoción de la salud ha evolucionado a lo largo de la historia del hombre en sociedad, así como su evolución y marcos conceptuales con el fin de tener una visión integral con relación a la forma de concebir y operar esta función sustantiva de la Salud Pública.

ANTECEDENTES

Debe destacarse que a lo largo del desarrollo histórico de la humanidad, en todos los pueblos y culturas; han existido y se han desarrollado acciones y actividades tendientes al mantenimiento y mejoramiento de la salud, a través de las interpretaciones que el hombre le ha dado al proceso salud enfermedad.

La evolución histórica de la medicina muestra como el hombre a través del conocimiento científico ha modificado la concepción filosófica en esta rama del saber, ajustándola en las diferentes épocas a las necesidades sociales del momento.

A lo largo del tiempo, la historia nos muestra las diversas interpretaciones que la salud y la enfermedad han tenido y como con el surgimiento de la medicina el hombre a dado respuesta a las necesidades del período utilizando los recursos de la naturaleza, transformándolos para aplicarlos en pro de lograr la salud.

Durante el proceso han surgido explicaciones filosóficas, epistemológicas y teóricas diversas, así como muchas ramas del saber médico, con las que la medicina a conformado todo un cuerpo de conocimientos sobre el que se sustenta el quehacer médico; entre ellas se encuentra la Salud Pública.

A continuación se describen algunas etapas históricas en el desarrollo de la Medicina (válidas únicamente con fines didácticos) que permitirán conocer la evolución de la Salud Pública como Ciencia y práctica, y analizar algunos factores y acontecimientos que han determinado el accionar de dicha rama de la Medicina.

Etapla prehistórica de la salud pública.- El conocimiento de esta etapa, se basa en la interpretación de hallazgos arqueológicos: pinturas, inscripciones, piezas anatómicas, ritos mágicos y actos funerarios.

Durante la prehistoria, la medicina primitiva era de carácter mágico religioso. Se creía que la enfermedad era causada por fuerzas de la naturaleza o poderes espirituales.

La estructura de la sociedad paleolítica, basada en la actividad de grupos de cazadores y recolectores de menos de un centenar de miembros, con una movilidad estacional, dio lugar a un perfil epidemiológico caracterizado por la ausencia de epidemias, una esperanza de vida relativamente alta y la existencia de enfermedades derivadas de la exposición a las inclemencias atmosféricas y del desarrollo de una actividad física extensa¹.

¹ Juan Vicente Morales, «El Paleolítico, los albores del poblamiento», en *La Gran Historia de la Comunitat Valenciana. Tomo I: De nómadas a ciudadanos*. p. 11-21.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Al surgir la sociedad neolítica con una estructura social dependiente del cultivo y de la propiedad privada de la tierra, produjo un cambio profundo en el perfil epidemiológico.

Factores como el contacto con el agua, el ganado, el aumento de la densidad poblacional, una alimentación monótona y deficiente en los estratos sociales inferiores, el desarrollo del comercio y la adopción de hábitos higiénicos dictados por el sedentarismo, dieron lugar a la aparición de nuevas enfermedades.

Este nuevo perfil se caracterizó por la recurrencia de epidemias y plagas, así como por la proliferación de la violencia a causa de las guerras entre grupos por la conquista de nuevos territorios².

En síntesis, durante la etapa prehistórica, la Medicina Preventiva estuvo ligada a prácticas mágicas religiosas tales como: ceremonias, amuletos, baños, circuncisiones, prohibiciones en materia alimenticia o sexual entre otras.

Etapa pre científica de la salud pública.- Compuesta por concepciones que caracterizaron el proceso salud enfermedad bajo ópticas diferentes a partir de las cuales los pueblos o civilizaciones existentes desarrollaron formas específicas a partir de las cuales opero la salud o enfermedad.

Fase del Misticismo.- Esta fase se caracterizó por su concepción mágico religiosa del proceso salud enfermedad. También por el desarrollo de normas de higiene personal y pública. En ella se destacan los aportes de las siguientes civilizaciones:

Caldeos Asirios.- Civilización que se desarrolló en el valle de Mesopotamia, es considerada la cuna de la cultura occidental. Las primeras ideas relativas a la transmisión de algunos padecimientos de tipo epidémico surgieron en esta cultura, tras concebir al dios “Nergal” representado por una mosca como agente productor de peste³.

Concepción astronómica y matemática del Universo.- Influyó sobre la Medicina caldeo asiria, de tal manera que admitían que el organismo se regía por leyes de la naturaleza que debían interpretarse a través de los movimientos de los astros y otras reglas ligadas a los números.

Hamurabi, rey de Babilonia (1728-1686 a. de C.) estableció un código de leyes que regulaban la práctica de curar. Se incluían normas sobre los honorarios y penas que se tenían que sufrir en caso de mala praxis⁴.

2 Piédrola, G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ediciones Científicas y Técnicas, 9ª edición, España, 1992.

3 Álvarez, R. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Editorial Manual Moderno, 2ª edición, México, 1998.

4 Cabezas, A. Rodríguez, M. (1996). *Historia ilustrada de la Medicina*. Editorial: Algazar. Madrid, España. P. 35-40. ISBN 13: 9788487999352.

En cuanto a las actuaciones preventivas, tenían un aislamiento riguroso de los enfermos para evitar que el “espíritu maligno” se transmitiera a otras personas.

Egipcios.- Los egipcios, según Heródoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.

Tenían un sentido muy pronunciado de la limpieza personal y colectiva, de manera que había prescripciones legales muy severas en relación con la forma de mantener limpias las habitaciones, la forma de preparar y manipular los alimentos y también sobre las relaciones sexuales.

Poseían numerosos preparados farmacéuticos. Se dice que los médicos egipcios iniciaban sus escritos dibujando en sus papiros un ojo (el ojo de Horus, divinidad egipcia) para implorar el favor divino. Este signo fue degenerado progresivamente en su escritura hasta convertirse, en la Edad Media en el signo Rx o R (Recipe: entréguese) y más tarde al abandonarse el latín en Dp (despáchese) de la actual receta médica⁵.

Heródoto, historiador contemporáneo de Hipócrates, en su visita a Egipto quedó impresionado de la medicina de este país, entre otras cosas por la existencia de especialistas, un tipo de médico para cada enfermedad, escribió. Entre los especialistas había uno con el título de Guardián del Año. Los médicos se formaban en los templos, y había un sistema jerarquizado de rangos. De menor a mayor eran: el Médico, el Médico Jefe, el Médico Inspector y el Médico Superintendente. Los médicos de palacio tenían un Senior. Por encima de todos estaba el Médico Mayor del Alto y Bajo Egipto, una especie de ministro de salud⁶.

Judíos.- Introdujeron ordenamientos estrictos influenciados por conceptos religiosos, sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de enfermedades transmisibles. En el Levítico los judíos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito 1500 años antes de J.C., en este código se reseñan los severos mandatos de higiene y limpieza, los sacerdotes médicos se ocupan de hacer cumplir los códigos sanitarios de higiene ritual, la abominación de las perversiones sexuales, la higiene sexual como norma arte y ciencia, la desinfección por el fuego y el escaldamiento⁷.

Ellos admitían una causa sobrenatural para las enfermedades y su cura, tal como lo relatan sus Escritos Sagrados, “Yo Soy tu sanador” (Deuteronomio), “El que sana todas tus dolencias” (Salmos).

5 Cabezas, A. R. *Op. Cit.* p. 48.

6 Pérez Armiño L. (2005). *La Medicina entre la Magia y la Ciencia*. Portal Mundos, Marzo.

7 Barquín, M. (1994). *Historia de la Medicina*. Interamericana McGraw Hill. 8ª edición, México, p - 23-25.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Así mismo relacionaban la enfermedad con el pecado: “El hijo de David y Betsabé enfermó gravemente y murió a causa del pecado de adulterio de sus padres”. A lo largo de los textos, se relatan y describen enfermedades y sus medidas de control, tales como: lepra, epilepsia, osteomielitis, leucorreas, etc.

Griegos.- La civilización griega prestó más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio. Se dice que Asclepio o Esculapio, médico renombrado, fue enseñado a curar por Quirón, centauro mitológico. Esculapio tuvo varias hijas, una de ellas, Higea, de donde deriva la palabra higiene⁸.

La medicina clásica griega aparece tímidamente con Almeón de Crotona (550 a de C.) quien comprobó la conexión entre el cerebro y los sentidos describiendo el nervio y el quiasma ópticos.

Pero fue Hipócrates quien marca el verdadero comienzo de la Medicina Clásica; él consideró que la salud no reside en el malhumor de los dioses ofendidos, sino en el desequilibrio del organismo de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

A través de su obra “*Hábeas Hipocraticum*” se ponen de manifiesto los cuatro principios fundamentales de la práctica médica: “Observarlo todo, estudiar al paciente (para salud pública debería ser a los pacientes) más que a la enfermedad, hacer una evaluación imparcial y ayudar a la naturaleza”⁹.

La importancia dada a la observación y a la lógica en el diagnóstico y en la terapéutica es más que fundamento de semiología y de investigación de remedios, el origen de la epidemiología y del estudio de la salud pública. En efecto, el texto sobre aire, aguas y lugares trata sobre la ecología humana y la relación entre la salud y las condiciones de vida y conduce a la visión del paciente integral en su medio. En este texto se usan los términos epidemion y endemeion para hacer referencia a la presencia de las enfermedades en la comunidad (Cabezas, A. 1996).

Romanos.- El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos. Dictó leyes que prescribían el registro de ciudadanos y esclavos; se hacían inspecciones a hosterías y tabernas y promovieron las actividades de Saneamiento Ambiental mediante la construcción de acueductos, baños públicos y cloacas para las excretas¹⁰.

Mayas.- Aparecieron antes del año mil a. de C. y su período prehistórico se ha fijado desde esa fecha hasta el año 160 de la era cristiana (Barquín, M. 1994).

8 Cabezas, A.R. *Op. Cit.* p. 49.

9 Barquín, M. *Op. Cit.* (1994). p. 23-25.

10 Cabezas, A., Rodríguez. *Op. Cit.* (1996). p. 52.

Comprendió dos grandes épocas: el Antiguo Imperio y el Nuevo Imperio o Civilización Maya del Norte.

Los mayas creían que las enfermedades bajaban del cielo como castigo de los dioses, por lo que en muchas ocasiones no les preocupaba el aislamiento ni la profilaxis. Las epidemias las llamaban “cilich- kohaaniil” o santa enfermedad.

El pensamiento holístico de la medicina maya conceptualiza la enfermedad como un desequilibrio, el cual puede ser causado, principalmente, por elementos con propiedades frías y calientes¹¹.

Las causas que atentan contra el equilibrio corporal pueden ser producidas por el propio organismo, por su familia, por la comunidad, por la naturaleza y por las distintas divinidades. Realizar acciones contrarias o la falta de respeto contra alguno de estos elementos, rompiendo el equilibrio familiar, social, con la naturaleza, el cosmos y las divinidades, puede revertirse al individuo, generándose fuerzas nocivas, que a su vez lo afectan a él, alterando su equilibrio y produciendo enfermedad. La salud es, entonces, el resultado de vivir de acuerdo a las leyes de la naturaleza y la sociedad, y la enfermedad es el resultado de la trasgresión a esas leyes.

El sentido de la medicina preventiva maya, no era propiamente biológico, aunque utilizaron plantas con propiedades medicinales; más bien, la prevención era a través de rezos o ceremonias para prevenir enfermedades, y para obtener buenas cosechas.

En la América Prehispánica, la civilización Teotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia. Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se floreció sobre islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolló diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago, teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.

EDAD MEDIA.- Representó un retroceso en cuanto a la Salud Pública; la influencia de la Iglesia dominante de la época produjo un desprecio exorbitante por las cosas “mundanas y físicas”, siendo tan intensa la reacción que llegó a provocar un cambio de actitud en relación con los progresos alcanzados con la higiene personal y el saneamiento colectivo¹².

Presidida por el cristianismo, produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano y al paganismo. El desprecio de lo mundano y la “mortificación de la carne” pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto

11 Barquín, M. *Op. Cit.* 1994.

12 Piédrola, G. (1992). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ediciones Científicas y Técnicas, 9ª edición, España. p. 42.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad.

Fue la época de las grandes pandemias. La lepra, viruela, peste bubónica y el cólera, arrasaron las poblaciones de Europa, Oriente Medio, China y la India del siglo XI al XIII.

La lepra se consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos. Con respecto a la peste bubónica se establecieron medidas de cuarentena en los puertos marítimos y cordones sanitarios en tierra.

Algunos factores que colaboraron a la diseminación de la peste y que afectaron obviamente a la salud pública fueron¹³:

1. La mayor concentración urbana.
2. El desarrollo de rutas marítimas y terrestres.
3. La enorme influencia eclesiástica sobre la asistencia médica.
4. La producción de importantes movimientos de masas poblacionales por motivos bélicos (expansión de los árabes) o religiosos (peregrinaciones y cruzadas).
5. Bajas condiciones socioeconómicas.
6. Carencia de alimentos.

La segregación de leprosos, las medidas de cuarentena marítima y el establecimiento en tierra de cordones sanitarios fueron las primeras medidas gubernativas que pueden ser consideradas como verdaderas acciones de Salud Pública dirigidas expresamente a la protección de la salud mediante actividades realizadas de forma organizada y sistemática¹⁴.

EDAD MODERNA (siglos XVII-XVIII)

Esta fase representó un “despertar” de la humanidad que había vivido y aceptado una interpretación religiosa del Universo, que caracterizaba la vida con un misticismo exagerado, y que a partir de ese despertar se reveló contra el dogma y se propuso revisar ideas aceptadas anteriormente.

- Es una época que inició con el Renacimiento, en la que se dieron importantísimos descubrimientos tanto en el arte como en las ciencias.

13 Martínez Navarro, F. (1998). *Salud Pública*. Editorial McGraw Hill. España. p. 65.

14 Piédrola, G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ediciones Científicas y Técnicas, 9ª edición, España, 1992.

- Se buscó promover la salud a través de la legislación sanitaria.
- Una característica del periodo que abarca del Renacimiento hasta el siglo XVIII fue la tolerancia en materia sexual, pero desde 1530 se reconoció la sífilis como enfermedad transmitida sexualmente, y se tomaron acciones para controlar las fuentes de infección. Las primeras medidas fueron dirigidas hacia las prostitutas.
- Durante ésta época, las actividades de salud pública se decantaron en dos tendencias: la primera, la administración continuaba teniendo como centro una jefatura a nivel local con limitaciones parroquiales; la segunda, se desarrollo el estado moderno y un gobierno centralizado basado en políticas económicas.
- Se reconoció la importancia de la estadística para la salud pública.
- Fue muy importante la creación de diversos hospitales en diferentes ciudades de Europa, varios de ellos especializados en diferentes áreas como oftalmología, ortopedia, tratamientos de pacientes con viruela, enfermedades venéreas, etc.
- Diderot y D'alambert escriben “La Enciclopedia sobre las Artes y las Ciencias” que funde la teoría y la práctica para que el conocimiento acumulado hasta entonces esté disponible para mejorar las condiciones del hombre.
- Diderot enfatizo la importancia de la mortalidad infantil y recomendando medidas para reducirla; además, publico esquemas de asistencia para la tercera edad, los seguros para la atención médica y expreso la necesidad de reformar hospitales.

Algunos hechos importantes de la época:

1. Ampliación de los conocimientos geográficos por los viajes de Colón, Magallanes, Vasco de Gama y otros.
2. Los avances científicos en el campo de la Física (Galileo, Leewenhoek).
3. Invención de la imprenta (Gutenberg).
4. La difusión de nuevos sistemas filosóficos (Descartes, Spinoza, Bacon).
5. El florecimiento del arte.
6. Expansión del comercio.
7. El aparecimiento de la industria.

La medicina volvió a lo experimental descartando lo dogmático. Las ciencias fundamentales (anatomía y fisiología) se establecieron definitivamente. También en este período se organizaron las primeras sociedades científicas (Cabezas, A. 1996).

Se produjeron importantes hechos en relación con las acciones de prevención y control de las enfermedades¹⁵:

15 Cabezas, A.R. *Op. Cit.* 1996. p. 53.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Edward Jenner (1796) descubrió la vacuna contra la viruela.
- Fracastoro identifica y describe la sífilis.
- Paracelso, médico, astrólogo y alquimista, sentó las bases de la terapéutica química, por lo que es considerado como el “padre de la farmacología”.
- Ambrosio Paré considerado el cirujano más famoso del Renacimiento, propuso cambios en la curación de heridas y en la cirugía de “vasos sangrantes”.

ETAPA CIENTÍFICA.- En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos; fase del control de Enfermedades Transmisibles (Era bacteriológica de la Salud Pública).

El marco inicial de esta fase se remonta a 1876 cuando Robert Koch aisló el bacilo tuberculoso y formuló sus postulados en lo que fue la primera aplicación importante del “Modelo Determinista Biológico” a la causalidad del proceso salud enfermedad¹⁶.

En dichos postulados Koch propone para la identificación del “agente causal” de la enfermedad, los siguientes enunciados:

- El agente debe estar presente en todos los casos de la enfermedad (causa necesaria).
- El agente no debe encontrarse presente en ninguna otra enfermedad (especificidad del efecto).
- El agente debe inducir la enfermedad siempre que se introduzcan animales susceptibles (causa necesaria), y así mismo debe ser aislado en cultivo puro (causa única).

En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad ocasionada por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad.

Resaltan también los trabajos de W. Farr, quien en polémica con Chadwick señalaba que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición. En Alemania Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que “la política es medicina en gran escala”, mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas. Otro grupo de médicos, los contagiacionistas sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch

16 Piédrola, G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ediciones Científicas y Técnicas, 9ª edición, España, 1992.

terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de “cazadores de microbios”. La obra iniciada por Koch se complementó con los descubrimientos de Luis Pasteur con lo que se inició una etapa decisiva dentro de la higiene pública, conocida como Era Bacteriológica. Desde este punto de vista “ecológico”, la salud se define como un proceso de equilibrio entre el huésped, el “agente causal” y su medio ambiente, cediéndole supremacía al microorganismo patógeno.

La influencia del avance logrado por la teoría microbiológica fue tremenda. Dio lugar entre otras cosas a la introducción de laboratorios de microbiología, a la utilización de información sanitaria y a la introducción de la categoría de Enfermedades de Declaración Obligatoria¹⁷.

Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos de gramon booz) en el siglo XX.

17 Piédrola, G. (1992). *Op. Cit.* p. 22, 65.

CAPÍTULO I

SALUD PÚBLICA

La salud es un elemento valioso y deseable pues se trata de una condición necesaria para llevar a cabo actividades que impactan positivamente en la organización de la vida social. Se considera como un bien individual y colectivo al que personas e instituciones dedican parte importante de recursos materiales e intelectuales para su conservación.

Actualmente, la actividad humana sobre el tema de la salud incluye actividades para la erradicación de enfermedades teniendo como propósito evitar la muerte, pero también intenta el aumento en bienestar físico, mental y social y para ello se utilizan herramientas que se relacionan con la promoción de la salud; sin embargo se reconocen sobre todo actividades que más bien pertenecen a un nivel preventivo, es decir acciones que en general consisten en la transmisión de información que permite a la población el autocuidado y la detección oportuna de enfermedades¹.

En este sentido, la prevención de la enfermedad constituye una serie de medidas destinadas a evitar la aparición de padecimientos, o la reducción de factores de riesgo que permitan detener su avance o atenuar las posibles consecuencias, si es que ya se ha adquirido², pero ninguna de estas medidas conduce propiamente al concepto de salud integral, se basan únicamente en la curación de las enfermedades, este problema implica que el enfoque preventivo no consigue concretamente referirse al objeto salud, y de hecho muchas de las teorías que abordan el tema de la salud, se refieren al objeto “enfermedad” en lugar de al objeto “salud”, esto se considera un punto ciego de la investigación contemporánea en el área³.

La salud pública es una rama de la medicina que se encarga de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multi e interdisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias Biológicas, Conductuales, Sanitarias y Sociales, siendo uno de los pilares en la formación de cualquier profesional de la salud.

-
- 1 Gómez, L.I. y Rabanaque, M.J. en Colomer, C. y Álvarez, C. 2000. *Promoción de la salud y cambio social*. Capítulo 1: Concepto de Salud. Primera edición Barcelona, España, p. 3, 4.
 - 2 Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*. Vol. 33, n. 1, pp. 7-11. Uruguay.
 - 3 Almeida, F. 1999. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 75: 5-30.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las funciones esenciales de la salud pública son el conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos, para mejorar la salud de las poblaciones. Se fundamentan en el manejo de conocimientos, tecnologías, métodos y tendencias que permiten un mejor desempeño de la gestión en salud pública. La importancia estratégica de las funciones esenciales de salud pública (tales como vigilancia, monitoreo y promoción de la salud) radica en la generación, por parte del sistema de salud, de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad que responde a intereses colectivos en materia de salud, que permite realizar:

- Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos.
- Manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo.
- Generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios.
- Identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida.
- Desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información.
- Definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.
- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.
- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.

- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.
- Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
- Apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.
- Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan.
- Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.
- Capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización.
- Capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- Promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
- Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
- Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.
- Identificación de un perfil para los recursos humanos adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- Educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.
- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- Formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.
- Incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad.
- Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad.
- Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- Instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad.
- Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad.
- Incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.
- Investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en la materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.
- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.

La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres⁴.

4 Funciones esenciales y programas de la Salud Pública. OMS. OPS. Centro para el control y prevención de enfermedades y Banco Mundial. www.msal.gov.ar/fesp/index.php/.../funciones-esenciales-de-salud-publica. Fecha de consulta: 24-09-2014.

La salud pública, como se la conoce en la actualidad, comenzó en Francia. Esto, gracias a que ahí el desarrollo se fundamentó en la investigación científica, y a que a los franceses les interesaban no sólo las enfermedades epidémicas, sino todos los aspectos de la salud. La Asamblea Constituyente del primer gobierno revolucionario francés comenzó a actuar el 4 de agosto de 1789; proclamó la libertad e igualdad del individuo y la soberanía de la nación y las leyes. Los médicos miembros de esta asamblea, buscando construir un sistema de salud, crearon el Comité de Salud, que tuvo gran repercusión en Francia y el resto del mundo⁵.

En el nacimiento de la Salud Pública confluyen la vertiente científica representada (en el ámbito germánico) por Johann Peter Frank, que estudio los factores sociales que condicionan el estado de salud de la colectividad; la vertiente política representada por la Revolución Francesa, que incluye la Salud entre los Derechos Humanos y, finalmente, la revolución industrial que provocó la aparición del proletariado y su demanda de modificación de sus condiciones de vida⁶.

Así la salud pública al evolucionar el concepto, se ha interpretado como el conjunto de esfuerzos comunitarios que tratan de cubrir los intereses y expectativas de la sociedad para lograr condiciones en las que la gente alcanza el estado de salud aplicando el conocimiento científico y técnico para prevenir la enfermedad y promover la salud.

Conforme la sociedad ha evolucionado los problemas que presenta el proceso salud enfermedad se han complejizado; por lo tanto la promoción de la salud ha tenido que adaptarse a estos cambios y ha modificado de forma conceptual y operativa su actividad con el fin de responder de manera adecuada a las necesidades que en este ámbito van presentando los individuos y la sociedad en su conjunto.

Existe un sistema de salud pública en cada comunidad, formado por un amplio conjunto de organizaciones públicas, privadas y voluntarias (agencias gubernamentales, proveedores de salud, hospitales, organizaciones comunitarias, asociaciones, empresas e individuos).

Por lo que se puede considerar al desarrollo de la Salud Pública como un proceso dinámico que permite comprender las diversas interpretaciones que se han generado a través del tiempo con el propósito de explicar la causalidad del proceso salud enfermedad y las diversas formas como se ha intentado resolver los problemas de salud y enfermedad.

FASE SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA.- La Salud Pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno, tiene su verdadero comienzo a mediados del siglo XIX⁷.

5 Álvarez, R. 1998. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Editorial Manual Moderno, 2ª edición, México.

6 Badía, R. 1993. *Apuntes de Salud Pública*. Editorial Universitaria. Universidad de El Salvador, 1a edición, El Salvador.

7 Martínez, N.F. *Op. Cit.* p. 66.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En esta fase, la educación sanitaria se expande en busca de nuevos métodos que posibiliten la participación comunitaria.

La Antropología aportó grandes contribuciones para lograr una mejor visión del proceso salud enfermedad. Las diversas corrientes ideológicas enfatizaron el enfoque social de la salud. En esta etapa se hizo énfasis en los determinantes sociales de la salud y la epidemiología resalto los factores de riesgo de las enfermedades.

En 1920 Winslow definió la Salud Pública de la siguiente manera:

“Salud Pública es la Ciencia y el Arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- El saneamiento del medio.
- El control de las enfermedades transmisibles.
- La educación sanitaria.
- La organización de los servicios de salud.
- El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud” (Public Health at Yale).

SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XX.- El desarrollo de la Salud Pública (como práctica o política sanitaria) en el siglo XX va unido, a la evolución de la construcción del Estado, a las consecuencias del avance industrializador, a los profundos cambios surgidos tras la Segunda Guerra Mundial y a la presión sindical y política de los trabajadores. La Salud Pública como ciencia, dependerá de la formulación positivista en su versión “naturalista” “biológica” sin tomar en consideración, hasta bien entrado el siglo, las dimensiones sociales de la salud⁸. Según algunos autores, se pueden distinguir tres etapas en la historia de la Salud Pública en el siglo XX:

Primera etapa: Hasta la Segunda Guerra Mundial:

1. La construcción de la epidemiología como disciplina científica basada en la microbiología.
2. La separación entre actividad curativa (privada o benéfico-asegurada) y la actividad preventiva (pública).
3. La expansión del pensamiento socialista entre los profesionales de la salud.

Segunda etapa: Etapa de construcción del estado de bienestar (hasta la crisis fiscal del Estado de 1973):

8 Martínez, N.F. (1998). *Salud Pública*. Ed. McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A., Madrid. p. 65.

1. La configuración de la nueva epidemiología aplicada a las enfermedades no infecciosas.
2. El desarrollo, bajo presión de los sindicatos y partidos de izquierda de los servicios nacionales de salud, con la incorporación a los mismos de la actividad preventiva subordinada a la curativa, hegemónica hasta entonces.
3. La creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desempeña un papel de primera magnitud en la orientación sanitaria internacional

Tercera etapa: de 1973 a la fecha:

1. La crisis del Estado de Bienestar a causa de las contradicciones del capitalismo que produjo las subsiguientes crisis de los servicios sociales, entre ellos los sanitarios.
2. La profunda crisis de identidad en la práctica y teoría de la Salud Pública, en un contexto de tensión entre las propuestas tecnócratas y las de participación y emancipación sociales.
3. El desarrollo de la metodología y conceptualización de la epidemiología crítica.

DESAFÍOS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL NUEVO MILENIO.- Según Giaconi (1994), el éxito de la nueva Salud Pública requerirá de acciones en el plano de la organización. Al respecto, deberán atenderse las tres “D” de las organizaciones: capacidad de diseño, de desarrollo y de desempeño institucional. En el caso de la Salud Pública, la modernización debe entenderse como una apertura al menos en siete direcciones.

- La primera, es hacia la toma de decisiones: la investigación debe proporcionar información científicamente validada que sea pertinente a los problemas de los agentes que toman las decisiones en todos los niveles.
- La segunda apertura es hacia la Universidad: la investigación y la educación superior en Salud Pública debe promover la excelencia y para ello debe vincularse estrechamente a los espacios universitarios.
- En tercer lugar, la Salud Pública debe abrirse hacia los otros campos de la salud, para que su enfoque poblacional encuentre sustento en los procesos individuales. Este esfuerzo por integrar niveles de análisis debe ir acompañado de otro por vincular disciplinas.
- La cuarta apertura es hacia las ciencias sociales, biológicas y de la conducta.

La especificidad temporal y espacial de muchos fenómenos de la salud obliga a un enfoque comparativo que sólo puede lograrse mediante otras dos aperturas:

- Una hacia el ámbito internacional.
- Hacia el futuro, para adoptar una visión estratégica que permita anticipar los problemas y no sólo reaccionar ante ellos cuando ya han ocurrido.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Finalmente, todo lo anterior debe ser supeditado a la actitud fundamental que da sentido a la Salud Pública: la preocupación permanente por captar las necesidades siempre mutantes de salud de la población, aprender de ellas y dar una adecuada respuesta.

SALUD PÚBLICA EN LA ACTUALIDAD.- Gracias a los avances científicos y tecnológicos en diferentes campos de la medicina, se ha incrementado la esperanza de vida y ha disminuido la mortalidad infantil, provocando un aumento demográfico impresionante; el perfil de morbi-mortalidad a cambiado radicalmente; las primeras causas de muerte entre la población son las enfermedades cardíacas, diabetes, cerebrovasculares, el cáncer, los accidentes y la violencia. Al mismo tiempo, existen rebotes de viejas enfermedades como el cólera y las enfermedades transmisibles como el SIDA.

Funciones de la salud pública

Las funciones esenciales de la salud pública son el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones. Más información de la OPS.

Las funciones esenciales de la salud pública son:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Protección sanitaria

Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio_ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos y recursos. Además se incluye la seguridad

social que detectan factores de riesgo para la población y elaborar programas de salud para la sociedad. Dar alternativas de solución a enfermedades que implican a cualquier población.

Promoción sanitaria

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Prevención epidemiopatológica

Se basa en intervenciones de prevención primaria (vacunaciones), prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y/o rehabilitación de las secuelas dejadas por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas y/o sociales, que debe ser así para todos.

Restauración sanitaria

Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

Existen actividades organizadas por la comunidad que influyen sobre la salud como son:

1. La educación sanitaria: La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población (defensa de la educación pública).
2. Política Microeconómica y Macroeconómica: Producción agrícola y ganadera (de alimentos), de bienes y servicios, de empleo y de salarios.
3. Política de Vivienda Urbana-Rural y Obras Públicas.
4. Justicia Social: De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

La salud pública en México comenzó en la época precolombina, bajo dos enfoques fundamentales: mágico y empírico.

Mágico ya que los indios creían en los dioses, consideraban firmemente que si le rezaban a un dios y le daban ofrendas se salvaban y se curaban y empírico porque se basaba en la experiencia de cada persona y se fue transmitiendo de generación en generación.

Cuando llegaron los españoles a conquistarnos, hubo brotes de más enfermedades, ya que se tuvo contacto con personas que venían de un lugar diferente y provocaron todo tipo de males, desde la sífilis hasta el sarampión y ya en el imperio de Moctezuma, se utilizaron plantas medicinales o la herbolaria para curar diversos males.

Cuando comenzó a ver gente que atendía más científicamente las enfermedades en los hospitales, se formó lo que hoy se conoce como el protomedicato (grupo de médicos), que detentaban la máxima autoridad en cuanto a la medicina y salud, tomaban las decisiones en cuanto a las pestes, lo que pasaba con los pacientes y cuestiones diversas sobre salud y enfermedad.

La interfase entre el siglo XVIII y el siglo XIX fue difícil en todo el mundo; en México entre los años 1810 y 1821 se realizó la Guerra de Independencia de España y entonces se inició la formación de un nuevo Estado mexicano que trató de satisfacer necesidades económicas, políticas, sociales y científicas.

En materia de salud, la efervescencia política y social acentuó las condiciones insalubres y no hubo cambios radicales. La influencia española no desapareció de un día para el otro y en materia de higiene pública continuó la tradición de las Ordenanzas o Bandos de Policía y Buen Gobierno, códigos que regulaban las condiciones de vida de los ciudadanos. Quizás por la influencia borbónica modernizadora, el Bando de Policía y Buen Gobierno del 7 de febrero de 1825 se distinguió por su sentido humanitario, sus conceptos de bienestar público y el valor que otorgó a las leyes y a la educación higiénica. En ese periodo el gobierno manifestó gran interés por aumentar su poder en asuntos de salud. Hizo leyes sanitarias, bandos y entró en franca oposición con la iglesia respecto a la regulación de hospitales y cementerios. Los órdenes hospitalarios se suprimieron en 1820 y desde entonces los hospitales dependieron del ayuntamiento⁹. Sin embargo, las situaciones de crisis seguían azotando a la población. Por ejemplo, la ausencia de planes efectivos de contingencia y el centralismo seguían favoreciendo las epidemias.

El Tribunal del Protomedicato reguló a la medicina y a los que la practicaban hasta noviembre de 1831 cuando fue sustituido por un organismo denominado Facultad Médica del Distrito Federal. Este funcionó hasta 1841 cuando

9 Meyer, Rosa M. 1975. *Instrucciones de seguridad social. Proceso historiográfico*. Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas. México, INAH, p. 60.

fue sustituido por el Consejo Superior de Salubridad. Con relación a la enseñanza de la medicina, la Universidad fue suprimida temporalmente en 1833 y el 23 de octubre del mismo año el vicepresidente Valentín Gómez Farías, hombre inteligente y de carácter fuerte, creó el Establecimiento de Ciencias Médicas¹⁰.

La consolidación de la medicina como gremio tiene su primer antecedente con la creación de la Academia de la Medicina en 1836. Entonces Francia tuvo enorme influencia en la medicina mexicana. Se copió el programa francés de estudios médicos, se trajeron libros, los médicos debían hablar y leer francés y hacer una estancia en Francia si querían tener prestigio.

Entre 1831 y 1833, México tuvo tres presidentes. Además de la inestabilidad política, el país también sufrió catástrofes naturales y epidemias muy severas. Para 1848 los problemas de México siguieron siendo importantes y afectando la salud del pueblo. Ese año terminó la guerra con Estados Unidos con la venta, por una cantidad ridícula, de Texas, Nuevo México y California. La miseria producto de la guerra fue causa parcial de una epidemia de cólera que concluyó en 1851 (Rodríguez de Romo, 1994). En el sur, Yucatán padecía una terrible lucha de castas. En el centro y norte, Chihuahua, Durango y San Luis Potosí tenían revueltas y turbulencias sociales. En 1856 el presidente Benito Juárez desamortizó los bienes de la Iglesia con lo cual los hospitales y orfanatos quedaron bajo el control del gobierno. Con Benito Juárez se iniciaron los servicios de atención a la salud como obligación del gobierno y no como obra de caridad de la Iglesia. El paso intermedio fue la beneficencia que era regulada por el gobierno pero con una participación importante de la sociedad civil. El proyecto de sociedad de Juárez desplazó el poder de la Iglesia. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado¹¹.

Fuera de toda legalidad, Benito Juárez fue desplazado por Maximiliano (1864-67) quien durante su imperio creó el Hospital de Maternidad y un instituto para sordomudos. Juárez, al regresar al poder, continuó la pugna con la Iglesia lo que se reflejó en el mal servicio a la salud que tenía la población. Esto fue causa parcial de que la medicina privada aumentara de modo importante y creciera el número de fundaciones. La beneficencia siguió existiendo pero, debido a la malversación de fondos, tuvo que ser legislada y en 1877 se creó el Consejo de Beneficencia. El reglamento apareció en 1881 (Reglamento de Beneficencia, 1881) y su idea principal es el derecho a la ayuda médica y el deber de la sociedad a contribuir a ésta. Benito Juárez tuvo muchos méritos pero, desgraciadamente, fomentó el centralismo con lo cual, en materia de salud, los servicios para las poblaciones alejadas de la capital fueron deficientes.

10 Fernández del Castillo, Francisco. 1986. 'El establecimiento de ciencias médicas'. En *Antología de escritos histórico-médicos*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2: 451-60.

11 Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M., García, M. y Césarman, E. 1982. *Sociología histórica de las instituciones de salud*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, p. 28.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Consejo Superior de Salubridad fue establecido en la ciudad de México en enero de 1841; merece mención especial en la historia de la salud pública mexicana, el Consejo no era totalmente respetado debido a la inestabilidad política que no permitía decidir si el país sería centralista o federalista (Prieto, 1902). En 1879 el Consejo Superior de Salubridad se hizo autónomo lo cual agilizó sus actividades ya que sólo tenía que informar a la Secretaría de Gobernación y no a las dependencias de cada estado. El mismo año el Consejo formuló “las igualas médico-farmacéuticas nacionales”, acción importante para la atención a la salud pública porque trató de unir la atención médica y la medicina preventiva. Así mismo, se legisló la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres. Pero la función científica y social del Consejo se formalizó cuando el médico Eduardo Liceaga fue su presidente en 1885. La obra de Liceaga fue muy importante para el desarrollo de la salud pública mexicana. El consejo se reorganizó totalmente durante su gestión y se formalizó su función científica y social. Entonces se administraron vacunas, se estudiaron las epidemias, se limpió la ciudad, se introdujo la vacuna antirrábica (Rodríguez de Romo, 1996) y en 1891 se concluyó el Código Sanitario que dividía la administración sanitaria en local y federal, establecía reglas y obligaciones (Código Sanitario, 1891). Su desiderátum decía: “Conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana; he aquí los objetos que debe tener por mira la higiene.” En 1910, pretextando el primer centenario de la Independencia, realizó un análisis sanitario de la República Mexicana a partir de 1810.¹²

Con Eduardo Liceaga, que fue vicepresidente de la Asociación Americana de Salud Pública, se inició la participación de México en los asuntos sanitarios internacionales. Con relación al Consejo Superior de Salubridad, es necesario recordar que creó una revista que persiste hasta nuestros días. En 1880 apareció el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad* (Boletín del Consejo, 1880), primera publicación mexicana en salud pública. En 1927 se convirtió en el *Boletín del Departamento de Salud Pública*. En 1943 dio lugar a *Salubridad y Asistencia* que desde 1959 es la revista *Salud Pública de México*.

Medicina preventiva y sociología médica.- Al finalizar el siglo XIX, se inició la medicina preventiva y la sociología médica; en 1880 el médico José Lobato publicó un artículo en la *Gaceta Médica de México* donde relaciona por primera vez la sociología y la salud pública. Recordemos que la sociología médica se refiere al análisis sociológico del sistema de salud y de los factores sociales que influyen sobre la misma. El trabajo de Lobato (1880) dice textualmente: “Conservar la salud colectiva, impedir la decadencia individual y alejar las enfermedades locales, he aquí el objeto de la higiene sociológica derivada de la demografía. La demografía es la ciencia que se ocupa de la descripción del pueblo considerando sus relaciones estadísticas, estáticas y dinámicas con la higiene sociológica”.

En el mismo año otro médico usó el término *medicina preventiva*. La comunidad médica, al hacerse eco de las palabras, dice que es la relación entre el buen estado de salud de un pueblo y la atención médica recibida antes de contraer cualquier enfermedad¹³. Es interesante mencionar el primer Congreso Nacional de Médicos en 1876

12 Álvarez José. 1960. *Historia de la Salubridad en México*. México, D.F. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

13 Septién y Llata, Manuel. 1880. “*Establecimiento de igualas médico-farmacéuticas en toda la República*”. *Gaceta Médica de México*, 15:357.

porque representó el choque formal entre las teorías antiguas y modernas, es decir, miasmas y desequilibrio de humores contra microbios como causantes de enfermedad.

En la interfase de los siglos XIX y XX surgió en México una corriente social moralizadora asociada a la higiene; en la bibliografía mexicana y extranjera sobre salud pública del siglo XIX es usual encontrar términos como policía sanitaria, policía médica o bando de policía (todos incluyen el término policía) cuando se trata de la aplicación de reglamentos o acciones sanitarias. El concepto de *policía médica* surgió en Alemania en el siglo XVIII y fue difundido por Johann P. Frank. Se refiere a la aplicación gubernamental de una política médica por medio de un reglamento administrativo. Hay que subrayar que en el fondo se trata de un principio y su acción que hacen dependiente el “bienestar” de la sociedad del “bienestar” del Estado¹⁴. Por otro lado, en la primera mitad del siglo la higiene en México fue importante cuando se la asoció con la fisiología. La situación fue muy diferente en la segunda mitad pues entonces la higiene adquirió un carácter social de tipo moralizador¹⁵.

A Porfirio Díaz (1880-1910) no le fue fácil mantener su dictadura los últimos años. Apoyado en el positivismo, el darwinismo social y la higiene como principio moralizador y de control social, trató de justificar las profundas diferencias sociales, la desigual repartición de la riqueza y el menoscabo de la cultura que caracterizaban su régimen político. Es cierto que el bienestar pudo alcanzarse de modo parcial con la higiene y la aplicación de los bandos de policía pero, también es cierto, eran una forma de condicionar la conducta y de controlar a la sociedad.

Al iniciar el siglo XX, la esperanza de vida al nacer era de 27,5 años y el coeficiente de mortalidad general de 33 por cada 1.000 habitantes. Pero la situación era irónica. Por un lado el centralismo se acentuó con la dictadura de Porfirio Díaz y la salubridad pública, como servicio del Estado, no funcionaba regularmente ya que las decisiones se tomaban desde la capital. Por otro lado, México ya había asimilado el progreso espectacular que alcanzaron en el extranjero la histología, la patología, la bacteriología y la fisiología. E. Ackerknecht llama a este período de *medicina de laboratorio* porque los logros que se alcanzaron en el laboratorio científico se aplicaban en la medicina práctica. En el Hospital General de la ciudad de México se probaban los efectos farmacológicos de plantas medicinales que previamente se habían estudiado en el Instituto Médico Nacional (1888-1915).

La idea de salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del crecimiento de las ciudades, de la concentración demográfica y de las comunicaciones comerciales. La seguridad social apareció con el industrialismo y el incremento de la actividad citadina. En 1907 México se adhirió a la Convención Sanitaria de Dresde y aceptó el compromiso de apoyar a la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París. Los acuerdos panamericanos iniciales se tomaron en 1910. El tema de la higiene social y de los higienistas latinoamericanos fue frecuente. Sin embargo, México vivía una paradoja. Al iniciar el siglo XX el progreso científico

14 Rosen, George. 1985. *De la policía médica a la medicina legal*. México, Siglo XXI.

15 Anaya, Manuel. nov. 1984. ‘Observaciones sobre la importancia de la asociación de la salubridad pública en sus relaciones con la ciencia de la higiene’. En *Documentos E Informes Presentados En La 20 Reunión Anual Americana de la Asociación Americana de la Salubridad Pública*. México, Press Association, vol. 18, pp. 29-30.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

alcanzado nada tenía que ver con las profundas diferencias sociales y la desigual distribución de la riqueza, circunstancias que provocaron el estallido de la Revolución Mexicana el 20 de noviembre de 1910. Entonces surgieron dos demandas: la atención a la salud de los obreros y la creación de leyes que reglamentaron las condiciones de trabajo y la seguridad de los trabajadores y sus familias. Desde 1906 los hermanos Flores Magón defendieron, en el Manifiesto del Partido Liberal Mexicano, una concepción totalmente innovadora de la seguridad social¹⁶. La guerra tuvo profundas consecuencias en materia de salud: epidemias, hambrunas, enfermedades causadas por la pobreza y las malas condiciones de higiene. Se desplomó el ideal de medicina preventiva que se había logrado años antes por culpa de la desorganización y las dificultades económicas causadas por la guerra. En materia científica, se frenó bruscamente el desarrollo en investigación médica que se alcanzó en los últimos veinte años.

El proyecto de justicia social emanado de la Revolución hizo que el nuevo Estado tratara de satisfacer las necesidades y las demandas de la población. En 1916 el Instituto Bacteriológico Nacional produjo la vacuna antivariolosa a gran escala. El Consejo Superior de Salubridad adquirió mayor importancia pasando a depender directamente del presidente de la República.

En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública que tuvo que ver con la legislación sanitaria del país, es decir, policía sanitaria en puertos y fronteras; vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, control de alimentos, bebidas, drogas¹⁷. La lucha contra la sífilis incluyó una campaña moralizadora que probablemente no tuvo mucho éxito ya que el número de prostitutas y prostíbulos aumentó debido principalmente a la crisis económica causada por la guerra reciente. El Departamento de Salubridad Pública fue un organismo autónomo y ejecutivo que nació de un precepto constitucional y estableció que la salubridad y la asistencia en México pueden ser federales, estatales o municipales¹⁸.

Este principio quedó asentado en el artículo 123 de la Constitución. Posteriormente fue la base para crear la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo. Después de 1917 se empezó a generalizar el uso de vacunas y se introdujeron en las ciudades los primeros servicios de drenaje y agua potable.

Al iniciarse la década de los años veinte, con el apoyo técnico y material que dio la Fundación Rockefeller a las campañas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis, se inició la formación de sanitaristas y la participación en acciones de medicina preventiva y salud pública en México¹⁹.

16 Moreno *et al.* 1982. p. 33.

17 Álvarez Amézquita *et al.* 1960. pp. 97-98.

18 Moreno *et al.* 1982. p. 38.

19 Ordóñez, Blanca Raquel. 1989. 'Epidemiología'. En Guillermo Soberón; Jesús Kumate y Laguna, José (comp.). *La Salud en México: testimonios 1988*. México, Fondo de Cultura Económica, Tomo IV, no. 2, pp. 227-237.

El 23 de marzo de 1922 se inauguró la Escuela de Salubridad, antecesora de la actual Escuela de Salud Pública que surgió en 1954. El Departamento de Salubridad Pública impulsó campañas contra el paludismo, tifo, escarlatina, difteria, sífilis y gonorrea. Los servicios de salud fueron realmente llevados a los estados²⁰. Entonces se hizo obligatorio el certificado de salud para contraer matrimonio; se expidieron los reglamentos sobre establos, cementerios y tratamiento y transporte de cadáveres; se empezó a impartir el servicio de higiene industrial y previsión social. En 1928 se crearon las Unidades Sanitarias Corporativas que en 1932 se convertirían en la Coordinación de Servicios Sanitarios.

En esta década se hicieron relevantes tres problemas que al mismo tiempo trataron de solucionarse: la necesidad de educación en la salud pública con la creación de una escuela; la gravedad de muchas enfermedades contagiosas con campañas y la obligación de corregir los servicios públicos impulsando el sanitarismo. La vida política de México fue muy intensa en esa época. Hubo cuatro presidentes en 12 años: Emilio Portes Gil (1928-30), Pascual Ortiz Rubio (1930-32), Abelardo L. Rodríguez (1932-34) y Lázaro Cárdenas (1934-40). Abelardo L. Rodríguez creó el Plan Sexenal, un programa que pretendía hacer progresar al país en todos los sentidos incluida la salud pública. El Plan fue continuado por Lázaro Cárdenas. El sector salud se caracterizó por tres aspectos en la década de 1930-40: continuidad de los programas de salud; iniciación de los servicios de salud institucional y atención médica al medio rural. Estas características se manifestaron en las siguientes acciones: el 18 de agosto de 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo que marco un avance importante en la protección del trabajador. La ley es de carácter humanitario y, además de los problemas de salud relativos al trabajo, se refiere a aspectos como invalidez, vejez y defunción²¹.

El reglamento de higiene del trabajo y el de medidas preventivas de accidentes en el trabajo aparecen en 1934 (Cárdenas de la Peña, 1976).

En enero de 1931 se creó el Servicio de Sanidad de los Estados²² ya que la atención a la salubridad en el interior de la República seguía siendo muy deficiente.

En 1933 el país ya contaba con una organización administrativa para ejecutar las obras de agua potable, alcantarillado y saneamiento del medio. Estas obras tuvieron un mayor impulso durante el gobierno de Lázaro Cárdenas. En 1935 se promulgó un nuevo Código Sanitario y surgió la campaña permanente contra la tuberculosis. En 1936 Gustavo Baz estableció el Servicio Médico Social como obligación en el último año de los estudios de medicina. El 31 de diciembre de 1937 surgió el decreto que modificó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado y el 18 de marzo de 1939 se inauguró el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET), primer centro formal de investigación en problemas de salud.

20 *Boletín del Departamento de Salud Pública*. 1925. 1: 184.

21 Álvarez, A. J. *Op. Cit.* 1960. p. 358.

22 Bustamante, M.; Viesca, C.; Villaseñor, F.; Vargas, A.; Castañón, R. y Martínez, X. 1982. 'La salud pública en México, 1959-1982'. Secretaría de Salud y Asistencia. México. p. 56.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La década de los años cuarenta es especialmente importante en la historia de la salud pública mexicana. Por decreto presidencial se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943. El 19 de enero del mismo año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que desde entonces proporciona servicio médico y social a los trabajadores y sus familias y marcó el inicio de la medicina institucional. Con el IMSS se completó la tríada salubridad-asistencia-seguro social. El Código Sanitario de 1934 fue reformado en 1949. Ese nuevo Código otorgó las facultades necesarias al presidente, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los gobiernos de los estados para realizar las acciones necesarias en lo referente a salud e higiene pública. El Código de 1949 fue modificado en 1955 y a su vez vuelto a cambiar en 1973.

De 1958 a 1970 se pensó que la salud pública era una herramienta para alcanzar el desarrollo del país. Con esta idea se impulsaron los institutos (Realizaciones, 1964), (La investigación, 1967), y aumentaron los servicios de salud, las campañas nacionales de vacunación, la capacidad hospitalaria. En 1960 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Después apareció el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), e incluso se creó una acción sanitaria indigenista. El ISSSTE y el INPI, ahora DIF, realizan hasta la actualidad una labor encomiable en beneficio de los trabajadores dependientes del gobierno y de los niños.

Las siguientes circunstancias podrían definir la tendencia de la salud pública en el período de los años sesenta: el aparente intento de aprovechar al máximo lo ya existente para no hacer gastos inútiles; tratar de orientar la salud pública a las nuevas prioridades o problemas como la explosión demográfica, las enfermedades industriales, la alteración de la ecología y el populismo que incrementó la burocracia y la corrupción. En 1965 se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social y se intentó la cooperación mutua de las secretarías²³. En 1973 se inició el Plan Nacional de Salud que se proyectó por un periodo de diez años y que logró disminuir la mortalidad infantil de 69 a 38 por mil niños y la mortalidad general de 9,9 a 7²⁴. También en 1973 entró en vigor la Ley para Prevenir y Controlar la Contaminación.

En la década de los setenta ya era claro que se habían controlado muchas enfermedades transmisibles y problemas de salud pública pero otros tomaban impulso, como neoplasias, diabetes mellitus, desplazamiento de la gente del campo a la ciudad, explosión demográfica y drogadicción. Sin embargo debido a la crisis económica, que se inició en 1974 y alcanzó el pico en 1976 con una devaluación del peso mexicano del 100%, el sistema de salud fue incapaz de satisfacer las demandas de la población.

A partir de 1976 se crearon varios planes como alternativas de solución. Los más importantes fueron la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Plan de Gobierno, la Subsecretaría de Planeación para evaluar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y realizar acciones prioritarias, la creación del Sector Salud y Social con sus respectivos subsectores, etc.²⁵

23 Bustamante M. *Op. Cit.* 1982. p. 222.

24 *Plan Nacional.* 1974.

25 *Historia de la Salud. Reseña Histórica,* 1982-1988. 1988. México, Secretaría de Salud, Tomo 2. p. 9.

En la década de los ochenta y parte de los noventa, se elaboraron planes, programas y proyectos, como propuestas de solución a los nuevos problemas de la salud pública, durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-88) el Sistema Nacional, se caracterizó por una importante participación estatal en la provisión directa de servicios a través de una gran variedad de instituciones semiautónomas, trabajó de manera desarticulada, lo que le restó eficacia.

En 1980 apareció el Plan Global de Desarrollo que fracasó en 1982 con la segunda gran devaluación de casi el 600%. El Plan dependía del desarrollo social que a su vez se basaba en el crecimiento económico. En 1983 apareció el Plan Nacional de Desarrollo (1983-88) del cual derivó el Plan Nacional de Salud y cuyos objetivos eran incrementar la atención médica, la salud pública y la asistencia social.

El 21 de marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se transformó en Secretaría de Salud. Su secretario fue el dr. Guillermo Soberón (Historia de la Salud, 1988). La reforma sanitaria impulsada por Miguel de la Madrid aumentó la responsabilidad de las autoridades estatales pero fue difícil de realizar. La Secretaría de Salud no logró normar totalmente el presupuesto federal dificultando la descentralización²⁶.

En el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-94); se impulsó la consolidación del sistema de salud; al promover un proceso de coordinación funcional entre las instituciones del sistema, las cuales tenían que evitar la duplicidad de funciones e incrementar la participación de los sistemas locales y de la propia comunidad²⁷. Salinas retomó el Programa Nacional de Salud del Presidente De la Madrid y definió los siguientes objetivos: sumar esfuerzos interinstitucionales para desarrollar programas conjuntos e incrementar la cobertura y la oportunidad de los servicios de salud, elevar el índice de esperanza de vida, reducir las tasas de mortalidad general, infantil y materna, y optimizar y mejorar la infraestructura de salud. El presidente Ernesto Zedillo continuó con este esfuerzo.

El sexenio del presidente Ernesto Zedillo (1995-2000) se inició en circunstancias particularmente difíciles: deuda externa e interna muchísimo más grande de lo que sabíamos los mexicanos; una alta tasa de desempleo abierto; una inflación galopante; movimientos guerrilleros en el sur del país; corrupción en las instituciones y cuerpos policíacos; asesinatos y ajusticiamientos masivos, todos estos problemas y muchos otros más arrancaron en medio de una crisis económica de gran magnitud que planteó al país retos enormes.

En balance, puede decirse que durante las dos últimas décadas del siglo XX los gobiernos de De la Madrid, Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo, impulsaron una serie de medidas y programas para modificar al sector salud. Las más importantes son:

26 González Block, Miguel Angel. 1990. 'Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública en México'. Salud Pública de México, 34:350.

27 Jesús Kumate. "Balance sectorial de salud: Cinco años de gobierno". En Arturo Warman, *La política social en México, 1989-1994*. FCE, México. p. 156.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 1) La descentralización administrativa iniciada en los años ochenta, que implicó la transferencia de recursos, bienes e inmuebles, y plazas laborales a las entidades federativas y que hizo a la Secretaría de Salud la cabeza del sector. El objetivo de esta reforma es que las entidades federativas decidan sobre los recursos federales que reciben, siempre y cuando cumplan con un nivel mínimo de acciones de salud determinadas a nivel federal en el Paquete Básico de Servicios de Salud que se proporciona a la población abierta²⁸.
- 2) Reducir la desigualdad entre las entidades federativas respecto a la disponibilidad de los servicios de salud.
- 3) Fomentar la provisión pública y privada de los servicios de salud²⁹.
- 4) Distribuir de manera equitativa el gasto federal en salud entre las entidades federativas.

En los últimos años, la mortalidad ha bajado a 5,5 muertes por cada 1.000 habitantes, pero causas importantes de muerte en México son: la Diabetes Mellitus, la Cirrosis hepática, las enfermedades cardíacas y la violencia entre otras³⁰. El esfuerzo de reforma continuó durante el gobierno del Presidente Vicente Fox, a partir del año 2000 quien retomó muchas de estas directrices e impulsó la reforma a la Ley General de Salud en abril de 2003, para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)³¹.

En este sexenio, se diseñó y aplicó el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que fue titulado “La democratización de la salud en México”, en él se planteó la necesidad de “alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud”³².

En el año 2001, el Banco Mundial propuso medidas para prácticamente todos los ámbitos sociales y económicos del país, a partir de una agenda de desarrollo de cinco puntos. En ese documento se diseñó un ordenamiento general que sin duda planteó la reorganización de los servicios de salud, pues en él se bosquejó la necesidad de: “Redoblar los esfuerzos para acelerar el crecimiento y la competitividad en el largo plazo, estableciendo un sistema financiero sólido que estimulará la inversión privada y protegerá los ahorros de los mexicanos. Se recomendó asimismo la eliminación de las barreras a los flujos de capital privado liberalizando en forma gradual las áreas que actualmente se encuentran dominadas por el sector público o son monopolios cuasi-públicos”³³.

28 Carlos Moreno Jaimes. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación, México, en http://www.transparencia.org.mx/docs/descentralizacion_salud.pdf.

29 Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 2001-2006. http://evaluacion.salud.gob.mx/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf.

30 Aguirre Botello, Manuel. 2011. *México, principales causas de mortalidad desde 1938, con datos de INEGI, OMS y SINAIS*.

31 Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Antecedentes”, en Salud [Actualización: 23 de marzo de 2006], en www.diputados.gob.mx/cesop/.

32 Secretaría de Salud (SS). 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México D.F.: SS.

33 Giugale, M., Lafourcade, O., Nguyen, V., comps. 2001. *México: A Comprehensive Development Agenda for the New Era*. Washington D.C.: World Bank.

En el documento “La Reforma de la Salud en México”³⁴, basado en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2000³⁵, se presentan 4 acciones prioritarias para lograr las metas del Plan Nacional de Salud (PNS - 2001-2006), a saber: a) establecer el seguro nacional de salud (actualmente Seguro Popular de Salud –(SPS); b) separar el financiamiento de la prestación de servicios; c) incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud y d) crear un fondo nacional de salud pública³⁶.

La separación de funciones se centró en el cambio del papel del ministerio de salud, limitándolo a la recaudación y normatividad de las demás instancias del SNS, al margen de la prestación de servicios. En la seguridad social, las cuotas del seguro de enfermedad y maternidad fueron transferidas a un organismo autónomo, denominado Fondo Solidario de Salud (FSS), orientado a asegurar el “techo financiero” y transferir los recursos a las administradoras de salud, las cuales pueden ser públicas o privadas.

La principal razón que fue esgrimida a favor de incentivar la participación privada en la prestación de servicios de salud fue la saturación de los servicios del IMSS. Por su parte, la propuesta gubernamental, con claros tintes privatizadores, señala que ante la imposibilidad de atender a la “nueva población derechohabiente”, constituida por los grupos cotizantes más altos y por los trabajadores de la economía informal, se debe utilizar la infraestructura disponible a través de establecimientos privados mediante un financiamiento público. En la actualidad este proceso de transformaciones tiene como principal pivote la expansión del SPS pues, como ya se dijo anteriormente, este programa garantiza, masivamente, la expansión de la mezcla público-privada de la atención médica.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud está constituido por tres subsistemas. El primero representado por la seguridad social laboral (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE, Petróleos Mexicanos, etc.); el segundo, correspondiente a servicios para población no asegurada por la seguridad social (Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud); y el privado, conformado por compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados. Estos subsistemas fueron constituidos desde formas de financiamiento específicas. El primero, por el Instituto de Seguridad Social, financiado por las cuotas obrero patronales y el presupuesto federal; el segundo a partir de recursos fiscales y cuotas familiares; y el tercero financiado por seguros privados o pago directo. Desde luego, esta estructura contempla la inserción del sector privado en los tres subsistemas, fundamentalmente a partir de dos mecanismos: el SPS y la subrogación de servicios.

34 Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). 2001. *La reforma de la salud en México*. México, D.F.: FUNSALUD.

35 World Health Organization (WHO). World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Estatistic annex. Geneva: WHO; [Internet]. Disponible en formato PDF en: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm> Consultado Octubre de 2007.

36 Soberón, G. La participación del sector privado. En: *La reforma de la salud en México*. México, D.F.: FUNSALUD; 2001. p. 43-55.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012), planteó que uno de los ejes rectores de su política de salud pública, en su sexenio sería la creación de un seguro médico universal, al cual tendrían derecho, inicialmente, los niños nacidos durante su gobierno. Posteriormente, afirmó, se extendería a otros estratos de la población³⁷.

Como una de las acciones más importantes en el ámbito de la salud, en su sexenio se propuso la creación de un “seguro médico” universal, que se aplicó inicialmente a los niños que nacieron durante su gobierno y que posteriormente se extenderá a otros sectores de la población. Afirma que el seguro los cubrirá “de cualquier enfermedad, por cualquier tratamiento o por cualquier medicina que necesite”. Asimismo, cubriría los gastos médicos y del hospital o clínica en donde fueran atendidos. El seguro sería válido en cualquier establecimiento de salud público o privado.

Recientemente se aclaró que el seguro sería similar a lo que se conoce como “subrogación de servicios médicos”, y que el costo financiero del seguro para la “población que no está cubierta”, sería aproximadamente de 4.500 millones de pesos por año, lo que es perfectamente financiable, dijo, teniendo en cuenta un presupuesto gubernamental de 2 billones de pesos³⁸.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y TENDENCIAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Al abordar el tema de la promoción de la Salud (PS), de entrada debe tenerse en cuenta la complejidad, amplitud y profundidad de la misma ya que su propósito tiene que ver con las formas para mejorar las condiciones de salud y de bienestar de la población. Las bases conceptuales de la promoción de la salud se remontan a tiempos muy antiguos, pero sólo en las últimas décadas se ha logrado consolidar un cuerpo teórico práctico de la misma que ha permitido abrir un campo de trabajo extraordinario en la salud colectiva.

Históricamente tanto las culturas de occidente, que son las que más conocemos; pero también las de oriente se han preocupado por encontrar formas de elevar la salud de los grupos y de los individuos más allá de evitar la enfermedad. Los griegos y romanos indagaron principios de vida sana y observaron las prácticas que conducían a ella; otras culturas antiguas como los árabes, chinos, hindúes, judíos y las culturas precolombinas en América, acumularon conocimientos y teorías siempre con el fin de establecer un equilibrio que garantizara a la población gozar de una vida productiva y plena.

En la historia de la promoción de la salud, el siglo XIX es muy importante debido al surgimiento de la corriente de la medicina social, cuya figura más prominente fue R. Virchow, cuyos planteamientos sobre las relaciones entre las condiciones de vida de los pobres y su salud marcaron un hito en la historia de la salud pública y de la medicina.

37 *Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012)*.

38 [http://sexto.informe.gob.mx/igualdad de oportunidades.html](http://sexto.informe.gob.mx/igualdad%20de%20oportunidades.html). Fecha de consulta 14-06-2013.

También deben sumarse a esta corriente los nombres de otros importantes personajes como los de E. Chadwick y L.R. Villarmé, F. Engels, F. Tristán, entre otros, que de igual modo, denunciaron las consecuencias que tenían en la salud de los obreros las pésimas condiciones de vida que tenían en Inglaterra y Francia³⁹.

La contribución esencial de esta corriente consistió en establecer la importancia de los determinantes sociales ligados a los fenómenos de salud y enfermedad de la población, que continua siendo el centro de atención de la promoción de la salud de hoy.

Los primeros antecedentes en la práctica de lo que hoy entendemos por Promoción de la Salud, se pueden encontrar en los cambios que se produjeron como consecuencia de la percepción de la importancia de las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante las décadas de los años 50 y 60 del siglo XX⁴⁰.

Esta situación nueva en la historia sanitaria condujo a la aparición de la “epidemiología de alteraciones crónicas” como superación de la “epidemiología de alteraciones infecciosas”, que ocurrió durante los años 60. Este cambio fue consecuencia de la transición epidemiológica y de la incapacidad de los modelos causales de alteraciones infecciosas y de los postulados de Henle-Koch para explicar adecuadamente los nuevos problemas de salud prioritarios como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

A finales de los años sesenta se produjo una tendencia que vinculó aún más la epidemiología y la Salud Pública con el modelo médico y como consecuencia, el análisis de los problemas de salud se planteó desde una perspectiva individual. Se trató pues, de “buscar factores de riesgo para enfermedades crónicas” como antes se buscaban agentes causales en los ecosistemas microbianos para las enfermedades infecciosas y básicamente esta búsqueda se centró en el comportamiento de los individuos.

El correlato en la acción de este abordaje dominante en la interpretación causal, resultaba obvio: al igual que el periodo higienista esterilizó y desinfectó, la epidemiología de alteraciones crónicas pretendió cambiar conductas individuales.

La Salud Pública, que desde los años 40 había casi desaparecido confiando en la capacidad de las balas mágicas terapéuticas como los antibióticos, volvió a necesitar de intervenciones poblacionales y reinventó la acción. Para ello, se basó en su propia historia desarrollando una “higiene de las enfermedades crónicas” esto es: la educación sanitaria.

39 Restrepo, H.E. 2001. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: Restrepo, H.E., Malaga, H. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable Capítulo 1*. Editorial Médica Panamericana.

40 Álvarez-Dardet Díaz, Carlos. 2013. Políticas y Planes de Salud. Promoción de la Salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. P. www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_5.htm Fecha de consulta 09-04-2013.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Abandonada la quimera de que cada enfermedad tuviera su tratamiento etiológico específico o su vacuna, se retornó durante los años 70 a la rica herencia Higienista, que también había usado frecuentemente métodos educativos para la profilaxis individual, la mejora de la nutrición infantil o la introducción, a partir de los años 20, de la higiene personal.

En la práctica, el desarrollo de esta nueva aproximación, pronto se vio limitada por condicionantes científicas y políticas que afectaban su efectividad. Por un lado, la transmisión de información e incluso la educación, no eran suficientes para cambiar conductas. Especialmente si estas estaban relacionadas con sustancias adictivas como el alcohol o el tabaco.

Por otro lado, la aproximación Higienista, culpabilizadora de las víctimas e hija a su vez del autoritarismo de la policía sanitaria del siglo XIX, chocaba frontalmente con los valores de las sociedades democráticas del mundo Occidental. Era imprescindible la elaboración de herramientas más complejas, que fueran aceptables tanto para la población como para los políticos.

Incorporar la complejidad y la democracia mediante la participación a la práctica de la Salud Pública eran retos que se hicieron cada vez más evidentes en los años 80 y que condujeron a que durante algunos años se usara el término de “La Nueva Salud Pública”⁴¹.

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública provocada por el informe de Lalonde “Nuevas perspectivas sobre la salud de los Canadienses” (Canadá 1974). En este informe se reconocieron los factores sociales y ambientales y los estilos de vida como los factores determinantes de la salud.

Este informe fue uno de los documentos fundamentales para el debate que llevó a la adopción de la Carta de Ottawa (Canadá 1986). La Carta de Ottawa todavía representa la formulación esencial del concepto de promoción de la salud y dice claramente que toda acción en ese sentido significa construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales, y reorientar los servicios de salud (Informe Anual del Director, OPS 2001).

En la década de los 70 y en paralelo al desarrollo de la educación sanitaria basada en factores de riesgo, comenzó a vertebrarse un notable cuerpo teórico, crítico con estas aproximaciones. El modelo médico fue criticado por su falta de eficacia, desde series históricas por McKeown; por su pobre aplicación del método científico por Cochrane y por los daños producidos por la medicalización de la sociedad.

41 Álvarez-Dardet Díaz, Carlos. 1990. *Políticas y planes de salud*. Editores: Valencia: Conselleria Sanitati Consum. España. ISBN: 84-7579-949-3.

La introducción de los planteamientos holísticos, y la organización de una línea de pensamiento distinta, aunque quizás complementaria con el enfoque médico, empezó a configurarse también durante los años 70. Pueden citarse como textos pioneros e influyentes los de Blum sobre planificación para la salud y de Antonovsky sobre salutogénesis. Ambos representan el primer intento formal de operativizar y dar contenido teórico al inicio del cambio en el paradigma de la salud, que represento la definición de la OMS al final de los años 40.

El trabajo de Blum, más orientado a la acción que el de Antonovsky, a su vez más teórico, supusieron los primeros intentos de propiciar cambios más allá de la acción curativa desde el sistema sanitario. Por su relación con las teorías del cambio social y el análisis holístico como opuesto al cartesianismo, Blum introdujo conceptos que luego fueron la base de la promoción de la salud como la acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario⁴².

INFORME LALONDE

El concepto de Promoción de la Salud existía desde mucho antes pero no se había desarrollado un enfoque político.

Elaborado en 1974 por el Ministerio de Salud y Bienestar del Gobierno de Canadá, se ha convertido en una referencia en las políticas de salud pública y promoción de la salud. El documento propone la fórmula para integrar los sistemas sanitarios y la promoción de la salud en el marco de una política integral. Para alcanzar ese objetivo, en el informe se señalan cinco estrategias y 74 propuestas de acción.

Este documento modificó la concepción que se tenía sobre la salud, al desarrollar la concepción del campo de la salud, abandonando la idea de pensar en la salud bajo el campo de lo personal. Habla de las causas de las causas y los determinantes de la salud. Se consideraron cuatro grandes componentes que determinan la salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y la organización del cuidado médico. En el informe se cuestionaron las políticas de salud de Canadá; demostrando la falta de relación entre la asignación de recursos y las causas de la mortalidad materna.

Por lo tanto, para el mantenimiento de la salud no basta con promover la promoción y aplicación de ciencias de la salud, también deben generarse acciones que originen esfuerzos y decisiones inteligentes, que mejoren los estilos de vida de los individuos y la sociedad.

El informe enfatizó la responsabilidad de cada individuo en cambiar sus comportamientos para mejorar su salud⁴³.

42 Álvarez-Dardet Díaz, Carlos. 2013. *Op.Cit.* p. 1-9.

43 Minkler M. 1989. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Educación Q Spring*; 16(1): 17-30.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Otra innovación del informe es que “propuso que intervenciones de la salud pública deberían dar énfasis en segmentos de la población de mayor riesgo”⁴⁴. El informe también fue fundamental en la identificación de las desigualdades sanitarias.

Este informe introdujo el concepto de promoción de la salud y motivó varias políticas gubernamentales centradas en el estilo de vida: legislación sobre cinturones de seguridad, ejercicio, nutrición y abandono del consumo del tabaco.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978; se reiteró firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en vías de desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido que contribuya a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Cada pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de los próximos decenios, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

44 Frohlich, K.L., Potvin, L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008 Feb; 98(2): 216-221.

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial basada en la práctica, en la evidencia científica y en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.
8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
9. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en vías de desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración⁴⁵.

45 *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

CARTA DE OTAWA

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2.000”. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIONAR LA SALUD

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

PREREQUISITOS PARA LA SALUD

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

PROMOCIONAR EL CONCEPTO

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

PROMOCIONAR LOS MEDIOS

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

toda la población desarrollará al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que lo apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

ACTUAR COMO MEDIADOR

El sector sanitario no puede por si mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades.

A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD IMPLICA: LA ELABORACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SANA

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos. Si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad.

La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio. La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

LA CREACIÓN DE AMBIENTES FAVORABLES

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en el que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

EL REFORZAMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y de control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

EL DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

que opte por todo lo que propicie la salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas.

Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

LA REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que se sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete.

Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

IMPULSAR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población.

IRRUMPIR EN EL FUTURO

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa asimismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que

los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

EL COMPROMISO A FAVOR DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- A intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores.
- A oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.
- A eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades. a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud: a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familiares y amigos se mantengan en buen estado de salud: del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general.
- A reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo.
- A reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestra formas de vida. La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

LLAMADA A LA ACCIÓN INTERNACIONAL

La Conferencia llama a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud. La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados unan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo “Salud para Todos en el año 2.000” se hará realidad.

Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son esenciales para el éxito que se pretende lograr a través de las políticas públicas sobre promoción de la salud.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Construir una política pública saludable.
- Crear entornos que apoyen la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud.
- Desarrollar habilidades personales, reorientar los servicios de salud⁴⁶.

SEGUNDA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

“POLÍTICAS A FAVOR DE LA SALUD”

(Celebrada en 1988 en Adelaida Australia)

Basándose en el reconocimiento de la Salud como objetivo social fundamental, la Declaración imprimió un nuevo giro a la política sanitaria al insistir en que la participación social, la cooperación entre los distintos sectores de la sociedad y la atención sanitaria primaria constituían sus pilares básicos.

La Carta para la promoción de la salud, adoptada en Ottawa en 1986 avanzó aún más en el espíritu de Alma-Ata. Dicha Carta lanza el desafío de marchar hacia la nueva Salud Pública reafirmando la justicia social y la equidad como prerequisites para la salud, y la defensa y la mediación como medios para su consecución. A partir de las cinco áreas de acción establecidas para la porción de la salud.

46 La presente CARTA fue elaborada y adoptada por una conferencia internacional organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Dosecientos delegados de 38 países se reunieron en Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986 para intercambiar experiencias y conocimientos dirigidos a la promoción de la salud. La Conferencia favoreció un diálogo abierto entre profanos y profesionales de la salud y de otros sectores, entre representantes de los organismos gubernamentales, comunitarios y asociaciones benéficas, así como entre políticos, administradores y técnicos sanitarios. Los participantes coordinaron sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y colectivo hacia el objetivo común de “Salud para Todos en el año 2.000”. Esta CARTA para la acción refleja al espíritu de las cartas que la precedieron, en las cuales se reconocieron y trataron las necesidades de los pueblos. La carta presenta los enfoques y estrategias para la promoción de la salud que los participantes consideraron indispensables para que produzca un progreso auténtico.

El informe de la Conferencia examina en detalle las cuestiones que se discutieron, ofrece ejemplos concretos y sugerencias prácticas para avanzar en el progreso real y apunta a la acción que se exige de las naciones y los grupos interesados.

El avance hacia un nuevo concepto de la salud pública es ya evidente en todo el mundo. Este avance se ha visto confirmado no sólo por las experiencias, sino también por los compromisos concretos de los individuos invitados a participar en calidad de expertos, los países que estuvieron representados en la conferencia fueron los siguientes: Antigua, Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Escocia, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Ghana, Holanda, Hungría, Inglaterra, Irlanda del Norte, Islandia, Israel, Italia, Japón, Malta, Nueva Zelanda, Noruega, País de Gales, Polonia, Portugal, República Democrática de Alemania, República Federal de Alemania, República de Irlanda, Rumania, St. Kitts-Nevis, Suecia, Sudán, Suiza, Unión Soviética y Yugoslavia.

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html - 34k - Fecha de Consulta-06-03-07.

Aunque estas áreas de acción son mutuamente interdependientes, *la política favorable a la salud* es la que determina el contexto y hace posibles las otras cuatro.

La Conferencia de Adelaida sobre Políticas a favor de la salud continuó avanzando en la dirección marcada por Alma-Ata y Ottawa y, estuvo basada en dicha dinámica.

Una política que favorece la salud se caracteriza por una preocupación explícita por alcanzar la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una aceptación de su responsabilidad en los efectos que pudiera tener sobre la salud. El principal objetivo de una política favorable a la salud es crear unos entornos adecuados que permitan a las personas llevar una vida sana. De este modo, se proporciona a los ciudadanos la responsabilidad de efectuar opciones saludables y se facilita su elección.

Los entornos sociales y físicos se convierten en factores potenciadores de la salud. En la búsqueda de una política favorable a la salud, los sectores del gobierno relacionados con la agricultura, el comercio, la educación, la industria y las comunicaciones, deben tomar en cuenta la salud como factor esencial en la formulación de sus políticas. Dichos sectores deben responsabilizarse de las consecuencias que sus decisiones políticas puedan tener sobre la salud. Esta debe ser objeto de tanta atención como las consideraciones económicas.

EL VALOR DE LA SALUD

La salud constituye tanto un derecho humano fundamental como una buena inversión social. Los gobiernos deben invertir recursos en la elaboración de políticas que favorezcan la salud y en la promoción de la salud, a fin de elevar el estatus sanitario del conjunto de sus ciudadanos.

Garantizar el acceso a los recursos esenciales para una vida sana y satisfactoria, constituye uno de los principios básicos de la justicia social.

Al mismo tiempo, ello aumenta la productividad social global, tanto en términos sociales como económicos. Una política favorable a la salud a corto plazo comportará beneficios económicos a largo plazo, como muestran las experiencias expuestas en esta Conferencia.

Deben realizarse nuevos esfuerzos para unir las políticas económicas, sociales y sanitarias en una acción integrada.

De acuerdo con los expertos, en el contexto de la promoción de la salud, la salud no es un estado abstracto sino el medio o recurso para la vida diaria que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva⁴⁷.

47 Terris, M. Editor. 1992. *Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de Salud Pública*. Journal of Public Health Policy, Inc, South Burlington, Vermont, Estados Unidos de América.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

EQUIDAD, ACCESO Y DESARROLLO

Las desigualdades sanitarias tienen su raíz en las desigualdades sociales. Para eliminar las diferencias de salud existentes entre las personas menos afortunadas en términos sociales y económicos y los grupos más favorecidos de la sociedad, se requiere una política que facilite el acceso a la salud, mejorando los productos y servicios, y creando unos entornos adecuados. Dicha política habría de conceder una prioridad importante a los grupos más desfavorecidos y vulnerables.

Por lo demás, una política favorecedora de la salud reconocería la inestimable cultura de los pueblos indígenas, de las minorías étnicas y de los inmigrantes. La igualdad de acceso a los servicios sanitarios, especialmente a la asistencia médico-social de la comunidad, constituye un aspecto esencial de la equidad sanitaria.

A la vista de las grandes diferencias sanitarias entre los distintos países que se hicieron patentes en esta Conferencia, se acordó que los países más desarrollados tienen la obligación de trabajar porque sus propias políticas tengan un efecto positivo en la sanidad de los países en vías de desarrollo. La Conferencia recomendó a todos los países que desarrollarán políticas favorecedoras de la salud que abordarán específicamente esta cuestión.

LA RESPONSABILIDAD DE LA SALUD

Las recomendaciones de esta Conferencia sólo podrán llevarse a cabo si los gobiernos, a nivel nacional, regional y local, prestan su colaboración. El desarrollo de una política favorable a la salud es tan importante a nivel local como a nivel nacional. Deben determinarse unos objetivos sanitarios explícitos que subrayen la importancia de los objetivos de la promoción de la salud.

El sentido de la responsabilidad con respecto a la salud es un elemento esencial para el desarrollo de una política favorable a ésta. Los gobiernos y demás organismos que detengan el control de los recursos son, en última instancia, responsables ante el pueblo de las repercusiones sanitarias de sus políticas o de la falta de ellas.

El compromiso con una política favorable a la salud requiere que los gobiernos midan e informen sobre los efectos sanitarios de sus políticas en un lenguaje que pueda ser comprendido por todos los grupos sociales.

La acción comunitaria es esencial para potenciar una política favorable a la salud. Teniendo en cuenta los distintos niveles de educación y alfabetización, debe ponerse especial esfuerzo en establecer bien las líneas de comunicación con los grupos más afectados por la política en cuestión.

La Conferencia subrayó la necesidad de evaluar las repercusiones de las políticas. Debiendo desarrollarse los sistemas de información sanitaria en que se basa este proceso. Ello ayudará a tomar decisiones conscientes sobre la futura asignación de fondos para la puesta en práctica de una política favorable a la salud.

AVANZAR MÁS ALLÁ DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Una política favorable a la salud responde a los retos sanitarios lanzados por un mundo cada vez más dinámico y tecnológicamente cambiante, con sus complejas interacciones ecológicas y sus crecientes interdependencias internacionales. Muchas de las repercusiones sanitarias de dichos retos no pueden remediarse mediante la asistencia sanitaria actual o la que se prevé que exista en el futuro. Es esencial que se realicen esfuerzos por promover la salud, y ello requiere un planteamiento integral del desarrollo social y económico que restablezca los vínculos entre la salud y la reforma social, planteamiento que las políticas de la OMS de esta última década consideran como uno de los principios básicos.

UNIDOS EN EL PROCESO POLÍTICO

Aunque el gobierno desempeña una importante función con respecto a la salud, ésta también se ve fuertemente afectada por los intereses corporativos y mercantiles, de los organismos no gubernamentales y de las organizaciones comunitarias. Debemos estimular su potencial para proteger y promover la salud de las personas. Los sindicatos, el comercio y la industria, las asociaciones de enseñantes y los dirigentes religiosos tienen muchas oportunidades de actuar en interés de la salud de toda la comunidad. Deben forjarse nuevas alianzas que presten nuevos ímpetus a la acción a favor de la salud.

ÁREAS DE ACCIÓN

La Conferencia identificó cuatro áreas claves que deben ser prioritarias en una política favorable a la salud y en las que se requiere una acción inmediata.

- PROTEGER LA SALUD DE LA MUJER

En todo el mundo, las mujeres son las principales promotoras de la salud, y la mayor parte de este trabajo se realiza gratuitamente o con una remuneración mínima. La forma en que funcionan las asociaciones y organizaciones femeninas constituye un modelo para el proceso de organización, planificación y ejecución de la promoción de la salud. Las organizaciones femeninas deberían contar con un mayor grado de reconocimiento y de apoyo por parte de los responsables políticos y de las instituciones establecidas. De este modo, la inversión que representa el trabajo femenino hará que aumente aun más la desigualdad.

Para que las mujeres puedan participar de forma efectiva en la promoción de la salud, es necesario que tengan acceso a la información, a las redes organizativas existentes y a los fondos destinados a incrementar la participación. Todas las mujeres, y especialmente las pertenecientes a grupos étnicos o indígenas minoritarios, tienen derecho a decidir por sí mismas, a su propia salud y deben participar plenamente en la formulación de una política favorable a la salud para así, poder garantizar el respeto a su propia identidad cultural.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A fin de empezar a desarrollar una política nacional favorable a la salud de la mujer, esta Conferencia sugirió que se conceda una importancia primordial a los propios programas sanitarios femeninos en las propuestas referentes a:

- Compartir equitativamente las tareas sociales desarrolladas en la sociedad.
- Adaptar las prácticas obstétricas a las preferencias y necesidades de la mujer.
- Establecer mecanismos de apoyo para las tareas sociales, como la ayuda a madres con hijos pequeños, la baja por maternidad-paternidad o la baja por enfermedad de un familiar dependiente.

- LOS ALIMENTOS Y LA NUTRICIÓN

La eliminación del hambre y de la malnutrición es un objetivo fundamental de una política favorable a la salud. Dicha política debe garantizar el acceso universal a una cantidad adecuada de alimentos saludables de forma que resulte aceptable para las diferentes culturas. Las políticas de alimentación y nutrición han de comprender métodos de producción y distribución de alimentos, tanto privados como públicos, a fin de conseguir la igualdad de acceso a los alimentos a precios realistas.

Todos los gobiernos deberían conceder prioridad a la elaboración de una política de alimentación y nutrición que integre factores agrícolas, económicos y ambientales a fin de garantizar una repercusión positiva en la sanidad nacional e internacional.

El primer paso de dicha política sería la determinación de unos objetivos nutricionales y dietéticos. Los impuestos y las subvenciones deben establecerse de forma que favorezcan el fácil acceso de todas las personas a unos alimentos sanos y la mejora de la dieta.

La Conferencia recomendó a todos los gobiernos, cualquiera que sea su ámbito de acción, que utilicen su poder adquisitivo en el mercado alimentario para actuar de forma inmediata y directa, de forma que se aseguren de que la distribución de alimentos está bajo su control (como los servicios de restauración en los hospitales, escuelas, guarderías, centros sociales y de trabajo) posibilita el fácil acceso de los consumidores a unos alimentos de adecuado valor nutritivo.

- EL TABACO Y EL ALCOHOL

El uso del tabaco y el abuso del alcohol constituyen dos importantes peligros para la salud y merecen una acción inmediata a través del desarrollo de políticas a favor de la salud. El tabaco no sólo es directamente perjudicial para la salud del fumador, sino que tiene también consecuencias, que ya van siendo claramente reconocidas en la salud del fumador pasivo, especialmente si se trata de niños. El alcohol contribuye a la disensión social y

causa traumatismos físicos y mentales. Por lo demás, las graves consecuencias ecológicas del uso del tabaco como cultivo comercial en unas economías ya deficitarias, contribuyen a la actual crisis mundial de producción y distribución de alimentos.

La producción y comercialización del tabaco y del alcohol son actividades extremadamente rentables, especialmente para los gobiernos, a causa de los impuestos que recaen sobre estos productos. A menudo se piensa que las consecuencias económicas de una posible reducción en la producción y el consumo del tabaco y del alcohol, lograda mediante una reforma de la política del gobierno, representan un precio demasiado elevado para los beneficios sanitarios derivados de ella.

Esta Conferencia llama a todos los gobiernos a tomar en consideración el precio que están pagando en pérdida de respeto humano, al hacerse cómplice de las muertes y enfermedades provocadas por el consumo de tabaco y el abuso del alcohol. Un compromiso para el desarrollo de una política favorable a la salud, comporta la determinación de objetivos nacionales conducentes a reducir de forma significativa el cultivo del tabaco y la producción, la promoción y el consumo de bebidas alcohólicas para el año 2000.

- CREAR LOS ENTORNOS ADECUADOS

Muchas personas viven y trabajan en unas condiciones ambientales que comportan un riesgo para su salud y están expuestas a los efectos de unos productos potencialmente peligrosos. Tales problemas trascienden, frecuentemente, las fronteras nacionales. La gestión del medio ambiente debe salvaguardar la salud humana frente a los efectos adversos, directos o indirectos, de los factores biológicos, físicos y químicos, así como reconocer que los hombres y mujeres forman parte de un complejo ecosistema. Los extremadamente diversos, aunque limitados, recursos naturales que enriquecen la vida son esenciales para la supervivencia, la salud y el bienestar de la raza humana. Las políticas de promoción de la salud sólo pueden desarrollarse en un entorno que conserve sus recursos naturales mediante estrategias ecológicas globales, bio-regionales y locales.

Es necesario un compromiso a todos los niveles de gobierno. Sólo mediante un esfuerzo intersectorial bien coordinado podrá garantizar que las consideraciones sanitarias son contempladas como prerequisites integrales para el desarrollo industrial y agrícola.

A nivel internacional, la OMS debe desempeñar un papel primordial en cuanto a lograr la aceptación de estos principios y apoyar un concepto de desarrollo aceptable.

Esta Conferencia defendió como punto prioritario, que la salud pública y el movimiento ecológico deben trabajar juntos en la elaboración de estrategias dirigidas a lograr un desarrollo socioeconómico y a salvaguardar los limitados recursos naturales de nuestro planeta.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- DESARROLLAR NUEVAS ALIANZAS EN DEFENSA DE LA SALUD

El compromiso con una política favorable a la salud exige un planteamiento que potencie la consulta y la negociación. Una política favorable a la salud requiere unos enérgicos defensores que sitúen la salud bien visible en el orden del día de los responsables políticos. Ello representa potenciar la labor de los grupos que tratan de defender la salud y ayudar a los medios de comunicación a interpretar correctamente las cuestiones políticas más complejas.

Las instituciones de enseñanza deben responder a las actuales necesidades de una nueva salud pública reorientando los actuales planes de estudio para incluir en ellos las habilidades de capacitación, mediación y defensa.

En el desarrollo político debe existir, cada vez en mayor medida, un desplazamiento de la facultad de gobierno a la de apoyo técnico. Por lo demás, es necesario establecer foros para el intercambio de experiencias a nivel local, nacional e internacional.

La Conferencia recomendó a los organismos locales, nacionales e internacionales:

- La creación de centros de documentación que promuevan unas prácticas adecuadas en el desarrollo de políticas a favor de la salud.
- El desarrollo de redes de investigadores, personal docente y directores de programas que contribuyan al análisis y a la ejecución de una política favorable a la salud.

- EL COMPROMISO CON UNA SALUD PÚBLICA GLOBAL

La paz y la justicia social, alimentos adecuados y agua limpia, la educación, vivienda digna, el desempeño de una función útil a la sociedad, ingresos adecuados, conservación de los recursos naturales y la protección del ecosistema, constituyen prerequisites básicos para el desarrollo sanitario y social.

La función de una política favorable a la salud es conseguir estas condiciones fundamentales para una vida sana. El logro de la salud a escala global se basa en el reconocimiento y la aceptación de la interdependencia en el seno de cada país y entre los distintos países.

El compromiso con una salud pública global dependerá de que seamos capaces de encontrar unos medios sólidos de cooperación internacional que permitan actuar sobre los aspectos de estas cuestiones que sobrepasan las fronteras nacionales.

RETOS FUTUROS

1. La Salud para Todos sólo podrá conseguirse si la creación y la conservación de unas condiciones sanas de vida y trabajo llega a ser un tema central en todas las decisiones políticas. En especial, el tema del trabajo en todos sus aspectos –trabajo social, oportunidades de empleo, calidad de la vida laboral, etc.– afectan de forma dramática a la salud y la felicidad de las personas. Es necesario examinar este tema en cuanto a su influencia en la salud y en la equidad.
2. Una política favorable a la salud debe ocuparse de que los progresos efectuados en el área de la tecnología sanitaria contribuyan y no entorpezcan al proceso de consecución de una mayor equidad.
3. En el camino hacia una política favorable a la salud, el fomento de la colaboración (o la creación de alianzas) por la paz, los derechos humanos y la justicia social, la ecología y el desarrollo racional en todo el globo terráqueo representa el reto más importante para cada nación concreta y los organismos internacionales.
4. En la mayoría de los países, la responsabilidad de la salud corresponde a organismos que se encuentran en diversos niveles políticos. En la búsqueda de una salud mejor, valdría la pena encontrar nuevas formas de colaboración entre los distintos niveles y en el interior de cada uno de ellos.
5. La capacidad de conseguir una distribución justa de los recursos, incluso en circunstancias económicas adversas, constituye un reto para todas las naciones.

La Conferencia recomendó vivamente a la OMS que continúe el desarrollo dinámico de la promoción de la salud mediante las cinco estrategias descritas en la Carta de Ottawa. Instó a la OMS a que amplíe dicha iniciativa a todas sus secciones como parte integral de su trabajo. El apoyo a los países en vías de desarrollo es un punto crucial en este proceso.

RENOVACIÓN DEL COMPROMISO

En interés de una salud global, los participantes de la Conferencia de Adelaida instaron a todos los implicados a renovar su compromiso con una sólida alianza por la SALUD PÚBLICA a la que llama la Carta de Ottawa.

TERCERA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LOS AMBIENTES FAVORABLES A LA SALUD. DECLARACIÓN DE SUNDSVALL DEL 9-15 Junio de 1991, Sundsvall, Suecia**ORIGEN:**

Esta conferencia encaja en una serie de acontecimientos que comenzaron con el compromiso de la OMS hacia las metas de salud para todos (1977), seguido de varias conferencias internacionales sobre atención primaria de la salud (conferencia internacional UNICEF/OMS-1978), la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud (1986), y reuniones ulteriores dedicadas a la política pública saludable (1988); todas estas acciones

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

aclararon más la pertinencia y significado de la promoción en salud, ya que las preocupaciones del público por la amenazas al ambiente mundial han aumentado.

En esta reunión se pidió a la población de todas las partes del mundo que interviniera activamente para lograr que los medios ambientes sean más favorables para la salud; la conferencia señaló que millones de personas viven en condiciones de extrema pobreza, haciendo que sea difícil lograr la meta de salud para todos en el año 2000. Uno de sus propósitos es el de lograr que el ambiente físico, el ambiente socioeconómico y el ambiente político apoyen a la salud en lugar de dañarla.

ESTRUCTURA:

La conferencia se dividió en varias acciones:

1. Llamamiento a la acción, donde invita a los responsables a que formen una amplia alianza para lograr la meta común de salud para todos.
2. Dimensiones de la acción sobre ambientes favorables a la salud, donde la conferencia destacó 4 aspectos favorables: la dimensión social, la dimensión política, la dimensión económica, la necesidad de reconocer y utilizar las habilidades y conocimientos de las mujeres en todos los sectores.
3. Propuesta para la acción, donde se incluyeron la equidad y el reconocimiento de la interdependencia, y
4. Posibilidad de fortalecer la acción social:

La Conferencia de Sundsvall identificó numerosos ejemplos y planteamientos para crear ambientes favorables a la salud que puedan utilizar los responsables de la política, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. En esta conferencia se reconoció que cada persona tiene que desempeñar una función para crear medios favorables a la salud.

Un ambiente favorable a la salud es de primordial importancia, ambos elementos son interdependientes e inseparables. El logro de ambos constituye el objetivo central en el establecimiento de prioridades para el desarrollo y reciba preferencia para resolver intereses en competencia en la gestión cotidiana de las políticas gubernamentales.

Las injusticias se reflejan en la existencia de un foco cada vez mayor en la salud dentro de las naciones y entre países ricos y pobres. Lo cual es inaceptable, ya que se necesita actuar con urgencia para lograr la justicia social en salud. Millones de personas viven en condiciones de extrema pobreza y privación de un medio favorable cada vez más degradado en las zonas urbanas y rurales. Un número indeterminado y alarmante de personas sufren las consecuencias trágicas que las guerras ejercen en la salud y el bienestar; el rápido crecimiento de la población es una amenaza importante para el desarrollo sostenible, ya que la gente se ve obligada a sobrevivir sin agua potable, ni alimentos, vivienda y saneamiento apropiados.

La pobreza frustra las aspiraciones de las personas por un futuro mejor, mientras que el acceso limitado de las estructuras políticas socava las bases de la autodeterminación. Para muchos la educación no existe o es insuficiente, o bajo las actuales condiciones no pueden acceder a ella. Millones de niños no tienen acceso a la educación básica y por lo tanto tienen pocas esperanzas de un futuro mejor. Las mujeres que constituyen la mayoría de la población mundial, todavía sufren opresión, son explotadas sexualmente y son víctimas de la discriminación en el mercado laboral y en otras esferas, lo que les impide desempeñar a cabalidad su función en el logro de entornos más propicios.

En todo el mundo millones de personas no tienen acceso adecuado a la atención de salud esencial. Es evidente que los sistemas de salud deben ser fortalecidos, la solución a estos enormes problemas se encuentran en la acción social a favor de la salud, así como en los recursos y en la capacidad innovadora de los individuos y las comunidades. Para aprovechar todas estas posibilidades será necesario que modifiquemos radicalmente nuestra perspectiva de la salud y el medio ambiente y que esto provenga de un compromiso político claro y enérgico en favor de políticas durables de salud y del medio ambiente. Las soluciones debe buscarse más allá de los límites del sector tradicional de la salud. En todos los sectores deben emprenderse iniciativas que puedan contribuir a la creación de entornos propicios para la salud que estén apoyados a nivel local, por las comunidades; a nivel nacional por el gobierno y por organizaciones no gubernamentales y a nivel mundial, por los organismos internacionales. Los sectores interesados serán esencialmente los de educación, transporte, vivienda y desarrollo urbano, producción industrial y agricultura.

DIMENSIONES DE LA ACCIÓN PARA CREAR ENTORNOS PROPICIOS PARA LA SALUD

Desde el enfoque de la salud el término entornos propicios designa los aspectos físicos y sociales del medio que nos rodea. Abarca el lugar donde vive la gente, su comunidad, su hogar, su ambiente de trabajo y sus sitios de recreación. Incluye además las estructuras que determinan el acceso a los recursos para vivir y las posibilidades de obtener los medios para actuar. Así toda acción tendiente a crear un entorno favorable tiene múltiples dimensiones a saber: física, social, espiritual, económica y política. Todos estos aspectos están relacionados en una interacción dinámica. Las medidas que se tomen deben coordinarse en los niveles: local, regional, nacional y mundial a objeto de que se pongan en práctica soluciones realmente durables.

La Conferencia puso de relieve cuatro aspectos de un entorno propicio:

- 1.- Dimensión social.- La forma en que las normas, las costumbres o los esquemas sociales influyen en la salud. En numerosas sociedades la evolución de las relaciones sociales tradicionales representa una amenaza para la salud, por ejemplo: al aumentar el aislamiento social, restándole sentido y coherencia a la vida, atacando los valores y la herencia cultural tradicionales.
- 2.- La dimensión política que obliga a los gobiernos a garantizar una participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de las responsabilidades y los recursos. Ella supone también un compromiso a favor de los derechos humanos, de la paz y la renuncia a la carrera armamentista.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 3.- La dimensión económica, que supone una redistribución de los recursos en favor de la salud para todos y de un desarrollo durable y principalmente la transferencia de una tecnología segura y confiable.
- 4.- La necesidad de reconocer y de utilizar las competencias y los conocimientos de las mujeres en todos los ámbitos, en especial en la economía y la política, para poner en práctica infraestructuras que favorezcan los entornos propicios a la salud. Habrá que reconocer que las mujeres soportan cargas muy pesadas y velar porque los hombres asuman su parte en esta carga. Será necesario que las asociaciones femeninas comunitarias cuenten con los medios para intervenir más enérgicamente en el establecimiento de políticas y de estructuras para la promoción de la salud⁴⁸.

DECLARACIÓN DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud – Nuevos actores para una nueva era: Guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI- se celebró en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud. Han transcurrido 35 años desde que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Han pasado 27 años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá).

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud.

Como resultado de esa conferencia se publicó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública sana (Adelaide, 1988) y a un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, 1991).

La promoción de la salud es una valiosa inversión

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Con frecuencia cada vez mayor, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar

48 Declaración de Sundsvall Sobre Los Ambientes Favorables a la Salud. 2011. 049 Buenas Tareas.com. Recuperado 04,2011 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Declaracion-De-Sundsvall-Los-ambientes/1867420.html>.

el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud ofreció una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud hacia el siglo XXI, ya que refleja el firme compromiso de los participantes en esta conferencia sobre la Promoción de la Salud de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el naciente siglo XXI.

Factores determinantes de la salud: nuevos desafíos. Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud. Las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenas de millones de personas. Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente. Es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud. Varios factores transnacionales tienen también un importante impacto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos. Estos cambios determinan los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos, como el desarrollo de la tecnología de comunicaciones, tienen mucho potencial para la salud; otros, como el comercio internacional de tabaco, acarrear un fuerte efecto desfavorable.

La promoción de la salud crea una situación diferente. Las investigaciones y los estudios de casos de todo el mundo ofrecen pruebas convincentes de que la promoción de la salud surte efecto. Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para alcanzar mayor equidad en salud.

- Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa continúan siendo indispensables para el éxito de los objetivos establecidos en torno a la promoción de la salud:
- La elaboración de una política pública favorable a la salud.
- La creación de espacios, ámbitos y/o propicios.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actualmente se ha comprobado con claridad que:

- El abordaje integral de desarrollo de la salud resulta más eficaz. Los métodos basados en el empleo de combinaciones de las cinco estrategias son más eficaces que los centrados en un solo campo.
- Diversos escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales. Entre ellos cabe citar megalópolis, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, junto con sus mercados, escuelas, lugares de trabajo y establecimientos asistenciales.
- La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones.
- El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades.

Estas estrategias son elementos básicos de la promoción de la salud y son de importancia para todos los países.

Para combatir las amenazas nacientes para la salud, se necesitan nuevas formas de acción. En los años venideros, la dificultad estará en liberar el potencial de promoción de la salud inherente a muchos sectores de la sociedad en las comunidades locales y dentro de las familias. Existe una obvia necesidad de cruzar los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores público y privado. La cooperación es fundamental. En la práctica, esto exige la creación de nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de todos los niveles de gobierno de las sociedades.

Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI

1. Promover la responsabilidad social por la salud.- Las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten perjudicar la salud de otras personas.
- Protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos.
- Restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud.
- Protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo.
- Incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas.

- 2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.-** En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz. El aumento de la inversión en el desarrollo de la salud exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la existente en las esferas nacional e internacional puede fomentar un cambio en el mejoramiento de los niveles de vida de la población.

La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones. El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades, eviten perjudicar la salud de otras personas, protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos, restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud, protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida. Las inversiones en salud deben reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, los niños, los adultos mayores, los indígenas y las poblaciones pobres y marginadas.

- 3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.** La promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad. Es preciso fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar el potencial de formación de nuevas. Las alianzas estratégicas son de mutuo beneficio en lo que respecta a la salud por el hecho de compartir conocimientos especializados, aptitudes y recursos. Cada una debe ser transparente y responsable y basarse en principios de ética acordados y de entendimiento y respeto mutuos. Es preciso observar las directrices de la OMS.
- 4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.** La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud. La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios. Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso. Se deben aprovechar los recursos sociales, culturales y espirituales de formas innovadoras.
- 5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.** Para consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. Hay que crear incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado para asegurarse de maximizar la movilización de recursos para la promoción de la salud.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los “ámbitos, espacios y/o entornos para la salud” son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Esas redes deben proporcionarse asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre qué estrategias surte efecto en cada entorno o escenario. Conviene alentar el adiestramiento y la práctica de los conocimientos de liderazgo en cada localidad para apoyar las actividades de promoción de la salud. Se necesita ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y preparación de informes de proyectos para mejorar el trabajo de planificación, ejecución y evaluación. Todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud⁴⁹.

49 *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997, Yakarta, República de Indonesia.

CAPÍTULO II

MODELOS CONCEPTUALES DE SALUD

Las bases conceptuales se remontan a tiempos muy antiguos, pero sólo en las últimas décadas se ha logrado consolidar un cuerpo de teoría y práctica de la Promoción de la Salud que ha permitido abrir un campo de trabajo extraordinario en la salud colectiva.

ETIMOLOGÍA

En primer lugar se debe considerar la etimología de los términos “promover” y “promoción” que se derivan del latín *promovere*. Según la Real Academia Española, promover es “iniciar o adelantar una cosa procurando su logro; activar o dar impulso a una cosa”. Promoción: “acción y efecto de promover; elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc. Implica movimiento positivo”. Según el Diccionario Webster de la lengua inglesa también da un significado a promover de moverse hacia adelante, hacia la excelencia para alcanzar un objetivo. Es decir que la etimología de los términos de la Promoción de la Salud ya nos revela los conceptos fundamentales que encierra.

El segundo abordaje que se plantea es el de analizar la evolución histórica de la Promoción de la Salud, profundizando en la historia de la salud pública para rescatar los elementos básicos que se identifican con lo que hoy se considera propio de la misma.

El siglo XIX es de gran importancia en la historia de la PS por el surgimiento de la corriente de la medicina social, cuya figura más sobresaliente fue R. Virchow. Sus valientes planteamientos sobre las relaciones entre las condiciones de vida de los pobres y su salud marcaron un hito en la historia de la salud pública y de la medicina. A este importante nombre tenemos que agregar los de E. Chadwick y L.R. Villarmé, F. Engels, F. Tristán, entre otros, que de igual modo, denunciaron las consecuencias que tenían en la salud de los obreros las pésimas condiciones de vida que tenían en Inglaterra y Francia¹.

¹ Restrepo, H.E. 2001. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 19, No. 1.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La contribución fundamental de esta corriente es la denuncia de los determinantes sociales ligados a los fenómenos de salud y enfermedad de la población, que sigue siendo el centro de atención de la promoción de la salud de hoy.

En la evolución del concepto de salud, se pueden diferenciar modelos que mantienen una mayor o menor vigencia en las concepciones de salud pública y por ende de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Modelo sobrenatural o Mágico-Religioso

La salud o su ausencia depende de fuerzas sobrenaturales. Para la promoción de la salud es una influencia negativa, fatalista que niega la posibilidad de intervenciones efectivas para la producción de la salud.

Modelo biológico. Se centra en los cambios biológicos para explicar la salud y enfermedad. Es importante tener en cuenta que este modelo dio origen al enfoque biomédico que persiste aún y que privilegia las intervenciones curativas sobre las promocionales y preventivas.

Modelo ecológico tradicional. Este modelo con la conocida tríada: agente, huésped y medio ambiente sigue siendo útil pero la promoción de la salud ha evolucionado ampliando sus elementos; el agente ya no es sólo un microorganismo sino también cualquier condicionante no-saludable, el huésped se amplía al complejo bio-psico-social y el ambiente incluye todos los factores físicos, biológicos, sociales, culturales, políticos, que forman un determinado entorno.

Modelo bio-psico-social. Concepción holística de interrelaciones complejas. Se exalta hoy mucho pero el problema es que sigue muy centrado en la explicación de la salud a nivel del individuo, lo cual es considerado como una limitante para la promoción de la salud.

CAMBIO SOCIAL

Desde los últimos años del siglo XX hasta nuestros días, ligado al desarrollo científico y tecnológico, se han dado una serie de cambios en los procesos de los sectores sociales, entre los cuales está el de la salud, que conducen a nuevos conceptos y prácticas. Las principales características de dichos procesos se resumen en los siguientes puntos:

- Adquieren mayor importancia los cambios de abajo hacia arriba y pierden fuerza los de arriba hacia abajo.
- Se fortalece la participación social.
- Surgen los procesos de empoderamiento, generados en las redes sociales, entendidos como procesos sociales dirigidos a crear capacidades en los individuos y especialmente en los grupos comunitarios para actuar y tomar decisiones que les competen para su vida diaria.

- Se resalta la utilidad de elementos metodológicos de otras ciencias políticas y sociales en el trabajo a nivel comunitario. Esto ha permitido avanzar en Promoción de la Salud para buscar los cambios y transformaciones positivas en la población.
- Al mismo tiempo se han agudizado las desigualdades e inequidades y han surgido nuevas formas de poder en el orden mundial. Las crisis económicas de los 80s y el crecimiento de la pobreza en América Latina en los últimos años son ejemplos claros de este desequilibrio.
- Se ha debilitado cada vez más la distribución de los recursos para los sectores sociales.
- Las reformas del estado impulsadas por organismos internacionales no han probado su eficacia para mejorar el nivel de vida en los países.
- Han proliferado distintos tipos de globalización. Unos benéficos para el desarrollo y otros negativos. Entre los primeros, se puede identificar el desarrollo de las comunicaciones y de la información, de la conectividad en el mundo, y el intercambio de conocimientos. Entre los segundos, la universalización de las leyes del mercado, el crecimiento de la brecha entre pobres y ricos, la dominación de los grandes capitales.

.Dentro de este panorama, algunos autores han descrito una forma de acción social contemporánea en la cual se observa que las fuerzas sociales se organizan hoy de acuerdo con intereses comunes como los problemas de género, los daños a la ecología, los problemas religiosos y étnicos, entre otros, sin que esto quiera decir que las diferencias por clase socioeconómica no sean también importantes en las acciones sociales. El movimiento actual antiglobalización en el mundo es un ejemplo de la agrupación de grupos muy disímiles unidos por un interés común. También en esta caracterización de la acción social contemporánea señalan el surgimiento de nuevos espíritus de resistencia inspirados por valores históricos, por la construcción de tejido social y de solidaridad que forman parte del llamado capital social. Estos aspectos serían muy positivos para la PS pero son aún precarios como lo señala B. De Sousa Santos², al enfatizar el potencial que tendría el fortalecimiento de la solidaridad y la participación comunitaria para resolver la gran crisis actual del mundo globalizado.

Otros procesos igualmente importantes en el campo de la acción social es el realce de lo local, propio de las últimas décadas en oposición al centralismo y la escasa y lejana presencia del estado en comunidades pequeñas locales.

Nos enfrentamos entonces a procesos de cambio social a veces contradictorios, unos favorables a la promoción de la salud y otros, por el contrario, que dificultan su implementación.

En resumen, de todas las complejidades inherentes al cambio social que hemos mencionado surge un nuevo modelo de concepción de la salud que admite dichas complejidades, así como las múltiples interacciones entre sectores, disciplinas y actores, que se aplica esencialmente a los grupos sociales, las comunidades y la población

2 Santos, B.S. 2000. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, Cortez Editores, São Paulo.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

general. Se trata de un concepto de salud colectiva que se rige por los “determinantes” de la salud, que son de carácter multifactorial en los cuales el peso de factores sociales es muy grande.

Este es el modelo que se acepta en la Promoción de la Salud o Nueva Salud Pública y que además de los legados históricos que se han expuesto, a recibido y continúa recibiendo aportes desde diferentes disciplinas y ciencias. Como se mencionó ya, los principales aportes de la segunda mitad del siglo XX constituyen el bagaje definitivo para el desarrollo teórico y práctico de la Promoción de la Salud. Entre ellos sólo se mencionarán algunos de los más reconocidos: la incorporación de la promoción a las fases de la salud pública de H. Sigerist³; los estudios de T. McKeown⁴ sobre la influencia del desarrollo económico y mejoramiento de las condiciones de vida en la reducción de la mortalidad en Inglaterra; las teorías de A. Antonovsky⁵ sobre el sentido de la coherencia y la relación con el comportamiento salutogénico de individuos y grupos sociales; el Informe Lalonde⁶ sobre la salud de los canadienses que planteó en la política nacional de salud un cambio de lo asistencial a determinantes mayores como los llamados “estilos de vida”; finalmente, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), definida en Alma Ata⁷ por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “como alternativa única para lograr un cambio definitivo en la salud de los pueblos del mundo”⁸. Sin embargo, pese a que la APS buscaba la equidad en salud y el compromiso de los gobiernos para destinar recursos y acciones desde diversos sectores productivos y sociales para el logro de los ideales de SPT, las distorsiones a la filosofía y enfoques de la APS, frustraron en muchas partes los ansiados logros.

DEFINICIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Existen diversas definiciones y aproximaciones teóricas a la Promoción de la Salud, pero en todas ellas se pueden identificar elementos y enfoques fundamentales: los determinantes de la salud como objeto de estudio de la Promoción de la Salud, el enfoque socio-político para la modificación favorable de ellos, y la participación de la gente como proceso básico para los logros que se pretenden. A continuación se citan algunas definiciones:

“La Nueva Salud Pública no significa nuevos y complejos sistemas burocráticos ni palacios de prevención, significa comenzar por donde está la gente y por la salud de ella. El desarrollo de la Promoción es una reacción al trabajo

3 Sigerist, H.E. 1941. Health. En: Sigerist, H.E. “*Medicine and Human Welfare*”. Reproducido en *Journal of Public Health Policy*. Vol. 17, No. 2.

4 McKeown, T. 1982. *El Papel de la Medicina. Sueño, espejismo o némesis?* (1976) Edición española. Siglo XXI Editores. México. España. Argentina. Colombia.

5 Antonovsky, A. 1987. *Unravelling the mystery of health*. Jossey-Bass. San Francisco. Washington. London.

6 Lalonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Candians*. Ottawa: Information Canada.

7 *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS*, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

8 Tejada, D. 2003. ALMA ATA. *Perspectivas de Salud*. Vol. 8, Número 2, 2003.

anterior... es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos”⁹. Ex director de la OMS.

“La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”¹⁰.

“La PS es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”¹¹.

“LA PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”¹².

“...Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir”¹³.

“...Trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud”¹⁴.

DETERMINANTES DE LA SALUD

El tema de los determinantes de la salud es de gran complejidad y el debate continúa vivo sobre cómo identificarlos, cuales son más importantes en cada contexto y cómo actuar sobre ellos. De nuevo surgen tendencias y corrientes que privilegian uno u otro grupo de determinantes y dentro de cada grupo ¿cuál es el peso de cada variable? No obstante, hay cierto acuerdo en que los determinantes hay que mirarlos como complejas redes de factores interrelacionados.

Uno de los debates actuales sobre el tema de determinantes es el de la Red para Estudio de los Determinantes Sociales de la Universidad de Montreal de Canadá, REDET¹⁵. Este grupo de científicos sociales consideran que

9 Mahler, H. 1986. *Discurso ante la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud*. Documento interno. OMS. Ginebra, Suiza.

10 Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. 1986. *Carta de Ottawa para al Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá 17-21 noviembre.

11 Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS. 1990. *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el cuatrienio 1991-1994*. Washington, D.C. Estados Unidos.

12 Hancock, T. 1994. Health Promotion in Canada: Did we win the battle but lost the war? En: Pedersen, O'Neill, Rootman Editors. *Health promotion in Canada*. W.B. Saunders, Canada. pp. 350-373.

13 Nutbeam, N. 1986. *Glosario de la Promoción de la Salud*. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996).

14 Kickbush, I. 1994. Introduction: Tell me a story. En Pedersen *et al.* *Op cit.* 6. pp. 8-17.

15 REDET. Miembros de la Universidad de Montreal. 2003. *Marco teórico de los determinantes sociales de la salud*. Documento preparado por Mauricio Gómez-Zamudio.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

en las últimas dos décadas, se ha podido llegar a cuatro certezas con relación al tema de cómo estudiar los determinantes sociales de la salud:

1. Es evidente que hay un grupo de determinantes ambientales —físicos, sociales, económicos y culturales— muy reconocidos por todos los autores pero hay controversia con relación a su influencia y se identifican dos corrientes de pensamiento: una, que sostiene que lo más importante son los gradientes en una escala social es decir que los que ocupan los grados más altos tienen mejor nivel de salud, y otra, más radical, que sostiene que lo más importante es la categoría económica, entre menos recursos económicos, peor salud.
2. Hay certeza sobre la existencia de cadenas de factores biológicos y ambientales interactuando que determinan la vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades, pero no se han encontrado cuales serían los intermediarios o las mediaciones a través de las cuales se ejerce la influencia de las desigualdades sociales en estas cadenas.
3. Existen variaciones dentro de una misma categoría socioeconómica, incluso dentro de grupos marginados o excluidos pero, ¿qué determina esas variaciones? Algunos afirman que se debe a la presencia de factores llamados ‘protectores’; otros que existe una “resiliencia” en las personas o grupos que determina su resistencia.
4. Es notable el incremento de las desigualdades sociales y económicas dentro de cada país y entre países, tanto en el conglomerado sur como en el del norte; posiblemente se deba a que las intervenciones del Estado en los últimos diez años se han realizado en un contexto de grandes dificultades financieras produciendo una parálisis en algunos países más que en otros con consecuencias sobre el nivel de salud y bienestar de las poblaciones (lo que en muchos países de América Latina se ha acentuado).

El mismo grupo considera que, dentro del enfoque de la Nueva Salud Pública (NSP), que, para nosotros, es sinónimo de PS, habría cinco modelos de abordaje de los determinantes, según el tipo de variables tenidas en cuenta a saber:

- Variables sociales, colectivas y comunitarias.
- Variables culturales y de comportamiento.
- Variables económicas.
- Variables políticas.
- Variables éticas.

En resumen este debate plantea que siguen vigentes tres preguntas en el tema del estudio de los determinantes sociales de la salud:

1. ¿Cuál es la postura teórica que predomina en el estudio de la sociedad? Los modelos de comprensión de los determinantes se relacionan con la concepción de los investigadores y su ideología.

2. ¿Cuál es el peso de las distintas disciplinas? Si la NSP y/o la PS construyó un nuevo paradigma combinando disciplinas clásicas (demografía, sociología, antropología, ciencias políticas, economía, ética), con los más recientes campos (estudios culturales, el estudio del post-colonialismo, las ciencias sociales críticas, los enfoques semiológicos), será que prevalecen unas más que otras?
3. ¿Cuáles son las categorías de datos e informaciones que prevalecerán? Se recogen datos de diferentes categorías y diferentes fuentes, pero ¿cuáles son las que verdaderamente se necesitan?

Como vemos el tema de los determinantes que es crucial para la comprensión de los conceptos de PS y para las posibilidades de implementarla sigue sobre el tapete. La literatura científica reciente muestra el interés actual sobre el tema. En este tópico también están, por ejemplo, los recientes artículos del CDC de Estados Unidos sobre determinantes sociales¹⁶.

ENFOQUES

De las bases teóricas y de las experiencias de implantación y desarrollo en Promoción de la Salud se han generado enfoques o aproximaciones inherentes a la Promoción de la Salud. Estos enfoques deben tenerse en cuenta cuando se van a diseñar y ejecutar: una intervención, proyecto o programa dentro del campo de la promoción.

El primero de ellos es el *enfoque positivo* (no positivista), que va dirigido al bienestar, a la mejor calidad de vida, a la felicidad (por qué no) y que sea dignificante para las personas y grupos, con respeto por los derechos humanos.

El *enfoque ecológico* sigue siendo importante en la Promoción de la Salud, pero, como se ha señalado, incluyendo un amplio concepto de ambiente.

El *enfoque participativo* es básico como ha visto en lo mencionado anteriormente. La participación es imprescindible en PS, no se concibe PS sin participación. Se busca crear capacidad en las comunidades para que actúen y tomen decisiones importantes para los cambios de situación y de los determinantes de su salud. Tampoco se puede prescindir de la participación en la evaluación de PS. Con frecuencia se ven programas supuestamente de PS sin que esté claramente explícita la participación.

En último enfoque es el *enfoque socio-político*, que distingue a una experiencia o programa de PS; porque la PS se basa en un concepto socio-político de la salud. Su quehacer siempre tendrá una dimensión social, es decir colectivo, incluyendo lo cultural, y una dimensión política. El potencial mayor de la PS está, de un lado en el éxito de políticas públicas y, de otro, en la fuerza y el poder que alcance la gente para transformar condiciones y estilos de vida.

¹⁶ Syme, L. 2004. Social Determinants of Health: the Community as an Empowered Partner. CDC. *Preventing Chronic Diseases*. Vol. 1, No. 1, January.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Obviamente, los enfoques descritos tendrán aplicación mayor en aquellos escenarios donde se faciliten las acciones políticas y el trabajo con y por la gente. Los movimientos y experiencias de comunidades, ciudades y municipios saludables, son los más exitosos; también los entornos colectivos pero más limitados como el de escuelas, universidades, lugares de trabajo y otras instituciones son ejemplos exitosos de este abordaje. Los enfoques individuales reducen la PS a su mínima expresión y son de poco o nulo impacto.

ESTRATEGIAS

La definición de estrategias de PS varía según los diversos autores. Es útil definir las teniendo en cuenta los escenarios (settings) de actuación y los grupos poblacionales blanco que participan, pero sobretodo, relacionándolas con las áreas de acción de la Carta de Ottawa. Con estas consideraciones identificamos los siguientes grupos de estrategias:

❖ Primer grupo: estrategias para la acción política. La salud es un asunto primariamente político. Este grupo por lo tanto comprende todas las actividades, métodos e instrumentos útiles para impulsar la formulación e implementación de políticas públicas saludables, tales como:

- Procesos de negociación.
- Cabildeo o abogacía por causas de interés público.
- Búsqueda y organización de consensos y coaliciones.
- Estrategias para lograr compromiso políticas de sectores e instituciones.
- Análisis permanente de las políticas públicas y de las políticas públicas saludables.
- *Utilizar un abordaje político ante todo.*

Estas estrategias para la acción política son centrales para la PS, fortalecen a la salud pública y dan importante énfasis en los asuntos de interés público. Se relacionan con la primera área de la Carta de Ottawa de Construcción de Políticas Públicas Saludables, pero también tiene que ver con la Creación de Entornos Saludables y el Fortalecimiento de la Acción Comunitaria.

❖ Segundo grupo: Estrategias que estimulan, apoyan y fortalecen la participación social. Con ellas se busca el compromiso y responsabilidad de todos los actores sociales a través de :

- Apoyo a las organizaciones comunitarias de base y a otras organizaciones sociales con fines públicos.
- Construcción de capacidad comunitaria.
- Empoderamiento de individuos y sobretodo de grupos.

- Formación y apoyo a redes de soporte social.
- Formación y fortalecimiento de liderazgo ciudadano.
- Investigación participativa.

La participación social es un concepto más moral que técnico y requiere por lo tanto, de que exista la voluntad de estimularla por parte de quienes dirigen los programas y proyectos de PS. Se corresponde principalmente con el área de Fortalecimiento de la Acción Comunitaria de la Carta de Ottawa, pero es indispensable para el resto de áreas de acción. La estrategia de Empoderamiento requiere una clara comprensión de su significado. Entender que sobretodo, se trata de un proceso dirigido más a los grupos y comunidades que al individuo, aunque en el proceso, los individuos resultan fortalecidos. Al respecto, hay consenso, en que la definición más precisa es la de Wallerstein¹⁷. “Proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad, y justicia social”¹⁸. Según Hyppolite y O’Neill, el enfoque de Wallerstein y Bernstein¹⁹ enfatiza el contexto de cambio de los ambientes social y político de los grupos que se empoderan.

Entre las prácticas que favorecen el empoderamiento están todas aquellas que apoyen a las organizaciones comunitarias, afianzando el sentido de pertenencia de las personas y grupos, el compartir sus historias y necesidades y reconocer los valores y capacidades de las organizaciones (Hyppolite y O’Neill 2003).

En este grupo para el caso de América Latina puede ubicarse a Jaime Breilh, como uno de los autores más importantes en el campo de la construcción del pensamiento crítico de la epidemiología latinoamericana, de la determinación como un nodo epistémico, de las principales rupturas y puntos de crecimiento de la epidemiología, que analiza el horizonte de la salud colectiva en el momento actual y el marco económico y político en el mundo contemporáneo, enfocado sobre todo al ámbito latinoamericano; considerando la determinación social como categoría nodal para el conocimiento de la producción de la vida, en su rica complejidad y no apenas el problema de la determinación de una de sus expresiones: la salud.

❖ Tercer grupo: estrategias de Educación, Comunicación e Información.

Comprende todas las actividades dirigidas a incrementar el nivel de información, conocimientos y desarrollo de habilidades:

17 Wallerstein, N. 1992. Powerless, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*: 6, No. 3 January/February.

18 Hyppolite, S-R., O’Neill, M. 2003. *Promotion and Education*. Vol X Number 3. Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d’un nouveau modèle d’empowerment. pp. 137-141.

19 Wallerstein, N., Bernstein, E. 1994. Introduction to Community Empowerment. Participatory Education and Health. *Health Education Quarterly*, 21(2): 141-148.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Educación de salud. Educación popular con base en teorías de Freire.
- Alfabetización en salud. Mínimo de conocimientos necesarios para que la gente pueda tomar las opciones más saludables.
- Comunicación social: comunicación de salud, mercadeo social, comunicación mediática. En éstas es fundamental el manejo ético de las herramientas comunicativas.

Este grupo de estrategias se relaciona principalmente con el área de Desarrollo de Aptitudes Personales, es decir con los cambios que lleven al desarrollo de estilos de vida saludable. Sin embargo, no se puede prescindir de ellas en el trabajo en PS. La comunicación es especialmente poderosa bien manejada y con principios éticos muy claros.

❖ Cuarto grupo: estrategias dirigidas a las transformaciones y cambios organizacionales.

Tienen especial importancia en el desarrollo institucional para la PS.

- Desarrollo de infraestructura.
- Formación y capacitación de recursos humanos, de diferentes perfiles.
- Desarrollo gerencial.
- Aprovechamiento de diferentes instituciones y organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales.
- Implementación de prácticas de trabajo transdisciplinario.

Este grupo se relaciona con la quinta área de la Carta de Ottawa, de Reorientación de Servicios de Salud, así como de otros servicios sociales. La reorientación debe favorecer los enfoques de promoción de la salud y de prevención de riesgos así como la integración de esfuerzos de instituciones multisectoriales para obtener logros en beneficio de las poblaciones. El ejemplo de la vinculación de instituciones que trabajan en el tema ambiental y ecológico ha mostrado sus beneficios en el mejoramiento de la calidad de vida y en el aprovechamiento de recursos técnicos.

CAPÍTULO III

MARCOS CONCEPTUALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

MARCO FILOSÓFICO

La filosofía se encarga del estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje¹.

Se distingue de otras áreas del conocimiento por su énfasis en los argumentos racionales y científicos. Por lo tanto la medicina no está exenta de contener en su estructura teórico conceptual elementos que tienen un fundamento filosófico que permite establecer toda una estrategia con relación a la práctica médica imperante en los sistemas de atención a la salud.

Lo cual implica que la atención a la salud se fundamenta en un marco filosófico que permite el ejercicio de la práctica médica en la atención de los pacientes. Donde la salud pública y la promoción de la salud están al igual imbuidas de los mismos elementos filosóficos que sustentan el quehacer médico.

Los campos de la filosofía son muchos, por lo que en este apartado solo se enuncian los implícitamente integrados en el sistema de atención a la salud, integrados en los modelos médicos de atención a la salud.

En toda sociedad, independientemente de su origen histórico o de su localización geográfica, se forja en algún momento de su desarrollo lo que, de manera general, se denomina un sistema de salud. Entendido el proceso de esta manera, podemos definir dicho sistema como una forma de respuesta social organizada para hacer frente a las acechanzas de la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte² (Zolla, C., 2005).

Los llamados sistemas médicos no están aislados, sino que se integran en una red compleja de creencias y valores como parte de la cultura de cualquier sociedad.

1 Teichmann, Jenny; Evans, Katherine C. 1999 (en inglés). *Philosophy: A Beginner's Guide*. Blackwell Publishing. p. 1.

2 Zolla, C. 2005. "La medicina tradicional indígena en el México actual". *Arqueología Mexicana*. Vol. XIII, número 75.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Así, los pacientes recurren a diversos esquemas de atención además de la medicina institucional, como lo han señalado varios autores (Mercado, Osorio, 2002 Zolla, 2005, Freidson, 1978, Kleinman, 1980).

Los sistemas o esquemas de atención actuales se caracterizan por su pluralismo e interrelación en cuanto a modelos etiológico-terapéuticos. Pueden interactuar y complementarse armónicamente o, por el contrario, competir y mantener relaciones de exclusión o subordinación. Tanto, que pareciera no ser suficiente separarlos en medicina profesional o biomedicina, popular y tradicional, problema al que se ha enfrentado la antropología médica y la salud pública, en un esfuerzo de claridad en su interpretación.

En los inicios de los años setenta del siglo pasado, en su libro *Sociología de la Medicina*, reseñó las propuestas de diversos autores quienes desde la década de los cuarentas iniciaron el estudio de las diferencias de estos tres esquemas médicos³.

La medicina tradicional durante mucho tiempo fue llamada medicina primitiva, entendida como no científica, sustentada en explicaciones sobrenaturales sobre la cual la magia constituía su esencia, tanto de la génesis como del tratamiento de la enfermedad. La medicina popular, se le llamó en esa época *folkmedicina*, conformada por las creencias y remedios difundidos en las sociedades y que fueron pasando de generación en generación y que se difundieron al margen del saber oficial.

Los “sistemas” de atención a la salud deben ser entendidos como “sistemas culturales simbólicos a partir de los cuales se pueden analizar las respuestas sociales a la enfermedad, en términos de sus significados y de la experiencia, integrando para su análisis las relaciones entre instituciones, roles desempeñados, relaciones interpersonales, redes sociales, escenarios de interacción y, en menor medida, las condicionantes económicas y políticas”⁴.

Así, Kleinman les llamó sistemas de atención a la salud o modelos médicos y ubicó los tres sectores de manera distinta a Coe, el *folk* lo consideró propio de los nativos e indígenas que realiza una gran diversidad de prácticas médicas y estructuran su conocimiento a través de ideologías seculares o sacras e introducen un aspecto ritual en la curación⁵.

El modelo popular incluye la medicina profana, organizada a nivel de la familia, de las redes sociales y de la comunidad sin que participe un terapeuta profesional.

3 Coe R.M. (1970). *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza Universidad. pp. 20-25.

4 Kleinman, A. “Concepts and model for the comparison of medical systems as Cultural Systems”. *Social Science and Medicine*, 12: 85-96, 1978.

5 *Op. Cit.* Kleinman, A. (1978). 12: 85-96.

El profesional, basado en una relación natural-biológica, asume que sus planteamientos son científicos, racionales, verdaderos y opuestos a los de la medicina *folk* y popular. Si bien se refiere principalmente a la medicina biomédica, incluye otras prácticas también profesionales, en ocasiones llamadas *paraprofesionales*, como la homeopatía, quiropraxia, acupuntura, ayurvédica.

Por su parte, Menéndez (1994) les ha llamado modelos médicos como una abstracción que emerge de los sistemas médicos de cada sociedad, dentro de ellos señala el modelo médico hegemónico, el alternativo subordinado y el de autoatención.

La **medicina tradicional** está orientada por factores culturales, religiosos y sociales, lo que le ha dado especificidad en cada comunidad y ha sido inherente a la identidad de los individuos que la componen. Sus conocimientos se han transmitido de generación en generación para preservar la vida y permitir el florecimiento de la propia cultura. Miles de años de observación y experimentación empírica han sido necesarios para la evolución de la medicina tradicional, de sus concepciones, así como del conocimiento de plantas, animales y minerales que han sido utilizados. La medicina tradicional no sólo abarca el manejo de medicamentos naturales o más específicamente, la curación herbolaria, es más que eso, involucra procesos simbólicos, formas de intervención corporal sustentadas en procesos rituales, categorías míticas, patrones particulares de interacción, modalidades de trabajo corporal y escénico: es una concepción integral que ubica al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo. Tiene su propia lógica que entrelaza las percepciones del cuerpo con las del cosmos.

Aunque existen generalidades compartidas, cada sociedad ha elaborado esquemas terapéuticos complejos que incluyen concepciones culturales en sus prácticas, al igual que en sus especialistas que saben cómo aplicarlas. Los curanderos o chamanes son individuos elegidos que reciben por tradición los conocimientos y procedimientos curativos basados en su propia cosmovisión, es decir, en la manera de concebirse a sí mismos y al mundo que los rodea. De esta manera, los médicos tradicionales sintetizan la ideología, las categorías míticas, los dramas sociales, los regímenes de prohibición y prescripción, las pautas de culto y los procesos rituales, que dan forma y sentido a la materia simbólica que expresa el conocimiento de las técnicas curativas propias de cada cultura. No sólo manejan perfectamente las taxonomías y los procesos vegetales y animales para determinar el momento preciso y la forma apropiada de recoger las plantas y otros elementos orgánicos, sino que además conocen el mito de la creación de todo lo existente, de su tiempo y su memoria vernáculos; igualmente, intervienen en la realización de los rituales que legitiman y aseguran el equilibrio hombre-naturaleza-cosmos, en su relación simbólica y trascendente con lo sagrado.

Asimismo, configuran las normas y valores para existir en las relaciones sociales comunitarias y también, el valor de la palabra para nombrar, premiar el respeto o castigar la trasgresión de las leyes, para restablecer así el orden y el ritmo social⁶.

6 Baytelman, B. 1993. *Acerca de plantas y de curanderos*. INAH, México. p. 452.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el marco de la antropología y en especial de la antropología médica, la etnomedicina ha estudiado la información propia de cada cultura que permite a las personas que la componen diagnosticar y clasificar las enfermedades y los traumatismos, explicar su comienzo o causa y procurar un tratamiento, con el fin de restaurar el estado normal o mantener con vida a un paciente enfermo. Como recurso para la atención a la salud, la medicina tradicional continúa beneficiando a los grupos étnicos de nuestro país y a las culturas populares rurales y urbanas. Como práctica subalterna frente a la medicina oficial, mantiene su eficacia y legitimidad social en un amplio sector de nuestra población en ciertas enfermedades, pero no en otras.

La llamada **medicina popular** cubre una enorme variedad de remedios y tratamientos que pasan de generación en generación “remedio casero”, a veces particulares de un pueblo o familia. Sus prácticas generalmente no están escritas ya que son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas organizada en el ámbito de la familia, de las redes sociales y de la comunidad sin que participe un terapeuta profesional. Del esquema *popular o doméstico* se ha dicho que representa la medicina de la familia o comunidad. Se compone de creencias y prácticas médicas accesibles a toda la población. Son prácticas populares que tienden a persistir en el tiempo, permanecen a pesar de que sus orígenes no sean bien recordados.

La medicina popular o doméstica se presenta como una forma de tratamiento sobre la que las personas tienen control; ellas mismas pueden hacer los remedios en su propia casa, prescribirlos y automedicarse. Según Kleinman⁷ (1978), el sector popular es identificado como una matriz que articula a los otros sectores de atención a la salud y establece los puntos de conexión con cada uno de ellos.

Este sector ha sido el menos estudiado tanto por la antropología como por la medicina y en él se generan la mayor parte de los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades que habitualmente se atienden en el primer nivel de atención médica.

Osorio⁸, señala en una estimación personal, que aproximadamente el 80% de los problemas de salud son resueltos en el esquema popular, ya que éste sustituye el primer nivel real de atención, en el cual generalmente se atienden enfermedades que se autolimitan⁹.

Menéndez¹⁰ (1994), afirma que dentro de este modelo se identifica la automedicación, que incluye la selección, prescripción y administración de un tratamiento, mismo que puede incluir desde sustancias, acciones físicas y procedimientos mentales, hasta medicamentos de patente.

7 Kleinman, A. *et al.* 1978: 95-98.

8 Osorio, C.R.M. *et al.* 2000: 48.53.

9 Osorio, C.R.M. 2000. *Entender y atender la enfermedad: saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México.

10 Menéndez, E. *et al.* 1994: 85.

Según el esquema profesional biomédico, lo importante son los resultados técnico-instrumentales, es decir, la eficacia médica¹¹.

En el campo de la medicina institucional, la práctica clínica implica el estudio de los seres humanos como “objeto de estudio” que tiene como propósito conocer el proceso entre la salud, la enfermedad y la atención. La clínica incluye al hombre, que es el sujeto que estudia y a la vez el “objeto” que es estudiado, lo cual ha distorsionado el papel de la medicina en su saber, en su saber ser y en su saber hacer. El sector profesional incluye a los terapeutas cuya práctica se ha estructurado en profesiones de curación organizadas o legitimadas por el Estado¹².

En ocasiones pareciera que los esquemas de atención a la enfermedad mencionados constituyen campos diversificados e incluso antagónicos, en otras, resulta evidente que están entremezclados a tal grado que han dejado de ser llamados “medicinas alternativas”, para considerarse medicinas complementarias.

Como se señaló anteriormente, en el paciente se combinan creencias, información y saberes de distintos ámbitos que se entretajan dando lugar a que los aspectos mágicos y religiosos permeen de forma tal, que orienten las acciones de búsqueda de solución a la enfermedad.

A estos esquemas también se les ha considerado sistemas médicos dominantes, dominados, subsistemas o anexados unos a otros, o bien sistemas aparentemente inexistentes y hasta rechazados, pero que están presentes incluso como fantasías que se expresan en la situación del momento de crisis al que conlleva la enfermedad.

Idealmente es de suponer que cuando al individuo le aqueja algún malestar acude con alguien a quien su comunidad acepta como curador. Sin embargo, esto no es así de simple. La realidad es más compleja: para empezar, puede haber enfermedad en ausencia de síntomas y síntomas en ausencia de enfermedad. Puede haber un padecer sin enfermedad y por otro lado, está la manera como el enfermo siente, interpreta, teme, tolera, acepta o rechaza la enfermedad que en realidad lo afecta, ya sea ésta aguda o banal o a veces crónica e invalidante. Los síntomas son sometidos a un proceso de significación por el individuo.

En caso de ser interpretados como señal de enfermedad la consulta médica profesional no constituye, en la mayoría de los casos, el paso siguiente. Zolla, señala que en el caso particular de las comunidades indígenas rurales del México actual es frecuente que este sistema real de salud lo integren la medicina doméstica o casera,

11 Eficacia, beneficio o resultado que produce una actividad en los pacientes que acuden con un médico o utilizan los servicios de salud, se percibe en términos de los resultados de la atención, curación, prevención o control de la enfermedad. Pocas veces se miden los resultados deseables por el paciente, es decir satisfacción en cuanto a humanismo en la atención a la enfermedad o al padecer en su conjunto.

12 Freidson, E. 1978. *La profesión médica*, Barcelona, Península.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

la medicina alopática (también llamada occidental o moderna) y la medicina tradicional. Es preciso enfatizar que dos de esos subsistemas o modelos, el doméstico y el tradicional, han sido creados por las propias comunidades, mientras que el de la medicina académica es producto de una intervención exterior, institucional¹³.

En la actualidad puede suponerse que en las sociedades urbanas del México actual ocurre algo muy similar y con el mismo énfasis. Es decir, al inicio del padecimiento el individuo frecuentemente apela a la medicina popular, es decir, a los remedios caseros o a medicamentos de patente que en otras ocasiones habían funcionado.

Posteriormente, los pacientes en los que las molestias continúan o empeoran buscan ayuda de los allegados y como última alternativa acuden con un profesional médico o curador. La manera en que se integran los diferentes tipos de atención médica y en especial la medicina tradicional y la occidental, es una cuestión compleja. El término “integración” puede ser definido de diferentes formas, para significar por ejemplo: la integración institucional a través de servicios de salud nacionales; el uso de más de un solo esquema de salud, o para describir la situación en la que los trabajadores de salud proveen una combinación de cuidados tradicionales y modernos. No existe un enfoque ni único ni simple del problema de cómo involucrar la medicina tradicional y a sus practicantes dentro del sistema nacional de salud. Sin embargo, se reconoce que se han realizado esfuerzos en algunos países en desarrollo a favor de una integración y para la supervivencia de los conocimientos y de las culturas indígenas.

Dado lo anterior es imperioso redimensionar la existencia y uso de otras medicinas, debe considerarse que son prácticas muy favorecidas que deben ser estudiadas con mayor profundidad, y llegar a comprender que si bien pueden constituir una causa de retraso en la atención de la enfermedad, sin duda la combinación de elementos valiosos de las diversas medicinas; la biomédica, popular y tradicional, podría sugerir modalidad es de atención de mayor eficacia médica y simbólica.

Como puede verse la filosofía esta inmersa en la vida del hombre y por ende en la medicina, la complejidad de los procesos humanos es cada vez mayor y con relación a los modelos que sustentan la atención médica; queda claro que dependiendo de la concepción que se tenga del hombre y del universo dichos modelos se verán reflejados en la práctica médica.

MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

Los presentados abordan el mismo objeto de estudio (proceso salud-enfermedad), desde diferentes enfoques, con una interpretación de los fenómenos que se presentan en dicho proceso bajo una interpretación filosófico teórica particular dependiente de la visión que se tiene con relación a dicho proceso.

13 Zolla, C. *et al.* 2005. p. 98.

Modelo Mágico-Religioso

Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fé religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo ó en una sociedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Piña, 1990).

Modelo sanitarista

Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbi-mortalidad. La principal limitante de este modelo, es el hecho de que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales. Su época y representantes lo constituyen la revolución industrial europea con la penetración capitalista en las colonias, y Smith y Pettenkofer, respectivamente (Piña, 1990).

Modelo Social

El elemento central de análisis que propone este modelo, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante, factor que explica la aparición y el rol de otros factores participantes. Su problema fundamental es que en su aplicación como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Se puede considerar que los máximos representantes de este modelo son: Peter Frank, Virchow y Ramazzini (siglo XIX) (Pina, 1990).

Modelo Unicausal

La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo; no obstante no explica porqué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores. El surgimiento de este modelo se dio en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX, teniendo como máximos representantes a Pasteur y a Koch (Pasteur, 1946).

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Modelo Multicausal

La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional. A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente. Como principal desventaja, aparece el hecho de que no establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno. La segunda mitad del siglo XX (50s) fue la época de aparición de esta propuesta y sus representantes pudieran ser Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1953; Noble, 1988).

Modelo Epidemiológico

Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental es de acuerdo a esta propuesta, el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX (60s) y sus representantes fueron: MacMahon y Pugh (1975).

Modelo Ecológico

Para el modelo ecológico, teniendo como principal representante a Susser, la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social. Posee la diferenciación y la ventaja del hecho de unir al agente, huésped y ambiente, descubriendo las relaciones de los distintos factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Con la salvedad de que lo social queda apartado de este modelo, su abordaje tiene la característica de asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio.

Modelo Histórico Social

Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención

y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que el modelo social, en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica. Sus representantes son: Berlinguer, Laurell y Breilh (70s) (Breilh & Grand, 1988; Laurell, 1985; Bloch, 1985; Laurell & Noriega, 1987; Martins *et al.*, 1987; Ciari & Siqueira, 1976).

Modelo Geográfico

La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los factores geógenos no da la suficiente importancia como determinante del proceso. Este modelo se generó en el presente siglo (50s) y sus principales representantes son: Jaques May y Voronov (May, 1977).

Modelo Económico

Preconizado por Mills, Gilson y Muskin, y nacido en paralelo al surgimiento de la economía de la salud. A pesar de la problemática de caer en el error del reduccionismo hacia lo económico como determinante de la salud, tiene la innovación de incorporar el ingreso económico, patrones de consumo, estilos de vida, nivel educativo y riesgos ocupacionales en el análisis de aquellos. Para ellos la salud es un bien de inversión y de consumo. Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión mas amplia del determinante social. Bajo esta perspectiva existe el riesgo de tomar una posición reduccionista hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes. Esta propuesta de análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud en años recientes (1970-80) y sus principales representantes son Anne Mills, Gilson y Muskin (Mills & Gilson, 1988; Muskin, 1962).

Modelo Interdisciplinario

El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud.

La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos,

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

etc.); su principal desventaja es que al igual que otros modelos, no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. Este modelo surgió a principio de los 90s y sus representantes son Julio Frenk y col. (Frenk *et al.*, 1991; Arredondo, 1992).

Continuamos con las bases de posibles discusiones: los modelos salud-enfermedad de la segunda mitad del s. XX.

Modelo Epidemiológico: atribuible durante la década de los 70 a los ya conocidos MacMahon y Pugh, introduciendo el elemento previamente comentado de causalidad, donde se inicia la identificación de los factores de riesgo. Las limitaciones de este modelo son que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables, además de que el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y el tamaño en la red de causalidad.

Modelo Histórico-Social: es un modelo que introduce 5 variables: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza del trabajo y la producción del individuo... todas estas dimensiones quedan incorporadas al análisis epidemiológico, cuestionando la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad. Todos los factores causales se analizan a la luz de lo social e histórico, corriendo el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y dimensión histórica. Laurell, Martins, Bloch, Berlinguer, etc. son sus representantes.

MARCO DE REFERENCIA

Los antecedentes de la estrategia de la promoción de la salud, y el concepto se remontan a los tratados de salud pública de los años veinte, cuando Winslow la definió como el vínculo entre los esfuerzos de la comunidad y las políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población.

Posteriormente H. Sigerist, en los años cuarenta, afirmó que la promoción de la salud era una de las grandes tareas de la medicina.

En la segunda mitad de la década de los años setenta eventos como la reunión en Alma Ata y diversos documentos como el informe Lalonde (1974) y el informe Healthy People (1979) tuvieron gran influencia en la teoría y la práctica de la salud pública.

“En la década de los años ochenta la Promoción de la Salud se convirtió en una importante estrategia dentro del campo de la salud pública”. En 1986 se reunieron en Ottawa, Canadá, representantes de los Estados Unidos de América y de países de Europa occidental, y redactaron la Carta de Ottawa, que se refiere a una promoción de la salud que proporcione a los pueblos los medios necesarios para que tengan mayor control sobre su vida y su salud, a partir de políticas públicas saludables. La estrategia de Promoción de la Salud ha rebasado así el enfoque inicial de prevención de las enfermedades, ampliando su visión para desarrollar acciones que mejoren las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han elaborado y difundido documentos sobre la filosofía, los principios básicos y la metodología de la Promoción de la Salud en América Latina. Organizó dos reuniones internacionales (Colombia en 1992 y Trinidad y Tobago en 1993) para analizar la problemática de Latinoamérica e integrar aportes específicos a la estrategia de PS.

En la Declaración de Bogotá (1992), se menciona que: “La promoción de la salud de América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo”. En ese documento se destaca la necesidad de impulsar políticas sociales, dentro de la estrategia de Promoción de la Salud, que reduzcan las inequidades en esta región.

Por otra parte, Cerqueira analiza la promoción de la salud en Canadá conceptual y metodológicamente. De este modo, hace referencia al trabajo de Pederson, O’Neill y Rootman, así como al de Labonte; los tres primeros señalan que existen cinco escuelas de pensamiento con distintos enfoques: nihilista, adaptativa, estructuralista, reguladora e intervencionista. “Cada enfoque incluye premisas acerca de la modificación de la conducta y los cambios sociales”.

Esos autores mencionan que la investigación en Promoción de la Salud ha sido, sobre todo, descriptiva y que los estudios han aportado muy poco para evaluar las estrategias y los métodos usados en este campo.

Por su parte, Labonte menciona que en Canadá se han hecho esfuerzos por transformar el marco conceptual y la práctica de la Enseñanza en Promoción de la Salud mediante un enfoque participativo y democrático que conduzca al empoderamiento de la población; sin embargo, persisten las barreras, y en lo operativo continua siendo una práctica individualista y ligada a un enfoque de prevención de la enfermedad. El análisis de la dimensión metodológica fue hecho desde el punto de vista nacional y provincial; en el primer caso se analizaron cuatro aspectos: el papel del Estado en la Promoción de la Salud; el proyecto de ciudades saludables; el fortalecimiento del programa de salud comunitaria, y el desarrollo de conocimientos para la Promoción de la Salud.

La cual ha tenido un desarrollo desigual en las distintas provincias de Canadá, y está marcado por las características de cada región. Sin embargo, en menor o mayor medida se ha impulsado el proyecto de comunidades saludables, políticas públicas saludables y fortalecimiento comunitario.

Se concluye que en la experiencia canadiense el apoyo federal fue de vital importancia, al empezar la estrategia de Promoción de la Salud en ese país, aunque actualmente dicho apoyo ha decaído. En Canadá la visión que se tiene maneja un enfoque social amplio y señala la responsabilidad que tiene la sociedad en su conjunto en el ámbito de la salud; en este caso se recomienda prestar “menos atención a los factores de riesgo individual y más atención a las condiciones de riesgo”.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Cerqueira menciona que la nueva Promoción de la Salud tiene como fin “mejorar la salud individual y colectiva, y contribuir al logro de la equidad y justicia social”. Señala asimismo dos aspectos que se encuentran unidos y relacionados con la Promoción de la Salud: la participación social y el concepto de *empowerment*, que se refiere a la capacidad de toma de decisiones de los individuos. El empoderamiento está relacionado estrechamente con el poder; diversos autores señalan que la nueva Promoción de la Salud ha tomado este concepto “sin analizar a fondo las características, elementos condicionantes y raíces sociopolíticas de las relaciones de poder”.

El nuevo enfoque recomienda hacer énfasis en cuatro puntos: a) ampliar la definición y el concepto de salud, de tal manera que se integren los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud; b) trascender la promoción de estilos de vida saludables y diseñar estrategias de mayor dimensión social y política; c) incorporar el concepto de toma de poder, y d) promover la participación de la población en la identificación y el análisis de sus problemas y necesidades.

Se analizan los retos actuales de la Promoción de la Salud en tres dimensiones: en la política, en la de los servicios de salud y en la local. En el primer caso se señala que los retos están relacionados con la reducción de inequidades, la creación de ambientes y entornos saludables, así como con el fortalecimiento de municipios, comunidades y escuelas. En lo referente a los servicios de salud, el reto es involucrarlos en la prevención de factores y condiciones de riesgo, en la promoción de la salud y en la difusión de información sobre la situación de la salud. En el nivel local los retos están relacionados con el empoderamiento, de ahí que sea importante fortalecer la capacidad de la población para tomar decisiones y elaborar y negociar propuestas vinculadas con las escuelas y los municipios en torno a la salud.

Las principales herramientas metodológicas en la implantación de la estrategia de promoción de la Salud están centradas en la Enseñanza de la Promoción de la Salud, la comunicación social y la participación comunitaria¹⁴.

MARCO POLÍTICO

La salud constituye un factor muy importante de la sociedad, ya que además de ser un bien biológico, para que las personas mantengan un correcto desarrollo físico y mental; al mismo tiempo se le puede considerar un bien social ya que es por medio de la salud que la sociedad mantiene una convivencia adecuada.

En nuestro país se parte de la premisa de que el acceso a la salud es un requisito básico, previo para ejercer los demás derechos y construir una sociedad más equitativa.

14 Arroyo Hiram, V., Cerqueira, M.T., ed. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*. San Juan, Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

El derecho a la salud es irrevocable y esencial por lo que el Estado está obligado a proporcionarla, teniendo como objetivo principal la salud integral de todos los individuos, y para garantizar este derecho existe un marco legal de la salud el cual hace mención de los derechos a la salud, estos marcos jurídicos se expiden de manera internacional y a su vez nacional (México).

México vive una transición epidemiológica en la cual algunos segmentos de nuestra población siguen padeciendo enfermedades propias de países en pobreza extrema, como es la desnutrición; mientras que otros segmentos padecen problemas de salud comunes en países avanzados, como son la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Estamos pasando, además de enfermedades tradicionales que hemos superado gracias al esfuerzo constante de los servicios de salud públicos en México, a enfermedades que hoy resultan mucho más caras y mucho más difíciles de tratar.

Por lo que debemos estar preparados para combatir cualquier contingencia biológica o epidemiológica que pueda amenazar en México la salud de nuestros habitantes. La salud, así, estará asegurada en la medida en que exista una plena conciencia de que para vivir mejor hay que cuidarse. Muchas enfermedades y muchos padecimientos, la mayoría, son prevenibles. La prevención es la mejor estrategia para garantizar el derecho a la salud.

En nuestro país se cuenta con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención la cual se sustenta en una visión de Estado. En ella están definidos los objetivos y las líneas de acción que sociedad y Gobierno debemos poner en marcha para lograr un México más saludable.

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, pretende implementar nuevas acciones que nos hagan transitar de un tratamiento tardío, a concentrar los esfuerzos para evitar que los padecimientos que se presenten.

La Estrategia tiene cuatro características distintivas:

Primero, proveer de un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención homogéneos en todas las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, para grupos poblacionales diferenciados por edad y género en atención a sus particularidades, incluyendo las competencias para el manejo personal de la salud.

Segundo, abordar los determinantes causales de la enfermedad, muchos de los cuales pueden modificarse efectivamente a través de la participación articulada de distintos sectores, redundando en importantes beneficios para la salud pública.

Tercero, reformar sensiblemente la atención de primer contacto, a la que todos acudimos con mayor frecuencia y cuarto, establecer un Pacto Nacional para la Salud. Esta estrategia busca disminuir el impacto de enfermedades y lesiones en individuos, familias y comunidades, con un doble abordaje al combinar información, sensibilización

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

y capacitación individual para manejar sus condiciones de salud, con cambios en los entornos que favorezcan su actuar.

Todo ello, sustentado en la evidencia científica y las mejores prácticas, en una relación de responsabilidad compartida con la familia, las comunidades, los medios de comunicación, la sociedad civil, los sindicatos, el sector privado y los distintos niveles de gobierno¹⁵.

La salud no puede ser sólo un tema de médicos y medicinas; debe ser un tema de la sociedad, de la escuela, de la familia, de los medios de comunicación, de los empresarios, de las organizaciones civiles. Debe ser, como se afirma, un tema de todos.

MARCO LEGAL QUE SUSTENTA LA SALUD EN EL MUNDO

La existencia de diversos organismos y normas internacionales con respecto a la salud son los encargados de vigilar el cumplimiento de la salud, tales organismos y normativas mundiales son:

La declaración universal de los derechos humanos 1848, en especial el artículo 22 y 25 párrafo 1, así como el pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU de 1966, artículo 11 y 12 y el documento más reciente es la Carta de Ottawa para la promoción de la salud de la OMS (1986) (Zamora, 2009).

MARCO LEGAL QUE SUSTENTA LA SALUD EN MÉXICO

La normatividad Jurídica que respalda la salud en México está representada principalmente por:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 4to y 73

La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos y costumbres recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos en que aquéllos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

¹⁵ *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*. 2007. La salud, tarea de todos. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Segunda edición: Junio 2007. ISBN: 970-721-417-0. pp. 7-16.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios, tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Ley General de la Salud, Programa Nacional de la Salud y el Sistema Nacional de Salud

Entre las funciones básicas de la Ley General de Salud destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

LEY GENERAL DE SALUD

Artículos 110, 111,112 y 132

CAPÍTULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 110

La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 111

La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud;
- II. Nutrición;
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- IV. Salud ocupacional, y
- V. Fomento sanitario.

CAPÍTULO II

Educación para la Salud

ARTÍCULO 112.- La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud,
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

CAPÍTULO V

Salud Ocupacional

ARTÍCULO 132

Para los efectos de esta Ley se consideran bajo la denominación de establecimientos, los locales y sus instalaciones, dependencias y anexos, estén cubiertos o descubiertos, sean fijos o móviles, sean de producción, transformación, almacenamiento, distribución de bienes o prestación de servicios, en los que se desarrolle una actividad ocupacional.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Así mismo se puede incluir el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, organizado en tres grandes áreas de trabajo: 1) desarrollo social y humano; 2) crecimiento económico con calidad, y 3) orden y respeto social. En la primera de estas áreas se ubica el sector salud y sus objetivos rectores son los siguientes: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.

Dichas normatividades se dirigen a toda la población, sin importar clase social, estado civil, etc., en especial a la población vulnerable: niños, mujeres, adultos mayores y personas con capacidades diferentes, así como el sector educativo y laboral es decir no existe exclusión social.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

ARTÍCULO 39.- A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.
- III. Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud.
- IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.
- V. Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.

REGLAMENTO INTERIOR DE SALUD

CAPÍTULO VIII. DE LAS DIRECCIONES GENERALES

ARTÍCULO 12.- Al frente de cada una de las direcciones y del Secretariado del Consejo Nacional de Salud habrá un Director general que se auxiliará por directores generales adjuntos, directores, subdirectores, jefes de departamento, de oficina, sección y mesa y demás servidores públicos que requieran las necesidades del servicio.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 13.- Corresponde a los directores generales:

- I. Programar, organizar, dirigir y evaluar el desarrollo de las funciones encomendadas a la unidad administrativa a su cargo.
- II. Acordar con su superior inmediato la resolución de los asuntos relevantes cuya tramitación corresponda a la unidad administrativa a su cargo.
- III. Realizar investigaciones y formular dictámenes e informes, así como emitir opiniones relativas a la competencia de la unidad administrativa a su cargo.
- IV. Proponer la selección, contratación y promoción del personal a su cargo, así como, en su caso autorizar las licencias, tolerancias y remociones, con la intervención de las direcciones generales de Asuntos Jurídicos, sólo en el caso de remociones y de Recursos humanos.
- V. Proponer al superior jerárquico los acuerdos de coordinación con gobiernos estatales, así como los convenios o bases de colaboración, coordinación, concertación o inducción que procedan con otras dependencias, entidades, organizaciones o instituciones diversas que propicien el mejor desarrollo de sus funciones, en coordinación con las unidades administrativas competentes y con la participación de la Dirección General de Asuntos Jurídicos.
- VI. Presidir, coordinar y participar en las comisiones y comités que les encomiende el Secretario o su superior, y en su caso designar suplente, así como informar de las acciones que se realicen en dichos órganos colegiados.
- VII. Proporcionar la información, los datos, la cooperación o la asesoría técnica y administrativa que le sean requeridos internamente o por otras dependencias de conformidad con las políticas respectivas.
- VIII. Formular, en los asuntos de su competencia los anteproyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes con la participación de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, para su trámite correspondiente.
- IX. Proponer a su superior jerárquico, en el ámbito de su competencia, los servicios a descentralizar, las funciones a desconcentrar y las acciones para la modernización administrativa.
- X. Planear, normar y evaluar los programas y aspectos técnicos de los servicios que se descentralicen y funciones que se desconcentren en su área, en coordinación con las unidades administrativas competentes.
- XI. Participar en la formulación e instrumentación de los proyectos y programas específicos que determine el Secretario; así como coordinar y evaluar el desarrollo de aquellos que se le asignen.
- XII. Efectuar los dictámenes técnicos y pruebas a los bienes que ofrezcan los participantes en los procedimientos de adquisición, cuando se trate de bienes solicitados por las áreas a su cargo.
- XIII. Suscribir los documentos relativos al ejercicio de sus atribuciones y aquellos que les sean señalados por delegación o les correspondan por suplencia, así como firmar y notificar los acuerdos de trámite, las resoluciones o acuerdos de las autoridades superiores y aquellos que se emitan con fundamento en las facultades que les correspondan.

- XIV. Formular los anteproyectos de presupuesto y de los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público, para el trámite que corresponda y de conformidad con los lineamientos de la Dirección General de Programación, Organización y presupuesto.
- XV. Formular y expedir las respuestas a comentarios recibidos respecto de los proyectos de normas oficiales mexicanas que se elaboren en las áreas de su competencia.

Participación social

Para mantener una buena calidad de salud también se necesita de la participación de la sociedad, ya que esta es la principal afectada al no contar con los servicios de salud que se requieren, es decir que aunque el estado proporcione todo los recursos económicos y financieros para atender las problemáticas de salud, los individuos necesitan mantener un auto cuidado en el aspecto de la salud, ya que en la actualidad las enfermedades mas recurrentes son la gastritis, obesidad, cáncer, cardiopatías y diabetes, por lo tanto estas son enfermedades que las personas pueden evitar con un cuidado oportuno de la salud, es decir que el Estado y la sociedad deben trabajar en conjunto para lograr estándares en calidad de salud elevados ya que no solo los recursos económico y financieros son suficientes para elevar la calidad de salud y de los servicios, se necesita asumir realmente el compromiso tanto de ciudadanos y Estado para hacer eficiente el marco Legal de salud que respalda a México.

MARCO CONCEPTUAL

La salud como concepto.- La definición de salud es lo que permite cimentar la actividad como profesionales de la salud; ya que implícitamente en ella se encuentra una postura teórico filosófica que fundamenta los modelos de servicio que permitirán desarrollar la practica clínica. No obstante, el concepto de salud es subjetivo y por tanto será difícil llegar a una única definición que pueda ser consensuada por todos, de la misma manera que no existe la misma idea sobre la felicidad, la belleza o el amor.

La salud es un proceso de adaptación. Designa la capacidad para adaptarse a los diferentes entornos, para crecer y envejecer, para curarse cuando se está enfermo y para esperar pacíficamente aquello que no tiene remedio¹⁶.

A lo largo de la historia, y al igual que con otros conceptos abstractos, se ha intentado definir la salud, con mayor o menor éxito, dependiendo de quién proponía o argumentaba la definición. Así, hasta nuestros días han llegado definiciones de personajes célebres, poetas, políticos, pensadores, etc. que han servido, en muchos casos como punto de referencia de las conductas de muchas personas y también como referencia para la aplicación de muchas políticas sanitarias. Algunas de estas definiciones se exponen a continuación:

16 Sáez, S.; Pérez, R.M. 1999. "La intervenció psicopedagógica en la salud". En *La intervención psicopedagógica en el contexto no formal* de G. Filella (ed.) Pages: Lleida.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Aquello que uno tiene cuando puede moverse sin dolor dentro del programa elegido”. (Galeno).

“La salud depende del equilibrio y armonía de las fuerzas y de las potencias”. Alcmeon (s. I a. C.).

“La vida está en la salud y no en la existencia”. Arifón (s. V a.C.).

“No hay riquezas que sean preferibles a la salud del cuerpo”. (Biblia).

“Consiste en estar robusto, ileso o ausente de malestar, dolor o enfermedad”. S. Jonson, 1775.

“Tan solo el hombre completamente estúpido es perfectamente normal (sano)”. P. Baroja, 1902.

“Es un estado transitorio precursor de nada bueno. Un sano es una persona insuficientemente explorada”. (J. Romain, 1923).

“Nunca me siento peor que cuando estoy saludable y robusto”. (A. Machado, 1930).

“Una gozosa actitud, una alegre aceptación de las responsabilidades”. (Sigerist, 1940).

“La salud es aquello que todos saben lo que es hasta el momento que la pierde o cuando intenta definirla”. (Piédrola Gil, 1979).

Estas definiciones han servido a lo largo de la historia, como punto de referencia de las conductas de muchas personas y también como referencia para la aplicación de muchas políticas sanitarias en todo el mundo occidental.

Repasando los conceptos más clásicos, observamos el sentido negativo que ha rodeado durante años a todas las definiciones de salud y a su lógica consecuencia que han tenido en las políticas sanitarias que se han aplicado derivadas de estos conceptos, así: “estar sano es no tener ninguna enfermedad”, “seguro obligatorio de enfermedad”, “estar enfermo es estar malo”, etc., como si se pudiera separar claramente el estar sano de no estarlo, eliminando la relatividad y los matices que es precisamente lo que caracteriza la diversidad del ser humano.

Los intentos de definir la salud siempre han ido ligados al desarrollo social, a la vez que el desarrollo social ha ido mejorando las condiciones y la calidad de vida de la mayoría de las personas. Tenemos como ejemplo, el reconocimiento de la silicosis como una enfermedad profesional que, gracias a la presión de los sindicatos en la Gran Bretaña pusieron en evidencia que la salud y la enfermedad no son sólo una cuestión científica sino también social y política como relación de poderes dentro de la sociedad¹⁷.

Definiciones de la OMS

En un intento de llegar a una definición consensuada que pudiera servir como referencia a todos los países que componían la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la sugerida en la Carta Constitucional de esta

17 Martínez, N.F. 1997. *Salud Pública*. Ed. McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A. ISBN 9788448601881.

organización en 1946 la siguiente, donde se define la salud como: *“El estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Lo novedoso de esta definición, que rompía con los conceptos hasta entonces aceptados, fue el considerar la salud como un estado en términos positivos, de bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad. Se incluyeron por primera vez las áreas de la salud mental y social, aceptando el bienestar físico como algo complementario y no como lo principal para estar sano.

Las principales críticas que surgieron a partir de esta definición fueron:

- a) Considerar la salud como algo subjetivo y, por lo tanto, difícilmente alcanzable.
- b) Considerar la salud como un estado estático y no dinámico.
- c) Equiparar el bienestar a la salud.

La OMS promovió, desde su fundación (OMS 1948), diferentes conferencias y reuniones internacionales con el objetivo de marcar la orientación que los/as profesionales de la salud deberían dar a sus actuaciones según esta nueva definición.

El lema “Salud para todos en el año 2000”, (OMS 1977), la Conferencia de Alma-Ata (OMS 1978), la Conferencia de Ottawa (OMS 1986) y la Conferencia de Yakarta (OMS 1997), son algunos de los eventos que desde la OMS promovieron las estrategias derivadas de esta nueva definición de la salud.

En Mayo de 1998, la OMS en su 51ª Asamblea, aprueba la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI” (OMS 1998), que en la región europea adopta el nombre de:

Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI.

Esta estrategia consta de los siguientes elementos principales:

- a) El principal objetivo permanente es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.
- b) Sus dos metas principales son:
 - Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
 - Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los cimientos éticos se construyen sobre tres valores básicos:

1. La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
2. La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
3. La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de salud.

Se desarrollan cuatro principales estrategias de acción con el fin de garantizar que un impulso sostenible desde el punto de vista científico, económico, social y político, dirija la aplicación de Salud:

1. Estrategias multisectoriales para hacer frente a los determinantes de la salud, teniendo en cuenta las perspectivas culturales, sociales, económicas, físicas y de género, y garantizando la utilización de la evaluación del impacto sanitario.
2. Programas e inversiones dirigidos a los resultados sanitarios y encaminados al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria.
3. Atención primaria de salud orientada a la comunidad y a la familia con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.
4. Un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional, y que promueva la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta.

Los principios de Salud 21 se deben incorporar a las políticas de desarrollo sanitario de todos los Estados Miembros de la Región Europea y deben ser adoptados por todas las principales organizaciones e instituciones europeas¹⁸.

Sin embargo debe señalarse que la pobreza es la principal causa de mala salud y falta de cohesión social. Ya que gran parte de la población a nivel mundial vive en condiciones de extrema pobreza. La salud ha experimentado más problemas en los lugares en los que las economías son incapaces de garantizar unos ingresos adecuados para todas las personas, en los que los sistemas sociales se han colapsado y en los que los recursos naturales han sido objeto de una mala gestión.

18 Fernando, M. 2014. Marco teórico de la promoción y la educación para la salud. www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fitxers/unidad1.pdf. Fecha de consulta 14-03-2014.

El concepto de salud de Milton Terris (1980)

Milton Terris y cols. (1980), cuestionan el sentido absoluto de bienestar completo que la OMS otorga a la salud y proponen eliminar la palabra “*completo*” de la definición.

Consideran que tanto en la salud como en la enfermedad existen distintos grados, es decir, se puede estar enfermo o muy enfermo y se puede estar sano, muy sano o sanísimo. Además de esta diferencia “gradual”, determinan la existencia de dos aspectos de la enfermedad, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo serían los síntomas (sensación de malestar) y el aspecto objetivo serían los signos (la capacidad de funcionar).

Terris (1980), propone la siguiente definición: “un estado de bienestar físico mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁹.

Otros conceptos más dinámicos

El concepto dinámico de salud parte del continuo Salud-Enfermedad, siendo el óptimo de este continuo el concepto de salud de la OMS y en el otro extremo la muerte como final irremediable. En este continuo existe una zona neutra, significando así que la separación de salud y enfermedad no es absoluta y que ambos conceptos no son estáticos sino dinámicos y que pueden existir diferentes niveles de salud y de enfermedad.

Siguiendo el razonamiento de la teoría del continuo salud-enfermedad, se podría definir la salud como: “el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”.

Ante esta definición, bastante aceptada y reflejada en el Pla de Salut de Catalunya (1991), cabría añadir la posibilidad de modificar los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad, como una manera de conseguir mejorar objetivos de salud.

En el X Congreso de Lengua Catalana celebrado en Perpignan en 1976, se consensuó una definición que por su peculiaridad y por ser punto de referencia para actividades de Promoción y Educación para la Salud, merece un comentario en esta revisión de los conceptos de salud. Se trata de definir la salud *como “una manera de vivir alegre, autónoma y solidaria”*. Esta definición entiende la salud no como un estado sino como un equilibrio en el que la alegría, la autonomía y la solidaridad son los determinantes que pueden conseguir que las personas, independientemente de si padecen o no una enfermedad, gocen de una buena salud. Así, personas con enfermedades crónicas o agudas pueden llevar una vida saludable, y controlar su enfermedad para que afecte lo menos posible su calidad

19 Terris M. 1980. “*La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*”. Siglo XXI editores S.A. México.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

de vida. Puede ser el caso de una persona afectada de una artrosis, una EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) o una persona diabética.

APLICACIÓN DE LAS DEFINICIONES DE SALUD

Desde la constitución de la OMS en 1948, donde la salud pasó a ser un concepto positivo, se han llevado a cabo numerosas conferencias y encuentros internacionales a partir de los cuales se han dado nuevas directrices y estrategias para conseguir que la salud sea realmente un derecho y un patrimonio de todos.

Tras los estudios de Lalonde (1974) y Dever (1976), se convocó en 1978 la Conferencia Internacional de Alma-Ata (OMS 1978), que otorgó a la Atención Primaria el protagonismo de los cambios que las nuevas políticas sanitarias deberían llevar a cabo. Básicamente, se sugirieron como ejes de actuación:

- a) la participación de la población en la resolución de sus problemas de salud.
- b) la colaboración de profesionales no estrictamente sanitarios, que pudieran ayudar a entender y resolver las verdaderas causas que provocaban la enfermedad y la muerte en las personas.

Posteriormente, la Conferencia de Ottawa (OMS 1986), originó el nacimiento de la Promoción de la Salud y juntamente con la Declaración de Yakarta (OMS 1997), han puesto de manifiesto las nuevas estrategias para conseguir determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

Como forma de desarrollar estas estrategias se promovió desde la OMS, a principios de la década de los ochenta, el lema “Salud para Todos en el año 2.000”, (OMS 1977), que ha servido durante casi 20 años, como referencia a todos los países miembros, para desarrollar sus políticas de salud.

En la actualidad el documento Salud para Todos en el siglo XXI, (OMS 1998) propuesto por la Región europea a instancias de la OMS, da continuidad a las metas planteadas modificando algunas de ellas, con el fin de garantizar el objetivo común que es la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas desarrollar una vida social y económicamente productiva²⁰.

FACTORES DETERMINANTES DE SALUD

Si entendemos la salud como un equilibrio, como una manera de entender o vivir la vida, podemos estudiar unos factores determinantes que son los que mantienen ese equilibrio. La alteración de alguno de ellos puede provocar

²⁰ Fernando M. *et al.* 2014: 7.

la aparición de enfermedad, la ruptura del equilibrio, o la disminución de la calidad de vida. Conseguir que la influencia de los factores determinantes sea positiva y que mantenga a la persona dentro del equilibrio deseado, que le permita vivir con autonomía, solidaridad y alegría, será, como veremos, el principal objetivo de la Promoción y la Educación para la Salud.

CAPÍTULO IV

CAMPOS Y FINES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la actualidad la concepción sobre la promoción de la salud va mas allá de los estilos de vida, entendiendo que las conductas y los estilos o modos de vida no se dan en el vacío, sino en el contexto social en el que las personas viven cotidianamente. La concepción holística de la salud, no como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar general de la persona, implica la promoción de la salud como vehículo hacia una conciencia sanitaria que trascienda la preocupación por la cura e incluya la prevención, la información, el conocimiento para una vida saludable¹.

Los problemas de desarrollo, de entorno y de salud, están estrechamente ligados, en relación a la complejidad de las relaciones entre los factores sociales, económicos ecológicos y políticos que determinan los niveles de vida y los aspectos de la vida social que infieren sobre la salud humana. Una población con buena salud y un entorno sano constituyen condiciones preexistentes al desarrollo sostenible.

La Promoción en Salud es un bien social de carácter universal. Confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorgan mayor protección y bienestar.

La promoción de la salud apunta hacia:

- La disminución de los riesgos.
- La transformación positiva de las condiciones de vida.
- Los mecanismos de decisión colectiva y de producción de las decisiones sociales.
- A mejorar las condiciones de vida de una población.
- La transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para lograr que sean favorables a la calidad de vida y a la posibilidad de salud.

1 Reporte de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al 43er Consejo Directivo de la Organización. p. 1. www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature47.htm Fecha consulta 14-05-2010.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

SUS CAMPOS DE ACCIÓN RECONOCIDOS SON:

- **Promoción de salud:** Educación para la salud.
- **Prevención:** Orientación, asesoría, consejería.
- **Diagnóstico:** Evaluación, selección y diagnóstico psicológico.
- **Tratamiento y rehabilitación:** Intervención psicológica.
- **Investigación:** Factores psicosociales presentes en el proceso salud-enfermedad y en la organización y estructura de Unidades del Sistema de Salud.
- **Administración/gerencia:** Servicios y/o Departamentos de Psicología, Departamentos multidisciplinares en los que participe la Psicología, en las diferentes Unidades.
- **Docencia:** Estudiantes en formación, profesionales y técnicos del Sistema de Salud.

ESTRATEGIAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

- Elaboración de políticas públicas favorables a la salud.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de las habilidades personales.
- Creación de entornos propicios a la salud.
- Reorientación de los servicios de salud.

Con el fin de que las estrategias descritas se lleven a cabo es indispensable que existan Intervenciones eficaces para avanzar hacia un mundo más sano donde se requieren medidas políticas enérgicas, una amplia participación y actividades permanentes de promoción.

La promoción de la salud tiene a su alcance un espectro ya arraigado de estrategias de probada eficacia que deben aprovecharse al máximo.

Medidas requeridas:

Para seguir avanzando en la aplicación de esas estrategias, todos los sectores y ámbitos deben actuar para:

- Abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad,
- Invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud,

- Crear capacidad para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria,
- Establecer normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas,
- Asociarse y establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.

ESTRATEGIAS

1. **PARTICIPACIÓN CIUDADANA.**- Es la estrategia medular de la promoción de la salud por lo anteriormente enunciado, la PS parte de sujetos consientes, de gente que sabe de sus derechos y de sus deberes, de sus relaciones con el estado con la naturaleza y con los diferentes colectivos que es lo que llamamos ciudadanos.

Participación ciudadana quiere decir participación inteligente organizada con poder creativa .En este sentido participación en función a la promoción de salud crea ciudadanía fortalece la identidad individual y colectiva eleva las metas de la acción social y propicia mecanismos de interacción.

2. **CONCERTACIÓN.**- La PS ejerce y propicia la concertación, entendida como acuerdo de interés y poderes diferentes en función de determinadas metas y objetivos. Es un mecanismo de reconocimiento y búsqueda de solución de conflictos.
3. **COMUNICACIÓN.**- Es conveniente abordar la comunicación, en tanto estratégica de la promoción de salud , en una doble perspectiva en primer lugar, como mediación, es decir, como proceso que facilita el intercambio de información, el mecanismo de compartir representaciones cultura de doble flujo, que permitía que cada decisión tenga el máximo posible de conocimiento e información, que cada sujeto o grupo social de llene de razones para que la opción final, individual o colectiva este a favor de la vida y el bienestar.

En segundo lugar, como medio o instrumento en la PS, la comunicación cumple un papel fundamental para identificar y propiciar mejores condiciones de vida; para reconocer y divulgar condiciones e inequidad y negación de derechos, para motivar y sustentar decisiones saludables para interconectar procesos de participación ciudadana. Entre los múltiples, los mecanismos y medios de comunicación, los llamados medios masivos y la comunicación informal merecen especial atención, dada su capacidad de influir sobre las conciencias y la toma de decisiones individuales y colectivas.

4. **EDUCACIÓN.**- Entendida como el conjunto de procesos de apropiación de bienes culturales y sociales que permiten a los sujetos enfrentar y resolver creativamente los retos de su cotidianidad y de su historicidad, la educación constituye otra de las grandes estrategias al servicio de opciones saludables y condiciones de bienestar.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Integrando, pero superando los procesos educativo apunta a dotar a cada sujeto y a la sociedad de instrumentos para entender transformar y utilizar los conocimientos y recursos disponibles al servicio de la satisfacción de las necesidades, desarrollo de las potencialidades y solución de los problemas y conflictos.

COMPROMISOS:

El derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos fundamentales de la cultura de la salud. Resulta indispensable a la Promoción de la Salud en América Latina asumir estos valores, cultivarlos y practicarlos cotidianamente.

1. Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la Promoción de la Salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes.
2. Convocar a las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de Promoción de la Salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos. Tendientes a promover la vida, no a degradarla.
3. Incentivar políticas públicas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables.
4. Afinar mecanismos de concertación y negociación entre los sectores sociales e Institucionales para llevar a cabo actividades de Promoción de la Salud, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil.
5. Consolidar una acción comprometida y efectiva para reducir gastos improductivos, tales como los presupuestos militares, la desviación de fondos públicos hacia la generación de ganancias privadas, la profusión de burocracias excesivamente centralizadas, y otras fuentes de ineficiencia y desperdicio.
6. Fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables.
7. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer. La participación de la mujer, gestora de vida y bienestar, constituye un eje indispensable de la Promoción de la Salud en América Latina.
8. Estimular el diálogo de saberes diversos, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore al conjunto del patrimonio cultural de la Región.
9. Fortalecer la capacidad de convocatoria del sector salud para movilizar recursos hacia la promoción social de salud, estableciendo la responsabilidad del quehacer de los diferentes actores sociales en sus efectos sobre la salud.
10. Reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de Promoción de la Salud, de la misma manera que a los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales.

11. Estimular la investigación en Promoción de la Salud, para generar ciencia y tecnología apropiada y diseminar el conocimiento resultante de forma que se transforme en instrumento de liberación, cambio y participación.

PRIORIDADES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

- Promover la responsabilidad social por la salud pública.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- Consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

ENFOQUES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

1. **INTERCULTURALIDAD.**- Tomar en cuenta las concepciones en cuanto a sus costumbres.
2. **EQUIDAD DE LA SALUD.**- Busca la igualdad de oportunidades para todas las personas, para así poder desarrollarse y mantenerse su salud (acceso justo a los recursos sanitarios).
3. **COMPLEMENTARIEDAD HOMBRE Y MUJER.**- Formando la igualdad derechos modificando estrategias en general (que afecta a su desarrollo humano).
4. **CICLO DE VIDA.**- Reconoce las particularidades que permitir responder en forma integral a las necesidades.
5. **DESARROLLO DE CIUDADANÍA PARTICIPAN Y EMPODERAMIENTO EN SALUD.**- Proceso por el cual los grupos sociales e individuales asumen y expresan sus necesidades de salud y participación en la planificación de estrategias para hacer frente a esto.

CONDICIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD:

- a) Permite avanzar la meta de lograr mayor salud y bienestar.
- b) Incorporar conceptos de salud positiva.
- c) Reconocer a la persona como sujeto con derechos y deberes.
- d) Enfrentar a las patologías prevalentes de sus condiciones básicas.
- e) Presentar una alternativa organizacional financiera y más que todo de impacto, que viven los sistemas de la salud en la actualidad.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

PILARES DE LA PROMOCIÓN DE SALUD:

1.- **PARTICIPACIÓN SOCIAL.**- La participación social constituye un eje principal de los enfoques integrales en salud expresados a través de las estrategias de atención primaria, SILOS y promoción de la salud. A ello se agrega el hecho de que la participación a ser uno de los puntos básicos de los procesos de modernización de la gestión pública.

Bajo de estas consideras, su desarrollo ha sido impulsado reiteradamente por los diversos organismos y reuniones internacionales del sector, en especial OMS/OPS, lográndose el compromiso de la mayoría de los países de la región.

En la comprensión de la participación en la salud se observan tendencias entre las cuales se ubican:

1.1.- La de colaboración de la comunidad en las actividades puntuales del cuidado de salud o extensión de cobertura y servicios propios del sector, incluyendo acciones como son la formación de promotores y otros agentes comunitarios.

1.2.- La de motor conducente al desarrollo y promoción de la salud .poniendo énfasis en la necesidad de reconocer en la practica la participación de diferentes actores y sectores, ya que la salud solo puede lograrse con el compromiso y acción de la sociedad en su conjunto.

La participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético (tomar encuentra a las personas afectadas) o político (de profundización de la democracia) si no que también obedece a una necesidad técnica del sector salud, puesto que contribuye efectivamente a:

1.3.- La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud.

1.4.- La movilización de recursos y construcción de redes locales, con aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos) presentes en la comuna.

2.- **INTERSECTORIALIDAD.**- Es trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante las intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

Líneas de acción intersectorial con:

2.1.- Convocar y/o responder a convocatoria de otros sectores.

2.2.- Establecer mecanismos de diálogo y acción permanente entre el sistema de salud, los gobiernos locales y regionales.

La situación de salud de una población es el resultado de la interacción de una salud y se una para diseñar y poner en práctica las soluciones es decir reconoce su interacción de una serie de condicionantes que determinan su bienestar.

ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las políticas de promoción de la salud son parte fundamental en el desarrollo humano, económico y social de un país sustentado en el logro de un estilo y calidad de vida óptima de la población.

Las principales estrategias de promoción de la salud fueron formuladas en forma participativa y consensuada, privilegiando aquellos espacios de mayor potencialidad para su desarrollo: comuna, lugares de trabajo, escuelas. Estas estrategias se implementan mediante intervenciones o actividades de comunicación social, educación, capacitación, participación social, investigación entre otros. A continuación se presentan las estrategias con una definición básica y sus objetivos, además de contener las condicionantes de salud, a abordar para el logro de las metas propuestas: alimentación, actividad física, tabaco, desarrollo psicosocial, medio ambiente (tenencia responsable de mascota, ozono).

Lo anteriormente expuesto permite sentar las bases para el logro de una mejor calidad y esperanza de vida para todos y cada uno de los habitantes de nuestra región y país.

Comunas Saludables

Espacio donde las autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y sociedad civil, se comprometen a mejorar las condiciones de vida de las personas en su entorno familiar, social y del medio ambiente. Los objetivos de esta estrategia son:

- Incorporar la Promoción de la Salud en la agenda pública y en políticas y planes del desarrollo local y comunal.
- Contribuir a la construcción social de estilos de vida saludables y creación de compromiso ciudadano con la salud y su entorno familiar, social y medio ambiental.
- Movilizar recursos comunitarios e institucionales para el manejo intersectorial de los factores protectores de la salud y prevenir los factores de riesgo y sus determinantes.
- Readecuar la red asistencia local en función de la prevención y promoción de la salud.
- Impactar a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, de salud mental, cáncer y accidentes, así como en la prevalencia de sus factores de riesgo y condicionantes.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Escuelas Promotoras de la Salud

Centro donde la comunidad educativa desarrolla conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria. Se propone como objetivos:

- Crear condiciones para el desarrollo integral de los alumnos y comunidad educativa con trabajo participativo.
- Generar conductas para el desarrollo integral de los alumnos y comunidad educativa.
- Estimular la integración transversal de los contenidos de salud en el currículum fortaleciendo el crecimiento y desarrollo personal.
- Estimular la participación y uso de recursos comunitarios para promover la salud.
- Lograr la acreditación como Establecimiento Promotor de la Salud e integrar la red de escuelas promotoras.
- Impactar a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, de salud mental, cáncer y accidentes, así como en la prevalencia de sus factores de riesgo y condicionantes.

Lugares de Trabajo Saludables

- Promover capacidades en empresarios y trabajadores para adoptar políticas favorables a la salud.
- Incorporar estrategias del fomento de una alimentación saludable.
- Incluir en la jornada laboral la ergonomía y actividad física.
- Participar en el programa ambiente libre humo de tabaco y su proceso de acreditación cada 2 años.
- Creación de Programas preventivos en salud ocupacional. Ej. Estrés laboral.
- Potenciar el desarrollo de actividades artísticas – recreativas y asociatividad.
- Creación de programa que favorezcan la interrelación en el ambiente laboral como “Tiempo compartido” (uso de un determinado tiempo en la jornada de trabajo correspondiente a un descanso) planificado.
- Impactar a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, de salud mental, cáncer y accidentes, así como en la prevalencia de sus factores de riesgo y condicionantes.

Lugar que promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores a través del fomento de estilos de vida saludables alimentación, actividad física, protección del riesgo físico y psicológico.

Condicionantes de la Salud

A continuación se presentan ejemplos de diferentes objetivos específicos, actividades e intervenciones de promoción de salud. Están agrupados según condicionantes de la salud, estrategias de promoción o entornos

donde se realizan. Cabe mencionar que esta propuesta puede ser ampliada para el ambiente familiar y comunitario, señalando actividades y objetivos a alcanzar en el hogar y a través de las organizaciones sociales.

a) Alimentación saludable

Comunas:

Incentivar a través de la información y educación la producción y comercialización de alimentos saludables incluyendo etiquetado nutricional.

Estimular el consumo de alimentos sanos a través de una adecuada regulación y vigilancia sanitaria de la comercialización de alimentos.

Favorecer la creación de redes locales de trabajo intersectorial por los ambientes y estilos de vida saludable; fortaleciendo la participación social, el reconocimiento y apoyo a organizaciones de consumidores.

Lugares de Trabajo:

Promover una alimentación equilibrada en el lugar de trabajo, educando y creando sistemas de apoyo laboral.

Incentivar a las empresas productoras y distribuidoras de alimentos; para el marketing, asociado a la promoción de estilos de alimentación saludable.

Estimular la declaración de restaurantes saludables, ferias libres por la salud u otras empresas vinculadas con la alimentación.

Escuelas:

Educación alimentaria-nutricional a la comunidad educativa (alumnos, profesores, administrativos, padres y apoderados), como parte de un programa de educación de carácter integral y con una visión positiva de la salud y bienestar.

Incentivar en apoderados y alumnos la preparación y consumo de “colaciones escolares saludables” para la prevención de la obesidad y de otros daños nutricionales. Regular la comercialización de alimentos en los establecimientos educacionales (aplicar normativa sobre kiosco saludables en establecimientos educacionales) y su entorno, contribuyendo a la creación de conductas alimentarias favorables a la salud.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Centros de Salud:

Estimular la promoción de una alimentación saludable a través de la información, educación, consejería y actividades de trabajo comunitario y salud familiar.

Creación de actividades de apoyo a la lactancia materna y control de la obesidad a través de los diferentes programas de salud.

Difusión de contenidos alimentarios–nutricionales (guías alimentarias), incorporándolos en las actividades educativas, comunitarias y en los programas de salud.

b) Actividad Física y Recreación del Deporte

Comunas:

Mejorar infraestructura deportiva y recreativa comunitaria de uso público, con implementación de programas comunales incentivos del deporte y actividad física.

Estimular el uso de transporte no motorizado y creación de una cultura deportiva–recreativa.

Favorecer la creación de redes locales de trabajo intersectorial por los ambientes y estilos de vida saludable, fortaleciendo la participación social, el reconocimiento y apoyo a clubes deportivos, grupos de scout y otros.

Lugares de Trabajo:

Fortalecer la actividad deportiva laboral a través de CHILEDEPORTE u otras instancias de este tipo e incorporación de la actividad física a través de ejercicios de pausa laboral.

Educación y ejecución de proyectos participativos que estimulen la actividad física, deportes, recreación y uso de tiempo libre en espacios familiares y comunitarios, con programas de apoyo (empresarios, trabajadores, equipo de salud laboral, sindicatos u otros canales de participación laboral).

Difusión y vigilancia del cumplimiento de las condiciones sanitarias y ambientales básicas en el lugar de trabajo, que protejan los riesgos y promuevan el bienestar.

Escuelas:

Incentivar la actividad recreativa y deportiva en la comunidad educativa, con programas y recursos especiales, que involucre a alumnos, profesores, administrativos, padres y apoderados.

Ampliar horas para educación física, deportes y otras actividades de expresión corporal creativa, potenciando la integración transversal de contenidos de salud en la curriculum.

Estimular la implementación de proyectos de formación para el deporte y competencias deportivas inter establecimientos.

Centros de Salud:

Estimular el ejercicio físico, la recreación y el reposo como prácticas de autocuidado de salud, a través de la información educación, consejería y actividades de trabajo comunitario.

Incorporar la educación sobre actividad física y salud en las actividades de control de salud (niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores), en programas de prevención (alcohol, obesidad y otros) y en proyectos específicos (ej. Talleres de dolor de espalda, desarrollo personal y otros).

Incentivo a la familia para el desarrollo de habilidades, conductas, actitudes de autocuidado y estilos de vida saludable.

c) Tabaco

Comunas:

Comunicación social, control de la publicidad y difusión de la Ley Antitabaco (N° 19.419); promover su discusión, aplicación perfeccionamiento a nivel nacional y comunal.

Crear incentivos de mérito social y comunitaria que estimulen la declaración de lugares relevantes para la comuna libres del humo del tabaco (acreditación).

Favorecer la creación de redes locales de trabajo intersectorial por los ambientes y estilos de vida saludable; fortaleciendo la participación social, el reconocimiento y apoyo a organizaciones comunitarias.

Creación de incentivos de mérito social que estimulan el abandono del hábito (ej. Concurso “Déjelo y Gane”).

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Lugares de Trabajo:

Información sobre los riesgos del tabaquismo activo y pasivo, motivación para el abandono (empresarios, trabajadores, equipos de salud).

Creación de programas de apoyo con facilidades laborales.

Incentivar la declaración de ambientes de trabajo libres del humo del tabaco.

Creación de incentivos de mérito social que estimulan el abandono del hábito (ej. Concurso “Déjelo y Gane”).

Escuelas:

Asegurar cumplimiento Ley Antitabaco en relación a incorporación de la información sobre daños del tabaco en los planes de educación básica y media.

Educación sobre tabaquismo a la comunidad educativa (alumnos, profesores, administrativos, padres y apoderados), como parte de un programa de educación de carácter integral y con una visión positiva de la salud y bienestar.

Incentivar la declaración de centros educacionales libres del humo del tabaco.

Creación de incentivos de mérito social que estimulan el abandono del hábito (ej. Concurso “Déjelo y Gane”).

Centros de Salud:

Estimular prevención y abandono del hábito de fumar a través de información, educación, consejería y actividades de trabajo comunitario y salud familiar.

Creación de incentivos de mérito social que estimulan el abandono del hábito (ej. Concurso “Déjelo y Gane”).

Crear programas de apoyo para la cesación (centros de tratamiento de la dependencia, clínicas anti-tabáquicas, etc.).

d) Medio Ambiente

Comunas:

Fortalecer el control y regulación de los condicionantes de la salud ambiente, aplicando las disposiciones legales relacionadas con la protección de la salud y medio ambiente.

Invertir en proyectos participativos de mejoramiento del ambiente comunal (áreas verdes y sitios públicos, saneamiento básico, pavimentación, regulación del espacio urbano, transporte, seguridad vial, residuos sólidos, descontaminación, prevención de desastres u otros).

Favorecer la creación de redes locales de trabajo intersectorial por los ambientes y estilos de vida saludable, fortaleciendo la participación social, el reconocimiento y apoyo a las organizaciones sociales.

Lugares de Trabajo:

Invertir en proyectos de mejoramiento del ambiente laboral

Información y educación sobre los factores de riesgo ambiental y seguridad laboral.

Creación de incentivos a los lugares de trabajo con ambientes laborales saludables y con programas favorecedores de una cultura de protección al medio ambiente.

Escuelas:

Educación en salud ambiental a la comunidad educativa (alumnos, profesores, administrativos, padres y apoderados), como parte de un programa de educación de carácter integral y con una visión positiva de la salud y bienestar.

Invertir en proyectos y actividades comunitarias de protección, rehabilitación y mejoramiento del medio ambiente (físico, social y cultural).

Incentivar la generación de actividades creativas e innovadoras que contribuyan a crear una cultura ambiental.

Centros de Salud:

Estimular la disminución de los factores de riesgo ambiental en el hogar a través de la información, educación, consejería y actividades de trabajo comunitario.

Implementar acciones de prevención de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente.

Integración de las actividades de promoción de los Programas de Salud Ambiental y establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica a nivel comunal de la situación de salud ambiental.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

e) Desarrollo Psicosocial

Comuna

Crear programas y redes de apoyo que permitan y favorezcan una residencia comunitaria, desarrollando a nivel comunitario habilidades tanto individuales como sociales.

Lugares de trabajo

Crear programas que desarrollen habilidades personales y sociales (autoestima, resiliencia, autoeficiencia, empatía, afectividad) y que permitan el trabajo de equipos, el enfrentamiento y resolución de conflictos, el manejo de estrés y el autocuidado.

Escuelas*

“Crear programa que permitan el desarrollo de factores protectores que favorecen el desarrollo del niño (la autoimagen positiva, autoestima, autonomía frente al grupo, buena tolerancia a la frustración, asertividad y buena comunicación); desarrollar de igual forma programas para las familias que permitan en el hogar la presencia de normas y límites claros dentro de un clima afectivo favorable, reconocimiento de logros y cualidades, estructuras permeables y dinámicas entregando autonomía y apoyo a sus miembros.

En este contexto el colegio debe poseer un clima motor de integración y participación que genere en los alumnos sensación de ser aceptados y valorados en sus diferencias individuales” .

Cabe señalar que en esta área se están ejecutando programas ya insertos en los establecimientos educacionales como habilidades para la vida, por tal motivo los proyectos deben abarcar áreas no cubiertas con programas. Ejemplo: Programa para educadores; padres y refuerzo a los programas ya existentes como los anteriormente expuestos².

ENFOQUES, BALANCES Y DESAFÍOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El desarrollo y promoción de la salud pública esta en estrecha correlación con la comunicación, la que debe analizarse a partir de tres ejes problemáticos:

2 Estrategias de Promoción y Condicionantes de Salud.

www.puntaarenas.cl/portal/secplan/proyectos/GUIA_APOYO_A_PROYECTO.doc - 14 0306. Fecha de Consulta: 28-03-2014.

- a) Análisis de los modelos de desarrollo implementados en América Latina y de las concepciones y estrategias de comunicación que se han construido en este campo intelectual desde hace más de 40 años en el continente.
- b) A partir de las tendencias actuales del mundo contemporáneo, especialmente relacionados con los procesos de globalización económica y mundialización de la cultura, y
- c) Desde las nuevas concepciones y enfoques de la promoción de la salud.

Ya que el discurso sobre el desarrollo, como proceso económico y social en América Latina, ha estado orientado por varias concepciones que se convierten en fundamento tanto de la política económica, como de la política social.

En las últimas décadas el desarrollo se basa en los conceptos de sustentabilidad y sostenibilidad³, debido a que el modelo centrado en el crecimiento y la productividad generó problemas ambientales de contaminación y agotamiento de los recursos naturales por el uso ilimitado de los mismos. La preocupación por la degradación de los recursos naturales y el crecimiento ilimitado de la economía, dio origen, en los años 60s y 70s, a los conceptos de la sustentabilidad y sostenibilidad ambiental y ecológica y al concepto del desarrollo humano.

En la década de los 80s, para lograr el equilibrio entre el crecimiento y el uso de los recursos naturales y para legar a las generaciones futuras un mejor ambiente, se incorpora la tridimensionalidad del concepto de sustentabilidad: ecológica, económica⁴ y social, entendida ésta en términos de la relación circular que se establece entre pobreza y degradación de los recursos naturales. Se consolida también el concepto de Estado - Bienestar y se da especial relevancia a la vida local en lo político y en la gestión institucional con las políticas y procesos de descentralización de competencias y responsabilidades para atender, particularmente, las problemáticas sociales: salud, educación, saneamiento básico, vivienda, entre otros.

A iniciar la década de los 90s, el desarrollo se caracterizó por su enfoque hacia la problemática entre crecimiento poblacional - pobreza y degradación de los recursos naturales, centrando la atención ya no sólo en la insustentabilidad de la pobreza, sino también en la insustentabilidad ecológica que genera la pobreza. En otras palabras el efecto que genera la sustentabilidad social en la sustentabilidad ecológica. En este período se redujeron las funciones del Estado-Bienestar y se hizo énfasis en el mercado como eje central del modelo. Se fortalecieron las instituciones locales y la vida municipal; pero con restricciones en el uso de los recursos, se convirtió el espacio local en centro de encuentro entre el Estado y la sociedad civil.

Actualmente los debates en América Latina se centran en cuestionar la denominada “perspectiva neoliberal” que hace énfasis en el mercado, ya que esta corriente plantea que la tarea del desarrollo consiste en realizar ajuste con

3 Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. 1987. *Nuestro Futuro Común*. p. 1-2.

4 Wolfgang, Sach. 1998. “*La gallina de los huevos de oro: debate sobre el concepto de desarrollo sostenible*”. Bogotá: CEREC, ECOFONDO.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

crecimiento económico para reducir la pobreza, constituye la apertura completa de las economías a los mercados de capital, recorte del gasto público, eliminación de los subsidios sociales, privatización de las empresas estatales y establecimiento de un clima propicio para la inversión extranjera⁵.

Por el contrario, a mediados de los noventa se incorporó la idea de garantizar no sólo un ambiente mejor sino mejores generaciones humanas. El énfasis se enfocó en el desarrollo humano en términos del incremento de las capacidades humanas, oportunidades, relaciones sociales, mejoramiento de calidad de vida, democracia, libertades políticas, equidad en las decisiones, y la potenciación de esfuerzos productivos.

En esta perspectiva el desarrollo se entiende como un proceso que sirve para ampliar las oportunidades de la gente. Se busca que las personas tengan una vida larga y saludable, puedan educarse y tener acceso a los recursos para lograr un nivel de vida decente, libertad política, derechos humanos garantizados y respeto personal. Se promueve la autogestión y la participación de la gente. En este contexto en América Latina se ha hecho énfasis en una perspectiva del desarrollo promovida por los movimientos sociales, los grupos de base, con iniciativas que se esfuerzan por encontrar soluciones a los problemas sentidos de los más pobres. Se trata de un proyecto de democratización de las instituciones y de las relaciones sociales más profundas.

En las actuales concepciones del desarrollo, se pone un énfasis especial en la sostenibilidad y la reducción de la pobreza, tienen un lugar central la equidad, la justicia e igualdad, es una propuesta holística, integral, e interdisciplinaria, donde la información, la cultura, las políticas sociales, el capital humano y la generación de capital social se convierten en ejes claves del desarrollo. Estos modelos y conceptos diversos de desarrollo han incidido en los modos de entender y gestionar la política social especialmente en sectores como la salud, la educación y la comunicación en América Latina.

En segundo lugar, la reflexión sobre la comunicación, la promoción de la salud y la gestión social, hay que innovarla teniendo en cuenta las tendencias políticas, sociales y culturales del contexto actual, caracterizado por la globalización de la economía y la mundialización de la cultura. La globalización es un fenómeno planetario que se caracteriza por: el enlace, cobertura, calidad y velocidad de las comunicaciones; la abundancia, eficiencia y contundencia de las conexiones económicas entre unos sectores y otros; la cobertura planetaria de la operación de las transnacionales; el creciente debilitamiento de los estados nacionales, sobretodo en los países subdesarrollados y finalmente, la existencia de problemas y causas comunes en toda la humanidad⁶. Asistimos a un proceso de cambio multidimensional: la economía es más capitalista que nunca, es informacional (la productividad depende

5 Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. 1987. *Nuestro Futuro Común*. p. 1-2. Wolfgang, Sach. (1998). "La gallina de los huevos de oro: debate sobre el concepto de desarrollo sostenible". Bogotá: CEREC, ECOFONDO.

6 Gonzalo Ortiz, Crespo. 1999. "Cinco Claves de la globalización". En: *El alba del milenio. Globalización y medios de comunicación en América Latina*. UASB. F.E. p- 4.

de la capacidad de adquirir conocimiento y procesar información) está fundada en redes (alianzas estratégicas, descentralización, flexibilidad laboral) y es globalizada (funciona como una unidad en todo el planeta, lo más importante son los mercados financieros), lo que ha implicado un incremento de la desigualdad, de la pobreza, de la polarización política y de la exclusión social⁷.

En tercer lugar, la promoción de la salud debe contribuir a la resolución de problemas relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida en aspectos como el trabajo, la vivienda, la nutrición, la violencia, la intolerancia, la discriminación y el medio ambiente. Como se confirma en la Carta de Ottawa desde 1986, que fue adoptada por 38 países, “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad”⁸.

La salud es entonces “un derecho, una inversión social y un recurso para el desarrollo de los pueblos, se relaciona con los procesos vitales del hombre: tener un empleo digno, el acceso y oportunidad a los servicios sociales, la equidad de género, el buen trato, el empoderamiento comunitario, el control ciudadano, la defensa de los derechos humanos y el respeto”⁹.

En este sentido, la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, cambiar y adaptarse al medio ambiente”¹⁰.

Este contexto nos muestra la complejidad de la relación y articulación entre desarrollo, comunicación y promoción de la salud. Cuando observamos las realidades de nuestros países en América Latina, en cada una de los aspectos planteados, lo que se puede afirmar es que este proyecto, el de una sociedad mejor, democrática, incluyente, justa y participativa, aún está en construcción.

En tal sentido se plantean algunas concepciones y modos en que la comunicación ha sido comprendida en la gestión del desarrollo y la promoción de la salud, esto es, en programas relacionados con la política social. Además, se esbozarán algunos desafíos a que se enfrentan los trabajadores de la salud y los comunicadores ante los nuevos cambios sociales y culturales, especialmente relacionados con el trabajo interdisciplinario.

7 Chris Van der Borg, *et al.* 1996. p. 5.

8 Milton Terris. 1991. *¿Qué es la promoción de la salud?* OPS y OMS, Washington, D.C. p- 4.

9 Ministerio de Salud-Colombia. “Portafolio Guía para la Promoción de la Salud en el Municipio”. Bogotá: Dirección General de Salud Pública, *Serie Documentos Técnicos* No. 17. p. 21.

10 Paulina Gómez. 1992. *Promoción de la salud, conceptos y estrategias*. CIESS, México. p. 5.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

COMUNICACIÓN Y DE DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA

En un recorrido histórico por el campo intelectual de la comunicación en América Latina¹¹, podemos afirmar que las relaciones entre comunicación y desarrollo son de esas expresiones que operan como mapa: su uso sirve para designar aquella tarea integradora de la sociedad y la difusión de actitudes modernas para salir del atraso, como también para señalar las acciones y las luchas- de diversos sectores de la sociedad por democratizar el acceso a los medios de comunicación y por ampliar el ejercicio de la libertad de expresión y la participación ciudadana. Esta es una relación que, a su vez, está estrechamente vinculada a una vieja pero renovada discusión sobre las posibilidades de la democracia en América Latina: ¿cómo conjugar el crecimiento económico con la democracia política y la equidad social?

En efecto, desde su inserción institucional a los programas de gobierno y de gestión social, a finales de la década de los años cincuenta, la comunicación se ha considerado como un “socio natural” de las acciones y promesas desarrollistas, liberadoras o democratizadoras emprendidas por el Estado y/o sectores de la sociedad en pro de afirmar y fortalecer una esfera pública moderna, capaz de integrar a una población en torno, no sólo a un mercado económico nacional, sino a un núcleo compartido de valores que promuevan tanto el acceso igualitario al bienestar social, como la presencia activa de una(s) cultura(s) nacional(es) en los procesos de desarrollo.

COMUNICACIÓN: INFRAESTRUCTURA PARA LA INTEGRACIÓN NACIONAL

De este modo, los vínculos entre comunicación y desarrollo dibujan un doble recorrido. En primer lugar, apuntan a la acción modernizadora, emprendida por los estados para integrar y cohesionar a los diversos sectores de la sociedad en los grandes cambios que produce el desarrollo industrial y tecnológico, sobre todo, a partir de la segunda mitad del siglo XX. Esto con el propósito de que la transición de una sociedad tradicional a una sociedad moderna se lleve a cabo armónica e institucionalmente, es decir, como una “revolución pacífica”, con capacidad de generar prosperidad económica y estabilidad política a las naciones marginadas de los beneficios del progreso. En este sentido, la comunicación se ha erigido como una variable dependiente del cambio social pero, sobre todo, ha pasado a convertirse en sinónimo de la integración nacional que ha de llegar de la mano del desarrollo modernizador.

COMUNICACIÓN: DIFUSIÓN Y EXTENSIÓN

De otro lado, la comunicación y la educación para el desarrollo se orientó a difundir y a conquistar, bajo la conducción de expertos internacionales, las mentes y los corazones de nuestros hombres y las mujeres, en tomo a un discurso universal de valores modernos sobre la familia, el control de la natalidad, la explosión demográfica, la educación, la salud, el sector agrario, la tecnología y la cultura. ¿Y esto con qué propósito? Con el fin de levantar

11 Pereira G., José Miguel, Bonilla Jorge Iván, Benavides Julio. 1998. “Comunicación en contextos de desarrollo: balances y perspectivas”. En revista *Signo y Pensamiento* No. 32. Bogotá: Universidad Javeriana. pp. 119-138.

desde allí las bases institucionales de una esfera pública nacional y de unos públicos o audiencias nacionales que, superando el atraso y la resistencia al cambio cultural, le ofrezcan la bienvenida al progreso y al desarrollo moderno de la sociedad. Con esta perspectiva se buscaba disminuir los niveles de analfabetismo, lograr mejoras en la planificación familiar e incrementar la productividad del trabajo campesino.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN: DEMOCRACIA Y CIUDADANÍA

Los vínculos entre comunicación y desarrollo han evidenciado una serie de luchas sociales, políticas y culturales que han demarcado el itinerario de lo que somos y deseamos ser. El propósito de estas luchas ha sido democratizar el sistema comunicativo que se erige como vertical en nuestros países, así como participar en las reconfiguraciones mismas de nuestra modernidad. De una modernidad heterogénea, cuyo reto no sólo consiste en incorporarse al “ideario ilustrado” que nos obliga a ser, por fin, modernos, sino también en ajustar la experiencia de la modernidad a condiciones “periféricas” de existencia en las que conviven memorias históricas e identidades culturales con la razón universal, la técnica y el progreso.

Los protagonistas de esta relación entre la comunicación y el desarrollo han sido diversos: obreros, campesinos, indígenas, mujeres, intelectuales, artistas, asociaciones cristianas de base y, más recientemente, movimientos sociales que reivindican el derecho a la vida, la preservación y conservación del medio ambiente, la autonomía local y regional y, los derechos humanos entre otros. Sujetos estos que se identifican, en mayor o menor medida, con una noción de modernización de la esfera pública nacional que no se agote en el desarrollo y crecimiento económico, medido esencialmente por el producto interno bruto per cápita, sino que implique una ampliación de la ciudadanía desde el reconocimiento político/cultural a las justas diferencias y la igualdad en el derecho a la expresión pública que tienen las diferentes “voces” que forman parte de una democracia. Se trata de ampliar el ejercicio de la libertad de expresión y la participación ciudadana.

COMUNICACIÓN Y VIDA COTIDIANA: LO POPULAR

A comienzos de los años ochentas la comunicación para el desarrollo aparece ligada a un nuevo enfoque sobre las culturas populares y los movimientos sociales. Retomando las dimensiones de lo local, lo cotidiano, lo micro y lo territorial, esta renovada concepción investigativa desbordó los planteamientos de la corriente alternativista que estaban dedicados a identificar lo popular en tanto sinónimo -incontaminado- de todas aquellas fuerzas impugnadoras del sistema, como a oponer una barrera infranqueable entre la cultura popular y la cultura de masas. Más bien, es un tipo de análisis, cuya reflexión se inicia en los años ochenta, que busca indagar por las formas de constitución de lo popular al interior de la cultura de masas, y por los complejos procesos de confrontación, negociación, acomodación y adaptación que viven, desde su cotidianidad, las mayorías sociales frente a la masificación de su existencia. Como bien lo afirma Jesús Martín Barbero, uno de los investigadores pioneros en esta manera de asumir la cultura popular, “estamos descubriendo en estos últimos años que lo popular no habla únicamente desde las culturas indígenas o campesinas, sino también desde la trama espesa de los mestizajes y las deformaciones de lo urbano y de lo masivo. Que, al menos en América Latina, y contrariamente a las profecías

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

de la implosión de lo social, las masas aún contienen, en el doble sentido de controlar pero también de tener dentro, al pueblo”¹².

Se trata por cierto, de una concepción de lo popular que es complementaria al surgimiento de una multiplicidad de redes sociales, cuyas demandas individuales y colectivas entran a desbordar las reivindicaciones puramente políticas en torno a la toma del poder y se ubican en las luchas concretas por el significado mismo de la vida. Redes sociales que ponen en el centro de la discusión pública temáticas en torno al cuerpo, la salud, la sexualidad, los derechos humanos, la droga, la deuda externa, el género, el racismo y la ecología, cuestiones que han sido relegadas tanto por los espacios y agentes tradicionales de la representación política, como por “el mito igualitarista de la aldea global y del nuevo orden tecnológico de la comunicación”¹³, que surgen, a la vez, de una “diversificación” del desarrollo, gestado desde grupos específicos: mujeres, jóvenes, ambientalistas, vecinos, trabajadores de la calle, homosexuales, entre otros, que intentan asumir la gestión de sus propios intereses, apoyándose en una fusión de sus roles privados con los públicos y en la introducción de dimensiones expresivas y simbólicas a sus demandas políticas por una vida digna.

COMUNICACIÓN COMO NEGOCIACIÓN: RECEPCIÓN Y EL CONSUMO CULTURAL

La comunicación para el desarrollo aparece articulada a una temática que, hasta finales de los años ochenta, estaba bastante relegada de la investigación latinoamericana en comunicación: la cuestión de los estudios sobre recepción y consumo cultural. Se trata de una línea de investigación que ha entrado a llenar el vacío dejado por anteriores paradigmas de la comunicación. Esto es, el vacío que ha estado vinculado, tanto a la ausencia de análisis sobre las mediaciones y resignificaciones que intervienen en los procesos de apropiación y uso de los mensajes provenientes de los medios de comunicación, como a la dificultad para comprender la complejidad cultural de nuestras sociedades y muy particularmente, el fenómeno de la cultura de masas.

Este tipo de análisis, “busca incorporar la dimensión del consumo [y la recepción] en un análisis más global del campo cultural. Pero su importancia va más allá del interés académico, pues recientemente se detecta la relevancia que adquieren los estudios sobre este tema en el plano de la formulación de políticas culturales. En particular, se advierte que un planteamiento democrático en este terreno implica superar creativamente la formulación meramente dirigista y vincular orientaciones globales con demandas reales de una diversidad de segmentos de población”¹⁴.

12 Jesús Martín-Barbero. 1987. “La telenovela en Colombia: televisión, melodrama y vida cotidiana”. En: *Diálogos de la Comunicación*, No 17. Lima, junio. pp. 10-11.

13 Armand Mattelart. 1993. “*La comunicación-mundo. Historia de las ideas y de las estrategias*”. Madrid: FUNDESCO. p. 266.

14 Catalán y Guillermo Sunkel. 1991. “La tematización de las comunicaciones en América Latina”. En: *Comunicación* No. 74. Caracas. p. 16.

En esta perspectiva hay un claro “retorno al sujeto”, que lleva a examinar en los procesos de recepción cómo los públicos codifican y re-semantizan los mensajes de la comunicación masiva, así como a reconocer que en el consumo no sólo existe una racionalidad económica, sino que en él también se manifiesta una racionalidad sociopolítica interactiva¹⁵. Por eso, más allá de reducir el problema del consumo y la recepción a una ecuación de la oferta y la demanda, “la aparición del tema del papel activo del receptor y del usuario es indisociable de las preguntas que se hacen los ciudadanos organizados en la sociedad civil acerca de las posibilidades de ejercer un control democrático real sobre los nuevos flujos y las nuevas redes de comunicación”¹⁶. Esta reflexión crea entonces la conciencia de que es preciso remitirse a los actores sociales, movimientos sociales, campesinos, indígenas, obreros, entre otros, para trabajar en los propósitos del desarrollo.

COMUNICACIÓN COMO INTERCONEXIÓN: GLOBALIZACIÓN Y CULTURA

Además, la comunicación para el desarrollo aparece vinculada a los nuevos modos de habitar el espacio-mundo que nos ha correspondido vivir. Pues a lo que asistimos hoy es a un espíritu del tiempo que está fuertemente marcado por un doble movimiento. De un lado, por el surgimiento de redes de información, comunicación y conocimiento que nos convierten en habitantes planetarios sin salir de casa y nos conectan globalmente con una agenda mundial, sin la cual cada vez es más difícil saber qué sucede con la economía, los derechos humanos, el narcotráfico y el medio ambiente, para citar tan sólo unos ejemplos. De otro lado, por la aparición de serios procesos, tanto de privatización de la existencia -que nos invitan al encerramiento en lo íntimo-individual-, como de fragmentación ciudadana y pérdida de fe en las tradicionales certezas para enfrentar el futuro, “hacer” política o dotar de sentido la cuestión de las identidades colectivas¹⁷.

DISEÑO DE POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN Y CULTURA

La comunicación para el desarrollo está ligada, además, al debate sobre las políticas culturales. Se trata de una línea de análisis que tiene como punto de partida dos consideraciones fundamentales. De un lado, parte de reconocer el papel decisivo que juega el campo cultural en los procesos de desarrollo político y socioeconómico de nuestras sociedades. Situación ante la cual, las políticas culturales pueden desempeñar un papel activo de intervenciones y concertaciones, entre el Estado, las instituciones civiles y los grupos comunitarios organizados “a fin de orientar el desarrollo simbólico, satisfacer las necesidades culturales de la población y obtener consensos para un tipo de orden o de transformación social”¹⁸.

15 Néstor García Canclini. 1995. “*Consumidores y Ciudadanos*”. México: Grijalbo. p. 43.

16 Armand Mattelart. *Op. cit.* p. 271.

17 John Tomlinson. 1999. “*Globalización y cultura*”. México: Oxford University Press. p. 9.

18 Néstor García Canclini. *Op. cit.* p. 26.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Esta formulación de políticas culturales busca la promoción de nuevos modos de concertación entre el Estado y la sociedad orientados hacia la creación y fortalecimiento democrático de una esfera pública, en cuyo eje central estaría “la construcción del sentido, la generación de símbolos culturales y la proyección de una concepción del desarrollo histórico que suscite amplia participación e identificación”¹⁹.

ENFOQUES DE COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El contexto anterior nos ubica en los ejes temáticos gruesos de la investigación y la reflexión, veamos cómo más específicamente en América Latina, desde la década de los años cincuenta del siglo pasado, se ha venido construyendo el papel de la comunicación en procesos de promoción y desarrollo de la política social y especialmente en el ámbito de la promoción de la salud.

Existe y han existido un gran número de experiencias que se han realizado, tanto a nivel macrosocial como a nivel micro. Desde nacionales y masivas hasta aquellas que sólo abarcan el ámbito regional, municipal, institucional y comunitario²⁰. Además de una variedad de propuestas tanto de ONGs como de entidades públicas y los mismos medios masivos de comunicación²¹. En estas experiencias podríamos destacar los siguientes modos de entender la comunicación.

COMUNICACIÓN COMO PERSUASIÓN

Los primeros modelos de la comunicación, diseñados a comienzos del siglo pasado, se inspiran en la teoría matemática de la información, en la teoría cibernética y en la teoría mecanicista de estímulo respuesta (Wiener, Shannon, Weaver). Esta perspectiva se aplica en procesos de comunicación humana y se centraba en estudiar la manipulación, la persuasión, la influencia de los medios y los mensajes de comunicación en la sociedad, en las audiencias, en los receptores. Este modelo se pregunta por ¿quién? ¿dice qué?, ¿a través de qué canal?, ¿con qué efecto? (Lasswell) Aunque la investigación en comunicación de masas demostró los efectos limitados de los medios y los mensajes comunicacionales por las prácticas de consumo, los contextos sociales y culturales de los receptores, esta perspectiva se ha empleado a través de mensajes y campañas publicitarias para “persuadir a la gente para que adopte ciertos comportamientos y prácticas que les son beneficiosos”²².

19 Robert White. 1992. “Análisis cultural en la comunicación para el desarrollo”. En: *Diálogos de la Comunicación*, No. 34. Lima, septiembre. p. 54.

20 Gumucio, Alfonso. 2001. “*Haciendo Olas: Historia de la Comunicación Participativa para el Cambio Social*”. New York: Fundación Rockefeller. p. 10.

21 Iván Bonilla Jorge y José Miguel Pereira. 1998. “*Estado, ONGs y Medios de Comunicación y desarrollo en Colombia*”. Bogotá, informe de investigación para el Ministerio de Comunicaciones. p. 12.

22 Fundación Rockefeller. 1999. “*Comunicación para el cambio social: Documento programático e informe sobre una conferencia*”. New York. p. 11.

Con frecuencia “la promoción de la salud se limita a un esquema de mercadotecnia social, un enfoque rígido que define el cambio social en función del cambio de conocimientos, hábitos, actitudes y conductas susceptibles de modificación con programas de comunicación”²³. En este modelo “no se piensan los procesos de comunicación desde problemas y operaciones de intercambio social, esto es desde las matrices de identidad y los conflictos que articulan la cultura”²⁴ plural, heterogénea, repleta de diferencias y singularidades. La aplicación acrítica de esta perspectiva ha llevado al fracaso de varias experiencias y a la pérdida de muchos recursos públicos en todos los ámbitos, principalmente en educación y en salud.

COMUNICACIÓN COMO TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

En esta perspectiva propia del modelo difusionista de los años cincuenta, se entiende la comunicación como “instrumento”, “herramienta”, “medios” a través de los cuales se transmiten y se divulgan mensajes. En esta perspectiva el énfasis aparece en la comunicación masiva, en los expertos o extensionistas, en este modelo comunicar es transmitir información y contenidos para que los receptores tengan mayor conocimiento acerca de los deberes y derechos como ciudadano, se entere de los avances científicos y tecnológicos, se informe sobre cómo funciona el sistema de seguridad social y de salud entre otros.

Aunque en teoría, la comunicación se presenta como una dimensión humana fundamental que necesariamente tiene que ver con la interacción y el cambio social, en la práctica, al ser incorporada en programas sociales y de salud, se entiende a la comunicación más como “herramienta” que como “eje”, más como “instrumento” que como “interacción”. Priva más el concepto de la comunicación entendida como “resonancia”, como “transmisión”, en donde lo que importa es la eficiencia del proceso y los efectos. Se parte del supuesto equivocado que la comunicación es como un rasero que modifica prácticas, modos de ser, hacer, percibir, imaginar, narrar, contar, sentir, desconociendo singularidades y diferencias.

Es claro que la información pública es fundamental para el desarrollo y el cambio social, que el Estado y las instituciones deben mantener informados a los ciudadanos sobre sus acciones. También está comprobado que la información es poder, esta perspectiva se centra en el modelo de pocas fuentes muchos receptores, va de pocos a muchos, y esos pocos controlan, editan, diseñan y deciden los contenidos de la información, remplazan y se autodenominan los “voceros de la opinión pública”. En nuestras sociedades los ciudadanos tienen poco acceso a la información y además tienen reducidas las posibilidades de producir su propia información lo que se evidencia en la escasa visibilidad en la esfera pública comunicativa.

23 María Teresa Cerqueira. “Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas”. Asesora Regional en Educación Para la Salud y la Participación Social. OPS/OMS. Sf. p. 13.

24 Jesús Martín Barbero. (1984). “Comunicación desde la cultura: Perder el objeto para ganar el proceso”. En *Signo Pensamiento* No.5, Vol. II. Bogotá: Universidad Javeriana. p. 15.

COMUNICACIÓN COMO DIÁLOGO: INTERCAMBIO Y NEGOCIACIÓN DE SENTIDO

Por el contrario, hay otra perspectiva que concibe la comunicación como “eje” de los procesos de organización, participación y cambio social. Este enfoque plantea que, en el ser mismo de la participación, la organización y todas las interacciones humanas están atravesadas por el lenguaje, por modos de dialogar y construir acuerdos colectivos. En esencia, se presupone que en la medida en que se creen espacios de comunicación y se posibilite el desarrollo de las competencias comunicativas, dialógicas y expresivas de las personas y grupos, más posibilidades de cogestión y autogestión se podrán generar. En esta perspectiva la comunicación aparece como un espacio para la participación y se hace énfasis en la capacidad de negociación entre los diversos actores sociales para construir acuerdos.

La comunicación es entendida como el proceso de “producción, intercambio y negociación de sentidos en la vida social”²⁵. Sabemos que los procesos de significación comprometen el ámbito de la vida cotidiana, los procesos sociales, las dinámicas culturales, a la esfera pública y las identidades colectivas. Lo que implica que la sociedad, como tejido y como red de relaciones, en sus estructuras y dinámicas, se sustenta en esos intercambios comunicativos, que son significativos dentro de contextos culturales específicos. En tal sentido, la comunicación compromete la vida pública, es por eso que cuando hablamos de comunicación nos estamos refiriendo a la manera como una sociedad amplía, interviene, decide o recorta las relaciones, los intercambios, las libertad de expresión en su esfera pública.

Esta experiencia se manifiesta a través de las distintas maneras de expresión y significación: palabra, gesto, poema y obras. Las obras o formas simbólicas- en su totalidad- se refieren a la cultura, a los contenidos y símbolos que gobiernan las relaciones entre los seres humanos. Por la mediación de esas obras, se constituye la dignidad humana y se le da significado y continuidad a la acción social. Las acciones e interacciones, que son significativas y están mediadas por el lenguaje, no son transparentes; por el contrario, son complejas y problemáticas.

Si comunicar significa intercambiar significados, “expresarse, interactuar, gozar, proyectarse, afirmarse en el propio ser, abrirse al mundo, sentirse y sentir a los demás y ejercer la calidad del ser humano”²⁶, ¿por qué ese intercambio es problemático? Porque la comunicación no es, como creen ingenuamente algunos, un asunto de persuasión, efectividad, transmisión, transparencia y pureza dialógica, ni sólo cuestión de medios y tecnologías. Es un asunto de intercambios, de establecimientos de acuerdos, de negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana, de proyectos de vida, y en ese proceso se entrecruzan las diferencias culturales, sociales, políticas, estéticas y éticas de los individuos y las colectividades humanas.

25 Piñuel José Luis y Gaitán Juan. 1995. *Metodología General: conocimiento científico e investigación en comunicación social*. Madrid: Editorial Síntesis. p. 221.

26 Prieto Daniel. (1996). *Palabras e imágenes para la comunicación impresa*. Curso a distancia de comunicación impresa. Quito: UCLAP.

La negociación y la concertación para el campo de la salud es definida como “el proceso donde diversos interlocutores intercambian opiniones, alternativas y puntos de vista para llegar a acuerdos. La negociación es un acuerdo, ayuda a resolver conflictos, es un proceso constructivo. Implica un intercambio de doble vía que permite conocer la opinión, expectativas y propuestas del otro y manifestar las propias. Implica un proceso de mediación en el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y las comunidades, así como los diferentes actores (público y privado)”²⁷.

COMUNICACIÓN COMO INTERACCIÓN Y RED

Por último, podríamos destacar la concepción que comprende la comunicación como red, tejido, interacción e interconexión. Se trata de una concepción que supera el modelo de la transmisión, propio de la comunicación masiva, que emplea los medios tradicionales de comunicación como la radio, la prensa, y la televisión. Se parte del presupuesto que los grupos comunitarios, organizaciones e instituciones interactúan en contextos sociales, políticos, económicos y culturales específicos. Además, que los grupos aislados van a tener menos posibilidades de mejorar sus condiciones de vida. Igualmente, las instituciones, los programas y proyectos sociales no están aislados, tienen una doble interacción: en el plano de su organización interna y en el plano externo, con los grupos que apoyan y con otros programas e instituciones. En esta concepción el énfasis aparece en la comunicación entendida como “red”, como “tejido” que se constituye en fundamento de la cultura y la interacción humana.

En esta perspectiva es fundamental tener en cuenta la potencialidades y oportunidades que ofrecen las tecnologías de información y comunicación, los nuevos medios de comunicación o la red integrada de tecnologías de comunicación digitales que está desarrollándose, cuyo aporte central está en su capacidad de integración, red, interconexión e interactividad. A diferencia de los modelos anteriores que eran centralizados y verticales, hoy las comunicaciones e interpretaciones descentralizadas y horizontales pueden encontrar su propio equilibrio en la medida que ellas reflejen las energías humanas y las inclinaciones culturales de la población a través de una gama de asuntos públicos cotidianos. Además los nuevos medios de comunicación son más baratos, disminuyen la sensación de las distancias, aumentan la velocidad y el volumen de información, diversifican el contenido, permiten el creciente flujo bidireccional, la flexibilidad la extensibilidad y la interconectividad²⁸.

Sin embargo, para el caso de América Latina esta potencialidades se ven limitadas por la baja cobertura y conectividad. Por ejemplo, en Colombia la situación de la Internet no es la mejor. Según International Data Corporation “el número de navegantes no llega aún a los estratos más bajos de la población, el acceso rural es casi nulo. El 35% de los usuarios está clasificado en el estrato 6; el 30% en el 5; el 25% en el 4 y el 10% en el 3. En Colombia los planes de telefonía rural sólo cubren al 40% de la población. Además de los costos para acceso

27 Ministerio de Salud - Colombia. “*Portafolio Guía para la Promoción de la Salud en el Municipio*”. Bogotá: Dirección General de Salud Pública, Serie Documentos Técnicos No. 17. p. 67.

28 W. Russell Neuman. 2002. “*El futuro de la audiencia masiva*”. Santiago: Fondo de Cultura económica. p. 149 y ss.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

a Internet y la imposibilidad de comprar una computadora, la población que tiene acceso a la red actualmente no supera al 2% de la población”²⁹.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El concepto sobre la Educación para la Salud, ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud (EPS).

Así pues, la EPS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

- Preventiva.
- De promoción de la salud.

Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencia, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS.

En la actualidad la Educación para la Salud se considera como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, que el individuo se empondere, con el fin de que adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud³⁰.

29 Cfr. Diario El Espectador. 2001. *Redacción Internet*. Bogotá: Sábado, 21 de abril. p. 14 A.

30 *Adaptado de Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela*. Generalitat de Catalunya, 1984.

Aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, elementos necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*, en ello se incluye la información que se refiere a los *factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte*.

Consideraciones metodológicas:

Las características clave que presentan los programas de EPS evaluados como efectivos respecto a la metodología son:

- Que incorporen métodos de aprendizaje activos.
- Que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas.
- Que refuercen los valores individuales y las normas grupales.
- Que promuevan el desarrollo de habilidades (sociales, fundamentalmente).

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son:

- Mayor adecuación de los contenidos y estrategias.
- Mayor motivación y crédito de la información.

Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El individuo debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del mismo. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos:

- Que potencien:
 - La adquisición de habilidades sociales.
 - La competencia en la comunicación.
 - La resolución de conflictos.
- Que incidan:
 - En la responsabilidad.
 - En la autoestima.
 - En la toma de decisiones.
- Que faciliten:
 - La práctica de las habilidades aprendidas.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

EL AUTOCUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

EMPODERAMIENTO Y REDES

La idea y el concepto actual de promoción de la salud como “los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud”, surge en la Conferencia de la OMS en Ottawa en 1986. Sin embargo puede resultar útil para su comprensión, el exponer previamente tanto las corrientes de pensamiento sanitario que la han influido como las tendencias políticas y organizativas que han ido conformando la promoción de la salud tal y como la entendemos hoy en día.

Los elementos diferenciales de la promoción de la salud con otros modelos de intervención en Salud Pública y en general, en ciencias de la salud, pueden identificarse como:

- A) Basados en una aproximación holística y no estrictamente médica.
- B) Centrados en una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales.

Los primeros antecedentes en la práctica de lo que hoy entendemos por Promoción de la Salud, los podemos encontrar en los cambios que se produjeron como consecuencia de la percepción de la importancia de las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante la década de los 50 y 60 del siglo XX.

Esta nueva situación en la historia sanitaria registrada conduce a la aparición de la “epidemiología de crónicas” como superación de la “epidemiología de infecciosas”, que ocurre durante los años 60. Este cambio es consecuencia de la transición epidemiológica y de la incapacidad de los modelos causales de infecciosas y de los postulados de Henle-Koch para explicar adecuadamente los nuevos problemas de salud prioritarios como el cáncer y las cardiovasculares.

Un nuevo marco de análisis se vertebra con el texto de McMahon y Pugh, publicado en 1970 y de enorme influencia posterior con su concepto de maraña causal en el desarrollo de métodos de investigación etiológica desde unidades de observación y análisis individuales.

A finales de los años sesenta había pues, por un lado algunas piezas de evidencia empírica que habían vinculado algunas conductas individuales con algunas enfermedades crónicas y por otro, un marco de análisis basado en la idea de multicausalidad, novedosa entonces en el pensamiento médico.

Se produce una tendencia que vincula aún más a la epidemiología y a la Salud Pública con el modelo médico y, como consecuencia, el análisis de los problemas de salud se plantea desde una perspectiva individual. Se trata pues, de “buscar factores de riesgo para enfermedades crónicas” como antes se buscaban agentes causales en

los ecosistemas microbianos para las infecciosas y básicamente esta búsqueda se centra en el comportamiento de los individuos.

El correlato en la acción de este abordaje dominante en la interpretación causal, resultaba obvio: al igual que el periodo higienista esterilizó y desinfectó, la epidemiología de crónicas pretendió cambiar conductas individuales.

La Salud Pública, que desde los años 40 había casi desaparecido confiando en la capacidad de las balas mágicas terapéuticas como los antibióticos, vuelve a necesitar de intervenciones poblacionales y reinventa la acción. Para ello, se basa en su propia historia desarrollando una “higiene de las enfermedades crónicas” esto es: la educación sanitaria.

Abandonada la quimera de que cada enfermedad tuviera su tratamiento etiológico específico o su vacuna, se retorna durante los años 70 la rica herencia Higienista, que también había usado frecuentemente de métodos educativos para la profilaxis individual, la mejora de la nutrición infantil o la introducción, a partir de los años 20, de la higiene personal.

En la práctica, el desarrollo de esta nueva aproximación, pronto se vió limitada por condicionantes científicos y políticos que afectaban su efectividad. Por un lado, la transmisión de información e incluso la educación, no eran suficientes para cambiar conductas. Especialmente si estas estaban relacionadas con sustancias adictivas como el alcohol o el tabaco.

Por otro lado, la aproximación Higienista, culpabilizadora de las víctimas e hija a su vez del autoritarismo de la policía sanitaria del siglo XIX, chocaba frontalmente con los valores de las sociedades democráticas del mundo Occidental. Era imprescindible la elaboración de herramientas más complejas, que fueran aceptables tanto para la población como para los políticos. Porque además, empiezan a producirse paradojas administrativas como que los estados nación intenten reducir el consumo de tabaco y al mismo tiempo, obtener notables beneficios del propio consumo por medio de la fiscalidad, o como ocurre con Tabacalera en el caso español, de su propia comercialización.

Incorporar la complejidad y la democracia -mediante la participación- a la práctica de la Salud Pública eran retos que se hicieron cada vez más evidentes durante los años 80 y que condujeron a que durante algunos años se usara el término de La Nueva Salud Pública”.

Durante los años 70 y en paralelo al desarrollo de la educación sanitaria basada en factores de riesgo, comienza a vertebrarse un notable cuerpo teórico, crítico con estas aproximaciones. El modelo médico es criticado por su falta de eficacia, desde series históricas por McKeown, por su pobre aplicación del método científico por Cochrane, y por los daños producidos por la medicalización de la sociedad.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los textos de estos autores, aun no rebatidos suponen un importante revulsivo, aunque ninguno, quizás con la excepción de la crítica reformista de Cochrane, suponen alternativas de actuación a la praxis médica y sanitaria de aquellos años.

La introducción de los planteamientos holísticos, y la vertebración de una línea de pensamiento distinta, aunque quizás complementaria con el enfoque médico, empieza a configurarse también durante los años 70. Pueden citarse como textos pioneros e influyentes los de Blum sobre planificación para la salud y de Antonovsky sobre salutogénesis. Ambos representan el primer intento formal de operativizar y dar contenido teórico al inicio del cambio en el paradigma de la salud, que represento la definición de la OMS de final de los años 40.

Los cambios en la estructura de poder de las agencias transnacionales al final de los años 70, con holgadas mayorías de gobiernos socialdemócratas, especialmente de la Europa nórdica (Leo Kaprio, Haifdan Mahier, lo Asvali); la creciente importancia en la ONU de los no alineados; y la crisis económica y científica de los servicios de salud occidentales en aquellos años, posibilitaron un importante cambio en las políticas y estrategias de la OMS, hasta entonces caracterizadas por el colonialismo médico y tecnológico.

Este contexto político y científico hizo posible primero la aparición de nuevos enfoques en algunos países aislados como Canadá 20, con el informe Lalonde y posteriormente en Alma Atá, en una reunión conjunta de OMS y UNICEF, el inicio de la estrategia global de Salud para Todos.

Salud para Todos significaba en términos políticos, un apoyo a la equidad y a los sistemas nacionales de salud como parte de la influencia de los gobiernos socialdemócratas, pero supuso también una verdadera revolución técnica al aceptarse implícitamente la orientación exclusivamente terapéutica y médica como insuficiente.

Las propuestas consistieron en reformar los servicios sanitarios poniendo un mayor énfasis en la atención primaria, en el compromiso de democratización con la participación comunitaria, en la acción intersectorial y sobre todo en orientar las intervenciones sanitarias mas hacia la salud que a la enfermedad.

Es a partir de Alma Ata cuando empieza a hablarse de promoción de la salud. Al principio con el nombre de “prevención primordial” como término que se basaba en el modelo medicalizado de Leavell y Clark de prevención primaria, según la historia natural de la enfermedad, ya que planteaba iniciativas incluso previas a la prevención primaria. Se trataba de actuar sobre las causas de las causas. La necesidad de un modelo de intervención más amplio que la educación sanitaria sobre conductas, resultaba obvio en aquellos años. Se puso de manifiesto la importancia de las políticas y de su análisis para la acción sanitaria. Hubo un renacer de la percepción de la importancia del medio ambiente físico social y cultural, junto con una reivindicación política de disminución de la asimetría paretiana en el sector salud, surgiendo la aplicación al terreno de la salud de la noción feminista de “empowerment”.

Defensa de la salud, capacitación y mediación

La Carta de Ottawa supone, además del nacimiento de la promoción de la salud en un sentido amplio, el inicio de un nuevo estilo de trabajo en Salud Pública que supera los problemas en décadas anteriores. Este marco puede resolver la vía muerta de intentar aplicar el higienismo a nuestros tiempos. Proponía la unión operativa entre información y acción, sugiriendo la incorporación de las tradicionales actividades de vigilancia epidemiológica y vigilancia de la Salud Pública en la función de defensa de la salud.

Esto quiere decir que el profesional de Salud Pública ha de pasar de su actual status de subordinación administrativa en el Estado a tener una voz más pública para defender la salud de la población o de un grupo. Esto supuso no solo un cambio de status profesional sino también un cambio en la naturaleza de la información que recogemos.

Una reunión de la OMS en Barcelona, en 1987, definió la naturaleza de esta nueva información que necesitamos como índices que:

- A) Son capaces de estimular el cambio debido a su visibilidad política y a su impacto, son sensibles a los cambios y permiten comparaciones.
- B) Deben recogerse, usarse y entenderse fácilmente por la población y los decisores.
- C) Están relacionados con la promoción de la salud en el sentido de la definición de Ottawa.

Uno de los vehículos más interesantes en que ha cristalizado esta propuesta de Ottawa y en parte los Criterios de Barcelona, es en la realización de informes de salud periódicos. La idea ha cristalizado tanto desde el ámbito gubernamental como desde asociaciones profesionales o grupos de presión. Estos informes proporcionan información asequible tanto a la población como a los decisores, a través de los medios de comunicación de masas.

Se crea así un marco de rendimiento de cuentas público sobre las actuaciones y los programas, que puede poner a la salud y a las actividades de Salud Pública, tanto en la agenda de los políticos como en la de los intereses de los ciudadanos, ayudando a crear un clima social favorable al desarrollo de políticas públicas saludables.

Como respuesta a los excesos paternalistas de la educación sanitaria y a sus efectos secundarios de culpabilización de las víctimas y reafirmando el derecho al propio control de la salud por parte de los individuos y grupos, surge en Ottawa la noción de capacitación.

No se trata ya de decir a la gente lo que debe o no debe hacer, sino de capacitarlos para una gestión más autónoma de su salud y de los eventuales episodios de pérdida de la misma, incluyendo un uso más autónomo de los servicios sanitarios y la tecnología médica.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La noción de capacitación esta firmemente anclada, tanto en la tradición de la educación sanitaria como en la incorporación a la misma de las ideas de Paulo Freire e Ivan Illich. El apoyo a la autoayuda, los autocuidados, las redes sociales y el reforzamiento comunitario son actividades claramente vinculadas con la función de capacitación.

Nancy Milio articuló en los años 80 otra idea clave, la de políticas públicas saludables, proporcionando un marco de referencia útil para la actuación intersectorial. Las decisiones de los individuos son las que conforman su situación de salud. Pero a su vez, estas decisiones se producen dentro de un rango de opciones que está establecido por las políticas tanto públicas como corporativas.

El tamaño del rango de opciones, es decir, el nivel de desarrollo humano, condiciona la probabilidad de elecciones más saludables. En esta situación, conseguir que grupos de población numerosos adopten las opciones más saludables supone desplazar todo el rango de opciones hacia el lado de la saludabilidad. Para ello es necesario conseguir que se desarrollen políticas publicas saludables que influyan en las políticas corporativas. Se define así la tercera función de la promoción de la salud, establecida en la carta de Ottawa, como mediación.

En resumen podríamos decir que el objetivo de la promoción de la salud seria: Mediar en la puesta en marcha de políticas publicas saludables, utilizando herramientas aceptables en democracia y adecuadas a la sociedad de la información, como son la defensa de la salud y el trabajo por un mayor grado de autonomía de grupos e individuos.

La promoción de la salud en la práctica. Entornos saludables

La aproximación por “entornos” se ha mostrado útil en el proceso de clarificación de objetivos para la intervención en promoción de la salud. Es el núcleo de trabajo de la mayoría de los proyectos actualmente en marcha bajo este enfoque, como Ciudades Saludables, Escuelas Promotoras de Salud, Hospitales Saludables, Prisiones Saludables, Universidades Saludables, Lugares de Trabajo Saludables.

La insuficiencia del modelo bioético en Promoción de la Salud. Hacia una ética propia.

Por su especial situación con respecto a la integridad del cuerpo humano y sobre todo por su capacidad para vulnerarlo, la medicina en sociedades democráticas se ha visto obligada a la reflexión ética. Se ha desarrollado en los últimos 20 años un importante cuerpo de razón práctica denominado “Bioética”.

Incluso mucho más recientemente, y dada la especialísima situación de los médicos obligados a ser juez, abogado y fiscal e incluso ejecutar ellos mismos las sentencias, se ha desarrollado la llamada bioética clínica, intentando rellenar con razón práctica las cuestiones morales que suscita el desarrollo de la tecnología en medicina.

La Salud Pública está muy influida por la corriente bioética, y hasta el momento no se ha preocupado mucho de desarrollar un proceso de razonamiento práctico parecido que aliente, no ya las decisiones profesionales del

médico, sino las del salubrista. No es ajeno sin duda a este retraso el hecho de la mayor profesionalización de la medicina como profesión liberal y la ya comentada insuficiente profesionalización de la Salud Pública.

Un médico está solo -con su profesión- frente al paciente y los dilemas morales (y los eventuales litigios). Esta situación obliga al desarrollo deontológico y a los códigos de buena práctica.

La situación es compleja, en la medida en que una profesión no puede desarrollarse sin deontología y en que la clarificación del debate moral es mucho más específico que los debates generales de política partidaria. Los profesionales de la Salud Pública parecen socialmente liberados de las consecuencias de sus propios actos. La queja más frecuente que cualquiera puede oír en los servicios de Salud Pública es: "No hay voluntad política".

En las discusiones académicas en Salud Pública se plantea por un lado el seguidismo de los desarrollos producidos por la bioética médica y por otra parte, la aspiración a la producción de una ética propia. ¿Qué camino deberíamos seguir?

Quizás, la reflexión sobre el mandato para actuar puede arrojar luz sobre esta cuestión. La medicina justifica sus actuaciones (y la cirugía también) en la existencia de una demanda explícita, en la actuación sobre un solo individuo y en los enunciados bioéticos básicos de beneficencia y no maleficencia. A los médicos se les permite vulnerar la integridad del cuerpo humano, quizás el principio más protegido por el ordenamiento penal occidental.

Sin embargo, en el caso de la Salud Pública las cosas son bien distintas. La demanda explícita y personal no existe. No se establece una relación personal, sino colectiva y mediada por el poder político. Finalmente, la cobertura de los programas de Salud Pública es masiva y no personal. Aquello que es considerado como efectos secundarios aceptables en clínica, por ejemplo una letalidad del uno por mil, en salud Pública resultaría una catástrofe.

Si no existe una demanda explícita de ayuda por parte de una persona, entonces ¿cómo justificar éticamente los efectos secundarios por pequeños que estos sean?. La mayoría de los efectos secundarios de los programas de salud pública, que no son negligibles sobre todo en parte del cuerpo de la ética social su vertiente psicológica, se refieren al efecto etiqueta y a la culpabilización de las víctimas. Por su naturaleza colectiva afectan a miles de personas que, sobre todo, no han pedido ayuda de manera explícita. La Salud Pública ejerce sobre principios bioéticos -hacer el máximo de bien y el mínimo de mal- sin que se dé la primera cláusula básica: el establecimiento de la relación clínico-enfermo.

Necesitaríamos pues, para solventar esta cuestión, que afecta al mismo núcleo de nuestra actividad desarrollar una ética propia. Este ejercicio de reflexión debería centrarse en las consecuencias de las acciones de la Salud Pública, que son muy diferentes del acto clínico y que necesitan un escrutinio técnico más pormenorizado que la crítica partidaria a los gobiernos.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la actualidad el mandato para actuar de la Salud Pública emana del poder político, pero los partidos políticos no describen en sus programas electorales los programas de Promoción de la Salud que pretenden poner en marcha. Como consecuencia necesitamos una ética independiente tanto de la Medicina como de la política partidaria.

Para David Buchanan la clave está en repensar el propio objetivo de la Salud Pública como un proceso participativo con la comunidad. Para él, más que buscar la salud de la comunidad, incluso en contra de su propio criterio, la Salud Pública debe “buscar con los miembros de la comunidad un acuerdo sobre los cursos de acción que propicien una vida comunitaria compartida de calidad”.

Si no se produce este dialogo social, ¿Dónde reside el mandato de la Salud Pública para actuar? Existen otras cuestiones críticas y urgentes que debía abordar una ética propia de la Salud Pública. Aparte de la cuestión ya citada de la legitimidad para actuar, las discusiones éticas clásicas en cuanto a la lógica utilitarista como oposición a planteamientos más equitativos, tocan de lleno el núcleo de acción de la Salud Pública.

¿Debemos primar la eficiencia o debemos primar la equidad? ¿Debemos salvar tantas vidas como sea posible incluso si hay personas con menos posibilidades de salvarla que otras? ¿Debemos mejorar la salud de personas que no quieren mejorarla? ¿La salud es importante, pero cuanto en comparación con otras aspiraciones del ser humano, como la libertad? ¿Debemos contribuir con el discurso de la Salud Pública a un renacer del salutismo?

Hay muchos, quizás demasiados, interrogantes abiertos. Siguiendo a Buchanan primero deberíamos hacernos conscientes del déficit de razón práctica que la Salud Pública acarrea, posteriormente examinar que es aplicable y que no del modelo bioético, y luego iniciar un dialogo público sobre virtudes cívicas. Al fin y al cabo la Salud Pública depende de cursos de acción sociales y esto es el terreno en las Ciencias Morales de la ética de las virtudes cívicas.

Para Len Duhi el “nosotros” es la esencia de la comunidad, pero para construir el nosotros es necesaria la confianza colectiva. Para la Salud Pública sin duda, la virtud cívica más relevante es la confianza porque sin ella no hay comunidad ni acción social. Confianza en que la actividad social y comercial no dañará nuestra salud, confianza en que los poderes del estado vigilan la actividad social defendiendo nuestro derecho a la salud³¹.

31 Promoción de la Salud. perso.wanadoo.es/aniorte.../apunt_polit_plan_5.htm Fecha consulta 25-04-14.

CAPÍTULO

V

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MUNDO GLOBALIZADO

La concepción holística de la salud, no como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar general de la persona, implica la promoción de la salud como vehículo hacia una conciencia sanitaria que trascienda la preocupación por la cura e incluya la prevención, la información, el conocimiento para una vida saludable.

“La promoción de la salud es un proceso, no una solución fácil”, expresa el reporte de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al 43er Consejo Directivo de la Organización¹.

La OPS viene realizando actividades destinadas a promover un amplio concepto de la salud como base del desarrollo humano y de una calidad de vida aceptable. Para esto insta a los Estados Miembros a trabajar en los cinco campos de acción o estrategias de promoción de la salud: el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios para la salud, la habilitación de las comunidades, la adquisición de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.

“Cada vez más países de la Región reconocen la importancia de la promoción de la salud como una poderosa estrategia de salud pública y han incorporado muchos de estos campos de acción en sus planes y programas nacionales de salud².

Un hito en este proceso para lograr un continente más saludable fue la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad”, celebrada en junio de 2000, en México. Allí, delegaciones de la mayor parte de los países de la Región firmaron la “Declaración ministerial de México para la promoción de la salud: de las ideas a la acción”, conocida como la Declaración de México, a través de la cual los Estados Miembros de la OPS se comprometieron a fortalecer la planificación de actividades de promoción

1 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *43er. Consejo Directivo de la Organización. 53ª. Sesión del Comité Regional*. Washington, D.C. 24 al 28 de septiembre de 2001.

2 Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud en las Américas. *Informe Anual del Director – 2001*. Washington, D.C.: OPS, © 2001. (Documento Oficial 302). ISBN 92 75 37302 7. p. 1-16.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

de la salud, dándoles más espacio en las agendas políticas y en los programas locales, regionales, nacionales e internacionales³.

Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores influyen en los factores determinantes de la salud. Y también constituyen importantes vehículos para reducir las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, asegurando el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud.

La iniciativa Regional de Políticas Públicas Saludables se basa en un enfoque multisectorial para asegurar la sustentabilidad de los servicios; aumentar la protección de los habitantes y reducir sus riesgos; ampliar la atención a los grupos indígenas; extender la cobertura en cada localidad, y mejorar la calidad de la vida.

Durante el año 2000, la cooperación técnica de la OPS permitió que los países crearan entornos propicios, considerando la interrelación de sus dimensiones físicas, sociales, espirituales, económicas y políticas.

Las escuelas promotoras de salud, una de las iniciativas puestas en práctica, representan un espacio en donde formar futuros ciudadanos que cuiden de su salud y de la de sus seres queridos, y que protejan responsablemente su entorno. En estas escuelas se unen los sectores de salud y educación para propiciar la adopción de hábitos saludables, favorecer la autoestima y fomentar el cuidado de la salud ambiental.

La cooperación técnica de la OPS en la habilitación de las comunidades se ha concentrado tanto en los dirigentes como en las personas individuales, con el fin de hacer que la comunidad acepte una mayor responsabilidad social por su salud y traduzca eso en actividades para el mejoramiento de las condiciones existentes y a la adopción de formas de elección y modos de vida más saludables. Esto de edad internadas, salud mental, derechos de las poblaciones indígenas y violencia doméstica.

La participación interinstitucional en la protección y promoción de la salud del lactante llegó a un punto culminante en Ecuador en el año 2000 con la adopción de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por parte de la mayoría de las instituciones públicas. Esta estrategia incluye la atención de la malnutrición grave y la orientación sobre la lactancia materna y otros aspectos de la nutrición, así como la administración de suplementos de vitamina A y hierro en el nivel de atención primaria.

Uno de los puntos de enfoque fundamentales de la OPS ha sido la adquisición de aptitudes personales durante el ciclo de vida. La enseñanza de aptitudes para la vida en las escuelas, el principal elemento de esta estrategia, incluye la formación de maestros, la participación de los padres de familia y la puesta en marcha de la iniciativa de las Escuelas Promotoras de Salud.

3 Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. pp. 1-50.

En cuanto a la reorientación de los servicios de salud, la OPS ha contribuido a buscar y definir nuevos modelos de atención en Chile, Costa Rica y Jamaica mediante políticas integradas de atención de salud destinadas a fortalecer la atención primaria, ampliar la capacidad de resolución de problemas de los servicios de salud y hacer hincapié en las actividades de promoción y protección de la salud con la participación de la sociedad civil.

La OPS, que funciona como la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, fue establecida oficialmente en 1902 y es la organización de salud más antigua del mundo, trabaja con todos los países de las Américas para mejorar la salud y elevar los estándares de vida⁴.

CAPITAL SOCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

América latina enfrenta problemáticas de desarrollo y salud comunes. La equidad y la superación de la pobreza son cruciales en la búsqueda de soluciones integrales y de alto impacto.

La situación de salud en América Latina está ligada a su historia, cultura y procesos de desarrollo. Más allá de la diversidad e los países existen bases compartidas y desafíos comunes. América latina se abre al siglo XXI enfrentando un perfil epidemiológico en evolución, donde los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales. La pobreza y la inequidad social hacen más complejos los desafíos, debiéndose encontrar respuestas más elaboradas y globales que permitan alcanzar un verdadero cambio social.

Muchas de las iniciativas de promoción de la salud implementadas en los últimos años, con foco en el nivel individual no dieron los resultados esperados. Cada vez es más evidente que las estrategias de promoción de la salud deben considerar un enfoque social, comunitario y político integral que permita el acceso equitativo a respuestas efectivas en salud⁵.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

La población estimada en América latina y El Caribe en el año 2005 era de 512 millones, cerca de un 9% de la población mundial.

4 Historia de la OPS. Última actualización Miércoles 27 de Febrero de 2013. www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature47.htm
Fecha consulta 28-04-2014. p. 1.

5 C. Sapag Jaime. Kawachi Ichiro. 2007. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* No. 41(1):139-49.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La mayor parte de ella (51.8%) se localiza en Brasil y México y el resto se distribuye entre 41 países y territorios⁶.

La población indígena representa aproximadamente entre el 8 y el 15% del total de la región, mientras los afrodescendientes llegan a un 30%.

En las últimas décadas, se ha avanzado en algunos de los indicadores globales de salud en la región, alcanzándose por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil de 27,7 por 1000 y una expectativa de vida al nacer cercana a los 72 años para el quinquenio 2000-2005⁷.

La transición demográfica y epidemiológica se expresa en un incremento progresivo de la población de 60 años y más, que según estimaciones, aumentaría desde un 8% en el año 2000 a un 14,1% en el año 2005 y a la vez en un peso relativamente creciente de condiciones como el cáncer, las enfermedades crónicas, los trastornos de salud mental, el VIH/SIDA, y los accidentes en el perfil de salud⁸.

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD E INEQUIDAD

Los determinantes sociales – características específicas y vías por las cuales las condiciones sociales influyen en la salud- son de extrema importancia para explicar la situación de salud y definir estrategias apropiadas de intervención en el continente⁹. Es clara la relación que existe entre ambiente social y salud¹⁰.

Las relaciones sociales, la cultura, el barrio de residencia, el tipo y lugar de trabajo, el nivel socioeconómico, así como la raza y el género, entre otras, han sido variables estudiadas con alta influencia en salud.

La pobreza y la inequidad se manifiestan en toda la región y dificultan los avances en salud. Los niveles de pobreza el año 2005 alcanzaron el 40,6%. Diversos estudios muestran la relación entre la gradiente socioeconómica y la inequidad en el ingreso con los resultados de salud. En este contexto, la equidad y la superación de la pobreza como objetivo de las estrategias de promoción de salud resulta un imperativo ético¹¹.

6 Antonovsky, A. 1987. *Unravelling the mystery of health*. Jossey-Bass. San Francisco. Washington. London.

7 Piédrola, G. *Op. Cit.* 1996. p. 46.

8 Sepúlveda J, Gómez Dantés H. 2006. Origin, direction and destination of the health transition in Mexico and Latin America. Montevideo: International Development Research Centre; 1997. Disponible en http://www.idrc.ca/en/ev-23058-201-1-DO_TOPIC.html. Fecha de consulta: 28-04-2014.

9 Marmot M, Wilkinson. 1999. RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

10 Marmot M. 1998. *Improvement of social environment to improve health*. Lancet. P: 351:57-60.

11 Restrepo H. 2000. Increasing community capacity and empowering communities for promoting health: technical report. In: *Conference for Health Promotion. Bridging the Equity Gap*. México, June 5-9.

PROMOCIÓN DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

El concepto de promoción de salud, en el sentido en que actualmente se le conoce, se hace presente en salud pública en la década del 70¹², aunque sus bases históricas son muy remotas¹³. La Organización Mundial de la Salud define promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual¹⁴.

La dimensión holística de promoción de salud implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la acción cooperativa de la comunidad y asegurando el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social, en el contexto de políticas públicas de acuerdo a los objetivos de salud¹⁵.

Existe una vasta experiencia en programas de promoción de salud en América Latina¹⁶.

Sin embargo, las estrategias difieren en su tipo, foco y en las expectativas de cambio en el comportamiento esperadas.

Un estudio basado en la literatura de los programas de promoción de salud en América Latina entre 1990 y 1997¹⁷, concluye que tales programas, en base a la tipología de Wilson, se pueden dividir en cuatro tipos de acuerdo al cambio esperado: 1) *Cambios Parciales en los Individuos* (teoría de 'Protección y Motivación' de Rogers)¹⁸; 2) *Cambios Globales en los Individuos* (teoría de 'Aprendizaje Social' de Bandura)¹⁹. 3) *Cambios*

12 Conferencia Internacional de Atención Primaria. Declaración de Alma Ata - 1978. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Fecha de la consulta:30-04-2014.

13 MacDonald TH.(1998).Rethinking health promotion: a global approach. London: Routledge.

14 Organización Mundial de la Salud.(1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; 1986 Nov 21; Ottawa, Canada. Geneva.

15 Bracht N,(1999). editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE.

16 Atkinson S, Cohn A, Ducci ME, Gideon J. (2005). Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. Health Promot Int. 20: 167-75.

17 Whittemore AA, Buelow J. Health and health promotion in Latin America: a social change perspective. In: Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. pp. 199-218.

18 Rippetoe PA, Rogers RW. (1987). Effects of components of protection-motivation theory and adaptive and maladaptive coping with a health threat. J Pers Soc Psychol. 52: 596-604.

19 Bandura A. (1986). Social foundations of thought and actions: a social cognitive theory. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Parciales en la comunidad/Sociedad (teoría de salud comunitaria 'pies descalzos' de Werner)²⁰ y 4) *Cambios Globales en la Sociedad* (teoría de Cambio Social' de Freire)²¹.

Más allá de las limitaciones y virtudes de todos estos programas, se puede señalar que es perentorio propiciar el desarrollo de iniciativas integrales, intersectoriales, con la mayor participación comunitaria y sustentabilidad posibles. Es fundamental, a su vez, responder estructural y decididamente, como sociedad, a las causas profundas de la problemática de salud: pobreza e inequidad. El concepto de capital social, puede ser un aporte más para canalizar los esfuerzos presentes y futuros de promoción de salud en América Latina.

CAPITAL SOCIAL Y SALUD

Desde hace muchísimo tiempo se tiene conciencia de la relevancia de los factores propiamente colectivos en la dinámica de los individuos y de la sociedad. Por ejemplo, Émile Durkheim reconocía el rol protector de la integración social y la importancia de la solidaridad orgánica para su desarrollo en las sociedades modernas; Karl Marx identificaba la relevancia de la solidaridad circunscrita a los límites de la comunidad; Marcel Mauss reconocía la reciprocidad de los intercambios en los sistemas premercantiles (dar, recibir y restituir); Max Weber identificaba la acción social y el carácter subjetivo de la acción, racional con arreglo a fines, racional con arreglo a valores, afectiva y tradicional²².

El término "capital social" ya fue utilizado por Bourdieu en 1980, quien lo diferenciaba del capital cultural, entendiéndolo como la agregación de los recursos actuales o potenciales que son parte de las redes de relaciones más o menos duraderas²³.

James Coleman y Robert Putnam, en los 90, dieron a conocer extensamente el concepto, con su propia perspectiva.

Coleman entiende capital social como los recursos socioestructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esa estructura²⁴.

20 Werner, D. 1997. *Where there is no doctor*. Palo Alto (CA): Hesperian Foundation.

21 Freire, P. 1973. *Education for critical consciousness*. New York: Seabury.

22 Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama social de América Latina 2001- 2002. Santiago de Chile; 2002. *Capital social: sus potencialidades y limitaciones para la puesta en marcha de políticas y programa sociales*; pp. 139-66.

23 Serrano, C. 2002. Pobreza, capital social y ciudadanía (Borrador): asesorías para el desarrollo. Santiago de Chile. Disponible en <http://www.asesorias.tie.cl/informe%20capital%20social.rtf>. Fecha de consulta: 30-04-2014.

24 Coleman, J. 1990. *Foundations of social theory*. Cambridge (MA): Harvard University Press.

Por su parte, Putnam define el capital social como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como intangibles que favorecen los emprendimientos: la confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartidas²⁵.

Definiciones más recientes visualizan el capital social como las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico.^{***}

A su vez, se pueden distinguir dos tipos de capital social: a) el *cognitivo*, que se refiere a aquel subyacente a la estructura visible, que se deriva de procesos mentales e ideas, reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento corporativo; y b) el *estructural*, que incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación.

En el contexto del capital social estructural, existen dos dimensiones relacionales: 1) *vertical*, en que los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, por ejemplo, alcaldía y población pobre; este tipo de relación se conoce como tipo 'linking' (de vinculación) y sería central en el proceso de definición e implementación de las políticas; y 2) *horizontal*: donde no existen tales diferencias. En este último caso, a su vez, las relaciones entre los grupos pueden ser tipo 'bonding' (de unión), que se dan entre grupos que comparten ciertas características demográficas, por ejemplo: entre familiares, vecinos, amigos cercanos o colegas (éstas serían fundamentales en el desarrollo de los procesos básicos de sociabilización); o bien, pueden ser tipo 'bridging' (de aproximación), que se dan entre grupos demográficos distintos (serían muy relevantes en los procesos de participación cívica, construcción de coaliciones, y otros)²⁶.

El capital social se puede analizar en los diversos niveles de la sociedad, como organizaciones, barrios, pueblos, ciudades, nación, mundo.* Igualmente, es necesario visualizar capital social como un factor relevante para alcanzar *cohesión social*, que representa un concepto más amplio que incluye ausencia de conflicto social latente y presencia de fuertes lazos sociales, donde se incluyen la confianza y las normas de reciprocidad (como capital social), las asociaciones que superan las divisiones sociales ('sociedad civil') y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos (respuesta democrática, poder judicial independiente, y otros). Tanto capital social como cohesión social se refieren a la dimensión colectiva ecológica de la sociedad²⁷.

Es también importante conocer las similitudes y diferencias entre capital social y otros conceptos relacionados.

25 Putnam, R., Leonardi, R., Nanetti, R.Y. 1994. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton (NJ): Princeton University Press.

26 Uphoff, N. 2000. Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participants. In: Dasgupta P, Serageldin I, editors. *Social capital: a multifaceted perspective*. Washington (DC): The World Bank; pp. 215-49.

27 Berkman, L, Kawachi I. 2000. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A diferencia de conceptos como *redes sociales* (características estructurales del conjunto de lazos y conexiones sociales de un individuo) y *apoyo social* (ayuda percibida por el individuo como consecuencia de lazos y conexiones sociales; que incluye apoyos de tipo emocional, instrumental, decisonal e informacional²⁸, capital social suele entenderse como una propiedad intangible del colectivo, no del individuo.

Conceptualmente, los *posibles beneficios* del capital social son: mejorar el posicionamiento, las posibilidades y el acceso a recursos de diverso tipo para quienes participan en las relaciones sociales; actuar como elemento de cohesión, de base social y cultural, que facilita el emprendimiento común sobre normas y expectativas compartidas; favorecer las virtudes cívicas y estimular el interés por los asuntos públicos²⁹.

Por otra parte, los *posibles riesgos* del capital social son: los fuertes lazos que beneficiarían a los miembros de esa comunidad, pudieran implicar exclusión y marginación para otros; una comunidad cerrada puede significar limitaciones al desarrollo de las iniciativas exitosas por parte de los miembros que se escapan de la norma; centrar la atención en el capital social a nivel comunitario pudiera favorecer la pasividad en la búsqueda de respuestas integrales y estructurales a los problemas de desarrollo, como la inequidad³⁰.

Los efectos del capital social han sido evaluados en diversos ámbitos, tales como educación escolar³¹, criminología³², movilidad y realización laboral³³, democracia³⁴ y gobernabilidad³⁵. Particularmente, se ha analizado su posible impacto en el desarrollo socio-económico³⁶ y en la superación de la pobreza en América Latina³⁷.

28 House, J.S. 1981. *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley.

29 Putnam, R. 2000. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.

30 Portes, A. 1998. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Ann Rev Sociol*; 24: 1-24.

31 Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol*. 94 Suppl: S95-120.

32 Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., Earls, F. 1997. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*. 277: 918-924.

33 Boxman, E., De Graaf, P., Flap, H. 1991. *The impact of social and human capital on the income attainment of Dutch managers*. *Soc Networks*. 13: 51-73.

34 Baquero, M. 2003. Construyendo una otra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev Sociol Polit*. (21): 83-108.

35 Comisión Económica para América Latina y El Caribe. 2002. Panorama social de América Latina 2001- 2002. Santiago de Chile; 2002. *Capital social: sus potencialidades y limitaciones para la puesta en marcha de políticas y programas sociales*; p. 139-166.

36 Fukuyama, F. 1995. *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: The Free Press. Woolcock. M. (1998). *Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework*. *Theory Soc*. 27:151-208.

37 Atria, R., Siles M., compiladores. 2003. *Capital social y reducción de la pobreza: en busca de un nuevo paradigma*. Santiago de Chile: CEPAL; Universidad del Estado de Michigan.

Las investigaciones respecto a la asociación entre capital social y salud son más recientes³⁸.

La relación entre factores socioeconómicos y salud está bien establecida, al igual que el impacto de la tipología del barrio sobre la misma. Progresivamente, nuevos estudios identifican una asociación positiva entre capital social y salud.* La falta de capital social ha sido correlacionada con un peor estado de salud a través de incremento en las tasas de homicidios, así como de una mayor morbi-mortalidad global y por causas específicas³⁹.

La reconocida necesidad de una redefinición del énfasis de las iniciativas de promoción de la salud desde el eje individual hacia la consecución de cambios en el nivel comunitario y sistema social, está adquiriendo más fuerza y materializándose en nuevos programas. Es aquí donde el capital social pudiera jugar un rol central⁴⁰.

La Declaración de Yakarta** expresa que la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, actuando sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social. En la misma línea, la Declaración de México* insiste en la necesidad de reforzar y ampliar los vínculos de asociación en pro de la salud y el Compromiso de Chile,** por su parte, enfatiza el rol de la participación de la sociedad civil en las estrategias de promoción de la salud. La Carta de Bangkok también recoge implícitamente estas ideas⁴¹.

Son muchas las relaciones posibles entre capital social y promoción de la salud, varias de ellas entendibles bidireccionalmente: reconociendo y desarrollando el capital social en favor de la promoción y/o potenciando el capital social a través de proyectos de promoción exitosos. Más allá de intentar explicar qué es primero, es necesario visualizar el impacto que la integración de ambos conceptos puede significar para alcanzar mejores resultados globales.

A continuación se presentan cuatro elementos críticos de esta dinámica:

38 Pattussi, M.P., Moysés, S.J., Junges, J.R., Sheiham, A. 2006. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*. 22: 1525-46. Putnam, R. (2004). Commentary: 'Health by association': some comments. *Int J Epidemiol*. 33: 667-671.

39 Hyyppa, M., Maki, J. 2001. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med*. 32:148-155.

40 Cooper, H., Arber, S., Fee, L., Ginn, J. 1999. The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. London: Health education Authority. Souza, E.M. (2003). Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 37: 463-469.

41 Organización Mundial de la Salud. 2005. *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado*. Ginebra.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Comenzar por reconocer y favorecer los elementos del capital social presentes en una comunidad resulta fundamental para potenciar la participación activa de sus integrantes en el camino de promoción de salud⁴².

Entendiendo empoderamiento como el “proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en la calidad de vida comunitaria y justicia social”⁴³, es fácil comprender la importancia que los factores colectivos de confianza, reciprocidad y colaboración significan en su consecución. En la intersección entre el concepto de empoderamiento individual y empoderamiento colectivo en salud debe existir un reconocimiento del sentido de comunidad, de la importancia de avanzar colectivamente. Ese paso ya lo definía Freire como ‘*concientización*’ o aquel proceso de conciencia crítica de la realidad y de compromiso activo de las personas para transformarla, desde una perspectiva social⁴⁴.

El empoderamiento de la comunidad, a su vez, favorece la competencia cultural de las iniciativas de promoción y, de esa forma, su real impacto y potencial sustentabilidad⁴⁵.

La investigación-acción participativa puede ser una herramienta para reconocer mejor el capital social presente en una comunidad y asegurar un real proceso participativo⁴⁶.

CAPITAL SOCIAL, INTERDISCIPLINA E INTERSECTORIALIDAD

Es claro que para el éxito de las estrategias de promoción de salud, se requiere un trabajo donde todos los involucrados actúen cooperativamente. Ello es válido tanto para los individuos como para las comunidades, sus organizaciones formales e informales y, por supuesto, para las instituciones responsables del gobierno. El trabajo en coaliciones promotoras de salud va en esa línea. También, implica la necesidad de vincular las distintas disciplinas y sectores en proyectos comunes, obteniéndose beneficios compartidos. Por ejemplo, algunos estudios

42 Eng, E, Parker, E. 1997. Lay health advisor intervention strategies: a continuum from natural helping to paraprofessional helping. *Health Educ Behav.* 24: 413-417.

43 Wallerstein, N. 1992. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot.* 6: 197-205.

44 Freire, P. 1970. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.

45 Hennessey Lavery, S., Smith, M.L., Esparza, A.A., Hrushow, A., Moore, M., Reed, D.F. 2005. The community action model: a community-driven model designed to address disparities in health. *Am J Public Health.* 95: 611-616.

46 Fals-Borda, O., Rahman, M.A. 1991. *Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action research*. New York: Apex Press. Farquhar, S.A., Michael, Y.L., Wiggins, N. 2005. Building on leadership and social capital to create change in 2 urban communities. *Am J Public Health.* 95:596-601. Lewin, K. 1946. Action research and minority problems. *J Soc Issues.* 2: 34-46.

muestran cómo el enfoque participativo en proyectos de provisión de agua potable en países en desarrollo puede simultáneamente incrementar las tasas de vacunación⁴⁷.

Entonces, el despliegue del capital social en sus dimensiones vertical (tipo *'linking'*) y horizontal (tipos *'bonding'* y *'bridging'*) y su complementariedad a favor de la salud, es otro factor que debe ser reconocido en las iniciativas de promoción.

CAPITAL SOCIAL Y CAMBIO SOCIAL

Varias iniciativas en promoción de salud han reconocido la importancia de un cambio social para el éxito de las mismas. Desde una perspectiva de organización comunitaria, el objetivo del cambio social suele ser el sistema completo y de esa forma se contribuye a una mejor y más rápida diseminación de nuevas normas y conductas saludables en la globalidad.

Así, lo que ocurre en todos los subsistemas y particularmente en el ámbito político y económico, es de primera importancia⁴⁸.

Aquí se encuentra el punto crítico de la relación entre salud, inequidad y capital social. Se requiere la implementación de estrategias y programas que les consideren integradamente en un contexto de desarrollo global y superación solidaria de la pobreza.

El capital social puede entonces entenderse como un medio para el cambio social y, a su vez, el cambio social debiese potenciar el desarrollo del capital social en términos positivos para la comunidad⁴⁹.

CAPITAL SOCIAL Y SUSTENTABILIDAD

La sustentabilidad, entendida como la habilidad de los programas de ser incorporados y continuar regularmente en la comunidad, una vez finalizada la asistencia externa⁵⁰, es un elemento clave en los programas de promoción de salud. La experiencia muestra que los elementos críticos para alcanzar tal sustentabilidad suelen ser parte de

47 Eng, E., Briscoe, J., Cunningham, A. 1990. Participation effect from water projects on EPI. *Soc Sci Med.* 30: 1349-1358.

48 Thompson, B, Kinne, S. 1999. Social change theory: applications to community health. In: Bracht N, editor. *Health promotion at the community level: new advances*. 2nd ed. Newbury Park: SAGE. pp. 29-46. Wakefield, S.E., Poland, B. 2005. Family, friend or foe?: critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med.* 60: 2819-2832.

49 Saegert, S., Thompson, J.P., Warren, M.R., editors. *Social capital and poor communities*. New York: Russell Sage Foundation; 2001.

50 Bossert, T.J. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Soc Sci Med.* 1990; 40: 1015-1023.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

la dinámica y estructura socio-política donde la comunidad está inmersa⁵¹. En ese sentido, el desarrollo de capital social, como un camino de empoderamiento por el cambio social, pudiera ser de alta relevancia. Del mismo modo, la planificación y la real participación de la gente en el proceso, asegura una mayor probabilidad de continuidad en el tiempo.

Finalmente el concepto de capital social puede contribuir en el conocimiento del impacto de las variables sociales en salud y en su mejor incorporación en las acciones de salud, potenciando el enfoque social en las estrategias de promoción de la salud. El capital social puede entenderse como un recurso y un objetivo al mismo tiempo.

El capital social no se puede ver de forma aislada, sino en el marco de las estructuras políticas y sociales que obligan a examinar la desigualdad en la disposición de recursos. Así, el capital social debe ser contextualizado respecto al papel del Estado, las políticas públicas y la dinámica institucional en los distintos sectores, velando por los derechos de las personas, sin discriminación, y resguardando la redistribución de los recursos para garantizar un adecuado nivel de salud⁵².

Estos elementos son críticos para lograr los propósitos de la promoción de la salud, en especial para aquellos países, como los de América Latina, en donde hay una alta desigualdad social. En ese sentido, es fundamental considerar la necesidad de integración, la participación y las relaciones de poder que ocurren en el marco de las inequidades que se presentan.

La real participación social y el trabajo interdisciplinario e intersectorial basado en el reconocimiento y desarrollo del capital social permitirían avanzar cooperativamente y lograr efectos complementarios en salud y en otras áreas. El compromiso de los gobiernos y de la sociedad entera por terminar con la inequidad existente y potenciar un desarrollo integral y de colaboración a través de los cambios estructurales y de las oportunidades necesarias es, sin duda, una tarea fundamental, más allá de las propias implicancias del concepto de capital social.

MODELOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

En el nuevo milenio, la promoción de la salud es considerada como el Fundamento de la salud pública. En el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas (1999), la promoción de la salud es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad.

Hace 20 años, la promoción de la salud se definió como un proceso multifactorial que actúa en individuos y comunidades a través de la educación, la prevención y las medidas de protección. Más tarde, la Organización

51 Thompson, B., Winner, C. Durability of community intervention programs: definitions, empirical studies, and strategic planning. In: Bracht N, editor. *Health promotion at the community level: new advances*. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. pp. 137-154.

52 Szreter, S., Woolcock, M. Health by association?: social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol*. 2004; 33: 650-667.

Mundial de la Salud (OMS) acuñó el concepto, vigente todavía, de promoción de la salud, que considera que la salud de las personas mejora en la medida en que se les facilita su control. El movimiento impulsaba las políticas y entornos saludables, la participación comunitaria, el desarrollo de las capacidades de las personas, la reorientación de los servicios de salud⁵³, acciones que destacan la contribución del ambiente y el entorno frente a la de los individuos y la atención médica.

Planificación de intervenciones de promoción de la salud

La práctica de la promoción de la salud implica la planificación, la realización y la evaluación de intervenciones que pretenden cambiar los determinantes de la salud ambientales y conductuales⁵⁴.

Entre los modelos de planificación de promoción de la salud destaca el clásico modelo PRECEDE (método para planificar y evaluar programas educativos en la salud, publicado por L. Green y cols. en 1980, 1991 y 1999)⁵⁵, representa un camino claro para no perderse en el desarrollo de intervenciones. Los determinantes personales y externos se agrupan en tres componentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzantes. Los factores predisponentes incluyen los conocimientos individuales, las actitudes, las conductas previas, las creencias y los principios. Los factores facilitadores se relacionan con la estructura del entorno o de la comunidad que facilitan o presentan obstáculos al cambio. Los factores reforzadores engloban los efectos positivos o negativos de adoptar la conducta, incluyen en ellos el apoyo social, que influyen la continuidad del comportamiento.

Los promotores de salud suelen diseñar, de forma sistemática, intervenciones, materiales o acciones desde los objetivos hacia la evaluación final.

El método Intervention Mapping⁵⁶ es una herramienta bastante nueva que ayuda al desarrollo de las intervenciones. Como marco general utiliza el PRECEDE pero, además, guía la elaboración de las intervenciones entre los estadios de objetivos y evaluación, basándose en teorías psicosociales que explican y aplican los procesos mentales de cambio y de aprendizaje⁵⁷. Tras la identificación cuidadosa de las poblaciones en términos de edad, sexo,

53 World Health Organization. 1986. *The Ottawa Charter: principles for health promotion*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

54 Simons-Morton, B.G., Greene, W.H., Gottlieb, N.H. 1995. Needs assessment and planning. En: Simons-Morton, B.G., Greene, W.H., Gottlieb, N.H., editors. *Introduction to health education and health promotion*. Prospect Heights: Waveland Press Inc.

55 Green, L.W., Kreuter, M.W. 1991. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, California: Mayfield. Gielen, A.C., McDonald, E.M. 1997. The PRECEDE/PROCEED planning model. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

56 Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb N. 2001. *Intervention Mapping: designing theory and evidence based health promotion programs*. Mountain View, CA: Mayfield.

57 Villamarín, F., Álvarez, M. 1998. Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *PSICOLOGEMAS*; 12 (24): 161-204.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

situación geográfica, ingresos económicos, educación, raza, etnia, estadio de desarrollo y estadio de cambio u otras características que el grupo investigador considere relevantes, y el desarrollo de una amplia valoración de necesidades, el método Intervention Mapping propone los siguientes pasos: a) escribir una lista extensa de objetivos de cambio de los determinantes conductuales y ambientales; b) revisar y seleccionar intervenciones basadas en teorías, métodos y estrategias prácticas y aplicarlas al diseño de la intervención; c) no olvidar que se debe planificar la adopción e implementación, y d) elaborar un plan de evaluación.

MODELOS INSTRUMENTALES

El **MARKETING SOCIAL**⁵⁸ se basa en las técnicas de mercado comercial⁵⁹. Se ha definido como el proceso de intercambio de algo valioso en el que dos o más partes consideran que satisfacen sus necesidades. El marketing social consiste en la aplicación de las técnicas del marketing comercial en el análisis, la planificación y la evaluación de intervenciones concebidas para influir en el comportamiento voluntario de destinatarios específicos, para mejorar su bienestar personal y el de la sociedad⁶⁰, en lugar de buscar el beneficio económico. Considera que el foco central de la planificación y administración de un programa debe ser el cliente, y sus técnicas se orientan a una intensa búsqueda de las necesidades, deseos y barreras percibidas por el segmento de la audiencia. Promueve los cambios voluntarios a través de la persuasión.

Los principales componentes de este modelo constituyen el *marketing mix*, cuyas iniciales en inglés forman las «5 p»: precio (*price*) o coste para el consumidor (tangible o intangible); producto (*product*), lo que el programa pretende cambiar en la audiencia; lugar (*place*) o canales usados para alcanzar la audiencia (medios de comunicación, cara a cara, en centros de trabajo, comunitarios, etc.); promoción (*promotion*), que incluye la publicidad, las relaciones públicas y los incentivos para llamar la atención del público, y posicionamiento (*placement*), lugar que ocupa el producto, servicio o idea en el mapa psicológico de la audiencia respecto a otros productos o servicios.

Los principios del marketing social se aplican a todo tipo de intervenciones, especialmente en los países en vías de desarrollo. Se han utilizado en campañas de comunicación pública dirigidas a aumentar el número de mujeres que se hacen mamografías, exploraciones mamarias y de cérvix, actuar sobre la obesidad en grupos específicos, mediante series de televisión o en contracampañas de consumo de tabaco⁶¹. Los modelos teóricos de cambio de comportamiento en los que se basa el marketing social son el modelo transteórico de las etapas

58 Kotler, P., Andreasen, A. 1987. *Strategic marketing for non-profit organisations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. ISBN-0138512051.

59 US Department of Health and Human Services. 1992. *Making health communication programs work. A planners guide*. Bethesda: National Cancer Institute.

60 Leal Jiménez, A. 2002. *Gestión del marketing social*. Madrid: McGraw Hill.

61 Niederdeppe, J., Farrelly, M.C., Haviland, M.L. 2005. Confirming «truth»: more evidence of a successful tobacco countermarketing campaign in Florida. *Am J Public Health*. March, 95(3). 425-431.

del cambio⁶² adaptado por Kotler y Andreasen, el modelo de creencias en salud⁶³ y el modelo de comunicación persuasiva⁶⁴.

MODELO DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA

En este modelo, McGuire describe los escalones por los que un individuo pasa para asimilar una conducta promovida por un mensaje en una intervención comunicativa: *a)* exponerse al mensaje; *b)* prestarle atención; *c)* encontrarlo interesante o relevante; *d)* comprenderlo; *e)* personalizarlo en la propia vida; *f)* recordar el mensaje y seguir de acuerdo con él; *g)* tomar decisiones para llevarlo a cabo; *h)* actuar según su decisión; *i)* recibir refuerzos positivos por la nueva conducta, y *j)* aceptar la nueva conducta en la propia vida.

Para comunicar con éxito el mensaje, deben funcionar cada uno de estos cinco componentes: *a)* credibilidad de la fuente; *b)* diseño del mensaje (claro, consistente, corto, con puntos principales); *c)* canal de administración (cara a cara, grupal, organizacional, comunitario o a través de medios de comunicación de masas); *d)* conocer la población diana, y *e)* describir claramente la conducta que se desea.

MODELO DE DIFUSIÓN DE INNOVACIONES

Rogers⁶⁵ lo describió en 1983, en él que explica cómo algo percibido como nuevo se difunde o introduce en las audiencias, sea un producto, una idea o un servicio. Los propios atributos de la innovación, los canales usados y las características del individuo o del sistema que debe adoptarla tienen gran importancia. Para que la innovación sea adoptada es necesario que la audiencia la perciba como beneficiosa, acorde con sus valores, la comprenda fácilmente, pueda probarla sin compromiso y su adopción sea juzgada favorablemente por sus compañeros o iguales. Según este modelo, los canales más apropiados para la información y motivación del público son los medios de comunicación, pero los canales interpersonales son más efectivos para facilitar cambios de comportamiento.

Basándose en agrupaciones derivadas de la curva de difusión, se han establecido cinco categorías de adoptadores, que van desde los innovadores a los denominados «atrasados», que prácticamente no llegan nunca a adoptar novedades. Cada uno de los cinco grupos (innovadores, adoptadores precoces, mayoría temprana, mayoría tardía y atrasados) tiene características personales distintas, y los mecanismos para promover la adopción en cada uno de estos grupos son diferentes. A los innovadores les motiva el riesgo, les resultan indiferentes los incentivos

62 Prochaska, J., Redding, C., Evers, K. 1997. The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

63 Becker, M.H. 1974. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ. Monographs*. p. 2.

64 McGuire, W. 1981. Theoretical foundations of campaigns. En: Rice, R.E., Paysley, W.J., editors. *Public communication campaigns*. Beverly Hills: Sage Publications.

65 Rogers, E. 1995. *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press. (4th edition). New York.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

económicos y disfrutan experimentando. Los adoptadores precoces observan y juzgan los resultados obtenidos por los innovadores y, si adoptan la innovación, son elementos clave de la difusión en el resto de la población o de la organización. Las personas pertenecientes a la mayoría tardía tan sólo adoptan algo nuevo si se sienten muy seguras y son especialmente sensibles a los refuerzos económicos, positivos o negativos.

El proceso de difusión se aplica tanto a los individuos como a las organizaciones. La teoría cognitivo-social y la comunicación persuasiva forman parte de los constructos, no explícitos, de este modelo⁶⁶. La teoría de la difusión de innovaciones deriva de investigaciones en agricultores norteamericanos realizadas en la década de los años cuarenta y se ha aplicado a todo tipo de innovaciones. En salud se ha utilizado para promover el abandono del hábito del tabaco, la utilización de servicios de planificación familiar, la prevención del sida en jóvenes haitianos o el uso de vitaminas⁶⁷.

Los atributos de la innovación influyen en su acogida. La adopción mejora con la ventaja relativa (beneficios que proporciona la innovación frente a la alternativa habitual), la compatibilidad con los valores del adoptador, la complejidad del uso de la innovación, el tiempo que requiere aprender a usarla, lo que piensan las relaciones sociales sobre la innovación y la modificabilidad de su uso (poder dejar de usarla sin problemas).

MODELOS INTERPERSONALES

Existen relaciones entre las redes sociales, el apoyo social y la salud, aunque hasta ahora no hay una teoría explicativa clara del apoyo y redes sociales. La red social se ha definido como una telaraña de relaciones sociales centrada en la persona. Sus características son la reciprocidad, la intensidad y en qué medida los miembros se conocen e interactúan entre sí. Las intervenciones en redes pueden mejorar los lazos y redes preexistentes, desarrollar nuevas redes o enriquecerlas mediante iguales o agentes de salud naturales. El apoyo social hace referencia a la ayuda intercambiada mediante las relaciones interpersonales. Puede ser de carácter emocional, práctico, de información y valorativo⁶⁸.

El capital social recoge aspectos de las relaciones sociales como la confianza entre los ciudadanos y en las instituciones, las normas de reciprocidad y ayuda mutua y la participación en grupos que facilitan la acción colectiva para conseguir beneficios mutuos. Se relaciona con diferentes indicadores y con las desigualdades en salud, aunque las bases conductuales o teóricas están en estudio⁶⁹. La organización comunitaria se arraiga en las teorías del apoyo social y las redes, y participa de los constructos de la teoría cognitivo-social. Hace hincapié en la

66 Oldenburg, B., Hardcastle, D., Kok, G. 1997. Diffusion of innovations. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

67 Barker, K. *Diffusion of innovations: a world tour*.

68 Heaney, C., Israel, B. 1997. Social networks and social support. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

69 Glanz, K., Rimer, B. 1995. *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*. National Institutes of Health.

participación activa y el desarrollo de las comunidades, que son las que mejor podrían evaluar y resolver sus problemas de salud y sociales⁷⁰. Es el proceso por el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar objetivos comunes, movilizar recursos y desarrollar e implementar estrategias para alcanzarlos. Propone tres tipos de modelos de cambio: el desarrollo local, la planificación social y la acción social. Entre sus conceptos clave figuran el *empowerment*⁷¹, traducido como «empoderamiento» o potenciación, que pretende estimular la resolución de problemas y activar a los miembros de la comunidad; la competencia comunitaria, que es un concepto análogo a la autoeficacia de la teoría cognitiva social en el ámbito comunitario; la participación ciudadana; la selección de problemas específicos y simples cuya modificación sea alcanzable, y el desarrollo de conciencia crítica, que guíe la búsqueda de las causas de forma amplia.

TEORÍA COGNITIVO-SOCIAL

Permite analizar las dinámicas psicosociales que influyen en la conducta de salud y, asimismo, promover el cambio conductual⁷². Hace hincapié en que la conducta actual de una persona y su razonamiento afectan la conducta futura. El comportamiento humano se explica en términos de un modelo triangular en que interactúan el comportamiento, los factores personales (incluyendo lo que uno piensa) y las influencias del entorno. Algunos factores cruciales son las capacidades individuales de prever los resultados de la conducta, de aprender observando a los demás, de tener confianza en poder llevar a cabo la conducta y de responder a las recompensas.

MODELOS INDIVIDUALES

El modelo transteórico (de las etapas del cambio), desarrollado por Prochaska y DiClemente⁷³, es uno de los modelos más populares en estos momentos, lo que puede deberse a que es muy aplicable e intuitivo. Reconoce que tratar a todas las personas del mismo modo diluye el impacto de las intervenciones y propone tratarlas de forma adaptada. Concreta el proceso de cambio en etapas: la precontemplación (período en que el individuo no tiene intención de emprender la acción en los siguientes 6 meses); la contemplación (piensa emprender la acción en los próximos 6 meses); la preparación para la acción (piensa emprender la acción en los próximos 30 días); la acción (ha cambiado la conducta hace menos de 6 meses) y el mantenimiento (ha cambiado la conducta hace más de 6 meses).

70 Minkler, M., Wallerstein, N. 1997. Improving health through community organization and community building. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers. Green, L., Daniel, M., Novick, L. *Partnerships and coalitions for community-based research*.

71 Wallerstein, N., Bernstein, E. *Introduction to community empowerment, participatory education and health*.

72 Villamarín, F., Álvarez, M. 1998. Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12, 161-203. Bandura, A. 1987. *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

73 Prochaska, J., Redding, C., Evers, K. 1997. The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El modelo transteórico se ha utilizado en múltiples campos, por ejemplo en la promoción del uso de métodos anticonceptivos y de preservativos⁷⁴, o el estudio de los determinantes de consumo de frutas y verduras en EE.UU.⁷⁵. Se proponen diferentes estrategias para impulsar a los individuos de una a otra etapa, de acuerdo con constructos de otros modelos⁷⁶. En un artículo anterior sobre la educación sanitaria del paciente en atención primaria se explicita su aplicación en ese contexto.

Los modelos de intenciones de conducta⁷⁷ hipotetizan que la probabilidad de que la persona adopte una conducta puede predecirse por sus actitudes hacia ella, sus percepciones acerca de los beneficios que le comportará y, también, de lo que cree que sus iguales, colegas o personas relevantes de su entorno opinan sobre ese comportamiento. Las investigaciones de Fishbein y Azjen, sus autores, apoyan la idea de que las actitudes de los individuos y de las sociedades son importantes predecesores de la acción. En consecuencia, un paso importante para influir en la conducta es la valoración preliminar de las actitudes de la población diana. Es un modelo que se ha utilizado mucho en la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. El modelo se completó hace unos años con la inclusión de la autoeficacia o creencia en las propia capacidad de desarrollar con éxito la propia conducta.

El modelo de creencias en la salud⁷⁸ fue durante décadas uno de los marcos conceptuales más utilizados en el análisis de conductas de salud. Se desarrolló con la intención de explicar por qué la gente participaba poco en los programas preventivos y de cribado. Contiene seis conceptos clave que contribuyen a la adopción de la conducta preventiva: susceptibilidad percibida (¿hasta qué punto me puede pasar a mí); gravedad percibida (¿es mortal, grave, etc.); beneficios percibidos (¿qué gano?); barreras percibidas (¿qué me puede impedir hacerlo?); estímulos desencadenantes de la acción, y autoeficacia (¿seguro que yo podré hacerlo?). Como puede verse los temas y constructos se repiten y usan en las diferentes teorías. En general, los modelos cognitivos, coinciden en bastantes conceptos aun cuando utilizan diferentes denominaciones, sustentan los modelos más instrumentales, dirigidos a segmentar poblaciones y organizar intervenciones, como el marketing social, la comunicación persuasiva, las etapas del cambio y la difusión de innovaciones.

74 Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W., Prochaska, G. *Contraceptive and condom use adoption and maintenance: a stage paradigm approach*.

75 Van Duyn, M.A., Kristal, A.R., Dodd, K, Campbell, M.K., Subar, A.F., Stables, G., et al. *Association of awareness, intrapersonal and interpersonal factors, and stage of dietary change with fruit and vegetable consumption: a national survey*.

76 Becker, M.H. 1974. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monographs*. p. 2. Minkler, M., Wallerstein, N. Improving health through community organization and community building. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. 1997. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

77 Villamarín, F., Álvarez, M. 1998. *Op. Cit.* pp. 161-203. Azjen, I., Fishbein, M. 1980. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

78 Stetcher, V., Rosenstock, I. 1997. The health belief model. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.

Resulta indispensable el destacar los elementos que distinguen la promoción de la salud de la primera década siglo XXI de la de los años noventa del siglo XX: en la actualidad debe estar presente en todo momento el compromiso con la evaluación, con las acciones a realizar en los entornos sociales y políticos, y la aplicación sistemática de modelos psicobiológicos que funcionan en el mundo actual.

Por lo que el promotor de la salud debe ser un individuo de la comunidad que se forma bajo el método científico para promover conductas de autocuidado, promoción y prevención, que ofrece información sobre temas vinculados con la salud, generando una red que favorece las conductas saludables. Que funciona como el nexo entre las comunidades y el equipo de atención primaria de la salud, desempeñándose como un agente sanitario.

El que debe poseer capacidad de: liderazgo y una amplia visión con relación a los problemas prioritarios de salud, así como saber organizar a la comunidad y generar una reflexión crítica sobre temas sociales, ambientales, otros que inciden en la salud de la misma, ser un colaborador que impulse la organización comunitaria y la educación para la salud junto con el equipo de atención primaria de la salud; considerando en todo momento las raíces culturales, los conocimientos populares y la creatividad comunitaria en la búsqueda de soluciones con miras preservar la salud, abriendo espacios interactivos entre la comunidad y el equipo de atención primaria de la salud.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Es importante considerar el autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, por lo que se hace indispensable al tocar el tema de la promoción de la salud en nuestro país el considerar desde un enfoque histórico las prácticas y creencias occidentales relacionadas con el cuidado, las cuales permiten explicar en parte, la forma actual del cuidado, entender su significado y asumir la responsabilidad frente a éste. Luego, en el marco de las nuevas concepciones de salud y promoción de la salud, propone una nueva forma de asumir el autocuidado bajo un enfoque humanista como una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales de género, etnia, clase y ciclo vital.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle⁷⁹.

Teniendo en cuenta la importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, es importante conocer algunos orígenes de la noción y evolución de las diferentes experiencias de cuidado, con este fin el diferenciar las razones que han antecedido estas prácticas, distinguir los aspectos culturales que han condicionado y proporcionado la función de cuidar de acuerdo con el sexo e identificar las rupturas y los

79 Colliere, M.F. 1993. Promover la vida. Madrid: Interamericana. p. 385.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

comportamientos y los fenómenos de apropiación de algunas de estas prácticas dentro de la cultura, resultan de vital importancia para comprender mejor lo que implica la noción de promoción de la salud en nuestros días.

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos, como lo dice Epicteto, uno de los principales representantes de los estoicos, *el ser humano ha sido confiado a la inquietud de sí y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos*.

Para él la inquietud de sí era *un privilegio-deber, un don-obligación que nos asegura la libertad, obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda aplicación*⁸⁰.

Los griegos manejaron una visión integral de lo que debe ser el cuidado de sí, pues enfatizan la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluye los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción mesurada de las necesidades. Además, incluye las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante el temor al exceso, la economía del régimen, la escucha de las perturbaciones, la atención detallada al disfuncionamiento y el tener en cuenta elementos como la estación, el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y, a través de éste, el alma. Como puede observarse esta cultura comenzó a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado.

A través de la historia los avances científicos y tecnológicos, en especial los relacionados con la medicina, también han influido en el concepto y formas de promocionar el cuidado.

Para comprender mejor el concepto de cuidado es necesario considerar el significado que a partir de la lengua inglesa se ha dado a este. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron

80 Foucault, M. 1987. *Historia de la sexualidad: la inquietud de sí*. México: Siglo XXI. pp. 38-68.

cuidados de costumbre – care – a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación – cure – a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida.

Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida. Los cuidados de curación son los utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico⁸¹.

Entrando al campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes: 1) la medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud y 2) con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos.

Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad⁸².

El sistema y los agentes de salud han confundido los conceptos de prevención y promoción utilizándolos indistintamente. Por ejemplo, se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados con factores de riesgo susceptibles de incidir. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo y detectando los que están en fase presintomática⁸³. Por tanto, mediante la educación para la salud se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas. Sin embargo, esta estrategia se ha basado en mensajes de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al regaño.

Es importante hacer un paréntesis para diferenciar los conceptos de promoción y prevención. Esta diferencia guía las opciones que cada persona asume frente al cuidado, ahí su importancia. En primer lugar, ambos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual

81 Colliere, M.F. 1993. *Op. Cit.* pp. 385-402.

82 Tulia, M., Uribe, J. 2013. *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud.* p. 3.

83 Zurro, A.M., Badía, J.G., Subías, L.P. 1994. *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica.* 3ª. ed. Madrid: Mosby/Doyma libros. pp. 291-297.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

tiene como límite la muerte. O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final⁸⁴.

Además, la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud.

La promoción de la salud surge como un componente integrador que articula la acción intersectorial para proponer equidad y empoderamiento, tomando en cuenta que hay condicionantes socioeconómicas que predisponen a la buena o mala salud, además de los estilos de vida o decisiones individuales que benefician o ponen en riesgo la salud, esta perspectiva dispone la configuración de nuevas actividades de salud pública en las que han preponderando acciones de prevención y curación de enfermedades que se encuentran más vinculadas con la tradición epidemiológica.

La mejora en las prácticas de promoción de la salud requiere que el fondo conceptual pueda ser comprendido integralmente por los profesionales que las llevarán a cabo, la búsqueda sistematizada donde se clasifican, analizan e integran los conceptos que proponen los autores en la literatura que se ha desarrollado sobre promoción de la salud es útil para este propósito.

La salud es un elemento valioso y deseable pues se trata de una condición necesaria para llevar a cabo actividades que impactan positivamente en la organización de la vida social. Se considera como un bien individual y colectivo al que instituciones y personas dedican parte importante de recursos materiales e intelectuales para su conservación, siguiendo esta idea y citando a Gómez, L.I. y Rabanaque, M.J.; la salud se define no sólo por los métodos para abordarla y estudiarla, sino también por el momento histórico de la sociedad en la que se manifiesta, de este modo el salvaguardo, promoción y normatividad de la salud se ha ido modificando con el pasar de los años, identificando con ello, modelos de salud-enfermedad desde un punto de vista mágico religioso, biológico, sanitarista, histórico-social, multicausal, epidemiológico, ecológico, geográfico, económico o interdisciplinario⁸⁵.

Actualmente, la actividad humana sobre el tema de la salud incluye actividades para la erradicación de enfermedades teniendo como propósito evitar la muerte, pero también intenta el aumento en bienestar físico, mental y social y para ello se utilizan herramientas que se relacionan con la promoción de la salud; sin embargo se reconocen sobre todo actividades que más bien pertenecen a un nivel preventivo, es decir acciones que en

84 Aranda, J.M. 1994. *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Almaata*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A. pp. 135-148.

85 Arredondo, A. 2002. "Análisis y Reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad". *Cad Saúde Públi*. Río de Janeiro.

general consisten en la transmisión de información que permite a la población el autocuidado y la detección oportuna de enfermedades⁸⁶.

Mientras la epidemiología que proporciona herramientas para identificar y prevenir las causas más importantes de la muerte, la discapacidad y la enfermedad tanto del entorno físico como del social, la promoción de la salud sirve para instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos⁸⁷.

Los diferentes sistemas de salud han ensayado la promoción de la salud partiendo de los determinantes donde se incluyen aquellos que corresponden a la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria, tradicionalmente la promoción de la salud se apoyaba casi enteramente en la modificación de conductas generadoras de riesgo en el nivel individual y en el fomento de estilos de vida saludables por medio de la educación. Sin embargo es importante apuntar que las desigualdades e inequidades sociales pueden ser factores que inciden en pro o contra del estado de salud de un grupo, esto tiene una connotación política y guarda estrecha relación con las políticas públicas y su aplicación.

En este sentido, la promoción de la salud propone equidad y empoderamiento, tomando en cuenta que hay condicionantes socioeconómicas que predisponen a la buena o mala salud, además de los estilos de vida o decisiones individuales que se soporta sobre el principio de autonomía del individuo.

El énfasis en la promoción de “estilos de vida saludables” por sobre la modificación de las desigualdades sociales y económicas incrementa la brecha entre los distintos estratos socioeconómicos y se implica la idea de los estilos de vida como efecto probabilístico en la conservación, deterioro o aumento de la salud, asunto que en la praxis no se encuentra reconocido de manera explícita por las campañas, intervenciones o actividades de promoción de la salud⁸⁸.

El supuesto es que la promoción de la salud debe incidir en los determinantes, promoviendo cambios en las condiciones de vida, influyendo en el diseño de políticas públicas para la mejora de la salud o la calidad de vida en las poblaciones así como la lucha por equidad y la justicia social. Su base es la participación social y convoca la construcción de capacidades comunitarias, el empoderamiento, la negociación política, el consenso, la abogacía, la información, la comunicación, la educación y la investigación participativa⁸⁹.

86 Gómez, L.I y Rabanaque, M.J. en Colomer, C. y Álvarez, C. 2000. Promoción de la salud y cambio social. Capítulo 1: Concepto de Salud. Primera edición Barcelona, España, pp. 3-4.

87 Secretaría de Salud [SSA]. “Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud”. Dirección General de Promoción de la Salud. México s/a.

88 Ferrer, M. 2003. Equidad y Justicia en Salud. Implicaciones para la Bioética. Instituto de Asuntos Públicos, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile, Chile.

89 Gómez, L.I y Rabanaque, M.J. en Colomer. 2000. *Op. Cit.* pp. 3-4.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los países desarrollados en donde surgen estas ideas han tratado de llevarlas a cabo en otros menos desarrollados, para el caso de América Latina, la promoción de la salud no es un meta, se trata de voluntad política para que los gobiernos y sus instituciones implementen los componentes básicos para lograr una región que tenga condiciones favorables para la salud y permita el control de las capacidades y los determinantes de salud⁹⁰.

En el caso de México, la promoción de la salud se implementó mediante el sistema de salud, el cual surgió en el año de 1943 con la creación de dos instituciones: la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aunque también hay la participación de otros organismos⁹¹.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se identifica a la promoción de la salud como un elemento metodológico e instrumental fundamental para conseguir la democratización de la salud, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) define a la promoción de la salud como un componente transversal en todos sus programas y la forma de orientar e instrumentarlos se hace mediante el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) que ofrece una reorientación conceptual de la disciplina y permite su aterrizaje en acciones concretas, buscando atender a los determinantes de salud para fortalecer los que son favorables a ésta y delimitar los que no lo son. A partir de ahí se aspira a aprovechar todos los momentos de contacto que tienen los servicios de salud con la gente en las distintas etapas de la vida, al identificar el perfil de riesgos de cada individuo se puede ayudar a manejar mejor sus condiciones personales, por ello la promoción de la salud, se ha pensado como una disciplina que atraviesa todos los programas de salud pública⁹².

La salud pública es considerada como un fenómeno colectivo y las acciones desplegadas radican sobre todo en dotar a la sociedad de aquellas condiciones de protección que sirven para salvaguardar su salud, antes de que ésta se pierda y que se manifiestan en estructuras administrativas, políticas y económicas de la sociedad⁹³.

En este sentido, la salud pública actúa como un concepto social y político destinado a mejorar la salud, la calidad de vida y prolongar la vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria⁹⁴.

90 Salazar, L., Vélez, J.A. 2004. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 725-730.

91 Frenk, J.; González, P.; Gómez, O., Lezana, M.A., Knaul, F.M. 2007. Reforma Integral para mejorar el desempeño del Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México*. Vol. 49 Suplemento 1. México.

92 Secretaría de Salud [SSA]. “*Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*”. Dirección General de Promoción de la Salud. México s/a.

93 Frenk, J. Los fenómenos sustantivos de la salud pública. En: Frenk J. *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México, DF: FCE. pp. 58-69.

94 Quinta Organización Mundial de la Salud [OMS] Promoción de la Salud. *Glosario. Cuarta conferencia Internacional de Promoción de la salud hacia el siglo XXI*. Yakarta, Indonesia. 1998.

La salud pública se define como la rama de la medicina que tiene como interés fundamental los fenómenos de salud desde una perspectiva colectiva, es decir que ocurren a nivel de la población con la intención de prevenir enfermedades, prolongar la vida y en general fomentar la salud y mejorar el bienestar de los individuos⁹⁵.

Un humano sano se siente inclinado a hablar de bienestar en la medida en que percibe, la ausencia de enfermedad y la experimentación de bienestar; requiere comprender la salud y la enfermedad como un proceso; de este modo preservar o restaurar la salud supone que las necesidades de salud no se limitan a los fenómenos relacionados con los daños como es el caso de enfermedades, discapacidad y muerte; también incluyen los que se manifiestan en un sentido positivo, abarcando el bienestar, el desarrollo biopsíquico y algunas condiciones en las etapas de vida de los seres humanos que requieren atención.⁹⁶

La práctica de la salud pública remonta la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones para impulsar políticas, programas y servicios que mantengan y protejan la salud, apoyen los estilos de vida sanos y creen entornos saludables.

El estilo de vida es el modo en cómo se vive, y está determinado por decisiones conscientes e inconscientes del individuo, esto no quiere decir que las personas sepan precisamente porqué actúan o no de determinada forma, pero si hay congruencia visible en su conducta; que se determina por las experiencias anteriores, características innatas y situación actual de la persona moldeada y formada mediante la interacción social. El estilo de vida influye en todos los comportamientos, incluidos el del cuidado o afectación de la salud.

La comprensión de la salud como un fenómeno sujeto a las condiciones socio-históricas de la sociedad en la que se manifiesta, obliga a hablar sobre los determinantes de la salud, que no son más que factores que actúan positiva o negativamente sobre los individuos y sirven como indicadores para observar el este bienestar o malestar derivado de circunstancias biológicas, psicológicos, ambientales, geográficas o sociales, la tarea de la promoción de la salud es favorecer los determinantes positivos y delimitar o evitar los que tienen un efecto negativo en la salud.

Los determinantes sociales específicamente se refieren a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, aquí se incluye el sistema de salud al que se encuentran supeditados por la dinámica y legislación de su organización socio-cultural. Las inequidades y desigualdades respecto a la distribución del dinero, el poder y los recursos naturales se reflejan en este nivel y se regulan según las políticas adoptadas.

El concepto de promoción de la salud se hizo más relevante en la medida en la que las teorías del campo reconocieron la gran variedad de factores que condicionan la salud (determinantes de la salud). Las diferencias

95 Terris, M. 1992. *Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas, en la crisis de la Salud Pública*. Publicación Científica N° 540, OPS.

96 Ferrer, M. Equidad y Justicia en Salud. 2003. *Implicaciones para la Bioética*. Instituto de Asuntos Públicos, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile, Chile.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

de su definición surgen fundamentalmente de una dualidad de la teoría de la causalidad de las enfermedades, es decir, por un lado, las causas específicas de las enfermedades y, por otro, las causas generales. La OMS precisamente se ha encargado de desarrollar e implantar programas que ponen en práctica los fundamentos y estrategias de la promoción de la salud: Ciudades, Pueblos, Municipios e Islas Saludables, Redes de Escuelas y Hospitales Promotores de la Salud, Mercados y Lugares de Trabajo Saludables, Vida activa y envejecimiento saludable⁹⁷.

En todos los casos, la promoción de la salud busca intervenir en los determinantes de la salud y ejecutar las acciones necesarias para incidir sobre ellos de manera favorable, el término se utilizó por primera vez en 1945, cuando Sigerist, H.; historiador médico, la incluyó como una de las cuatro tareas esenciales de la medicina a la par de: la prevención de enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

Sigerist, explica que la salud requiere primero que la población cuente con condiciones decorosas para la vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de esparcimiento y descanso; ya que es a partir de estos factores como se puede promover la salud. Para que esto sea posible se debe suponer el esfuerzo coordinado de los políticos, la iniciativa privada, los educadores, los médicos y en general las organizaciones que conforman la estructura social

Estos factores también dependen del momento histórico, la situación política que rige la vida social, las variaciones en las condiciones de vida que delinear el estilo de vida, las formas en las que se ha acordado la división del trabajo, el acceso a la educación entre otros, sin embargo también toman parte las decisiones personales que permiten la conservación o la pérdida de la salud⁹⁸.

Con el paso de los años, el progreso de los sistemas de salud en distintas regiones del mundo ha dado nueva relevancia a los enfoques de promoción de la salud, puesto que se aplica en la formulación de nuevas estrategias de salud públicas y la reorientación de los servicios sanitarios.

La promoción de la salud es una orientación política de salud a nivel internacional, puesto que constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos para la conservación y mejora de su salud así como aquellas que sirven para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Es también un conjunto de acciones y procesos, que se enfoca en la dinámica social, supone que los individuos de una población pueden aumentar el bienestar físico, mental y social, siempre y cuando el estado de salud de

97 Quinta Organización Mundial de la Salud [OMS] Promoción de la Salud. *Glosario. Cuarta conferencia Internacional de Promoción de la salud hacia el siglo XXI*. Yakarta, Indonesia. 1998.

98 Terris, M. 1992. *Op. Cit.*

todo el grupo social se constituya en igualdad de oportunidades. La idea es permitir a las personas incrementar el control que tienen sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Todo ello implica información, educación y perfeccionamiento de aptitudes indispensables para la vida, que permitan incrementar las opciones disponibles para decidir sobre el estado de salud.

Por último es una dimensión en el campo, que toma como eje la salud en sentido positivo y no la enfermedad, con el objeto de mantener las condiciones de salud y garantizar a nivel poblacional esta posibilidad de bienestar, en el que intervienen diversos saberes del ámbito científico y profesional⁹⁹.

Los antecedentes de las iniciativas basadas en la promoción de la salud tienen como referentes diversos documentos que han marcado pauta internacionalmente, uno de los que más se refiere es la Carta de Ottawa, que surge en 1986 como acuerdo de la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: “Iniciativa en Pro de una nueva acción de Salud Pública” la cual plantea un cambio de paradigma respecto al estudio y práctica de la salud pública, el empoderamiento y los determinantes de la salud¹⁰⁰, posterior a este se encuentran otros documentos internacionales de referencia clave que abordan temáticas que clarifican un enfoque de acción para mejorar las condiciones de salud a nivel poblacional.

Las recomendaciones de Adelaide¹⁰¹, explican un concepto nuevo de políticas públicas saludables, destacando los derechos humanos y la dimensión de género en la promoción de la salud. En esta reunión se declaró la importancia de la construcción de políticas públicas saludables, enfatizando sobre su observación obligatoria para lograr que sean acatadas en todos los sectores y así incidan sobre los determinantes de la salud y se reduzcan las inequidades sociales y se propicie el acceso equitativo a bienes, servicios y a la atención en salud.

Otro ejemplo es la declaración de Sundsvall de 1991 donde se recabo la opinión de los países nórdicos respecto a los ambientes favorables que conducen a la salud y se vinculan con el desarrollo sustentable. La reunión se centró específicamente en promover el concepto de vida saludable y la creación de ambientes favorables para la salud.

Un año después, se analizó la creación de condiciones que idealmente garantizan o permiten el bienestar general teniendo como propósito fundamental del desarrollo y el compromiso para hacer cumplir los principios de solidaridad y equidad en lo que respecta a la salud sobre todo mediante la voluntad política que es necesaria para la modificación de las condiciones sociales que generan las desigualdades y demás problemas sociales.

99 Robledo, R., Agudelo, C.A. 2011. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Rev. salud pública*. 13(6): 1031-1050. p. 194.

100 Carvalho, S.R. 2008. Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 4(3): 335-347.

101 Organización Mundial de la Salud [OMS] Hitos en la promoción de la salud. Declaraciones de las conferencias mundiales. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En Yakarta (1997) se abordaron temas relacionados con la globalización y comenzaron a hacerse presentes los casos prácticos y los avances logrados en el campo desde la adopción de la Carta de Otawa y sus preceptos¹⁰² que enfatizan la participación de los ciudadanos o la comunidad en la promoción de la salud. De esta conferencia surgió la Declaración de Yakarta como una muestra oficial de dicho compromiso¹⁰³.

En términos generales, la OMS a intentado a través de todas las reuniones internacionales que se han dado en diferentes momentos y países hacer un llamado a las instituciones públicas, privadas y gubernamentales para apoyar la promoción de la salud propiciando espacios saludables y priorizando acciones sobre grupos vulnerados. En conjunto se a intentado articular lo que hace la población por su salud en conjunto con las acciones del Estado y la sociedad, este enfoque reorganiza las relaciones entre los componentes de empoderamiento, educación y determinantes, subordinándolos a las políticas públicas, los expertos y los servicios de salud¹⁰⁴.

En el año 2000, la Ciudad de México fue sede de la quinta conferencia en materia de promoción de la salud, en la cual los miembros de la OMS acordaron fortalecer la planificación de actividades en la materia, la inserción del tema en la agenda política y el reconocimiento prioritario en los programas locales, regionales, nacionales, e internacionales, todo ello establecido formalmente con la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud¹⁰⁵ con la idea de apoyar la investigación en el campo, conocer las prioridades de la población y movilizar los recursos financieros para operar programas al respecto.

Sin embargo, a partir del año 2002, parece haber cierto estancamiento para la consolidación activa del campo y ahora se centran en el desarrollo de métodos, producción de conocimiento para responder los vacíos de conocimiento que dificultan la apropiación social y el involucramiento institucional de la promoción de la salud, Robledo, R. y Agudelo, C.A. explican que se desvía la atención de los aspectos teóricos o paradigmáticos para dirigirse ahora hacia aspectos metodológicos y campos de acción como son: políticas, ambiente, estilos de vida, entornos comunitarios y servicios de salud, y escenarios como: ciudades y municipios saludables, ambientes físicos y de vida, trabajo y escuela.

A partir del 2002, a surgido la necesidad por evaluar los logros y efectos de la promoción de la salud, sobre todo en las capacidades para modificar los determinantes de la salud, a través del proyecto de Evidencias de Efectividad

102 WHO Secretariat. 2005. *Global Health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015*. Documento base para la 6ta Conferencia en promoción de la salud. Thailandia, Bangkok.

103 Crovetto, M.; Vio, F. 2009. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev. Chilena, Nutr.* Vol. 36 N°1, Marzo.

104 Robledo, R., Agudelo, C.A. 2011. *Op. Cit.* 1031-1050.

105 Organización Mundial de la Salud [OMS] 2009. Hitos en la promoción de la salud. Declaraciones de las conferencias mundiales. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>.

en Promoción de Salud en América Latina, promovido por la Unión internacional de Promoción y educación para la salud (UIPES)¹⁰⁶.

Puede establecerse que el concepto de salud como tal es un constructo que ha evolucionado a lo largo del tiempo y en la actualidad esta cada vez más encaminado a mejorar la calidad de vida, y la promoción de la salud se a constituido en el eje de orientador para la creación de condiciones que mejoren y promueven la misma; la que adaptada a las políticas públicas de cada país pretende lograr el desarrollo económico y social así como el empoderamiento de la población para la mejora de su salud hacia lo sano, en contraste a la tendencia de la enfermedad; donde el estado de salud es considerado como un continuo basado en una dimensión colectiva de entender el objeto de estudio, que en este caso es la salud¹⁰⁷.

Puede citarse que los modelos de promoción de la salud finalmente, se inscriben en dos grupos, que entienden de manera diferente el concepto de salud. Por una parte se encuentran quienes la interpretan como el polo opuesto a la enfermedad y la estudian desde esta última, un enfoque que entiende salud-enfermedad como un continuo y a ella se atribuyen visiones que provienen de la epidemiología y de la administración de servicios de salud donde se identifican y se atienden los riesgos que conducen a la enfermedad para pasar a la definición y resolución del problema a partir de la atención médica y medidas curativas. En el segundo grupo, se encuentran los enfoques en los que la salud se reconoce como un proceso de carácter histórico, definido cultural y socialmente en cada contexto; se dirigen desde una interpretación comprensiva de las desigualdades sociales y la equidad.

En este entendido, al primer grupo pertenecen los modelos inscritos en dimensiones individuales que aunque promueven la salud, presentan una orientación epidemiológica y administrativa, dirigida hacia el control de la enfermedad, el resultado son estrategias o programas de promoción de la salud en donde se dirigen una serie de acciones que controlan o buscan restringir los estilos de vida desde un punto de vista biologicista.

En cambio, los modelos que entienden la salud en su dimensión social y que pertenecen al segundo grupo, identifican este proceso como histórico-social, y ello origina programas y estrategias de promoción de la salud más amplias e integrales que tienen como objetivo la interpretación de los estilos de vida y los comportamientos de la población objetivo en escenarios sociopolíticos y culturales específicos, involucrando múltiples actores para la intervención, más allá del sector de la salud¹⁰⁸.

106 Salazar, L., Vélez, J.A. 2004. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 725-730.

107 Wald, G. 2009. Promoción de la Salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en “Ciudad Oculta”, la villa N° 15 de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(3): 345-362, Septiembre – Diciembre.

108 Prieto, A. 2003. Modelo de Promoción de la Salud, con énfasis en Actividad Física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev. salud pública*. 5(3): 284-300.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

De acuerdo a los antecedentes históricos de promoción de la salud, el modelo teórico-conceptual del campo se formula en países desarrollados como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda, con la intención de ejercer influencia en otros menos desarrollados, sin embargo en los países latinoamericanos se percibe que las prácticas son organizadas como intervenciones que buscan prevenir enfermedades y tienen un enfoque hacia la dimensión individual de la salud, saliendo de toda lógica respecto al campo de la salud pública y la globalidad del enfoque de promoción de la salud.

A continuación se presenta una síntesis con relación a la evolución del concepto (promoción de la salud) que permite reconocerlo a lo largo del tiempo, tomando como referencia periodos de tiempo por décadas, con el propósito de identificar las acciones realizadas.

Periodo uno: 1971-1980

El único documento que aparece en este periodo es la declaración de Alma-Ata que en concreto indica que la atención primaria se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y que se requiere además prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.

Hasta aquí, la promoción y la protección de la salud se consideran como asuntos indispensables y que impactan en el desarrollo económico y social sostenido puesto que contribuyen a mejorar la calidad de la vida.

Periodo dos: 1981-1990

En este periodo se cuenta con dos definiciones; la primera indica que la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios para mejorar la salud y tener un mayor control de ella, indica también que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un grupo o individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades e interactuar con el medio ambiente por lo que la promoción de la salud no es responsabilidad solo del sector sanitario y enumera cinco áreas de acción de la promoción de la salud: 1) formular políticas públicas para la salud, 2) crear entornos propicios para la salud, 3) desarrollar aptitudes personales, 4) fortalecer la acción comunitaria y 5) reorientar los servicios de salud.

La segunda definición indica que la salud es un derecho humano y representa una inversión social donde los gobiernos deben invertir recursos en políticas públicas y en la promoción de la salud, ya que es un principio de justicia social, asegura que las personas tengan elementos para llevar una vida saludable y satisfactoria; y enumera las áreas prioritarias de acción de la promoción de la salud: 1) apoyo a la mujer, 2) mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria y 3) reducción de consumo de alcohol y tabaco y 3) creación de ambientes saludables.

Ambas de cualquier modo coinciden en esta lógica de involucrar al sector gubernamental para que intervenga en la procuración de la salud, sin dejar de lado el enfoque conductual y la modificación de estilos de vida y disminución de riesgos para la salud.

Periodo tres: 1991-2000

Durante este tiempo las definiciones que citan los autores guardan cierta consistencia con las que aparecen en el periodo anterior por ejemplo respecto a los entornos propicios para la salud que esta vez adquieren un atributo que se refiere a la durabilidad, es decir se plantea que estas circunstancias deben ser perdurables, entre lo novedoso destaca la idea de empoderamiento y educación para la salud que en concreto involucran a la población convocándola para asumir un rol activo donde adquieran responsabilidad sobre la conservación, mejora del estado de la salud y la reducción de los factores que la ponen en riesgo.

Esta última idea da pauta a que la promoción de la salud sea vista como un proceso, que tiende a evaluar la eficacia en la que la población asume o no el rol activo y toma el control de los determinantes de la salud.

A diferencia del periodo anterior que hacía énfasis sobre la posibilidad de lograr un esfuerzo intersectorial, aquí se habla del efecto positivo que ello implica, sobre todo en la reducción de inequidades a nivel local, regional e internacional, esto siempre y cuando los gobiernos logren adoptar las medidas que se recomiendan al respecto y logren ajustarlas a las necesidades locales. La estrategia es integradora y pretende el bienestar común, sin embargo algunos autores explican que empieza a haber confusión en el término, su definición y forma de operar, las personas que intervienen en el campo y práctica de la salud tienen complicaciones para trascender el cambio de paradigma epidemiológico al de promoción de la salud.

Periodo cuatro: 2001-2010

Significa el lapso más prolífico en la publicación de literatura blanca, continúa el tema de la adopción de la promoción de la salud como elemento indispensable en las políticas públicas, la estrategia intersectorial de colaboración para la implementación de programas, el control de la población sobre los determinantes de la salud, la reducción de las inequidades y comienzan a haber reflexiones en torno a las diferencias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre todo respecto a su objeto y actividades que en general se resumen en que la primera atiende el objeto salud buscando mejorarla y/o conservarla mientras que la segunda apunta a identificar, atender el riesgo de la enfermedad y curar o controlar los efectos.

La promoción de la salud es simplemente un método para difusión de niveles preventivos de la enfermedad, específicamente sobre salud mental en el ámbito laboral. Del mismo modo aparecen publicaciones con propuestas instrumentales para la evaluación de las intervenciones en promoción de la salud y comienza la crítica respecto a la debilidad y poca relevancia de los diseños para la intervención en relación con la teoría de promoción de la salud.

Otras publicaciones del periodo refieren sobre la existencia de tres acepciones de la promoción de la salud: como orientación general de política, como conjunto de acciones y como una dimensión especial del trabajo sanitario; esto con la intención de clarificar una distinción entre el campo y las acciones de prevención de la enfermedad

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

que tradicionalmente provienen del sistema sanitario, aunque otros autores optan por la comprensión holística, es decir que incluye a la prevención de la enfermedad. La divergencia del concepto parece estar en su punto ya que se ubican publicaciones que critican tanto el desconocimiento como las limitaciones en su alcance como en los principios de las metodologías y las herramientas inherentes a esta disciplina, explicando que específicamente, en el continente latinoamericano, a la promoción de la salud se le presenta algunos o pocos resultados.

Ante esta visión, un autor comenta que la fundamentación de promoción de la salud centra su importancia en el fomento de la creatividad, más que en la simple efectividad; explica que su filosofía rompe con todo dogmatismo y que para ampliar las percepciones y opciones que pueden ser pertinentes para lograr la mejora y no centrarse en poses inspectoras y modelos metodológicos rígidos. La idea es plantear que la promoción de la salud es un proceso, no una solución fácil y su propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazos en la salud pública e individual.

Su aplicación trasciende el enfoque hegemónico biologicista, patocéntrica y unidisciplinario que históricamente prevalencia hacia una visión integral e intersectorial que busca la equidad y cambios estructurales. Del mismo modo se desarrollan otros conceptos que facilitan el fin último, por ejemplo la educación para la salud, definido como medio para catalizar el proceso de empoderamiento de la población respecto al control de los determinantes de salud.

Periodo cinco 2011-actualidad

Nuevamente se reitera la falta de efectividad de las acciones y programas que surgen del velo de la promoción de la salud, esta vez argumentando que el cambio de comportamientos de salud de los grupos vulnerables a los que se dirigen las acciones a menudo no consideran el contexto histórico-socio-cultural y por consiguiente adoptar las nuevas prácticas resulta un fracaso y es así como la aportación de otros autores parece sugerir que la promoción de la salud es un campo de conocimiento y práctica joven que se ha desarrollado en un intenso proceso de diálogo y tensiones entre disciplinas y profesiones muy diversas pero que apunta a convertirse en un campo unitario con una teoría propia¹⁰⁹.

En síntesis, la evolución del concepto de promoción de la salud emergió de la idea de mejoramiento de las condiciones de salud de la población encaminadas hacia el máximo de la calidad de vida posible, continuo con reflexiones respecto al empoderamiento de los individuos para la adopción de estilos de vida saludables, el trabajo intersectorial de las instituciones que participaban en la vida socio-cultural y política de las personas y que representaban determinantes positivos o de riesgo en la salud colectiva, después se viro hacia la promoción de la salud como proceso con la intención de verificar que tanto la población avanzaba hacia el ideal, ocurriendo así dificultades para operar en programas y acciones concretas esta nueva orientación, es así como se manifiestan

109 Vianney Hernández Xochipa. 2013. *Evolución histórica del concepto de promoción de la salud*. Instituto Nacional de Salud Pública Especialidad en Promoción de la Salud. pp. 29-35.

investigaciones que hacen énfasis en las diferencias del concepto y de las acciones que previenen enfermedades de las que promueven la salud; para finalmente establecer que la promoción de la salud es hasta ahora un campo joven del saber y la práctica médica pero que poco a poco se vislumbra un camino hacia su consolidación.

Disfrutar del más alto nivel posible de es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social en el preámbulo de la Constitución de la OMS¹¹⁰ y esto se relaciona estrechamente con los valores clave que impulsan la promoción de la salud.

La promoción de la salud según la abordan los distintos autores es un concepto que forma parte de la salud pública moderna, que en general interviene sobre los determinantes de la salud a modo de contribuir al desarrollo positivo de la salud, este giro novedoso permite que la percepción de la salud se comprenda con relación a la salud y no a la enfermedad, simboliza una función clave de salud pública y una nueva orientación profesional.

La promoción de la salud juega un papel clave para contribuir a una distribución más equitativa de la salud, siendo el primer objetivo la reducción de estas brechas, mediante el diseño e implementación de las políticas públicas y entornos saludables que aborden eficazmente la reducción de las desigualdades y se propicie el bienestar y el aseguramiento de calidad de vida en la población.

Sin embargo, en América Latina según la óptica de algunos autores existe inexactitud de una definición operativa consensuada sobre el concepto de promoción de la salud y consideran que hace falta puntualizar sobre la relación entre atención primaria, prevención de la enfermedad y promoción de la salud¹¹¹. Al campo se le presentan más posibilidades en la medida en la que los gobiernos asumen como compromiso la adopción de las nuevas tendencias en la procuración de la salud de la población, siendo la voluntad política el elemento más poderoso para lograr los objetivos, la revisión documental permite apreciar desde el ámbito académico un avance pero que no logra incluirse en los programas de promoción de salud ya aplicados al campo¹¹².

La promoción de la salud es un intento por mejorar el estado de salud del individuo pero desde una perspectiva colectiva y se involucran otros conceptos relacionados con el empoderamiento, la equidad, la colaboración y la participación intersectorial para coadyuvar la educación para la salud. Estas ideas amplían el espectro de acción sobre salud y por lo tanto las implicaciones políticas y legislativas que tengan como objetivo lograr un cambio

110 WHO Secretariat. 2005. *Global Health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015*. Documento base para la 6ta Conferencia en promoción de la salud. Tailandia, Bangkok.

111 Salazar, L., Vélez, J.A. 2004. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 725-730.

112 Sanabria, G. 2007. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Rev. cub. salud pública* vol. 33 no. 2 La Habana.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

social para mejorar la calidad de vida y el bienestar social¹¹³. Sin embargo, hasta ahora parece que las estrategias de promoción de la salud no han logrado rebasar totalmente el enfoque inicial de prevención de las enfermedades, aunque si se nota una visión más amplia para desarrollar acciones que mejoren las condiciones de salud y calidad de vida de la población¹¹⁴.

Vale la pena señalar que la discusión sobre el concepto en la actualidad esta en auge, lo más importante hasta ahora es la existencia de tres significaciones de la promoción de la salud: como orientación general de política, como conjunto de acciones es decir el proceso y como una dimensión especial del trabajo que implica el campo de la salud.

Cabe distinguir que los términos prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se confunden al momento de elaborar y operar los programas de promoción de la salud, por lo que es necesario conocer a plenitud el manejo adecuado que debe sustentar cada uno de ellos, a continuación se precisan algunas de las diferencias que permiten una utilización racional de los mismos.

El propósito de las acciones preventivas esta dirigido a la enfermedad, no a la salud, aunque el fin último es restablecer el estado de salud, al tomar las medidas que ayudan a que no se presente un padecimiento o enfermedad disminuyendo los factores de riesgo, por medio de acciones que interrumpen su avance y disminuyen los efectos una vez establecida la enfermedad. Sus acciones provienen del sector sanitario, ya que se piensa que los individuos están expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes conductas de riesgo. Además existen tres niveles de prevención de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria; que respectivamente corresponden a acciones que evitan, detienen y/o retardan y rehabilitan la enfermedad¹¹⁵.

La promoción de la salud esta encaminada hacia el objeto salud, cuyo fin consiste en mejorar la calidad de vida y llevarla hasta su máximo nivel posible, este concepto no se centraliza en el accionar del sector salud, requiere la voluntad política para la modificación de las estructuras sociales de modo que las opciones disponibles para la población sean las que les permitan participar e influir en la sociedad en la que viven y trabajan¹¹⁶.

113 González-Molina, J. *El resurgimiento de la promoción de la salud. ¿Ave Fénix?* Manos a la salud. Mercadotecnia, comunicación y publicidad para la promoción de la salud. CIESS

114 Arroyo, H., Cequeira, M.T., ed. 1997. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*. San Juan puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

115 Quinta Organización Mundial de la Salud [OMS] Promoción de la Salud. Glosario. Cuarta conferencia Internacional de Promoción de la salud hacia el siglo XXI. Yakarta, Indonesia. 1998. Disponible en: <http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?grupoRec=Todas%20las%20edades&tiporecursoAct=Documentos%20/%20Informes&tematicaRec=Promoci%F3n%20y%20Educaci%F3n%20para%20la%20Salud&titulo=Glosario%20de%20Promoci%F3n%20de%20la%20Salud&codrecurso=78&recurso=7&tematica=1>

116 García, I. 1997. Promoción de la Salud: Una Antología. *Rev. Esp Salud Pública* 1997, Vol. 71. N° 3. Mayo-Junio.

La igualdad de oportunidades de vida para quienes dirigen las acciones de promoción de la salud son prerequisites básicos para el logro de un alto potencial para la salud, es decir se requiere en primera instancia contar con el acceso equitativo de los servicios y la prevalencia de ambientes que no procuren la marginación, la discriminación o la desigualdad entre los sectores de la población¹¹⁷.

Existen tres acepciones de promoción de la salud, la primera se refiere a la orientación de las políticas públicas, la segunda pretende distinguir un conjunto de acciones y la tercera indica un campo de acción para los profesionistas que trabajan en el área de la salud¹¹⁸.

El tema de promoción de la salud es relativamente nuevo, las acciones que emanan del sector de la salud pública a nivel internacional tienen en su mayoría un enfoque epidemiológico que trasciende en programas y medidas orientadas más a la prevención de la enfermedad que la promoción de la salud. Los primeros documentos de la llamada Nueva Salud Pública surgen en la década de los 80 y solamente a mediados de los 90 se aprecian cambios en las políticas nacionales de algunos países¹¹⁹.

El problema central es que a pesar de definirse la salud en términos efectivos y orientados al bienestar común, las prácticas se continúan organizando alrededor de los conceptos que imperan sobre la enfermedad.

Es importante entender que la promoción de la salud es un término que desencadena diversas interpretaciones, constituye un campo de conocimientos y de práctica novedosa que ha favorecido el dialogo y a creado un campo de acción interdisciplinario que a trascendido también en los conocimientos y formación de quienes participan en el sector de la salud y por cierto agravan la situación, sin saberlo por su falta de capacidad técnica para aterrizar a la práctica los conceptos, la toma de decisiones sin base en evidencias, el desconocimiento de la naturaleza y la racionalidad de la población objetivo en cuanto a sus necesidades y expectativas y en consecuencia el derroche o mala asignación de los recursos¹²⁰.

Actualmente no se cuenta aún con una teoría propia o completa que permita establecer sus fronteras y uniformidad temática, buena parte de las definiciones se centran en el proceso para obtener resultados en salud involucrando aproximaciones teóricas y conceptuales, experiencias, políticas públicas prueba de estrategias, conformación de

117 WHO Secretariat. 2005. *Global Health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015*. Documento base para la 6ta Conferencia en promoción de la salud. Thailandia, Bangkok.

118 Eslava, J.C. 2006. Repensando la Promoción de la Salud en el sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Salud pública*. 8 (Sup. 2): 106-115.

119 Robledo, R., Agudelo, C.A. 2011. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Rev. salud pública*. 13(6): 1031-1050.

120 Salazar, L., Vélez, J.A. 2004. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 725-730.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

escenarios para la acción, lo que en conjunto representan retos para el grueso de investigadores que continuarán evidentemente desarrollando la teoría y la práctica de la promoción de la salud para lograr la conformación de una disciplina unitaria¹²¹.

En Latinoamérica, los programas y proyectos en promoción de la salud parecen no haber logrado intervenciones innovadoras, por lo que se refiere que la región aún padece de retórica vacía, sobre todo por la existencia en la mayor parte del continente americano de programas preventivos que responden a la comprensión del objeto salud desde un estudio de la enfermedad con modelos teóricos de base individualista y que se apegan al cambio conductual y la adopción de estilos de vida que no corresponden al contexto histórico-cultural de la población objetivo¹²².

México como país no escapa a esta situación, prueba de ello es la *Declaración Ministerial de la Ciudad de México "Prevenir con Educación"*, herramienta estratégica establecida para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH en América Latina y el Caribe a través de asegurar el acceso a educación en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad e integrales. Como ya se ha mencionado prevención no es sinónimo de promoción y desde el título de la misma la prevención se opera en torno a la enfermedad y no a la salud¹²³.

121 Robledo, R., Agudelo, C.A. 2011. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Rev. salud pública*. 13(6): 1031-1050.

122 Wald, G. 2009. Promoción de la Salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(3): 345-362, Septiembre – Diciembre. González-Molina, J. *El resurgimiento de la promoción de la salud. ¿Ave Fénix?* Manos a la salud. Mercadotecnia, comunicación y publicidad para la promoción de la salud. CIESS.

123 Declaración Ministerial de la Ciudad de México "Prevenir con Educación". Principios Fundamentales de la Declaración.

CONCLUSIONES

Cerqueira menciona que la nueva Promoción de la Salud debe tener como fin “mejorar la salud individual y colectiva, y contribuir al logro de la equidad y justicia social”. Señala asimismo dos aspectos que se encuentran unidos y relacionados con la promoción de la salud: la participación social y el concepto de *empowerment*, que se refiere a la capacidad de toma de decisiones de los individuos. El empoderamiento está relacionado estrechamente con el poder; diversos autores señalan que la nueva PS ha tomado este concepto “sin analizar a fondo las características, elementos condicionantes y raíces sociopolíticas de las relaciones de poder”.

El nuevo enfoque de la Promoción de la Salud recomienda hacer énfasis en cuatro puntos: a) ampliar la definición y el concepto de salud, de tal manera que se integren los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud; b) trascender la promoción de estilos de vida saludables y diseñar estrategias de mayor dimensión social y política; c) incorporar el concepto de toma de poder, y d) promover la participación de la población en la identificación y el análisis de sus problemas y necesidades.

Así mismo existen retos para operar de forma correcta la Promoción de la Salud, los que se analizan bajo tres dimensiones: política, servicios de salud y local. En el primer caso se señala que los retos están relacionados con la reducción de inequidades, la creación de ambientes y entornos saludables, así como con el fortalecimiento de municipios, comunidades y escuelas. En lo referente a los servicios de salud, el reto es involucrarlos en la prevención de factores y condiciones de riesgo, en la promoción de la salud y en la difusión de información sobre la situación de la salud. En el nivel local los retos están relacionados con el empoderamiento, de ahí que sea importante fortalecer la capacidad de la población para tomar decisiones y elaborar y negociar propuestas vinculadas con las escuelas y los municipios en torno a la salud.

Algo que no debe olvidarse es que la promoción de la salud integra en su concepción un enfoque político y social que ofrece un potencial grande para incidir positivamente en los determinantes de la salud.

Existen muchos problemas a nivel del sector de la salud para lograr una incorporación más efectiva de la promoción de la salud en las políticas y programas del propio sector y de otros sectores sociales y productivos. Por lo que se hace necesario replantear como se ha mencionado la comprensión de los conceptos, enfoques y estrategias de la promoción de la salud existentes para la formulación e implementación de la misma a fin de evitar confusiones conceptuales, se requiere contar con una estructura sólida, perfiles diversos de personal y recursos financieros

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

para operar de forma coherente los programas de promoción de la salud, en todo momento debe evitarse un enfoque medicalizado, a fin de no perder su sentido holístico, es oportuno pasar de la teoría a la acción, a través de la definición de prioridades, escenarios de actuación, grupos blanco, instrumentos y métodos. Tener perfectamente identificados los escenarios que favorezcan el trabajo socio-político acorde con los ideales establecidos en las ciudades, municipios, comunidades, escuelas, lugares de trabajo, otros, que permitan el empoderamiento con relación al trabajo en Promoción de la Salud, lo que implica realizar de manera permanente el análisis de las políticas públicas en el sector salud para impulsar las que sean “saludables”. Así mismo es necesario impulsar la investigación participativa; el estudio de los determinantes sociales debe ahondarse y en cada contexto de nuestro país para definir prioridades e intervenciones adecuadas; es preciso avanzar en los métodos de evaluación de la promoción de la salud teniendo en cuenta su carácter socio-político. Se deben reforzar las alianzas con asociaciones y grupos con interés de mejorar la salud pública, los derechos humanos y la justicia social, creando conciencia sobre la importancia de lo público sobre lo privado. Hay que invertir en la colectividad controlando las actividades privadas que tengan consecuencias sociales y no promover la iniciativa privada hacia lo colectivo. Por lo que es indispensable incorporar un marco bioético para la Promoción de la Salud.

Como puede verse aún es largo el camino por recorrer para alcanzar muchas de las metas y postulados teóricos que persigue la promoción de la salud, sin embargo en este mundo globalizado son muchos los problemas operativos que en el ámbito de la salud existen y que generan la posibilidad de avanzar con el firme propósito de mejorar la salud de los individuos y de la sociedad global en su conjunto.

REFERENCIAS

1. Gómez, L.I. y Rabanaque, M.J. en Colomer, C. y Álvarez, C. (2000). Promoción de la salud y cambio social. Capítulo 1: Concepto de Salud. Primera edición Barcelona, España, p. 3, 4.
2. Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamericana. Vol. 33, n. 1, pp. 7-11. Uruguay.
3. Almeida, F. (1999). "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". Cuadernos Médicos Sociales, n. 75: 5-30.
4. Funciones esenciales y programas de la Salud Pública. OMS. OPS. Centro para el control y prevención de enfermedades y Banco Mundial. www.msal.gov.ar/fesp/index.php/.../funciones-esenciales-de-salud-publica. Fecha de consulta: 24-09-2014.
5. Álvarez, R. Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial Manual Moderno, 2ª edición, México, 1998.
6. Badía, R. Apuntes de Salud Pública. Editorial Universitaria. Universidad de El Salvador, 1a. edición, El Salvador, 1993.
7. Juan Vicente Morales, «El Paleolítico, los albores del poblamiento», en *La Gran Historia de la Comunitat Valenciana. Tomo I: De nómadas a ciudadanos*, p. 11-21.
8. Piédrola, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Ediciones Científicas y Técnicas, 9ª edición, España, 1992.
9. Álvarez, R. Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial Manual Moderno, 2ª edición, México, 1998.
10. Cabezas, A. Rodríguez, M. Historia ilustrada de la Medicina. Editorial Algazara, Madrid, España, 1996.
11. Pérez Armiño L. La Medicina entre la Magia y la Ciencia. Portal Mundos, Marzo 2005.
12. Pérez Armiño L. (2005). La Medicina entre la Magia y la Ciencia. Portal Mundos, Marzo.
13. Barquín, M. (1994). Historia de la Medicina. Interamericana McGraw Hill. 8ª edición, México. p. 25- 27.
13. Cabezas, A. Rodríguez, M. (1996). Historia ilustrada de la Medicina. Editorial Algazara, Madrid, España, p. 46-48.
14. Cabezas, A. R. *Op. Cit.* p. 49.
15. Barquín, M. *Op. Cit.* (1994). p. 23-25.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

16. Cabezas. A. R. *Op. Cit.* (1996). p. 52.
17. Barquín, M. *Op. Cit.* (1994). p. 28-30.
18. Piédrola, G. (1992). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ediciones Científicas y Técnicas, 9ª edición, España, p. 42.
19. Martínez Navarro, F. (1998). *Salud Pública*. Editorial McGraw Hill. Interamericana de España. S. A., Madrid. p. 65.
20. Piédrola, G. *Op. Cit.* (1992). p. 42 -44.
21. Cabezas. A. R. *Op. Cit.* (1996). p. 53.
22. Piédrola, G. *Op.Cit.* 1996. p.46.
23. Piédrola, G. *Op.Cit.* 1992. p. 52.
24. Martínez N.F. *Op. Cit.* p. 66.
25. Martínez N.F. *Op. Cit.* p. 65.
26. Meyer, Rosa M. 1975. *Instrucciones de seguridad social. Proceso historiográfico*. Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas. México, INAH, p. 60.
27. Fernández del Castillo, Francisco. 1986. 'El establecimiento de ciencias médicas'. En *Antología de escritos histórico-médicos*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2:451-60.
28. Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M., García, M. y Césarman, E. 1982 *Sociología histórica de las instituciones de salud*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, p. 28.
29. Álvarez A. José. *Historia de la Salubridad en México*. 1960 México D.F. Secretaría de Salubridad y Asistencia.
30. Septien y Llata, Manuel 1880 "Establecimiento de igualas médico-farmacéuticas en toda la República". *Gaceta Médica de México*, 15: 357.
31. Rosen, George. 1985. *De la policía médica a la medicina legal*. México, Siglo XXI.
32. Anaya, Manuel de nov. 1984 'Observaciones sobre la importancia de la asociación de la salubridad pública en sus relaciones con la ciencia de la higiene'. En *Documentos e informes presentados en la 20 reunión anual americana de la asociación americana de la salubridad pública*. México, Press Association, vol. 18, pp. 29-30.
33. Moreno E. *Op. Cit.* (1982). p. 33.
34. Álvarez A. J. *Op. Cit.* (1960). pp. 97-98.
35. Moreno E. *Op. Cit.* (1982). p. 38.
36. Ordóñez, Blanca Raquel. 1989. 'Epidemiología'. En Guillermo Soberón; Jesús Kumate y Laguna, José (comp.). *La Salud en México: testimonios 1988*. México, Fondo de Cultura Económica, tomo IV, no 2, pp. 227-37.

37. *Boletín del Departamento de Salud Pública*. 1925. 1:184.
38. Álvarez A. J. *Op. Cit.* (1960). pp. 358.
39. Bustamante, M.; Viesca, C.; Villaseñor, F.; Vargas, A.; Castañón, R. y Martínez, X. 1982, 'La salud pública en México, 1959-1982'. *Secretaría de Salud y Asistencia*. México. P. 56.
40. Bustamante, M. *Op. Cit.* (1982). p. 222.
41. Plan Nacional, 1974.
42. *Historia de la Salud. Reseña Histórica, 1982-1988* 1988 México, Secretaría de Salud, tomo 2, p. 9.
43. González Block, Miguel Ángel. 1990. 'Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública en México'. *Salud Pública de México*, 34: 350.
44. Jesús Kumate. "Balance sectorial de salud: Cinco años de gobierno", en Arturo Warman, La política social en México, 1989-1994, FCE, México, 1994, 156.
45. Carlos Moreno Jaimes. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación, México, en http://www.transparencia.org.mx/docs/descentralizacion_salud.pdf.
46. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, 2001-2006. http://evaluacion.salud.gob.mx/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf.
47. Aguirre Botello Manuel. (2011). México, principales causas de mortalidad desde 1938, con datos de INEGI, OMS y SINAIS.
48. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Antecedentes", en Salud [Actualización: 23 de marzo de 2006], en www.diputados.gob.mx/cesop/.
49. Secretaría de Salud (SS). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México D.F.: SS; 2001.
50. Giugale M, Lafourcade O, Nguyen V, comps. Mexico: A Comprehensive Development Agenda for the New Era. Washington D.C.: World Bank; 2001.
51. Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). La reforma de la salud en México. México, D.F.: FUNSALUD; 2001.
52. World Health Organization (WHO). World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Estatistic annex. Geneva: WHO; [Internet]. Disponible en formato PDF en: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm> Consultado Octubre de 2007.
53. Soberón G. La participación del sector privado. En: La reforma de la salud en México. México, D.F.: FUNSALUD; 2001. p. 43-55.
45. Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012).
46. http://sexto.informe.gob.mx/igualdad_de_oportunidades.html. Fecha de consulta 14-06-2013.
47. Restrepo, H.E. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: Restrepo, H.E., Malaga, H.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable Capítulo 1. Editorial Médica Panamericana.

48. Álvarez-Dardet, Díaz Carlos. (2013). Políticas y planes de salud. Promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. P. www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_5.htm Fecha de consulta 09-04-2013.
49. Carlos Álvarez-Dardet Díaz. (1990). *Políticas y planes de salud*. Editores: Valencia: Conselleria Sanitat i Consum. España. ISBN: 84-7579-949-3.
50. Minkler M. 1989. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. Health Education Q Spring; 16(1):17-30.
51. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health 2008 Feb; 98(2):216-21.
52. Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
53. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "Políticas a favor de la salud". Celebrada en 1988 en Adelaida Australia).www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html - 34k –Fecha de Consulta-06-03-07.
54. Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012).
55. [http://sexto.informe.gob.mx/igualdad de oportunidades.html](http://sexto.informe.gob.mx/igualdad_de_oportunidades.html). Fecha de consulta 14-06-2013.
56. Restrepo, H.E. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: Restrepo, H.E., Malaga, H. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Capítulo 1*. Editorial Médica Panamericana.
57. Álvarez-Dardet Díaz, Carlos. (2013). Políticas Y Planes De Salud. Promoción De La Salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. P. www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_5.htm Fecha de consulta 09-04-2013.
58. Álvarez-Dardet, Díaz Carlos. (1990). *Políticas y planes de salud*. Editores: Valencia: Conselleria Sanitati Consum. España. ISBN: 84-7579-949-3.
59. Álvarez-Dardet, Díaz Carlos. (2013). *Op. Cit.* p. 1-9.
60. Minkler, M. 1989. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. Health Education Q Spring; 16(1): 17-30.
61. Frohlich, K.L., Potvin, L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health 2008 Feb; 98(2):216-21.
62. Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
63. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1986). Carta de Otawa.
64. Terris, M. Editor. (1992). Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de Salud Pública.

- Journal of Public Health Policy, Inc., South Burlington, Vermont, Estados Unidos de América.
65. Declaración de Sundsvall Sobre Los Ambientes Favorables a la Salud. (2011). 049 *Buenas Tareas.com*. Recuperado 04,2011 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Declaracion-De-Sundsvall-Los-ambientes/1867420.html>.
 66. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997. Yakarta, República de Indonesia.
 67. Restrepo, H.E. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol 19 No.1
 68. SANTOS, B. S. (2000). *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, Cortez Editores, São Paulo.
 69. Sigerist, H.E. (1941). Health. En: *Sigerist, H.E. "Medicine and Human Welfare"*. Reproducido en *Journal of Public Health Policy*. Vol.17, No.2.
 70. McKeown, T. (1982). *El Papel de la Medicina. Sueño, espejismo o némesis?* (1976) Edición española. Siglo XXI Editores. México. España. Argentina. Colombia.
 71. Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. Jossey-Bass. San Francisco. Washington. London.
 72. Lalonde, M.(1974). *A New Perspective on the Health of Candians*. Ottawa: Information Canadá.
 73. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978.
 74. Tejada, D. 2003. ALMA ATA. *Perspectivas de Salud*. Vol. 8 Número 2, 2003.
 75. Mahler, H. (1986). Discurso ante la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud. Documento interno. OMS. Ginebra, Suiza.
 76. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para al Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá 17-21 noviembre.
 77. Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS. (1990). *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el cuatrienio 1991-1994*. Washington, D.C. Estados Unidos.
 78. Hancock, T. (1994). Health Promotion in Canada: Did we win the battle but lost the war? En: Pedersen, O'Neill, Rootman Editors. *Health promotion in Canada*. W.B. Saunders, Canada. pp. 350-373.
 79. Nutbeam, N. (1986). Glosario de la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996).
 80. Kickbush, I. (1994). Introduction: Tell me a story. En Pedersen *et al. Op. cit.* 6. pp 8-17.
 81. REDET. Miembros de la Universidad de Montreal. (2003). *Marco teórico de los determinantes sociales de la salud*. Documento preparado por Mauricio Gómez-Zamudio.
 82. Syme, L. (2004). *Social Determinants of Health: the Community as an Empowered Partner*. CDC. Preventing Chronic Diseases. Vol. 1 No. 1 january.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

83. Wallerstein, N. (1992). Powerless, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*: 6, No. 3 January/February.
84. Hyppolite, S.R., O'Neill, M. (2003). Promotion And Education. Vol X Number 3. Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'empowerment. pp. 137-141.
85. Wallerstein, N., Bernstein, E. (1994). Introduction to Community Empowerment. *Participatory Education and Health. Health Education Quarterly*, 21(2): 141-148.
86. Teichmann, Jenny; Evans, Katherine C. (1999) (en inglés). *Philosophy: A Beginner's Guide*. Blackwell Publishing. p. 1.
87. Zolla, C. "La medicina tradicional indígena en el México actual", *Arqueología mexicana*. Vol. XIII, número 75, 2005.
88. Coe, R.M. (1970). *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza Universidad, p. 32.
89. Kleinman, A. "Concepts and model for the comparison of medical systems as Cultural Systems". *Social Science and Medicine*, 12: 85-96, 1978.
90. *Op. Cit.* Kleinman, A. (1978). 12: 85-96.
91. Baytelman, B. *Acerca de plantas y de curanderos*. INAH, México, 1993: 452.
92. Kleinman, A. *et al.* 1978: 95-98.
93. Osorio, C.R.M. *et al.* 2000: 48-53.
94. Osorio, C.R.M. (2000). *Entender y atender la enfermedad: saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México.
95. Menéndez, E. *et al.* 1994: 85.
96. Freidson, E. (1978). *La profesión médica*, Barcelona, Península.
97. Zolla, C. *et al.*, 2005, p. 98.
98. Arroyo Hiram, V., Cerqueira, M.T., ed. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*. San Juan, Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.
99. *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*. (2007). *La salud, tarea de todos*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Segunda edición: Junio 2007. ISBN: 970-721-417-0. p- 7-16.
100. Sáez, S.; Pérez, R.M. (1999). "La intervención psicopedagógica en la salud". En *La intervención psicopedagógica en el contexto no formal* de G. Filella (ed.) Pages: Lleida.
101. Martínez, N.F. (1997). *Salud Pública*. Ed. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A., ISBN 9788448601881.
102. Fernando M. (2014). *Marco teórico de la promoción y la educación para la salud*. www.ice.udl.es/udv/

- [demoassig/recursos/edusal/fixers/unidad1.pdf](#). Fecha de consulta 14-03-2014.
103. Terris M. (1980). "La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social". Siglo XXI editores S.A. México.
 104. Fernando M. *et al.* 2014: 7.
 105. Reporte de la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al 43er Consejo Directivo de la Organización. p. 1. www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature47.htm
Fecha consulta 14-05-2010
 106. Estrategias de Promoción y Condicionantes de Salud. www.puntaarenas.cl/portal/secplan/proyectos/GUIA_APOYO_A_PROYECTO.doc - 14 0306. Fecha de Consulta: 28-03-2014.
 107. Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. (1987). Nuestro Futuro Común. p. 1-2.
 108. Wolfgang, Sach. (1998). "La gallina de los huevos de oro: debate sobre el concepto de desarrollo sostenible". Bogotá: CEREC, ECOFONDO.
 109. Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. (1987). Nuestro Futuro Común. p. 1-2.
 109. Wolfgang, Sach. (1998). "La gallina de los huevos de oro: debate sobre el concepto de desarrollo sostenible". Bogotá: CEREC, ECOFONDO.
 110. Gonzalo Ortiz Crespo. (1999). "Cinco Claves de la globalización". En: El alba del milenio. Globalización y medios de comunicación en América Latina. UASB. F.E. p. 4.
 111. Chris Van der Borg, *et al.* 1996. p. 5.
 112. Milton Terris. (1991). ¿Qué es la promoción de la salud? OPS y OMS, Washington, D. C. p- 4.
 113. Ministerio de Salud - Colombia. "Portafolio Guía para la Promoción de la Salud en el Municipio". Bogotá: Dirección General de Salud Pública, Serie Documentos Técnicos No. 17. p. 21.
 114. Paulina Gómez. (1992). Promoción de la salud, conceptos y estrategias. CIESS, México. P. 5.
 115. Pereira G., José Miguel, Bonilla Jorge Iván, Benavides Julio. (1998). "Comunicación en contextos de desarrollo: balances y perspectivas". En revista Signo y Pensamiento No. 32. Bogotá: Universidad Javeriana, pp. 119-138.
 116. Jesús Martín-Barbero. (1987). "La telenovela en Colombia: televisión, melodrama y vida cotidiana". En: Diálogos de la Comunicación, No 17. Lima, junio, pp. 10-11.
 117. Armand Mattelart. (1993). "La comunicación-mundo. Historia de las ideas y de las estrategias". Madrid: FUNDESCO. p. 266.
 118. Catalán y Guillermo Sunkel. (1991). "La tematización de las comunicaciones en América Latina". En: Comunicación No. 74. Caracas. p. 16.
 119. Néstor García Canclini. (1995). "Consumidores y Ciudadanos". México: Grijalbo, p. 43.
 120. Armand Mattelart. *Op. cit.* p. 271.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

121. John Tomlinson.(1999). "Globalización y cultura". México: Oxford University Press. p. 9.
122. Néstor García Canclini. *Op. cit.* p. 26.
123. Robert White. (1992). "Análisis cultural en la comunicación para el desarrollo" En: Diálogos de la Comunicación, No. 34. Lima, septiembre. p. 54.
124. Gumucio, Alfonso. (2001). "Haciendo Olas: Historia de la Comunicación Participativa para el Cambio Social". New York: Fundación Rockefeller. p. 10.
125. Iván Bonilla Jorge y José Miguel Pereira. (1998). "Estado, ONGs y Medios de Comunicación y desarrollo en Colombia". Bogotá, informe de investigación para el Ministerio de Comunicaciones. p. 12.
126. Fundación Rockefeller. (1999). "Comunicación para el cambio social: Documento programático e informe sobre una conferencia. New York. p. 11
127. María Teresa Cerqueira. "Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas". Asesora Regional en Educación Para la Salud y la Participación Social. OPS/OMS. Sf. p. 13.
128. Jesús Martín Barbero. (1984). "Comunicación desde la cultura: Perder el objeto para ganar el proceso". En Signo Pensamiento No.5, Vol. II. Bogotá: Universidad Javeriana. p. 15.
129. Piñuel José Luis y Gaitán Juan. (1995). Metodología General: conocimiento científico e investigación en comunicación social. Madrid: Editorial Síntesis. p. 221.
130. Prieto Daniel. (1996). "Palabras e imágenes para la comunicación impresa". Curso a distancia de comunicación impresa. Quito: UCLAP.
131. Ministerio de Salud - Colombia. "Portafolio Guía para la Promoción de la Salud en el Municipio". Bogotá: Dirección General de Salud Pública, Serie Documentos Técnicos No. 17. p. 67.
132. W. Russell Neuman. (2002). "El futuro de la audiencia masiva". Santiago: Fondo de Cultura económica. p. 149 y ss.
133. Cfr. Diario El Espectador. (2001). Redacción Internet. Bogotá: Sábado, 21 de abril. P. 14 A.
134. Adaptado de *Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela*. Generalitat de Cataluña, 1984.
135. Promoción de la Salud. perso.wanadoo.es/aniorte.../apunt_polit_plan_5.htm Fecha de consulta 25-04-14.
136. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 43er. Consejo Directivo de la Organización. 53ª. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C. 24 al 28 de septiembre de 2001.
137. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director – 2001. Washington, D.C.: OPS, © 2001. (Documento Oficial 302). ISBN 92 75 37302 7. p. 1-16.
138. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. p. 1-50.
139. Historia de la OPS. Última actualización Miércoles 27 de Febrero de 2013. www.paho.org/spanish/

- [dpi/100/100feature47.htm](#) Fecha consulta 28-04-2014. p. 1.
140. C. Sapag, Jaime, Kawachi, Ichiro. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública No. 41(1):139-49.
 141. Sepúlveda, J., Gómez Dantés, H. (2006). Origin, direction and destination of the health transition in Mexico and Latin America. Montevideo: International Development Research Centre; 1997. Disponible en http://www.idrc.ca/en/ev-23058-201-1-DO_TOPIC.html. Fecha de consulta:28-04-2014.
 142. Marmot, M., Wilkinson. (1999). RG, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
 143. Marmot, M. (1998). Improvement of social environment to improve health. Lancet, P. 351: 57-60.
 144. Restrepo, H. (2000). Increasing community capacity and empowering communities for promoting health: technical report. In: Conference for Health Promotion. Bridging the Equity Gap. México, June 5-9.
 145. Conferencia Internacional de Atención Primaria. Declaración de Alma Ata - 1978. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Fecha de la consulta: 30-04-2014.
 146. MacDonald, T.H. (1998). Rethinking health promotion: a global approach. London: Routledge. p. 27.
 147. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; 1986 Nov 21; Ottawa, Canada. Geneva.
 148. Bracht, N. (1999). editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE.
 149. Atkinson, S., Cohn, A., Ducci, M.E., Gideon, J. (2005). Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. Health Promot Int. 20:167-75.
 150. Whittemore, A.A., Buelow, J. Health and health promotion in Latin America: a social change perspective. In: Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. p. 199-218.
 151. Rippetoe, P.A., Rogers RW. (1987). Effects of components of protection-motivation theory and adaptive and maladaptive coping with a health threat. J Pers Soc Psychol. 52:596-604.
 152. Bandura A. (1986). Social foundations of thought and actions: a social cognitive theory. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall.
 153. Werner D. (1997). Where there is no doctor. Palo Alto (CA): Hesperian Foundation.
 154. Freire P. (1973). Education for critical consciousness. New York: Seabury.
 155. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama social de América Latina 2001- 2002. Santiago de Chile; 2002. Capital social: sus potencialidades y limitaciones para la puesta en marcha de políticas y programa sociales; p. 139-66.
 156. Serrano, C. (2002). Pobreza, capital social y ciudadanía (Borrador): asesorías para el desarrollo.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Santiago de Chile. Disponible en [http:// www.asesorias.tie.cl/informe%20capital%20social.rtf](http://www.asesorias.tie.cl/informe%20capital%20social.rtf). Fecha de consulta:30-04-2014.

157. Coleman, J. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
158. Putnam, R., Leonardi, R., Nanetti, R.Y. (1994). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
159. Uphoff, N. (2000). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participants. In: Dasgupta P, Serageldin I, editors. *Social capital: a multifaceted perspective*. Washington (DC): The World Bank; p. 215-49.
160. Berkman, L, Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
161. House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley.
162. Putnam, R. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
163. Portes, A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Ann Rev Social*; 24:1-24.
164. Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol*. 94 Suppl: S95-120.
165. Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*. 277:918-24.
166. Boxman, E., De Graaf, P., Flap, H. (1991). The impact of social and human capital on the income attainment of Dutch managers. *Soc Networks*. 13: 51-73.
167. Baquero, M. (2003). Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev Sociol Polit*.(21):83-108.
168. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2002). *Panorama social de América Latina 2001-2002*. Santiago de Chile; 2002. Capital social: sus potencialidades y limitaciones para la puesta en marcha de políticas y programas sociales; p. 139-66.
169. Fukuyama, F. (1995). *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: The Free Press. Woolcock M. (1998). Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory Soc*. 27:151-208.
170. Atria, R., Siles, M., compiladores. (2003). *Capital social y reducción de la pobreza: en busca de un nuevo paradigma*. Santiago de Chile: CEPAL; Universidad del Estado de Michigan.
171. Pattussi, M.P., Moysés, S.J., Junges, J.R., Sheiham, A. (2006). Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*.22:1525-46. Putnam, R. (2004). Commentary: 'Health by association': some comments. *Int J Epidemiol*. 33:667-71.
172. Hyyppa, M., Maki, J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med*. 32: 148-55.

173. Cooper, H., Arber, S., Fee, L., Ginn, J. (1999). The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. London: Health education Authority. Souza, E.M. (2003). Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 37:463-9.
174. Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Ginebra.
175. Eng, E., Parker, E. (1997). Lay health advisor intervention strategies: a continuum from natural helping to paraprofessional helping. *Health Educ Behav*. 24: 413-7.
176. Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot*. 6: 197-205.
177. Freire, P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press; 1970.
178. Hennessey Lavery, S., Smith, M.L., Esparza, A.A., Hrushow, A., Moore, M., Reed, D.F. (2005). The community action model: a community-driven model designed to address disparities in health. *Am J Public Health*. 95: 611-6.
179. Fals-Borda, O., Rahman, M.A. (1991). *Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action research*. New York: Apex Press. Farquhar, S.A., Michael, Y.L., Wiggins, N. (2005). Building on leadership and social capital to create change in 2 urban communities. *Am J Public Health*. 95:596-601. Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *J Soc Issues*. 2:34-46.
180. Eng, E., Briscoe, J., Cunningham, A. Participation effect from water projects on EPI. *Soc. Sci. Med*. 1990; 30:1349-58.
181. Thompson, B., Kinne, S. (1999). Social change theory: applications to community health. In: Bracht, N., editor. *Health promotion at the community level: new advances*. 2nd ed. Newbury Park: SAGE. p. 29-46. Wakefield, S.E., Poland, B. (2005). Family, friend or foe?: critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med*. 60:2819-32.
182. Saegert, S., Thompson, J.P., Warren, M.R., editors. *Social capital and poor communities*. New York: Russell Sage Foundation; 2001.
183. Bossert, T.J. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Soc Sci Med*. 1990; 40:1015-23.
184. Thompson, B., Winner, C. Durability of community intervention programs: definitions, empirical studies, and strategic planning. In: Bracht N, editor. *Health promotion at the community level: new advances*. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. p. 137-54.
185. Szreter, S., Woolcock, M. Health by association?: social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol*. 2004;33:650-67.
186. World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter: principles for health promotion*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

187. Simons-Morton, B.G., Greene, W.H., Gottlieb, N.H. (1995). Needs assessment and planning. En: Simons-Morton, B.G., Greene, W.H., Gottlieb, N.H., editors. Introduction to health education and health promotion. Prospect Heights: Waveland Press Inc.
188. Green, L.W., Kreuter, M.W. (1991). Health promotion planning: an educational and environmental approach. Mountain View, California: Mayfield. Gielen, A.C., McDonald, E.M. (1997). The PRECEDE/PROCEED planning model. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.
189. Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N. (2001). Intervention Mapping: designing theory and evidence based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield.
190. Villamarín, F., Álvarez, M. (1998). Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. PSICOLOGEMAS; 12 (24): 161-204.
190. Kotler, P., Andreasen, A. (1987). Strategic marketing for non-profit organisations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. ISBN-0138512051
191. Kotler, P., Andreasen, A. (1987). Strategic marketing for non-profit organisations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. ISBN-0138512051
192. US Department of Health and Human Services. (1992). Making health communication programs work. A planners guide. Bethesda: National Cancer Institute.
193. Leal Jiménez, A. (2002). Gestión del marketing social. Madrid: McGraw Hill.
194. Niederdeppe, J., Farrelly, M.C., Haviland, M.L. (2005). Confirming «truth»: more evidence of a successful tobacco countermarketing campaign in Florida. Am J Public Health. March, 95 (3). 425-431.
195. Prochaska, J., Redding, C., Evers, K. (1997). The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B, editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.
196. Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Educ. Monographs. p. 2.
197. McGuire, W. (1981). Theoretical foundations of campaigns. En: Rice RE, Paysley WJ, editors. Public communication campaigns. Beverly Hills: Sage Publications.
198. Rogers, E. (1995). Diffusion of innovations. New York: The Free Press. 4th edition. New York.
199. Oldenburg, B., Hardcastle, D., Kok, G. (1997). Diffusion of innovations. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.
200. Barker, K. Diffusion of innovations: a world tour.
201. Heaney, C., Israel, B. (1997). Social networks and social support. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.

202. Glanz, K., Rimer, B. (1995). Theory at a glance. A guide for health promotion practice. National Institutes of Health.
203. Minkler, M., Wallerstein, N. (1997). Improving health through community organization and community building. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers. Green, L., Daniel, M., Novick, L. Partnerships and coalitions for community-based research.
204. Wallerstein, N., Bernstein, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health.
205. Villamarín, F., Álvarez, M. (1998). Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12, 161-203. Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.
206. Prochaska, J., Redding, C., Evers, K. (1997). The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.
207. Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W., Prochaska, G. Contraceptive and condom use adoption and maintenance: a stage paradigm approach.
208. Van Duyn, M.A., Kristal, A.R., Dodd, K., Campbell, M.K., Subar, A.F., Stables, G., *et al.* Association of awareness, intrapersonal and interpersonal factors, and stage of dietary change with fruit and vegetable consumption: a national survey.
209. Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monographs*. p. 2. Minkler, M., Wallerstein, N. Improving health through community organization and community building. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. (1997). Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.
210. Villamarín, F., Álvarez, M. (1998). *Op. Cit.* p. 161-203. Azjen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
211. Stretcher, V., Rosenstock, I. (1997). The health belief model. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B., editors. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Josey Bass Publishers.
212. Colliere, M.F. (1993). *Promover la vida* Madrid: Interamericana; p: 385.
213. Foucault, M. (1987). Historia de la sexualidad: la inquietud de sí. México: Siglo XXI; p. 38-68.
214. Colliere, M.F. (1993). *Op. Cit.* p. 385-402.
215. Tulia, M., Uribe, J. (2013). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. P. 3.
216. Zurro, A.M., Badía, J.G. y Subías, L.P. (1994). *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. 3ª. ed. Madrid: Mosby/Doyma libros. P. 291-297.
217. Aranda, J.M. (1994). Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-ata. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. p. 135-148.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

218. Arredondo, A. (2002). "Análisis y Reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud–enfermedad". *Cad Saúde Públi.* Río de Janeiro.
219. Gómez, L.I. y Rabanaque, M.J. en Colomer, C. y Álvarez, C. (2000). Promoción de la salud y cambio social. Capítulo 1: Concepto de Salud. Primera edición Barcelona, España, p. 3,4.
220. Secretaría de Salud [SSA]. "Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud". Dirección General de Promoción de la Salud. México s/a.
221. Ferrer, M. (2003). Equidad y Justicia en Salud. Implicaciones para la Bioética. Instituto de Asuntos Públicos, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile, Chile.
222. Gómez, L.I y Rabanaque, M.J. en Colomer. (2000). *Op. Cit.* p. 3-4.
223. Salazar, L. y Vélez, J.A. (2004). Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):725-730.
224. Frenk, J.; González, P.; Gómez, O., Lezana, M.A., Knaul, F.M. (2007). Reforma Integral para mejorar el desempeño del Sistema de Salud en México. *Salud Pública de México.* Vol. 49 Suplemento 1. México.
225. Secretaría de Salud [SSA]. "Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud". Dirección General de Promoción de la Salud. México s/a.
226. Frenk, J. Los fenómenos sustantivos de la salud pública. En: Frenk, J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México, DF: FCE. Pág. 58-69.
227. Quinta Organización Mundial de la Salud [OMS] Promoción de la Salud. Glosario. Cuarta conferencia Internacional de Promoción de la salud hacia el siglo XXI. Yakarta, Indonesia. 1998.
228. Terris, M. (1992). Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas, en la crisis de la Salud Pública, *Publicación Científica N° 540, OPS.*
229. Ferrer, M. Equidad y Justicia en Salud. (2003). Implicaciones para la Bioética. Instituto de Asuntos Públicos, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile, Chile.
230. Quinta Organización Mundial de la Salud [OMS] Promoción de la Salud. Glosario. Cuarta conferencia Internacional de Promoción de la salud hacia el siglo XXI. Yakarta, Indonesia. 1998.
231. Terris, M. (1992). *Op. Cit.*
232. Robledo, R. y Agudelo, C.A. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Rev. Salud Pública.* 13 (6): 1031-1050.
233. Carvalho, S.R. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva.* 4(3):335-347.
234. Organización Mundial de la Salud [OMS] Hitos en la promoción de la salud. Declaraciones de las conferencias mundiales. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>
225. WHO Secretariat. (2005). Global Health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and

- developments over the past 20 years and challenges for 2015. Documento base para la 6ta Conferencia en promoción de la salud. Thailandia, Bangkok.
236. Crovetto M; Vio, F. (2009). Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev. Chilena, Nutr.* Vol. 36 N°1, Marzo.
 237. Robledo, R y Agudelo, C.A.(2011) *Op. Cit.* 1031-1050.
 238. Organización Mundial de la Salud [OMS](2009). Hitos en la promoción de la salud. Declaraciones de las conferencias mundiales. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>
 239. Salazar, L y Vélez, J.A. (2004).Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):725-730
 240. Wald, G. (2009). Promoción de la Salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en “Ciudad Oculta”, la villa N° 15 de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(3):345-362, Septiembre – Diciembre.
 241. Prieto, A. (2003). Modelo de Promoción de la Salud, con énfasis en Actividad Física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev. salud pública.* 5 (3):284-300.
 242. Vianney Hernández Xochipa. (2013). Evolución histórica del concepto de promoción de la salud. Instituto Nacional de Salud Pública Especialidad en Promoción de la Salud. P. 29-35.
 243. WHO Secretariat. (2005). Global Health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. Documento base para la 6ta Conferencia en promoción de la salud. Thailandia, Bangkok.
 244. Salazar, L y Vélez, J.A. (2004). Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):725-730.
 245. Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Rev. cub. salud pública* vol. 33 no. 2 La Habana.
 246. González-Molina, J. El resurgimiento de la promoción de la salud. ¿Ave Fénix? Manos a la salud. *Mercadotecnia, comunicación y publicidad para la promoción de la salud.* CIESS.
 247. Arroyo, H. y Cerqueira, M.T., ed. (1997). La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
 248. Quinta Organización Mundial de la Salud [OMS] Promoción de la Salud. Glosario. Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la salud hacia el siglo XXI. Yakarta, Indonesia. 1998. Disponible en: <http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?grupoRec=Todas%20las%20edades&tiporecursoAct=Documentos%20/%20Informes&tematicaRec=Promoci%F3n%20y%20Educaci%F3n%20para%20la%20Salud&titulo=Glosario%20de%20Promoci%F3n%20de%20la%20Salud&codrecurso=78&recurso=7&tematica=1>.
 249. García, I. (1997). Promoción de la Salud: Una Antología. *Rev. Esp Salud Pública* 1997, Vol. 71 N° 3 Mayo-Junio.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

250. WHO Secretariat. (2005). Global Health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. Documento base para la 6ta Conferencia en promoción de la salud. Tailandia, Bangkok.
251. Eslava, J.C. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Salud pública. 8 (Sup. 2): 106-115.
252. Robledo, R. y Agudelo, C.A. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. Rev. salud pública. 13 (6): 1031-1050.
253. Salazar, L. y Vélez, J.A. (2004). Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):725-730.
254. Robledo, R. y Agudelo, C.A. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. Rev. Salud Pública. 13 (6): 1031-1050.
255. Wald, G. (2009). Promoción de la Salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en “Ciudad Oculta”, la villa N° 15 de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Salud Colectiva, Buenos Aires, 5(3):345-362, Septiembre – Diciembre. González-Molina, J. El resurgimiento de la promoción de la salud. ¿Ave Fénix? Manos a la salud. Mercadotecnia, comunicación y publicidad para la promoción de la salud. CIESS.
256. Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con Educación”. *Principios Fundamentales de la Declaración*.

EVOLUCIÓN Y MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Jesús Bernal Magaña

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

DRA. ROSALINDA ESCALANTE PLIEGO
Secretaria de Integración, Promoción y Desarrollo Académico

CD. YOLANDA L. GÓMEZ GUTIÉRREZ
Jefa de la Unidad de Formación Integral

LIC. MA. DE LOS REMEDIOS ALMA GOPAR SILVA
Jefa del Departamento de Lenguas Extranjeras



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I, Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II, Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto, Col. Ejército de Oriente,
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

