

Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud

Helena E. Restrepo

"Nada más difícil que un comienzo"
Lord Byron

El interés creciente en el área temática de la Promoción de la Salud -PS-, hace indispensable que se revisen los antecedentes históricos que dieron origen a la actual disciplina, teniendo como marco histórico el desarrollo de la salud pública en la cultura occidental. En la extensa historia de la salud pública, se señalan los hechos más relevantes con relación a los elementos esenciales de la PS, aceptados en la actualidad. No se hace referencia particular a la cultura oriental por desconocimiento de su evolución, aunque se sabe con certeza que también ella, ha tenido importantes influencias en la teoría y práctica de lo que constituye hoy el vasto campo de la PS.

El valor dado a la salud en cada sociedad, es fundamental para comprender la historia de la salud pública y de la medicina. Dicho valor está influenciado a su vez, por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado en el mundo a lo largo del tiempo con relación a la concepción de la salud. En este artículo se revisan en forma muy sucinta, algunas de estas corrientes y las implicaciones que han tenido sobre el desarrollo de nuevos paradigmas, que promulgan acciones positivas de carácter más integral para alcanzar un nivel de salud óptimo y mejor calidad de vida de las poblaciones. Por esta razón, no se incluyen muchos hechos y nombres importantes en la historia de la medicina clínica y la epidemiología, que dieron reconocidos triunfos a la humanidad sobre la enfermedad.

1. Creencias primitivas sobre cómo mantener la salud

Las creencias y prácticas para evitar enfermarse —amuletos, talismanes, hechizos,

etc.—, han existido desde los tiempos más primitivos, y persisten aún en muchas culturas —uso de pulseras magnéticas, amuletos obsequiados por indígenas, semillas en las muñecas de los niños, el uso de colo-

res¹, etc.—, que son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas.

La Biblia contiene una gran cantidad de información sobre prácticas preventivas tanto individuales como sociales, en especial el Antiguo Testamento, que está lleno de alusiones a medidas para proteger la salud colectiva. Un ejemplo es la siguiente recomendación para los soldados: “Y llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí fuera, cavarás con ella y luego te volverás y cubrirás con la tierra tu excremento”². De igual modo, se puede considerar como práctica sabia de la PS la reglamentación del día de reposo³. Muchas de estas recomendaciones se transformaron en normas religiosas hebreas, que permiten hoy reconocer a los judíos como precursores de la protección de la salud de la población.

2. Conceptos de salud de los griegos

Esculapio (Asklepios) que debió ser humano hacia 1250 a. c., era el dios de la salud y su culto persistió por mucho tiempo. Tuvo dos hijas, Panacea conocida como la diosa de la curación e Hygea, de la “salud”, quien dió origen a la palabra “Higiene”. En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia, a Hygea se le reconocía como diosa del arte de estar sano, entendido éste, como la moderación en el vivir, ó “el orden natural de las cosas”; Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos. Ambas están reconocidas en la obra *Corpus Hippocraticum* de Hipócrates (Guthrie 1947, pp. 63-66).

El balance entre Panacea e Hygea se ha roto en los tiempos modernos con la exagerada supremacía de lo curativo, y el gran desarrollo de la biotecnología, que a su vez está convirtiéndose en un determinante de inequidades en salud, al hacer la atención médica cada vez más costosa e inalcanzable. Para los fines de la PS, “lo importante para el futuro es restablecer el equilibrio entre Hygea y Panacea” (Renaud 1996, pp. 347-366).

En los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor, es decir un envejecimiento sano. En los siglos VI y V a. c. (Siglo de Oro), abundaron los valores dados a la salud y a estar “saludable”. Los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza, hoy fundamental en la concepción de PS. Los seguidores de Pitágoras fueron, más que médicos, una orden religiosa que recomendaba una vida pura, adquirida a través de dietas y prácticas especiales dando un gran valor a la música como terapia para restaurar el equilibrio. Dentro del rescate de los aspectos que influyen en el bienestar, no se puede desconocer al filósofo Epicuro, defensor de todas aquellas cosas que proporcionan el verdadero gozo por la vida.

De otra parte, los griegos fueron elitistas en sus prácticas de salud porque las recomendaciones de vida sana eran posibles sólo para los aristócratas ricos que se podían dedicar al cultivo del cuerpo y al placer, pero no para los que tenían que trabajar y conseguir con su sudor el sustento; los esclavos no recibían la información —como sucede hoy también— que les ase-

gurara una vida saludable (Diocles de Karistos, Siglo IV a. c., En: Sigerist 1941).

Al parecer, además de ser la “higiene” para una minoría, los griegos exageraron las recomendaciones para tener una vida sana, lo que ocasionó múltiples críticas entre ellas la de Platón, quien incluso llegó a calificar de “enfermedad” o enfermiza esta preocupación, afirmando que “el cuidado perpetuo de la salud parece otra enfermedad” (Sigerist 1941). Esta crítica se encuentra también hoy en los que se refieren a los “promotores de la salud” como “fascistas de la salud” (Downie, Tannahill y Tannahill 1996, pp. 144-145).

3. La salud en el Imperio Romano

Con los romanos se tuvo una visión más realista de la salud, menos contemplativa, pero se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Médicos como Plutarco exaltaban el trabajo como fuente de salud, “el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas... La pereza no es saludable... y no es verdad que la gente inactiva es más sana” (Sigerist 1941). Para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y “afeminado” y apareció una concepción más amplia de salud que incorpora la mente, consagrada en el célebre aforismo “mente sana en cuerpo sano”.

El filósofo Ateneo consagró en un hermoso pasaje lo que sería el ideal de desarrollo de los niños, integrando el desarrollo físico, mental y social: “A los niños pequeños que han sufrido falta de alimentos, debe permitírseles vivir confortablemente y jugar... deben dejarlos en paz... darles alimento en moderada cantidad... y a los seis o siete años de edad, niños y niñas⁴ deben encargarse a maestros gentiles y humanos” (Sigerist 1941).

Galeno, el más famoso de los médicos romanos fue el primero que habló de los “pre-requisitos” para la salud, “libertad de pasión e independencia económica” fueron los principales; considerados más importantes que la buena constitución física, porque “no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa” (Sigerist 1941). Es muy desafortunado que este requisito haya sido tan desatendido en la historia del mundo, posteriormente.

La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública. Desde el siglo III se empezó la construcción de los famosos acueductos que incorporaron caudal de agua de fuentes lejanas diferentes al Tiber, única fuente que tenía Roma. Las casas romanas fueron construidas con cañerías y desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría, y piscinas de natación. Se considera este aporte pertinente a la PS, por la importancia que tiene el contar con agua para que una comunidad sea saludable.

Otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público (Guthrie 1947, pp. 99-100). Pese a todo lo bueno, el imperio romano cayó por la corrupción moral y política, problemas que siguen atentando contra la equidad hoy en día.

4. Del Cristianismo y los árabes

Durante el cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como principal elemento de la salud; “la higiene pagana no puede preservar la salud” y no son necesarias dietas ni ejercicios, sino bautismos. Pero el cuerpo era el

¹ El color rojo por ejemplo, en la cultura china se asocia con «vida» desde la antigüedad y hasta nuestros días.

² Deuteronomio, XXIII, 13.

³ Éxodo, XXXV, 2.

⁴ El subrayado es de la autora para resaltar la especificación de género de los romanos.

vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, hubo espacio para la higiene colectiva; el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían baños de vapor (turcos) para los peregrinos. Se aceptaron las ideas de Galeno porque creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo y fueron abandonados los principios Hipocráticos; no obstante en la Edad Media, se difundieron tanto los principios de Hipócrates como las ideas de Galeno, en pequeños tratados que resumían cómo debía vivirse y qué reglas había que guardar.

Las condiciones cambiaron en el siglo XII, con las traducciones de los antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes. Un ejemplo es el tratado escrito por Juan de Toledo, judío converso y presentado en árabe como una carta de Aristóteles a Alejandro Magno. El más popular de estos tratados fue el llamado "Regimen Sanitatis Salernitanum" escrito probablemente en el siglo XIII por la Escuela de Salerno, dirigido a personas de alto rango aunque, siendo bueno para reyes, lo era también para los de abajo; presentado en verso como un manual de medicina doméstica donde el régimen alimenticio ocupaba un lugar prominente, y exaltaba el valor de la leche, los quesos y las nueces; posteriormente le fueron añadiendo nuevos versos en las distintas ediciones, la última de las cuales data del siglo XIX, 1880 (Sigerist 1941).

La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina y hubo nombres famosos de médicos cirujanos y terapeutas con gran conocimiento sobre medicamentos. Con relación a la PS, es digno de mención el filósofo judío Maimónides, nacido en Córdoba-España, quien escribió una guía de la salud personal llamada *Libro del Consejo*, que exalta la importancia del carácter sobre las viles riquezas, y en su obra —*Sobre las causas y naturaleza de la Enfermedad*—, hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la re-

lación entre la salud física y mental. De los musulmanes también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos, y por la noche "se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnios"; pero lo más relevante desde el punto de vista de la PS fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo (Guthrie 1947, pp. 104-133).

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública. Durante este período ocurrió la gran epidemia de la "Peste o Muerte Negra" que devastó al mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días, para evitar la expansión de epidemias por los viajeros.

5. El Renacimiento

El Renacimiento contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública. Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia, con pocas excepciones. Sin embargo, para efectos de la PS, es muy positivo el movimiento renovador en el arte y la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, sobretudo, la actitud abierta hacia todo lo creativo que se apoderó de la humanidad. El cuerpo humano con Leonardo da Vinci dejó de ser solamente un "instrumento de pecado". En Medicina se destaca el humanismo de Paracelso. En la historia de la salud pública se registra un nombre importante, Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los

mecanismos de transmisión de ellas, en su obra —*De Contagione*— publicada en 1546 (Guthrie 1947, pp. 192-195).

La expansión del mundo con el descubrimiento de América produce el choque entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y los de los europeos, que tuvo grandes repercusiones para la salud. Seguramente, no sólo intercambiaron enfermedades sino medidas de prevención y promoción, pero es lamentable la escasa información que se tiene al respecto. Parece que algunas culturas indígenas estaban bastante más adelantadas que los españoles en la concepción de la salud y la enfermedad. Es importante anotar, que uno de los hechos más negativos en la historia de la salud pública y de la PS, después de la conquista de América, es sin duda, el gusto que despertó el tabaco y el aumento enorme de su consumo hasta nuestros días.

6. Siglos XVII y XVIII

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, no así en la salud pública, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con éste, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades. En este período se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina.

El siglo XVIII por el contrario, sí marcó grandes cambios. En primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como de la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas; pero los movimientos que se dieron fueron muy diferentes, de un lado, se impuso una corriente absolutista, autoritaria, que consideraba que la protección de la

salud debía ser hecha por el Estado automáticamente, por medio de leyes y regulaciones policíacas. Un exponente de este movimiento es Johann Peter Frank en Alemania, a él se le deben excelentes aportes a la salud pública, "trató pacientes, reorganizó hospitales, enseñó a estudiantes, e instruyó a monarcas en cómo proteger la salud de sus súbditos"; denunció que la pobreza en Pavia era la principal causa de enfermedades y aunque fue un defensor del autoritarismo del Estado, en materia de salud pública sus enfoques son amplios y sociales; escribió una obra en seis volúmenes (*System einer vollenständigen medicinischen Polizey*—Sistemas de una Política de la medicina integral—), en ella discutió con erudición las causas sociales de la enfermedad, incluso la influencia del "teatro" en la salud del pueblo⁵.

Otra corriente totalmente diferente de este siglo XVIII, se inspiró en la filosofía de la Iluminación propia de este período y centrada en el individuo: el hombre es bueno, racional y es el único que puede cambiar su situación pero es ignorante porque no se le da el conocimiento necesario; en cambio el Estado es "corrupto", instrumento de tiranía y opresión; Jean Jacques Rousseau fue su inspirador. La educación era entonces la panacea y uno de sus mejores exponentes en el campo de la salud pública fue John Locke, quien formuló un programa de salud física y mental a través de la educación. El niño tuvo el mayor interés como objeto para las acciones de salud en esta época, debido al énfasis que se le dió a la educación.

Entre las obras más destacadas y representativas de esta época se encuentra el *Catecismo de la Salud*, joya histórica⁶ publicada en 1794, escrita por Bernhard Christoph Faust, médico general de un pueblo pequeño alemán, quien dedicó su vida a *promover la salud y el bienestar general de su pueblo*⁷. El Catecismo fue escrito para maestros, padres y niños. Sus mensajes son de una sim-

⁵ Se puede considerar éste como un antecedente del uso de la comunicación y de los medios en salud. Tuve la oportunidad de leerlo completo en la Biblioteca de la Universidad de North Carolina, Chapel Hill. Subrayado por la autora.

pleza y claridad sobresalientes tan aplicables en su tiempo como en la actualidad, resaltando aspectos de la PS y del bienestar; algunos ejemplos son:

"P 9. ¿Pueden Uds. niños estar contentos, reír y bromear y estar listos para comer, tomar y dormir, cuando están enfermos?"

R. No. Solamente podemos hacerlo cuando tenemos buena salud.

P15. ¿Es suficiente preocuparnos por nuestra propia salud?"

R. No. Es nuestro deber también preocuparnos por la vida y la salud de otras criaturas semejantes".

P26. ¿Qué epíteto se aplica a un hombre que sufre solamente a intervalos inconveniencias y enfermedades cortas?"

R. El epíteto es "saludable".

P44. ¿Por qué medios particulares puede un cuerpo fuerte y saludable ser afectado o deteriorado?"

R. Por una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el comer y beber; por alimentos nocivos, y licores espirituosos; por respirar aire dañino; por molestias ocasionadas por excesivo ejercicio o por inactividad; por calores y fríos excesivos; por aflicción, penas, sufrimientos y miseria, y por muchas otras condiciones el cuerpo puede ser dañado y cargarse de enfermedad⁴.

Junto a Faust hubo otros humanistas e idealistas en materia de salud, a los cuales se les criticó que sus mensajes fueran sólo para los de las clases que podían leer. En aquel entonces como ahora, los mensajes saludables no llegaban a los analfabetos y por consiguiente, a los sectores más pobres.

7. Siglo XIX: la medicina social

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fi-

siología, y medicina preventiva; son muchos los nombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Snow, etc.; aquí se mencionarán solamente aquellos que contribuyeron más al campo de la PS, es decir a las relaciones entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad. En este período se relaciona la filosofía con la salud, a través de los pensamientos del estudiante de leyes Jeremy Bentham (1748-1832), quien con su doctrina de "la mayor felicidad para el mayor número", enfatizó la necesidad de la existencia de una legislación sanitaria (Guthrie 1947, p. 472).

Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano.

Varios nombres ilustres de esta época figuran en la historia del tema que se viene tratando. Entre ellos, Edwin Chadwick, que jugó un papel preponderante en la revisión de las *Leyes de Pobres* y se colocó entre los pioneros de la salud pública inglesa. La publicación que más se le conoce es el Informe de las Condiciones Sanitarias de la Clase Trabajadora "Report on the Sanitary Condition of Labouring Class-" (Chadwick 1842). Hoy en día se le considera también como un visionario de las ciudades saludables por su enorme contribución al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades (Ashton 1993).

Del mismo período es el francés Louis-René Villarmé, autor también de denuncias sobre la salud de obreros de la industria textil de Francia. Otro nombre citado menos en la literatura especializada, es el de Federico Engels, quien no siendo del área

de la salud, escribió varias obras sobre las enfermedades y sufrimientos de los trabajadores; Engels describió las enfermedades ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, y en fin, las raíces de la enfermedad y la muerte prematura de los trabajadores en Inglaterra. También analizó la mala distribución del personal médico y efectuó un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social. Es emocionante descubrir por un reciente libro (Osorio y Jaramillo 1997) que Flora Tristán (francesa-peruana) considerada como una de las precursoras del movimiento de reivindicación de la mujer, escribió la obra base para el libro de Engels -Paseos en Londres- (*Promenades dans Londres*) escrito en 1840 y que describe la extrema pobreza del proletariado inglés, aunque el mismo Engels y Marx, critican posteriormente a Tristán por su "socialismo utópico". (Eidelberg 1997, pp. 160-173)

Pero el más grande representante de esta época, considerado el padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la PS, es Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, y que para asombro de muchos, se convirtió en uno de los más célebres "salubristas-políticos" de la historia. Por esos fascinantes azares de la vida, fue Virchow el elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tifo que azotaba la provincia de Silesia en el invierno de 1847-1848, cuyos resultados son clásicos en la historia de la salud pública. El estudio, contenía "los hallazgos más finos clínicos y patológicos inmersos en un análisis asombrosamente competente "antropológico", sociológico y epidemiológico" (Ackerknecht 1953). Las recomendaciones de dicho informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta, tuvieran "completa e ilimitada democracia, o educación, libertad, y prosperidad". Exactas reco-

mendaciones se pueden hacer hoy para alcanzar la equidad, dentro de una verdadera PS.

En términos prácticos lo que Virchow recomendaba era lo que la PS reconoce hoy como pre-requisitos para ser saludables: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación Iglesia-Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas); es decir que se "empoderaran" esos grupos de excluidos, para usar los términos de hoy. La importancia de este trabajo radica en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la Medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el "amor por el dinero". Por esta causa, desarrolló un activismo político y fundó un periódico llamado "Reforma Médica" en el que se debatían los temas de una necesaria reforma de la medicina, y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos. Su movimiento fracasó y tuvo que retirarse de la política y volver amargado a la vida académica. Sigerist hace una anotación muy interesante sobre las razones del fracaso del movimiento de Virchow y de otros de sus seguidores en Alemania; dice que se debió al hecho de ser un movimiento proyectado desde los médicos para la gente, pero sin la gente como su protagonista más importante.

No puede faltar en este breve recuento de la revolución que se inició en la salud pública del siglo XIX, un nombre que hizo una trascendental contribución a los enfo-

⁴ Traducción libre por la autora. de las citas del Catecismo.

ques más integrales e intersectoriales, que se buscan hoy en propuestas de ciudades y municipios saludables, y es el de William H. Duncan, primer jefe local de salud de Liverpool, considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa (Ashton y Seymour 1988). Duncan lideró un movimiento de mejora de estándares de vida, centrado en un cambio ambiental en su sentido más amplio.

8. Antecedentes de la Promoción de la Salud en el siglo pasado

La historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la PS, se inició precisamente con Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así:

- la promoción de la salud,
- la prevención de la enfermedad,
- la restauración del enfermo, y
- la rehabilitación.

Fue el primero en usar el término de PS para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. El Programa de Salud propuesto por Sigerist consiste en:

1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y descanso.
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
5. Centros médicos de investigación y capacitación.

A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las "Escuelas Saludables" cuando dice: "la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública". Su influencia se mantiene aún en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública.

Otro nombre importante de este siglo es el de Thomas McKeown, quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucho mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses y no, a las intervenciones de tipo médico. En sus propias palabras: "El progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento... para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado" (McKeown 1982).

Los argumentos de McKeown se consideran fundamentales en el marco teórico de la PS que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (Evans, Barer y Marmor 1996, pp. 237-253). En América Latina, son dignas de mención las corrientes de medicina social y de "epidemiología social" en las décadas 60 y 70, que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública, y que contaron con grandes pensadores de la salud pública, especialmente en Ecuador, México y Brasil (Nunes 1983).

Lo que ha surgido después, pertenece a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la PS en las últimas

dos décadas. En dicho marco, se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, etc., de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la PS, y que quedaron en gran parte incluidos en la Carta de Ottawa de 1986.

Este documento de la PS se considera como el de máxima excelencia tanto en lo conceptual como en lo instrumental. Más adelante en este libro, se hace referencia a los contenidos y aportes de algunos de los documentos mencionados, que forman parte del marco de referencia de la PS, y que también forman parte de la historia de la promoción y de la salud pública moderna.

Bibliografía

- ACKERKNECHT, E. H. (1953). Rudolf Virchow: Doctor Statesman. Anthropologist. The University of Wisconsin Press.
- ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1988). La Nueva Salud Pública. Masson, S. A. Barcelona. Versión española del original en inglés, 1990.
- ASHTON, J. (1993). Ciudades Sanas. Versión española, Masson, S. A. Barcelona, España.
- CHADWICK, E. (1842). Report on the Sanitary Conditions of Labouring Populations of Great Britain. Edinburgh University Press. Citado en: "Promoción de la Salud en la OPS/OMS". Documento de la División de Promoción y Protección de la Salud. Washington (199-).
- DOWNIE, R. S.; TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. (1996). Health Promotion: Models and Values. Second Edition. Oxford University Press.
- EIDELBERG, N. (1997). Flora Tristán: La Paria. En: DE OSORIO, B. y JARAMILLO, M. (gestoras y organizadoras del Libro). Las Desobedientes Mujeres de Nuestra América. Editorial Panamericana, Santa Fe de Bogotá, pp. 160-173.
- EVANS, G. R., BARER, M. L., MARMOR, T. R. Editores (1996). Por qué alguna gente está sana y otra no? Edición española. Díaz Santos, S. A., Madrid, España.
- FAUST, B. C., (1812). The Catechism of Health. Third American Edition Careful improved by Dr. Gregory of Edimburg. Printed at the Star-office (Propiedad de la Biblioteca de la Universidad de North Carolina, en Chapel Hill).
- GUTHRIE, D. (1947). Historia de la Medicina. Salvat Editores. Barcelona. Buenos Aires.
- MCKEOWN, T. (1982). El Papel de la Medicina. Sueño, espejismo o némesis? Edición española. Siglo XXI Editores. México. España. Argentina. Colombia.
- NUNES, E. D. - Compilador, (1983). Medicina Social: aspectos históricos y teóricos. Sao Paulo, Global.
- RENAUD, M. (1996) El Futuro: Hygeia versus Panakeia? En: EVANS, R. G., BARER, M. L., MARMOR, T. R. Por qué alguna gente está sana y otra no? Díaz de Santos. Madrid, España. pp. 347-366.
- SIGERIST, H. E. (1941). Health. En: SIGERIST, H. E. "Medicine and Human Welfare". Yale University Press, reproducido En: Journal of Public Health Policy. Vol. 17, No. 2, 1996.

2 Conceptos y definiciones

Helena E. Restrepo

En este artículo se presenta el marco conceptual de referencia de la Promoción de la Salud -PS-, y se discuten algunos aspectos que aún son objeto de controversia en el campo de la salud pública. La literatura disponible permite efectuar una reconstrucción muy enriquecedora de la evolución de la teoría y práctica de la PS en las últimas tres décadas, así como plantear inquietudes sobre la necesidad de continuar con la construcción de esta nueva área de trabajo, que se perfila como la más desafiante para el momento histórico actual, en el campo de la salud pública.

Introducción

Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la PS, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio trascendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. El concepto biomédico hizo crisis, y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del "bien-estar humano", y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas "necesidades básicas" y el derecho a otras "aspiraciones" que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar

con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

No se puede separar este nuevo concepto de salud de la búsqueda de una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente, y ello es ciertamente, un objetivo central de la PS. Salud ya no es sólo disponer de atención a la enfermedad, sino que implica muchas otras cosas, por lo tanto, la cobertura y acceso a los servicios de salud no puede ser más la

"meta" de la salud pública. La interrelación de la PS con la equidad social está determinada a su vez por el nuevo paradigma de salud, y tiene hoy grandes implicaciones en los procesos de reforma de los sistemas de salud. Se supone que dichas reformas buscan el respeto y salvaguardia de los principios de equidad social y, no solamente, la igualdad en el tipo de atención médica para todas las personas, lo que se tratará en otros artículos de este libro.

1. Antecedentes cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa

En el artículo anterior de este libro se presentó un recuento histórico de la PS, por lo que en éste solo se abordan los antecedentes más cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá y de su declaración, La Carta de Ottawa. Entre ellos, es justo referirse a la teoría de Antonovsky para quien la base de la salud, es lo que llamó "Sentido de la Coherencia", definido como "una orientación general que expresa la magnitud del profundo sentimiento de confianza constante pero dinámico, de que los entornos interno y externo de cada uno, son predecibles y de que hay grandes probabilidades de que todo vaya tan bien como es razonable esperar"¹; este concepto implica la importancia de las condiciones sociales que rodean la vida de los individuos, para condicionar su capacidad de actuar dentro del continuum -de lo salutogénico a lo patológico- que el mismo autor plantea, y en el que se mueven tanto el individuo como los grupos sociales. Antonovsky vincula de esta forma el estado de salud, tanto indivi-

dual como colectivo, a todos los factores socioculturales e históricos que permiten o hacen posible el desarrollo de la confianza para actuar en forma "salutogénica o patogénica"² (Antonovsky 1979, 1987).

Otro de los más inmediatos insumos para la Conferencia Internacional de Ottawa de 1986, ha sido el Informe Lalonde (1974), del político y Ministro de Salud de Canadá, que contiene un cuestionamiento de las políticas de salud de su país, motivado porque los recursos en el área de la salud se dedicaban fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales a la enfermedad, y muy poco para incidir en los condicionantes de estas enfermedades más prevalentes y responsables de la mayor mortalidad de los canadienses (enfermedades crónicas no transmisibles tales como cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes, etc.). Para Lalonde, los principales factores condicionantes de estas enfermedades, los ambientes y los comportamientos o estilos de vida, no tenían la misma prioridad que se le daba a los servicios asistenciales, aun cuando eran responsables en su conjunto, de más del 80% de la causalidad de dichas enfermedades. Este informe ampliamente difundido, sin duda tuvo repercusiones en el naciente movimiento de la PS. Sin embargo para algunos críticos, formuló pocas recomendaciones que obligaran al gobierno canadiense a modificar los determinantes mayores de la situación precaria de salud de algunos grupos de población (Buck 1985).

Otra influencia positiva para la construcción de la PS, son los estudios epidemiológicos de intervención sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria de Carelia del Norte, Finlandia, cuyo éxito fue ampliamente difundido en los años 70 y 80. Este famoso proyecto, se basa en un enfoque poblacional para influenciar los com-

Traducción tomada del libro Promoción de la Salud: Una Antología. OPS/OMS Publicación Científica No. 557. P. 6.

¹ Al respecto de las teorías de Antonovsky, Buck (1985) comenta que en nuestra sociedad pueden identificarse factores no salutogénicos del entorno que son "grandes obstáculos para la salud".

portamientos y en el impulso a políticas públicas saludables, tales como producción de alimentos, educación en las escuelas y control del tabaquismo, entre otras (Puska 1995). Lamentablemente, muchos de los que desarrollaron proyectos semejantes, dieron mayor importancia a las intervenciones para cambios de comportamiento individual y menos a su estrategia política poblacional³.

No hay duda de la influencia de la estrategia de la OMS sobre la Atención Primaria de Salud en Alma Ata (1977) y de la filosofía de "Salud para Todos en el Año 2000", que fueron inspiradoras de muchas iniciativas en todos los países del mundo, para mejorar las condiciones de salud de los más postergados. De estos planteamientos se han derivado múltiples documentos, que sería muy largo enumerar y que contribuyeron, en todos los países, a mejorar la atención de la salud. Por razones de extensión, se deja aquí esta enumeración.

2. La Carta de Ottawa

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la PS, porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los

países miembros de la OMS para alcanzar la Meta de "Salud para Todos en el Año 2000", que no avanzaba como se esperaba, "el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior... es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos"⁴ (Mahler 1986). La PS surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.

La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la "abogacía" o "cabildero", la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar. La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la PS; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

1. Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

Más adelante se discutirán las implicaciones prácticas de estas cinco áreas de acción.

3. Otras declaraciones y documentos que siguieron a la Carta de Ottawa

A la Conferencia de Ottawa siguieron otras Conferencias Internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes, entre las que se destacan:

- *Conferencia de Adelaida-Australia, 1988.* Tema: Políticas Públicas Saludables. La Declaración de esta Conferencia, definió la política pública saludable como "la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable" y llamó a la atención, sobre la necesidad de pedir cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud.
- *Grupo de Trabajo de la OMS, 1989.* Tema: Promoción de la Salud en países en desarrollo. Dió origen al documento "Un Llamado para la Acción", en el que se recomendaron estrategias de acción social como el abogar por causas de salud pública, el fortalecimiento del soporte social a las comunidades pobres, y el empoderamiento de los grupos más postergados y marginados; todo ello, para que se pudieran reactivar los procesos de desarrollo en los países más pobres, afectados por la crisis económica de los 80s.
- *Conferencia de Sundsvall-Suecia, 1991.* Tema: Ambientes Favorables para la Salud. En sus conclusiones, destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.
- *Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá-Colombia 1992,* con la participación de todos los países de América Latina. Tema: Promoción de la Salud y Equidad. Reafirmó los principios de

la PS de la Carta de Ottawa y enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.

- *Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, 1993.* Tema: Promoción de la Salud del Caribe de habla inglesa. También reafirmó los principios y compromisos con la PS en esta subregión.
- *Conferencia y Declaración de Jakarta, 1997.* Considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la PS después de Ottawa. Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. De igual modo, enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.
- *V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000.* Tema: Hacia una mayor equidad. México, junio 6 - 9 de 2000 (en preparación).

Estos documentos y numerosos artículos y libros, constituyen el bagaje con que cuenta la salud pública actual para jugar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en comunidad. No obstante, su desarrollo conceptual y metodológico ha sido un proceso de construcción difícil en los últimos años, y como dice Kickbush (1994), es todavía "un niño del cual nos sentimos orgullosos".

4. Controversias sobre la Promoción de la Salud, definiciones y conceptos

En las últimas décadas la PS ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino la calidad de vida de la gente, pero ha traído también grandes confusiones para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Terris (1992) afirma:

³ El investigador principal de Carelia del Norte, Peka Puska, fue politólogo antes que epidemiólogo y utilizó todos los enfoques políticos para el diseño de las intervenciones, aunque este hecho no se encuentra claramente expuesto en los artículos científicos de las revistas especializadas en las que se ha publicado copiosamente sobre este Proyecto (Nota basada en la observación directa del proyecto de Carelia del Norte en 1987 por la autora).

⁴ La frustración del Director de la OMS, H. Mahler, en 1986 era evidente, y la expresó en su discurso de ese año de la Asamblea Mundial de la Salud, al que pertenece la cita.

"Existe una gran confusión con relación al concepto de Promoción de la Salud. Este es un concepto amplio, y la tendencia ha sido, para diferentes grupos limitarse a uno u otro aspecto de la formulación completa", y se refiere en particular a la confusión que introdujo la publicación del documento del Cirujano General de los Estados Unidos en 1979, titulado "Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad" (*Healthy People: The Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*) que definió la primera en términos de estilos de vida y, la prevención de la enfermedad, como la protección de la población de los riesgos ambientales. Según Terris, este enfoque condujo a una variedad de interpretaciones sobre el papel de la PS y a su limitación de cambios en estilos de vida, que en nuestro concepto, han ocasionado muchos problemas para la definición del campo de acción de la PS en el ámbito de las instituciones de salud.

Otro problema presentado fue el surgimiento de dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la PS; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado más los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multisectoriales como las de ciudades saludables.

En último término, la falta de claridad sobre los fines últimos de la PS, que se dirigen a conseguir sociedades más saludables en el sentido más holístico, y de entender que se implanta con modelos socio-ecológicos para obtener respuestas a los

problemas de tipo socio-político, ha dificultado el desarrollo y aplicación de la PS en nuestros países.

Concretamente en los países de América Latina y el Caribe, la incorporación de la PS como una de las estrategias para el logro de la equidad, no ocurrió tan rápido después de la Conferencia de Ottawa en 1986, lo que motivó la realización de las Conferencias de Santa Fe de Bogotá (Colombia) y de Puerto España (Trinidad y Tabago). Por esto, es importante insistir en la discusión sobre algunos de los aspectos controversiales, como única forma para avanzar y conseguir mayor comprensión de los alcances de la PS y lograr más uniformidad, claridad y coherencia conceptual, y mejores resultados en la búsqueda de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Para muchos no es claro si la PS es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton y Macdonald (1992), es que se acerca más al concepto de una "disciplina académica o mejor aún a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas", es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política Social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una "colcha de retazos", sino que con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo "vestido" que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir "bienes sociales" en la forma más efectiva, ética y equitativa posible.

Una pregunta muy pertinente que surge es: ¿Qué papel juega la medicina en esta

concepción de la PS?. Es claro que la medicina, en lo que toca con lo social (medicina social), tiene mucho que ver con la PS, pero es la salud pública la que prácticamente se confunde con la PS. Por ello, la llamada "nueva salud pública" (Ashton y Seymour 1988, Kickbush 1994), se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la PS y como tal, ofrece las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupos de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; esto es, lo que le da el carácter de política, por cuánto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo.

Por desgracia la práctica de la salud pública, al parecer no ha evolucionado al mismo ritmo en que ha evolucionado la PS, trascendiendo la exclusividad del accionar médico, a la expansión a otros campos determinantes de ganancias en bienestar de las poblaciones humanas. El trabajo de salud pública/PS, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etc. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino más justa y equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la PS, y por ende la salud pública.

Existen varias definiciones de PS, entre las cuales se citan las siguientes:

- Carta de Ottawa (1986): "La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.
- OPS/OMS (1990): "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". Esta definición fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros de la OPS/OMS en 1990, lo que revela que debieron pasar cuatro años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluir la PS como un componente de las políticas nacionales de salud.
- Hancock⁷ (1994): "La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder". "Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política". Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida.
- Nutbeam (1986): "La PS es el proceso mediante el cual los individuos y las co-

⁷ Traducción de la autora.

Definición de Política planteada por Beltrán L. R. En: Políticas de Comunicación en Salud, en la Conferencia sobre Políticas Nacionales de Comunicación Social en Salud, Quito, 1991. Seminario dictado en la División de Promoción y Protección de la Salud de OPS/OMS, Washington, D. C., 1994.

unidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir". Es una descripción más completa para facilitar la comprensión de la PS y su carácter unificador.

- Kickbusch (1994): "PS no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud". Esta autora considera que la PS ofrece espacios sociales legítimos, para asumir el desafío del cambio de una agenda centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia la producción social de la salud con democracia y participación, en la que la PS está profundamente comprometida.

Se puede continuar con una larga lista de citas sobre conceptos y definiciones, pero la muestra anterior es suficiente para percibir las diversas interpretaciones sobre los alcances de la PS. Sin embargo, es coincidente el concepto de que la PS, se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida ésta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

Un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre los conceptos y definiciones de la PS, es el de las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: la individual y la poblacional o colectiva, aunque como se ha visto, para muchos expertos la PS se refiere siempre a la dimensión poblacional. Sin embargo, se acepta que

hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal, dirigidas a lograr cambios conductuales que genéricamente se conocen como los "estilos de vida". El ámbito más social, más "estructural", es donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones de vida/salud. Lo importante, es que ambos niveles estén conectados, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

5. Argumentos contra la Promoción de la Salud

Desde los griegos como se vio anteriormente, la PS ha sido a veces cuestionada, hoy existen opositores a la PS que se valen de diferentes argumentos para tratar de descalificarla. Estudiantes de medicina, en un ejercicio de la Cátedra de Promoción de la Salud en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, expresaron todos estos argumentos⁵ en contra de la PS: "es una utopía, inútil e irrelevante para el médico que debe atender cosas más importantes como tratar el trauma y las enfermedades; es una carga adicional y difícil para los médicos porque ellos no pueden hacer que la gente asuma su responsabilidad por su salud; es imposible de implantar en sociedades capitalistas; contraviene la búsqueda de la felicidad y el placer por las prohibiciones sobre comer cosas ricas, fumar un buen cigarrillo, y contraviene la búsqueda de la felicidad". Estas opiniones de futuros médicos, reflejan las tendencias de la formación médica hacia lo asistencial en términos de curación como su único papel, pero también refle-

jan el concepto tan limitado que tienen de la PS, muy individualista y sin proyección social, únicamente orientada a lograr que la persona cambie comportamientos nocivos para la salud.

Este tipo de argumentos que se esgrimen para debilitar a la PS, son "estándares" según algunos autores (Downie, Tannahill y Tannahill 1996), y los clasifican en varias categorías que vale la pena considerar:

- La PS asume una posición de "superioridad moral", como la que define lo positivo en salud, en oposición a la medicina clínica y desprecia al modelo biomédico. Este argumento se combate aclarando la importancia de ambas materias, el espacio para cada una de ellas y la necesidad de ampliar los modelos "médicos" en el quehacer de la salud.
- La PS propone intervenciones "gratuitas" sin suficiente comprobación científica. Este argumento tiene validez y debe entonces impulsarse la investigación evaluativa, y dar a las acciones una base sólida demostrativa.
- La PS asume un papel "fascista" al imponer ciertos estilos de vida. Esta crítica también tiene base verdadera cuando el trabajo de PS se limita a promover cambios de estilos de vida, sin un enfoque amplio de políticas públicas, intersectorialidad y participación comunitaria.
- La PS se convierte en el "imperialismo de la salud" cuando se apodera de todo lo positivo de la vida, es decir del "bienestar" como su producto. Es necesario tener una posición más flexible y menos protagónica cuando se trata de reconocer otras contribuciones a ese bienestar; pero también, argumentar que esta crítica es un sofisma, porque justamente lo que reconoce la PS es que el bienestar se consigue con la acción de todos.
- La OMS ha declarado que la PS es un recurso para la vida; esto puede interpretarse como "auto-suficiencia" (*self-absorption*); lo relevante según Downie y Tannahill Tannahill (1996), es que la "salud es un valor, pero no el valor supremo". Este argumento de auto-suficiencia es fácil de refutar, teniendo claro que la PS trata de lo "saludable" y, como todo el mundo acepta, esto implica muchos otros campos de acción y de producción de bienes sociales.
- La PS es vista como la "comercialización de la salud". Este argumento, es válido si al trabajar en promoción, no se tiene muy claro su valor ético y se disfrazan programas "seudo-educativos" como de PS. La educación para la salud tiene bases metodológicas serias, que implican incrementar la conciencia social y empoderar a los grupos para que puedan hacer los cambios en sus comportamientos. Reducir la PS al uso de "gimnasios" que venden "salud" como una mercancía, se opone totalmente a la filosofía de la verdadera promoción (Milio 1988).
- En el contexto actual de reformas en el Sector Salud, un argumento nuevo que puede atentar contra la PS es el de la "competencia por recursos financieros". En este sentido, los defensores de las políticas de salud circunscritas al desarrollo y mantenimiento de "buenos servicios de salud", temen que un énfasis en PS lleve a la distracción de recursos a otros sectores y actores sociales, mientras que los servicios de atención a la enfermedad se debilitan y sufren la escasez de recursos del Estado. Esto último puede ser posible, a juzgar por lo que se observa —al menos en Colombia—, pero no se debe a la asignación de recursos a otras instancias fuera del sector salud, sino a otras causas complejas de organización del nuevo sistema.
- Un argumento similar que puede ser interpretado como "anti-promoción", es esgrimido por Lamata (1994), quien se refiere al Informe Lalonde, ya co-

⁵ Recogidos por el Dr. Gustavo de Roux con propósitos didácticos. Septiembre de 1996.

mentado, y al modelo de Dever (1976), sosteniendo que éstos introducen una "minusvaloración del impacto del sistema sanitario sobre la salud y enfermedad"; y discute los efectos favorables para la producción de salud, de "una política pública responsable de producir buenos servicios de prevención, de diagnóstico y de tratamiento a un coste razonable". Se cree que este tipo de servicios es el que busca la PS, y están muy claras las acciones de reorientación de los servicios de salud en la Carta de Ottawa, y el énfasis de múltiples trabajos no es de reducir recursos ni reconocimientos a la atención de la enfermedad, sino admitir que hay muchos otros protagonistas cuyas acciones son necesarias para mejorar la salud, y que el sector debe activar todas esas fuerzas a través de estrategias diferentes a las intervenciones tradicionales de la medicina. Tampoco es posible negar —como lo sugiere Lamata—, que la atención médica y su tecnología, cuando crecen en forma alarmante arrastrando altísimos costos, se convierten en un determinante de las condiciones de salud y que "una sociedad que gasta en asistencia sanitaria tanto como para no poder, o no querer gastar lo adecuado en otras actividades de mejora de la salud, podría realmente estar reduciendo la salud de su población" (Evans y Stoddart 1994, pp. 29-73).

Conclusiones

De las diferentes consideraciones conceptuales que se han discutido, se concluyen cuatro puntos:

1. La PS se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más "salutogénicamente", alcanzando mayor bienestar con equidad social.
2. La unión de los esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para lograr producir más salud, no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona en su nivel individual para con su salud y la de los demás, pero prima el trabajo con las comunidades mediante nuevos modelos y escenarios de acción.
3. La discusión sobre las bases conceptuales y los argumentos que se esgrimen en su contra, es útil y necesaria para continuar la construcción teórica y práctica de la PS, y para apropiarse de conceptos, estrategias y métodos que permitan mejores acciones de la nueva salud pública.
4. La PS no se opone al mejoramiento de los servicios de salud para la atención de riesgos y enfermedades, pero señala la necesidad de reorientarlos para que cumplan un mejor papel en el mejoramiento de la salud colectiva.

Bibliografía

- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Washington. London.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1988). *La Nueva Salud Pública*. Masson, S. A. Barcelona. Versión española del original en inglés, 1990.
- BUCK, C. (1985). Después de Lalonde: La Creación de la Salud? En: OPS/OMS (1996).
- BUNTON, R. y MACDONALD, G. (editors) (1992). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge. London. New York.
- DEVER, G. E. A. (1976). An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Soc. Ind. Res.*, 2, pp. 453-466.

- DOWNIE, R. S., TANNAHILL, C. y TANNAHILL, A. (1996). *Health Promotion Models and Values*; second edition, Oxford University Press, pp. 139-152.
- EVANS, R. G. y STODDART, G. L. (1994). Producir salud. Consumir asistencia sanitaria. En: Por qué alguna gente está sana y otra no? Versión española de 1996. Díaz de Santos.
- HANCOCK, T. (1994). Health Promotion in Canada: Did We Win the Battle But Lost the War? En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editors. *Health Promotion in Canada*. W. B. Saunders. Canadá. pp. 350-373.
- KICKBUSCH, I. (1994). Introduction: Tell me a Story. En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editors. *Health Promotion in Canada*. W. B. Saunders. Canadá. pp. 8-17.
- LALONDE, M. (1974). A new Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canada.
- LAMATA, C. E. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. En: *Gaceta Sanitaria* No. 43, Vol 8. Julio - agosto.
- MALHER, H. (1986). Discurso ante la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud. Documento interno. Ginebra, Suiza.
- MILLIO, N. (1988). Búsqueda de Beneficios Económicos con la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996).
- NUTBEAM, N. (1986). Glosario de la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1977). *Salud para Todos en el año 2000*. Declaración de Alma Ata.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá. 17-21 noviembre.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1990). *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el cuatrienio 1991-1994*. Washington, D. C. Estados Unidos.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica No. 557. Washington. D. C.
- PUSKA, P. et al. (1995). The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease. Conclusions from the Ten Years of The North Karelia Project. En: *Annual Review of Public Health*. Vol. 6. Annual Reviews, Inc., Palo Alto, California. U.S.A.
- HARRIS, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. *Journal of Public Health Policy*. Autumn.