

Análisis crítico de las nociones de la Promoción de la Salud a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

Roselia Rosales Flores / Arturo Granados Cosme**
Juan Manuel Mendoza Rodríguez****

RESUMEN

La promoción de la salud como campo de conocimiento y como práctica, se ha entendido de diversas maneras, a pesar de que existen ciertas directrices conceptuales que orientan tanto a su delimitación teórica como a su campo de acción. Una definición bastante extendida se encuentra en la Carta de Ottawa, y es retomada por las sucesivas conferencias de promoción de la salud, en las que se hace énfasis en los distintos aspectos de la salud ya establecidos en aquella. En el presente trabajo se analizan las propuestas de conferencias internacionales. En ellas se incluyen planteamientos a través de los cuales se reconoce o se adoptan concepciones y acciones respecto a la promoción de la salud, que permiten establecer diferentes

ABSTRACT

Health promotion, as a field of knowledge and as a practice, has been understood in diverse ways, even though there are certain conceptual guidelines that drive both its theoretical delimitation and its field of action. A rather broad definition is found in the Ottawa Charter, and is taken up by successive conferences on health promotion, which make emphasis in the different aspects of health that already it establishes, through which conceptions and actions regarding health promotion are recognized or adopted, which allow to define different ways of orienting the health promotion concept and practice from analytical axes: responsibility in health, social participation, health practices, and human resources training.

*Profesora Investigadora de tiempo completo del Colegio de Ciencias y Humanidades, en la Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

**Profesor Investigador Titular de la Licenciatura en Medicina, la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM.

***Profesor Investigador del Colegio de Ciencias y Humanidades, Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Fecha de recepción: 11 de enero de 2017

Fecha de aprobación: 13 de febrero de 2017

formas de orientar el concepto y la práctica a partir de los ejes analíticos: la responsabilidad en la salud, la participación social, las prácticas en salud y la formación de recursos humanos.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, determinantes sociales de la salud, prácticas en salud, participación social, recursos humanos en salud.

KEYWORDS: Health promotion, social determinants of health, health practices, social participation, human resources for health.

Introducción

Tradicionalmente se ha entendido a la promoción de la salud con diferentes nociones, sin que haya una discusión conceptual, y mucho menos un consenso sobre qué es la promoción de la salud (PS). En general, la discusión sobre el tema, no hace explícita la definición por lo que tampoco contribuye a la delimitación del campo. Dicha ambigüedad o esta falta de definición genera, incluso el uso indistinto o por lo menos confuso, de términos que probablemente no sean equiparables: educación en salud, prevención, atención primaria¹.

Esto puede deberse a una falta de elaboración teórica y un análisis epistemológico del campo denominado promoción de la salud, ya que se supone más como un campo de intervención y acciones en salud, que una estrategia para la salud. Los profesionales y trabajadores de la salud ejercen ciertas acciones principalmente de prevención

y educativas, entre otras motivos, porque ha sido considerada tradicionalmente como una de las funciones de la salud pública o una de las tareas de los servicios de salud. No ha habido por parte de los expertos una delimitación teórica, lo que ha resultado en que la PS sea vista más como una práctica que como un campo de generación de conocimiento científico.

Desde una perspectiva crítica se considera que los objetos y campos de conocimiento no están dados naturalmente, sino que se construyen a partir de la problematización de la realidad y de un posicionamiento teórico-político. Así el objeto de estudio es también de transformación. De ahí que se plantea como pregunta de investigación si la PS puede considerarse un campo del conocimiento científico o si más bien se trata de una forma de intervención en salud.

Este trabajo busca contribuir al debate teórico en torno a avanzar en una definición más precisa de la PS, tanto como campo científico como de transformación social y se plantea como objetivo sistematizar la información de los documentos emitidos en las conferencias internacionales de PS, en vinculación a los acontecimientos socio-históricos de su creación.

¹ Educación para la Salud (EPS), Promoción de la Salud (PS) y la prevención de la enfermedad (PE) se han considerado componentes de la Atención Primaria en Salud (OPS, 2008; Cabeza *et al.*, 2016). La PE y la PS se definieron como dos de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (Muñoz, 2000). Si bien la EPS y la PS pueden considerarse aspectos distintos de la APS (Cerqueira, 1997), se ha considerado que tienen una relación interdependiente (Arroyo, 2004). Mientras que la PS y la PE tienen como objeto la salud, la prevención, en contraste, está enfocada a la enfermedad.

Metodología

Con el propósito de documentar el carácter político que tiene el desarrollo histórico de la promoción de la salud, se realizó un estudio en el que se utilizaron técnicas de investigación documental y análisis de contenido. Mediante las primeras se identificaron y recopilaron los principales documentos que expresan en mejor medida el consenso de las comunidades epistémicas (Kuhn, 1971) sobre promoción de la salud. La selección de éstos estuvo orientada a los pronunciamientos hechos por los organismos sanitarios internacionales (OMS y OPS) así como las resoluciones emitidas tras las conferencias internacionales sobre promoción de la salud. El análisis crítico de los textos se basó en las siguientes fases:

- 1) la identificación de términos fundamentales en la definición de la acción política en materia de promoción de la salud
- 2) la caracterización del contenido que en dichos documentos se atribuye a los conceptos identificados en la fase anterior
- 3) la relación que hay entre las características anteriores y una contextualización mínima y general en las que se generaron

Para la fase 1, se establecieron como indicadores o categorías discursivas: salud, rol o papel que se atribuye a la sociedad, funciones que se atribuyen a: a) los gobiernos, b) los sistemas de salud, c) los individuos, participación social, formación de recursos humanos y servicios médicos (Tabla I).

Con la obtención del contenido de estas categorías se hizo un análisis crítico que alimentó la discusión; se verificaron los principales cambios que

ha sufrido el contenido de dichos conceptos para corroborar su carácter histórico.

Las diferentes nociones sobre la salud fueron consideradas un eje central para determinar cómo es que en el discurso se delimita el campo teórico y de acción de la promoción de la salud, dado que la definición de salud incluye un debate teórico inacabado y determinado socialmente². La manera en que se concibe la salud impone la imagen-objetivo que se plantea como escenario al cual arribar tras la serie de estrategias y acciones que constituyen el quehacer en la promoción de la salud.

(Consultar Tabla I)

Las nociones de promoción de la salud en el ámbito internacional

La Declaración de Alma Ata (1978) retoma el concepto de salud de la OMS (1989), adoptado en 1948, como un estado de completo bienestar bio-psico-social. Dicha definición representó un parteaguas, dado que conjuntaba la triple naturaleza de la salud, trascendiendo su definición más simple como sólo ausencia de enfermedad. Esto marca un punto de referencia importante porque explícita la naturaleza social de la salud, y se vio enriquecida por una perspectiva multidisciplinaria al concebirla como un campo donde las ciencias

² Cuando decimos que el concepto salud está determinado socialmente nos referimos a que se trata a una definición que no está dada de una vez y para siempre y que no es universal, sino que es resultado de procesos de orden político, económico y cultural que cambian con la historia. En el modo de producción medieval, por ejemplo, lo que conocemos por salud podía ser entendido como una observación de los imperativos religiosos o divinos, mientras que en otras sociedades no capitalistas podía ser entendida como el equilibrio entre la madre naturaleza y la comunidad, mientras que en capitalismo se enfatiza la capacidad productiva como principal contenido del concepto salud.

Tabla I. Relación de los contenidos de las conferencias de Promoción de la Salud.

	Definición de salud	Responsabilidad de la prestación	Prácticas de PS	Formación de recursos humanos.	Participación Social.
Alma-Ata -1978	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano.	Estado/Gobierno.	La PS es vista desde el modelo medico/hegemónico, dentro de la atención primaria de la salud.	Permite la inclusión 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.	Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud.
Ottawa -1986	La salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.	Individuo.	No explícito.	Se involucra a los individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales, 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.	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.
Adelaida -1988	La salud es considerada a la vez un derecho humano fundamental y una buena inversión social.	Estado/Gobierno.	No explícito.	Teniendo en cuenta la educación y el nivel de alfabetización, deben hacerse esfuerzos especiales para comunicarse con los grupos más afectados por la política en cuestión.	La acción comunitaria es fundamental para fomentar políticas públicas favorables para salud.
Sundsvall -1991	Se ve la salud como ausencia de la enfermedad y producto de un ambiente saludable, no solo natural, si no social.	Estado/Gobierno. Individuo.	Las prácticas de PS están enfocadas en la creación de ambientes favorables que comprendan la dimensión física de los individuos, social, espiritual, económica y política.	No explícito.	No explícito
Santa Fe -1992	La salud es condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos.	Estado/Gobierno.	Busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general. La información y promoción del conocimiento son instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades.	Reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de PS, de la misma manera que a los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales.	Destaca la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud.
Caribe -1993	La salud es un recurso positivo para la vida.	Estado/Gobierno.	La PS fortalecerá la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar, mejorar y mantener su bienestar, físico, mental, social y espiritual. Se basa no solo en la prevención y control de la enfermedad, si no en la salud y el bienestar.	Los dirigentes políticos, los profesionales de la salud y los medios de comunicación reconocerán la acción y la participación proactivas de la comunidad, al igual que su contribución al establecimiento de las prioridades para la PS.	Los servicios de salud deberán involucrar a los miembros de la comunidad en su desarrollo y garantizar que las decisiones sobre prestación de servicios tengan su base en verdaderos procesos de participación.
Yakarta -1997	La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico.	Estado/Gobierno. Mercado.	Incluye capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla, modificando los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud.	No explícito.	La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. La población debe estar en el centro de la actividad de PS y los procesos de adopción de decisiones.
México -2000	La salud es un recurso para la vida que permite a las personas llevar una vida social y económicamente productiva.	Estado/Gobierno.	La PS consiste en fortalecer las aptitudes y capacidades de los individuos para tomar medidas y la capacidad de los grupos o las comunidades de actuar colectivamente para controlar los factores determinantes de la salud.	Las universidades y otras instituciones educacionales tienen una función de vital importancia al asegurar que una amplia gama de profesiones tengan contacto con los conceptos y estrategias de promoción de la salud.	Se considera de gran importancia la acción colectiva a nivel local y la participación de la mujer como un gran impacto en la PS
Bangkok -2005	Se concibe a la salud como un derecho humano desde lo biológico, mental y social.	Estado/Gobierno. Mercado.	La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta.	No explícito.	Toma en cuenta la participación activa de la sociedad civil.
Helsinki -2003	La salud es un derecho fundamental.	Estado/Gobierno	No explícito.	No explícito.	Se llama a los gobiernos a incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y monitorización de la Salud en todas las Políticas.
Nairobi -2009	La salud es un medio para el desarrollo y la justicia social.	Estado/Gobierno. Mercado	Se enfatiza en la construcción de capacidades para la PS, el fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas, empoderamiento comunitario y alfabetización.	No explícito.	Se reconoce a las culturas indígenas y se involucra a la comunidad en la planificación y acción para el empoderamiento.
Shanghai -2016	Se concibe como un derecho universal, un recurso para la vida, un objeto social compartido y una prioridad política.	Estado/Gobierno	Se insta a tomar medidas sobre los determinantes sociales de la salud, facilitar el empoderamiento y que los sistemas de salud se centren en las personas.	No explícito.	Se insta a la participación de los diferentes sectores de la sociedad, ya que la salud es una responsabilidad compartida.

Fuente: elaboración propia.

sociales, humanidades y biológicas pueden contribuir a su construcción. Sin embargo, esta noción hace referencia a un estado idealizado que dificulta su definición o la precisión de las acciones para alcanzar el “completo estado de bienestar”. Pareciera referirse a una situación final y estática que contradice los procesos adaptativos que desencadenan la dimensión biológica y social del sujeto.

En la carta de Ottawa la salud no se estableció como un objetivo a alcanzar o una meta a la cual llegar, sino un recurso para la vida y el desarrollo de las habilidades y capacidades humanas. Pensarla así tiene como virtud enfatizar la interacción de la salud con otros recursos sociales con los que se busca potencializar la adaptabilidad del ser humano a partir del mejoramiento de sus aptitudes físicas. La desventaja o debilidad que observamos es que se enfatiza al individuo como la identidad en que ocurre la enfermedad, y con ello se corre el riesgo de que las acciones en PS deriven en prácticas individualizadas, aunque retoma en sus líneas estratégicas lo colectivo, como veremos después.

Tanto en Alma Ata como en Ottawa, se alude al término “bienestar” y debe recordarse que los Estados de bienestar social se habían consolidado en algunos países de Europa y habían logrado algunos alcances en América Latina (Del Valle, 2010; Esping-Andersen, 1991; Mesa-Lago, 1991; Hirsch, 2005), lo que permitió concebir a la salud como una condición alcanzable, dado que dichos regímenes privilegiaban la política social y la redistribución del ingreso como medida de disminución de las desigualdades, entre ellas, la de salud. En este período, cabe recordar, se comenzaba a vislumbrar ya, la configuración de una reorganización económica mundial que dejaría atrás o por lo menos, fragilizaría los logros de los estados benefactores.

En este contexto económico-político, a finales de los 80 se observa el agotamiento de los regímenes de bienestar social y el ascenso de la nueva derecha tecnocrática y neoliberal, contexto que posiblemente influyó en la necesidad de enfatizar la definición de salud como un derecho fundamental, como se hizo en la Declaración de Adelaida (1988). Lo anterior, porque el neoliberalismo implicó procesos de reducción de la participación estatal en la oferta de servicios médicos, y procesos de privatización y remercantilización de bienes y servicios, antes considerados derechos y bienes públicos, de tal manera que quizás hubo que reivindicar la salud como un derecho humano ante la andanada de reformas de corte neoliberal que las cuestionaban. En la Conferencia de Adelaida, sin embargo, se puede observar la introducción del término “inversión”, lo cual puede estar reflejando un matiz mercantilista que seguramente influyó en la reorganización de los servicios de salud.

Hacia finales de los 80 y principios de los 90 las economías de primer mundo, principalmente Estados Unidos (EU), adoptaron una nueva estrategia económica, buscando nuevos espacios de acumulación de capital e invirtiendo en los países en vías de desarrollo. Los acuerdos comerciales consistieron en transferir recursos tecnológicos y financieros a cambio de permitir la entrada de empresas multinacionales y la extracción de sus recursos naturales. Estos procesos se concretaron en los diferentes tratados de libre comercio que se firmaron desde la década de los 90 (Gazol, 2016; Dingemans y Ross, 2012).

En la Declaración de Sundsvall (1991), se observa un retroceso más claro en el carácter social de la noción de salud, ya que se entiende nuevamente como ausencia de enfermedad, cuando dicha limitación había sido superada en Ottawa. También

es concebida como un producto del ambiente, si bien se refiere al contexto social, éste pierde su relevancia.

En esta década, los efectos de la guerra del Golfo tuvieron como resultado un nuevo orden geopolítico y económico hegemonizado por EU, que impone nuevas formas de hacer política social. En la Declaración de Santa Fe (1992) se enfatizaron aquellos elementos de los que depende la salud, pero en este caso no se valoraron de manera diferenciada como ocurrió en Alma Ata y Ottawa, sino que se ubicaron en el mismo nivel de jerarquización los elementos conductuales, culturales, ambientales, biológicos, económicos y políticos. En esta declaración, el avance y logro es haber retomado los aspectos políticos, económicos y culturales, no obstante que la importancia de estos se torna difusa al equipararlos con la misma jerarquía que los conductuales, ambientales y biológicos. En este sentido, lo que se propone es que a partir de instrumentos como el acceso a la información y la promoción de conocimientos, activar la responsabilidad social para que las personas participen en la modificación de las condiciones sanitarias, los modos de vida y la transformación del sector salud, contribuyendo así a una ambigüedad e imprecisión de aquellos elementos que corresponden al campo de la PS. La declaración da las bases para el actual debate entre la propuesta de la OMS de los Determinantes Sociales de la Salud y la propuesta que hace la Medicina Social desde los 70s. Dicho debate consiste en que la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS, considera a éstos como un conjunto de condiciones, variables o factores proximales y mediadores (CDSS-OMS, 2007) descontextualizados, desvinculados entre sí y sin jerarquización, mientras que la Medicina Social plantea que la determinación social es un conjunto de procesos complejos que van desde la estructura social general hasta su expresión

concreta en el perfil epidemiológico que muestra cada grupo social (López, 2011), distinguiendo sólo para fines comprensivos tres dominios: el económico, el político y el cultural, pero éstos subordinados al modo de producción vigente que los somete a su lógica. En este período hay que tomar en cuenta que los gobiernos con regímenes de política social de corte neoliberal se estaban consolidando en América Latina (Colombia, México y Perú), mediante la puesta en marcha de reformas estructurales, respaldados por el Fondo Monetario Internacional (FMI). Además la crisis macroeconómica que siguió al período de crecimiento del producto interno bruto (PIB) y financiamiento externo, aumentó las desigualdades sociales hacia finales de la década e inicios del nuevo milenio (French-Davis, 2007).

En estas condiciones económicas y políticas se realiza la Carta del Caribe en 1993. En ella se puede observar una definición de promoción de la salud como un recurso positivo para la vida, pero lejos de clarificar el contenido concreto con que ésta se haría realidad, se le observa como un hecho ambiguo y poco aprehensible (Caribe, 1993).

En Yakarta (1999), se postula una definición dual al conjuntar lo propuesto en las cuatro definiciones anteriores, conceptualizando la salud tanto como un derecho y como recurso para el desarrollo. Al enfatizar el desarrollo económico, parece ser que esta importa en tanto sea un atributo de los individuos para permitirles contribuir a la productividad de bienes y servicios. Aunque también se habla de desarrollo social, es de notar que ya no se cuestionan las desigualdades sociales y su impacto en la salud, reflejo del relativismo impuesto por la ideología neoliberal. No obstante, es necesario señalar que es la primera conferencia en celebrarse en un país en vías en desarrollo.

El carácter productivista de la salud se vuelve un tema sobre el que se enfatiza en México (2000), al hacerse explícito que permite a las personas ser económicamente productivas, dichas premisas adquieren una connotación particular en la fase neoliberal: 1) que los individuos cuenten con los bienes y servicios para contribuir a la acumulación de capital, y 2) la mayor producción adquiere mayor dimensión si es concentrada entre los sectores de la sociedad considerados como competitivos o exitosos. Al enfatizar que los recursos que se requieren para la salud deben obtenerse de forma individual, se invisibilizan las desigualdades sociales. Es decir, hay un detrimento del carácter social al acceso a bienes y servicios.

En esos años la política internacional se caracteriza por transitar de las crisis de los 90 hacia formas de estabilización de la economía (Lara, 2009). En la Declaración de Bangkok (2009), la salud es referida como un derecho humano accesible a todos y sin discriminación alguna. No obstante, hay un nivel de generalidad y ambigüedad en la definición que prácticamente la hace un bien inaprehensible en sus expresiones más concretas en el nivel empírico. La ventaja que se observa es que se afirma como un derecho humano, pero se ofrecen desde su definición pocos elementos concretos para obtenerla o construirla. Por ejemplo, hace énfasis en las desigualdades en el acceso a la comunicación, a los problemas de urbanización, problemas ambientales y demográficos, problemas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la vulnerabilidad de los niños, la exclusión de los pueblos indígenas, las personas marginadas y discapacitadas. Como se puede observar, abarca una serie de problemáticas de diferente naturaleza sin darles jerarquía y solución (Secretaría de Salud, 2012; Bangkok, 2009).

En el 2013 se presentaron movimientos sociales a nivel mundial y protestas como resultado de las grandes desigualdades sociales: la llamada, *Primavera Árabe*; en España, el movimiento de *Los Indignados*; y movimientos estudiantiles como el *yo soy132*, en México. Con estos movimientos que sirven como marco y punto de inflexión política, se realiza la Conferencia en Helsinki (2013) en la cual se vuelve a reconocer la salud como un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, postura política y condición económica o social y se reconoce como problema de salud el cambio climático y demográfico, la urbanización, la globalización, las enfermedades de la pobreza y la comercialización desenfadada no sostenible.

Responsabilidad de la salud

Sobre la responsabilidad, se debe retomar la idea de la salud como un bien universal, al mismo tiempo un medio y un fin. En ese sentido, la atención médica es un satisfactor de las necesidades de salud. Existen tres esferas de satisfacción de las necesidades: el Estado, el mercado y la familia (Esping-Andersen, 1991). Si bien, es una triada constante, las correlaciones de fuerza en la sociedad, siempre definen un mayor peso en alguno de los componentes de esta triada. Por ejemplo, a mayor participación estatal en provisión de servicios de médicos, mayor desmercantilización de este bien, y por lo tanto, menor participación del mercado. De ahí se derivan dos definiciones de salud que tienen que ver con quién tiene la responsabilidad de satisfacer las necesidades en salud: (1) como un derecho social y colectivo, (2) como un derecho humano, pero atribuible al individuo. En la primera definición, las responsabilidades sobre la satisfacción de necesidades en salud

están asignadas al gobierno y sus instituciones, al menos en lo que respecta a la regulación y el financiamiento público de los servicios de atención médica. En la segunda, la satisfacción de necesidades se realiza en el mercado, y la familia sería la unidad social que tendría que buscar, de acuerdo a sus capacidades, la adquisición de bienes para la salud que circulan libremente en el mercado según sus posibilidades, y los gobiernos e instituciones se encargarían de regular la atención médica.

Con la idea de que la desigualdad en salud se manifiesta como la diferencia en las formas de enfermar y morir de los grupos humanos en función de las características biológicas, el ambiente, la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, y la diversidad de los estilos vida que adoptan las personas (Lalonde, 1978; Rodríguez-Sanz, Carrillo y Borrel, 2006), la responsabilidad de la salud recae directamente en el individuo y la familia, que puede elegir, con la información adecuada, hábitos y conductas adecuadas o de riesgo las cuales se han englobado en el concepto de los estilos de vida (López y Blanco, 1994). No obstante, cuando en las conferencias internacionales de PS se incluye la dimensión política, es decir que los gobiernos deban comprometerse con los derechos humanos, la paz, que exista la democracia en la toma de decisiones, como es el caso de Ottawa y Sundsvall, se puede observar que hay una intención, al menos implícita, de que la satisfacción de este bien debe caer en la esfera del Estado.

Otro ejemplo de ello, es la Declaración de Santa Fe-Colombia (1992), que demanda la coordinación entre los sectores sociales e instituciones para lograr el bienestar. En ella también se demandó el compromiso del Estado en la reducción del gasto dedicado a la seguridad, defensa y la guerra, y a aumentar la inversión en desarrollo social y humano. Con estas declaraciones se hace un llamado a

la responsabilidad del Estado en atender no sólo las necesidades en salud, sino además todas aquellas que están vinculadas al desarrollo humano. No obstante, hubo conferencias que trasladaron la responsabilidad a la esfera del mercado, como la de Yakarta, que vincula la responsabilidad de la PS a las instituciones privadas, y propone que inviertan en salud para aumentar los recursos en la satisfacción de las necesidades, o la de Bangkok en la que se recomendó a los Estados incluir en las acciones en salud de la población, no sólo al sector público, sino también al privado.

Participación Social

Uno los rasgos esenciales del surgimiento de la PS es precisamente la participación social. La PS se refiere a la forma en que los grupos o comunidades participan en la solución de sus problemas de salud. Pero esta participación puede asumir diferentes formas de acuerdo a los desequilibrios o equilibrios de satisfacción de necesidades. La participación social puede considerar a los grupos desde simples receptores de servicios (en cuyo caso serían susceptibles de ser objetos de medidas de control o clientelar-política), pero también pueden ser un recurso de medidas de PS de corte tradicional o institucional, en la que sólo actúan como informantes de los expertos en la fase de diagnóstico comunitario, sin considerarlos en la parte del diseño de las intervenciones. Estas formas de planeación reducen la efectividad de las intervenciones al provenir de la interpretación de los expertos, y no de un involucramiento mayor de los grupos sociales en el diseño o puesta en marcha de las estrategias.

Propuestas de PS más avanzadas considerarían a la comunidad como verdaderos agentes de cambio y actores sociales. También hay que considerar que la participación social dependiendo de nuestro

posicionamiento teórico o definición conceptual puede incluir a la comunidad o grupos de éstas, pero también cuando se reduce la participación estatal se considera a agentes privados que tienen intereses específicos en su intervención en el campo de la salud que no necesariamente es la satisfacción de la necesidad, sino la generación de ganancia.

En la década de los 70 la idea dominante era llevar a las comunidades las soluciones a los problemas identificados por los expertos. Se propuso, así, bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, que se desarrollaran acciones de bajo costo con grandes externalidades: “la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo” (Alma-Ata, 1978.). No obstante, el objetivo principal no se consiguió en sus propios términos.

Desde la Conferencia de Ottawa (1981), se reconoce la importancia de la acción colectiva. Se entiende por acción colectiva que exista un empoderamiento comunitario sobre salud para que puedan establecer prioridades, y a partir de ahí, tomar decisiones favorables para el desarrollo de habilidades personales y grupales. Como se puede observar, la idea que prevalece es de incorporar a los grupos como sujetos de cambio y partícipes de transformación de contexto.

En Sundsvall (1991), se retoma la dimensión cultural, la cual se refiere principalmente a la capacidad y los saberes que las mujeres pueden aportar en los sectores político, económico y social; también hace referencia al comportamiento de la sociedad, las condiciones de vivienda y trabajo, los

espacios de esparcimiento, el acceso a los recursos necesarios para la vida y a las oportunidades que los sujetos tienen para que puedan decidir de una manera libre sobre su salud.

En México (2000) se estableció como estrategia de la PS la participación activa de todos los sectores de la sociedad en la implementación de un cuadro básico de acciones que consideraron: el contexto nacional, la identificación de prioridades en salud, el establecimiento de programas y políticas públicas, la movilización de recursos financieros y operacionales que den soporte a estas acciones, creación de capacidad humana e instituciones que elaboren, apliquen, vigilen y evalúen dichos planes.

En todas las conferencias se pudo observar que se promueve la participación de la sociedad civil, y en algunas se hace hincapié en la urgencia de incorporar grupos específicos, por ejemplo la integración total de las mujeres, la inclusión de comunidades indígenas, y de otros saberes y prácticas alternativas para facilitar un diálogo entre diferentes tradiciones y conocimientos sobre salud.

Otros organismos han intentado el acercamiento entre instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales e intergubernamentales, privadas, donantes y comunidad internacional para la implementación de estrategias y establecer una red global en apoyo a la promoción de salud (OMS, 1988). Pero en el ámbito no institucional es importante señalar las propuestas de ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud (Yakarta, 1999).

La necesidad de hacer alianza con la sociedad civil se observa en otras conferencias cuando se indica que los problemas de salud/enfermedad no podían

solucionarse desde el asistencialismo, si no desde un enfoque que integrara el desarrollo social y económico desde la PS (Adelaida, 1988). Se instó a los gobiernos a formar alianzas con la sociedad civil: empresas, organismos no gubernamentales, organizaciones comunitarias, sindicatos (Helsinki, 2013), a la promoción de la equidad y la inclusión social a través de fortalecer el compromiso comunitario, y así a favorecer el empoderamiento de las personas mediante el conocimiento sanitario para intervenir eficazmente sobre los determinantes sociales de la salud (Shangai, 2016).

Prácticas de Promoción de la Salud

La PS fue entendida como una estrategia educativa vinculada a la Salud Pública. La educación era considerada imprescindible para llevar a cabo el cambio en los estilos de vida que ocasionaban daños a la salud. Es decir, la PS era vista como una herramienta para el cambio de conductas (Henry Sigerist, 1981).

El propósito de estas acciones era solucionar los problemas de salud asociados a carencias con la menor inversión, promoviendo el desarrollo social y económico de los llamados países en vías de desarrollo. Desde Alma Ata (1978) se ha vinculado a la PS con la provisión de servicios de prevención, promoción, curación y rehabilitación de enfermedades, así como la vacunación, planificación familiar, educación en salud, abastecimiento agua potable, medicamentos, entre otros.

En la Carta de Ottawa (1986) se define a la PS como: “el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso”. Es decir, se plantea que los colectivos se apropien de la información que requieran para que puedan actuar sobre los

factores que intervienen en la salud. En esta propuesta la educación en salud se refiere a la creación de los ambientes favorables, al acceso a la información, habilidades para vivir mejor y oportunidades para elegir acciones más saludables en nuestra vida. Además se proponen cinco campos de acción: el primero se refiere a la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, involucran a actores políticos, institucionales y socioprofesionales; el segundo campo de acción es la creación de ambientes favorables para la salud; el tercero se refiere al refuerzo de la acción colectiva; el cuarto está referido al desarrollo de habilidades personales; el quinto y último, se refiere a la reorientación de los sistemas de salud. Se hace énfasis en la interrelación entre los sectores políticos, sociales, económicos y ambientales en materia de salud.

En la segunda conferencia, celebrada en Adelaida (1988), se proponen acciones encaminadas a fortalecer las políticas públicas saludables. La primera es el apoyo hacia la salud de la mujer, la segunda la alimentación y nutrición; en tercer lugar se ubica el tabaco y el alcohol, y por último la creación de ambientes favorables. El tema de la equidad en salud siguió siendo central en la política, y se reconoció que para abordar el problema era necesaria una planeación que comprendiera diferentes ámbitos. Es así que en la conferencia del Caribe (1993) se definen estrategias para la acción y las actividades de la promoción de la salud intersectoriales, incluidas la prevención de los factores de riesgo.

En la Resolución sobre Promoción de la Salud de 1998, se recomienda adoptar un enfoque basado en evidencia para las políticas de promoción de la salud y sus prácticas, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas. La Declaración de Helsinki señala además como que hacer de la PS

la reducción de la pobreza, el fortalecimiento de la inclusión social y la seguridad, y la Declaración de Santa Fe define como responsabilidad de la PS instaurar políticas públicas equitativas, que creen ambientes favorables y opciones saludables, a través de la negociación entre el sector social y el sector institucional, para aumentar la inversión en organizaciones no gubernamentales

Formación de Recursos Humanos

Si bien la Declaración de Alma Ata expresa la necesidad de colocar a la PS como una de las estrategias para alcanzar el objetivo de “salud para todos en el año 2000”, no hace referencia a cómo debería ser la formación de recursos humanos en PS, y es hasta casi una década después que la carta de Ottawa incluyó este tema en dos de sus líneas de acción: fortalecer la acción comunitaria con personal no profesionalista al que se le asigna la tarea de promover la participación social de la comunidad en cuestiones sanitarias; y transformar la formación de los profesionistas de la salud, para obtener servicios sanitarios más sensibles y respetuosos de las necesidades culturales de los individuos.

En Ottawa la formación de los recursos humanos en salud fue importante para fortalecer el vínculo entre los gobiernos y las instituciones no gubernamentales, y esta idea fue reforzada en Adelaida con el exhorto a las instituciones educativas a reorientar los programas de estudio en materia de salud. Aunque en Sundsvall no se incluyó el tema, las conferencias posteriores volvieron a retomarlo. Así en la declaración de Santa Fe se dio importancia al diálogo e intercambio de saberes entre los profesionistas de la salud y los pueblos, para incluir el desarrollo de la salud en el patrimonio cultural de las regiones. Asimismo, reconoció como agentes de la salud a las personas

comprometidas con los procesos de PS, y a los profesionistas de servicios asistenciales e investigadores en PS. En la conferencia de Yakarta se reconoció la importancia del aprendizaje compartido entre agentes la salud y las comunidades, debido a que estas son importantes para lograr la participación efectiva, entre estos conocimientos se encuentran los relacionados con el liderazgo en cada localidad para apoyar las actividades de PS, ampliar la documentación de experiencias por medio de investigaciones, y la preparación de informes de proyectos que mejoren el trabajo de planificación, ejecución y evaluación.

En Bangkok se discute la necesidad de apoyar la investigación en PS que aporte conocimientos sobre la identificación de prioridades en salud, el establecimiento de programas y políticas públicas que atiendan dichas prioridades. Para que esto sea posible, la conferencia insta a los Estados a invertir recursos en la creación de capacidad humana e institucional que elabore dichas investigaciones y evalúe los planes de acción en el ámbito nacional. En este sentido, la conferencia visualizó la formación de recursos humanos como un medio para dar continuidad a estas estrategias, a través de la transferencia de conocimientos, la investigación y la alfabetización sanitaria. Las comunidades y la sociedad civil son, con frecuencia, las que orientan la puesta en marcha, el diseño y el desarrollo de las actividades de PS. Por ello, necesitan tener los derechos, recursos y oportunidades que les permitirán ampliar y sostener sus contribuciones. El apoyo a la creación de capacidad es particularmente importante en las comunidades menos desarrolladas y las asociaciones de profesionales de la salud, también tienen aportaciones que realizar.

Aunque las conferencias anteriores habían abordado el tema de la formación en PS, no se había concebido la idea de un agente especializado. En

México (2002) se hizo hincapié en la construcción de infraestructura sustentable, así como en el desarrollo de capacitación en todos los niveles a través de un modelo de competencias de acreditación y estándares para la formación de promotores de la salud tanto profesionales como técnicos. Se recomendó una revisión de los *curricula* formativos de profesionales de la salud y áreas relacionadas para que incluyeran a la promoción de la salud dentro de sus programas. Este es el primer momento en que se define una orientación del proceso formativo en PS basado en el modelo de competencias, que no ha sido retomado en las posteriores conferencias. No obstante, en México se crea en el 2003, como parte de los programas de estudio de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, la Licenciatura en Promoción de la Salud y en la Universidad Autónoma del Estado de México, la Licenciatura en Educación para la Salud. En Nairobi (2009) la PS es concebida como una estrategia que puede ser implementada en la agenda política, específicamente en la disminución de inequidades en salud. Se señala que para responder a los problemas relacionados con el cambio climático, las amenazas globales de pandemia y la crisis, es necesario avanzar en la capacitación de profesionales, y se definen las capacidades y habilidades que deben desarrollar los promotores de la salud: liderazgo, abogacía, administración de los sistemas de salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas, acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud, así como la promoción de conductas sanas.

Discusión

La PS ha surgido como campo de conocimiento y como una práctica social transformadora para el mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos individuales y colectivos. Tomando en cuenta estos elementos, la PS se define como: “el

proceso de capacitar individuos y colectividades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y, de este modo incrementar su salud. Debiendo para esto, un individuo o grupo, ser capaz de identificar y realizar sus pretensiones, satisfacer necesidades y variar o controlar el entorno” (Carta de Ottawa, 1986). La PS, es sobre todo, una práctica social que busca transformar las condiciones de vida para que exista una mejor salud, es decir transformar conductas, prácticas, hábitos en la vida de los sujetos para que sean autónomos en la toma de decisiones adecuadas para aumentar la calidad de vida y la salud. Como se ha visto a lo largo del documento, la salud física y la mental son el resultado de las condiciones de vida y son imprescindibles para desarrollar las habilidades cognitivas y sociales necesarias en el desarrollo de la autonomía de agencia, para que las personas construyan y realicen sus proyectos de vida individuales y colectivos.

La PS surge ante la necesidad de establecer soluciones a los problemas de salud, tomando en cuenta no sólo factores biológicos y en un nivel de análisis individual como lo hace la medicina científica, sino que la práctica de la PS busca transformar las condiciones de desigualdad social para mejorar las condiciones de salud de los colectivos. De ahí que constituya una respuesta social multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad buscando generar cambios sociales a través de políticas públicas saludables y la transformación de las condiciones de vida y las prácticas en salud sustentadas en la participación comunitaria.

En general, se puede afirmar que la práctica de la PS ha hecho referencia a diferentes acciones, las cuales se han englobado en relación a la higiene y la prevención de enfermedades infecto-contagiosas; aquellas basadas en modelos que proponen

cambios en los estilos de vida, y prácticas que sustentadas en modelos que proponen estrategias transformadoras de la sociedad, como son la abogacía, participación social y exigibilidad.

Sin embargo, los marcos teóricos que sustentan estas prácticas son diversos, de tal manera que no existe una manera de pensar y de hacer PS, y ello se refleja en la diversidad de propuestas que han surgido en las diferentes conferencias internacionales y regionales.

Hay que tener en cuenta que una definición de PS o una directriz de acciones de PS no puede sólo fundarse en las cartas y declaraciones, sino que debe analizar e interpretar las propuestas que han surgido en las distintas conferencias en las condiciones particulares de cada región, sobre todo considerando que éstas han sido puestas en el discurso de los regímenes neoliberales para orientar la práctica de la PS hacia sus fines políticos, más que a satisfacer las necesidades en salud como fin en sí mismo y como medio para el desarrollo del individuo y la sociedad.

Referencias bibliográficas

- ARROYO, H. (2004). Perspectivas de Promoción de la Salud en América Latina. En: Arroyo, H. (Ed.). *La Promoción de la Salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*. Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico.
- CABEZA, E., March, S., Cabezas, C. y Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza... *Gaceta Sanitaria*. 30(S1), 81-86.
- CARTA DE BANGKOK. (2005). *VI Conferencia Internacional de Promoción de la Salud para el fomento de la salud en un mundo globalizado*. Bangkok, Tailandia.
- CARTA DEL CARIBE. (1993). *13ª. Reunión de Ministros Responsables de la Salud del Caribe*. Puerto España. Trinidad y Tobago.
- CARTA DE OTTAWA. (1986). *I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: hacia un nuevo concepto de Salud Pública*. Ottawa, Canadá.
- CERQUEIRA, M. T. (1997). Promoción de la Salud y Educación para la Salud, retos y perspectivas. En: Arroyo, H y Cerqueira, MA. (eds.). *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina*. Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico.
- CDSS-OMS. (2007). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Taking Action on the Causes of the Causes. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud*. Washington DC, OMS.
- DECLARACIÓN DE ADELAIDA. (1988). *II Conferencia Internacional sobre Salud en todas las políticas*. Adelaida, Australia.
- DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. (1978). *Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Kazajistán, URSS.
- DECLARACIÓN DE HELSINKI. (2013). *VIII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: salud en todas las políticas*. Helsinki, Finlandia.
- DECLARACIÓN DE MÉXICO. (2000). *V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad*. Ciudad de México, México.
- DECLARACIÓN DE SANTA FE DE BOGOTÁ. (1992). *Conferencia Latinoramericana de Promoción de la Salud*. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- DECLARACIÓN DE SHANGAI (2016). *IX Conferencia Internacional de Promoción de la Salud para el desarrollo sostenible*. Shangai, China, 2016.
- DECLARACIÓN DE SUNDSVALL. (1991). *III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Sundsvall, Suecia.
- DECLARACIÓN DE YAKARTA (1997). *IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: nueva era, nuevos actores*. Yakarta, República de Indonesia.

- DEL VALLE, A. (2010). Comparando regímenes de bienestar en América Latina. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 88:61-77.
- DINGEMANS, A. y ROSS, S. (2012). Los acuerdos de libre comercio en América Latina desde 1990. Una evaluación de la diversificación de exportaciones. *Revista CEPAL*, 108, 27-50.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1991). As três economias políticas do elfare state. *Lua nova: Revista de Cultura e Política*; 24, 85-116.
- FRENCH-DAVIS, R. (2007). América Latina después del 'Consenso de Washington. *Quorum*, 18, 141-151.
- GAZOL, A. (2016). *Libre comercio: tratados y nuevo orden. Un balance*. Economía, UNAM, 13(38), 122-130.
- HIRSCH, J. (2005). ¿Qué significa Estado? Reflexiones acerca de la teoría del Estado capitalista. *Revista de Sociología e Política*, 24, 165-175.
- OMS. (1989). *Constitution of World Health Organization*. France, WHO.
- HUERTA, A. (2007). Los tratados de libre comercio impulsados por Estados Unidos en América Latina y la profundización del subdesarrollo. *Contaduría y Administración*, 221, 9-37.
- INSP. (1994). *Actas del Primer Seminario Internacional sobre políticas, estrategias, estructuras en Promoción de la Salud*. París Francia: Instituto Nacional de Salud.
- KUHN, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LALONDE, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Canada: Ministry of supply and Services.
- LÓPEZ, O. y Blanco, J. (1991). Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública, México*, 36(4), 374-384.
- LÓPEZ, O., Blanco, J., Garduño, M. A., Granados, J. A., Jarillo, E. C., López, S., Rivera, J. A. y Tetelboin, C. (2011). Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia. En: Eibenschutz, C.; Tamez, S.; González, R. (comps.) *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*. México, UAM, 253-272.
- LLAMADA A LA ACCIÓN DE NAIROBI. (2009). *VII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, para cerrar la brecha de implementación de promoción de la salud*. Nairobi, Kenya.
- MESA-LAGO, C. (1997). Social welfare reform in the context in economic-political liberalization: Latina American Cases. *World Development*, 25(4), 497-517.
- MUÑOZ, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larrieu, M. y Ubilla, S. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 126-134.
- OMS. (1988). *51a Asamblea Mundial de la Salud. Promoción de la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2008). *La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M., Carrillo, y Borrel, C. (2006). *Desigualdades sociales en salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas, 1993-2003*. Barcelona, Ministerio de Sanidad y Consumo.