

Tema de reflexión

Promoción de la salud en la práctica comunitaria

Aurora Farfán Márquez¹

¹Facultad de Medicina, UNAM, Dpto. Salud Pública

Antecedentes

Los antecedentes en la práctica de lo que hoy entendemos por Promoción de la Salud, se encuentran en los cambios que se produjeron como consecuencia de la percepción de la importancia de las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante la década de los años 50' y 60' del siglo XX,¹ cuando se comenzó a aplicar la idea de desarrollo de las comunidades o promoción rural, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de la vida. Estos programas tuvieron por meta organizar y movilizar a las comunidades para ir en pos de objetivos determinados fuera de la comunidad, basados en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas por profesionales de la salud y del desarrollo.² También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió al organismo de salud o desarrollo organizar la comunidad. En la década de los 60 era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados.

Varios factores han influido en esta situación, entre ellos la poca comprensión de en qué consiste la participación. En lugar de promover la participación, los modelos son manipulados, la comunidad no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, o bien son autoritarios, ya que dan por hecho un usuario pasivo que está agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera más como un favor que como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.³

Se puede entender por participación comunitaria, al proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo consciente y constructivamente en el proceso.⁴ A finales de los años sesenta había pues, por un lado algunas piezas de evidencia empírica que habían vinculado algunas conductas individuales con algunas enfermedades crónicas y por otro, un marco de análisis basado en la idea de multicausalidad, novedosa entonces, en el pensamiento médico. Se produce una tendencia que vincula aún más a la epidemiología y a la Salud Pública con el modelo médico y, como consecuencia, el análisis de los problemas de salud se plantea desde una perspectiva individual. Se trata pues, de «buscar factores de riesgo para enfermedades crónicas» como antes se buscaban agentes causales en los ecosistemas microbianos para las infecciosas y básicamente esta búsqueda se centra en el comportamiento de los individuos.

Esta nueva situación en la historia sanitaria registrada conduce a la aparición de la «epidemiología de enfermedades crónicas» como superación de la «epidemiología de las enfermedades infecciosas», que ocurre durante los años 60. Este cambio es consecuencia de la transición epidemiológica y de la incapacidad de los modelos causales de las enfermedades infecciosas y de los postulados de Koch, para explicar adecuadamente los nuevos problemas de salud prioritarios como el cáncer y las patologías cardiovasculares.

Durante los años 70, se retoma la herencia higienista, que había usado métodos educativos para la profilaxis individual, la mejora de la nutrición infantil, el reforzamiento de la higiene personal, y en paralelo al desarrollo de la educación sanitaria basada en factores de riesgo; comienza a vertebrarse un notable cuerpo teórico-crítico. El modelo médico es criticado por su falta de eficacia y por su pobre aplicación del método científico y por los daños producidos en la medicalización de la sociedad.

Pueden citarse como textos pioneros e influyentes los de Blue, sobre planificación para la salud y de Antonovsky sobre salutogénesis. Ambos representan el primer intento formal de operativizar y dar contenido teórico al cambio en el paradigma de la salud, que representó la definición de la OMS de final de los años 40'.

El trabajo de Blum estaba más orientado a la acción, introduce conceptos que luego fueron la base de la promoción de la salud como la acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario. Antonovsky, más teórico, supone los primeros intentos de propiciar cambios más allá de la acción curativa desde el sistema sanitario. Por su relación con las teorías del cambio social, el verdadero objetivo de estudio de la Salud Pública, no eran tanto las personas que sufrían, o tratar de evitar sus causas, como

el estudio cuidadoso de personas con plenitud que no enfermaban a pesar de estar expuestos a factores de riesgo, para imitarlas. Se partía de una base de que es mucho más popular incitar mejor que prohibir.⁵

En la práctica, el desarrollo de esta nueva estrategia, pronto se vio limitada por condicionantes científicos y políticos. Por un lado, la transmisión de información e incluso la educación, no eran suficientes para cambiar conductas, especialmente si éstas estaban relacionadas con sustancias adictivas como el alcohol o el tabaco.

Se busca llegar al momento en que la participación social quede establecida como cultura, es decir, como fundamento de las formas de relación, producción, creación y reproducción de la sociedad, establecida a todo nivel, a ser interiorizada por individuos y actores sociales como una manera «normal» de relacionarse. Incorporar la complejidad y la democracia mediante la participación en la práctica de la Salud Pública, eran retos que se hicieron cada vez más evidentes durante los años 80 y que condujeron a que durante algunos años se usara el término de «La Nueva Salud Pública».

Este contexto político y científico hizo posible la aparición de nuevos enfoques en algunos países aislados como Canadá, y posteriormente en Alma Ata (1989), en una reunión conjunta de OMS y UNICEF, el inicio de la estrategia global de Salud para Todos.

Salud para Todos significaba en términos políticos, un apoyo a la equidad y a los sistemas nacionales de salud como parte de la influencia de los gobiernos demócratas, pero supuso también, una verdadera revolución técnica al posponerse implícitamente la orientación exclusivamente terapéutica y médica.⁶ Las propuestas consistieron en reformar los servicios sanitarios, poniendo un mayor énfasis en la atención primaria, en el compromiso de democratización con la participación comunitaria, en la acción intersectorial y sobre todo en orientar las intervenciones sanitarias más hacia la salud que a la enfermedad. A partir de la reunión de Alma Ata, se inicia el discurso de promoción de la salud. Se puso de manifiesto la importancia de las políticas y de su análisis para la acción sanitaria. Hubo un renacer de la percepción de la importancia del medio ambiente físico social y cultural, junto con una reivindicación política.

La Carta de Ottawa (1989) supone, además del nacimiento de la promoción de la salud en un sentido amplio, el inicio de un nuevo estilo de trabajo en Salud Pública que supera los problemas de décadas anteriores. Proponía la unión operativa entre información y acción, y la incorporación de las tradicionales actividades de vigilancia epidemiológica y vigilancia de la Salud Pública en la función de defensa de la salud.⁷

Desarrollo

Sin embargo en 1987, la reunión de la OMS en Barcelona definió la naturaleza de la nueva información: ser capaces de estimular el cambio debido a su visibilidad política y a su impacto, ser sensibles a los cambios que permiten comparaciones. Deben recogerse, usarse y entenderse fácilmente por la población y los tomadores de decisiones y están relacionados con la promoción de la salud en el sentido de la definición de Ottawa. Se crea así, un marco de rendimiento de cuentas público sobre las actuaciones y los programas, que puede poner a la salud y a las actividades de Salud Pública, tanto en la agenda de los políticos como en la de los intereses de los ciudadanos, ayudando a crear un clima social favorable al desarrollo de políticas públicas saludables.⁸ Surge así la noción de capacitación, para una gestión más autónoma de la salud y de los eventuales episodios de pérdida de la misma, incluyendo un uso más autónomo de los servicios sanitarios y la tecnología médica. La capacitación relacionada, tanto en la tradición de la educación sanitaria como en la incorporación a la misma de las ideas de Paulo Freire e Ivan Illich. El apoyo a la autoayuda, los autocuidados, las redes sociales y el reforzamiento comunitario son actividades claramente vinculadas con la función de capacitación.

En la actualidad el mandato para actuar en Salud Pública emana del poder político, pero los partidos políticos no describen en sus programas electorales los Programas de Promoción de la Salud que pretenden poner en marcha. Como consecuencia necesitamos una ética independiente tanto de la medicina, como de la política partidaria. Para la Salud Pública, la virtud cívica más relevante es la confianza; sin ella no hay comunidad ni acción social. Confianza en que la actividad social y comercial no dañará nuestra salud, confianza en que los poderes del estado vigilan la actividad social defendiendo nuestro derecho a la salud.^{9,10}

La OMS, plantea «La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud. En lo posible la salud nunca debe «darse» o «facilitarse» a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud».¹¹ Para comprender los elementos que intervienen en la salud y que reflejan el papel que puede desempeñar la comunidad en éstos se hace necesario desentrañar la salud desde todos sus puntos de vista. Para ello se consideran cuatro etapas determinantes de la salud:¹²

- Funcionamiento biológico. El organismo necesita, para ser saludable, determinadas disposiciones orgánicas y funcionales para la adquisición de experiencias, su procesamiento y análisis, la producción de conocimientos propios, personalizados en relación con el funcionamiento del organismo, en estado general de salud.
- Condiciones internas del sujeto que influyen en la salud, procesos psíquicos cognoscitivos: atención, memoria, pensamiento, capacidad de trabajo intelectual, que reflejan además el estado funcional del sistema nervioso. Estados psíquicos-emocionales que son el reflejo de la relación del hombre consigo mismo y con el medio: estrés, ansiedad, depresión, ira, entre los principales. Formaciones psicológicas complejas y síntesis reguladoras de la personalidad que ocupan lugar central en las posibilidades de educación y salud y la vulnerabilidad al estrés.
- Relaciones sujeto-sujeto, estudio de la comunicación y relaciones interpersonales, en la familia u hogar, en la comunidad (apoyo social); relaciones con los vecinos, con amigos y grupos informales así como con las organizaciones e instituciones.
- Relaciones hombre-medio. Estudios de las influencias de la sociedad en general, condiciones materiales de trabajo, opciones de empleo, tiempo libre; relación sociedad-individuo; exigencias y posibilidades que plantea la sociedad, posición del individuo, autopercepción social, etc. relacionado con la calidad de vida.

Por ello, se debe entender a la Salud Pública como campo de conocimiento experto, objeto de práctica de una profesión específica; como ejercicio y responsabilidad del Estado, es decir, como actividad de gobierno; como esfuerzo global de la sociedad para realizar (comprender y satisfacer) sus ideales, lo cual incluye las dos concepciones anteriores.

La salud está profundamente influida por variables sociales y no nos debe extrañar que se afecte por el cambio social. Por ejemplo, el caso de la ex URSS en donde la caída de los regímenes comunistas conllevó un colapso, en buena medida de los servicios de Salud Pública y entre ellos de las inmunizaciones. No nos debe extrañar, que Europa sea ahora el continente que más casos declara a la OMS de difteria. Otras veces los cambios son más silenciosos y sus consecuencias menos evidentes. Pero esto no las hace menos importantes. Uno de los problemas fundamentales que enfrentan los sistemas de salud es un incremento del gasto, una creciente complejidad técnica y una pugna en la sociedad por una mayor equidad en sus beneficios. Esto ha motivado la búsqueda de nuevos métodos de asignación de recursos financieros, que promuevan la adecuación geográfica entre la oferta de servicios y las necesidades de salud.¹³

México, es ejemplo de un país en que las fórmulas de asignación geográfica han sido propuestas como parte de procesos democratizadores que buscan terminar con la inequidad y al mismo tiempo mejorar la eficiencia de asignación. Esto intenta remediar las carencias relativas a nivel interestatal, así como mejorar y dar prioridad a las intervenciones de alto beneficio para la salud. Por ello, se están descentralizando los sistemas de salud, de tal suerte que la asignación equitativa de recursos se combine con un manejo más autónomo de los mismos.

Surge la tendencia que vincula aún más a la epidemiología con la salud pública, ambas con el modelo médico y el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva individual. Se trata pues de «buscar factores de riesgo para enfermedades» básicamente en el comportamiento de los individuos. Los desarrollos en la práctica de esta nueva aproximación se vieron limitados por condicionantes científicos y políticos que limitaban su efectividad: por un lado la transmisión de información, e incluso la educación, no eran suficientes para cambiar conductas, especialmente si éstas estaban relacionadas con sustancias adictivas como el alcohol o el tabaco; por otro, la aproximación higienista, chocaba con los valores de las sociedades democráticas del mundo occidental, se hacía imprescindible la elaboración de herramientas más complejas y que fueran aceptadas por la población.¹⁴

El concepto actual de promoción de la salud es «los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud», surge a partir de la Conferencia de la OMS en Ottawa en 1986. Sin embargo, puede resultar útil para su comprensión, el exponer previamente tanto las corrientes de pensamiento sanitario que la han influido como las tendencias políticas y organizativas que han ido conformando la promoción de la salud tal y como la entendemos hoy en día.

Discusión

La ausencia de evaluaciones, de aplicación del método experimental y de sustanciales mejoras en el estado de salud de las poblaciones son críticas. Algunas de ellas, son insolubles y tienen que ver con la imposibilidad y probablemente con la falta de necesidad de aplicar el método experimental como herramienta exclusiva en la génesis de conocimiento, otras referidas a la ausencia en la literatura de

evaluaciones no experimentales que deberían tenerse más en cuenta si se quieren desarrollar y difundir modelos de buena práctica sostenibles en el tiempo.¹⁵

En 1986 la Carta de Ottawa, se refiere a una promoción de la salud que proporcione a los pueblos los medios necesarios para que tengan mayor control sobre su vida y su salud, a partir de políticas públicas saludables. La Declaración de Bogotá (1992), menciona que: «La promoción de la salud de América Latina, busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo». En ese documento se destaca la necesidad de impulsar políticas sociales, dentro de la estrategia de la Promoción de la Salud, que reduzcan las inequidades en esta región.¹⁶

En Canadá se han hecho esfuerzos por transformar el marco conceptual y la práctica de Promoción de la Salud en participativa y democrática que conduzca al empoderamiento de la población; sin embargo, persisten las barreras, y sigue siendo una práctica individualista y ligada a un enfoque de prevención de la enfermedad. El concepto de empoderamiento, se refiere a la capacidad de toma de decisiones de los individuos. Uno de los obstáculos principales para lograr la «ética en salud» y quizá el más importante, es el del financiamiento, el cual desde su origen mismo es fuente de contradicciones naturales e inagotables y que hace cada vez más endeudados y dependientes a los países en desarrollo, puesto que los lleva a ser los «vecinos incómodos y mal vistos, de la aldea globalizada».¹⁷ La salud pública, entendida como un punto de encuentro donde concluyen las ciencias biológicas, sociales y de la conducta, en poblaciones determinadas y de las respuestas sociales e institucionales a determinadas condiciones epidemiológicas.¹⁸

Entre las propuestas que se pueden plantear están: situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud local, regional, nacional e internacional, promover el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.¹⁹ Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo, si es necesario, a los conocimientos de la OMS y de sus asociados en esta esfera. Esos planes variarán en función del contexto nacional, pero se ajustarán a un marco básico y podrá incluir el establecimiento de redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

La promoción de la salud no es un proceso de solución fácil: Su propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazos. Los resultados concretos comprenden la participación de los ciudadanos y de la comunidad contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

Por ello las políticas públicas constituyen importantes vehículos para reducir las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, asegurando el acceso equitativo de los bienes y servicios, entre ellos la atención de salud.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. 1990. Participación Social. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 3).
2. Fernández A. Movimientos comunitarios, participación y medio ambiente. Revista Temas 1997; (9): 53-9.
3. Organización Panamericana de la Salud. 1995. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 35).
4. Arias HH. 1995. La comunidad y su estudio: Personalidad-Educación-Salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
5. Morón C. Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar. Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 1995; 45(1): 374-378.
6. Organización Panamericana de la Salud. 1992. Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Washington DC: OPS.
7. Organización Panamericana de la Salud. 1986 Carta de Ottawa para la promoción de salud. Washington DC: OPS.
8. Linares C. 1996. Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.
9. Ysunza-Ogazon A, Diez US, López-Nuñez L. Programa de Investigación-Acción comunitaria en migración y nutrición. Rev Salud Pública de México. 1993; 35(6).
10. Sentíes Y. 1994. Participación comunitaria en la atención primaria de salud: Teoría y praxis. México: UNICEF.
11. Organización Mundial de la Salud. 1990a. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.
12. Organización Panamericana de la Salud. 1993a. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud.
13. Organización Panamericana de la Salud. 1993. Los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS.
14. Agudelo C. (2000) «¿Cómo aproximarse al análisis de los sistemas de salud y su reforma?» cagudelo@bacata.usc.unal.edu.co
15. Franco G. «La Salud Pública en Perspectiva» *Revista Nuevos Tiempos*, 2000; 8(1).
16. OMS. (2000). Sanidad: «Los sistemas de salud infrautilizan sus recursos».
17. González MA. (2000) «Hacia la asignación equitativa de los recursos federales para la salud» Observatorio de la Salud. Fund Mex Salud, Cap. 6.
18. Frenk J. «La Salud como punto de encuentro». La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México. Ed. FCE, CONACYT, SEP. 1994; 133: 25-33.

19. Arias HH. 1993. La influencia de factores psicológicos y sociales en la salud. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de Cuba.