

Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos

Concha Colomer Revuelta
y Carlos Álvarez-Dardet Díaz

RESUMEN

La salud está profundamente influida por variables sociales; por tanto, no nos debe extrañar que sea un producto del cambio social. La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no sólo a lo biológico, que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo. No se trata, pues, de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la promoción de la salud como «el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren». El impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitario. Se pretende poner en marcha procesos de cambio social que involucren a las personas para cambiar los entornos en que viven; esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político. La evaluación de iniciativas de promoción de la salud tiene sentido cuando permite comprender mejor el programa y su contexto, y sirve para mejorarlo atendiendo a criterios de utilidad, factibilidad, propiedad y precisión.

Salud y cambio social

Cada generación de seres humanos se despide de su paso por la tierra con la sensación de que las cosas ya no son como eran. Hay incluso quien dice que estos pro-

cesos de cambio se están acelerando en los últimos años. Pero no sabemos por qué se producen, ni cómo predecirlos. De hecho, lo único que sabemos de los cambios sociales es que ocurren, que están ocurriendo siempre y que, de alguna

manera, se basan en lo ya existente. Siguiendo esta idea, algunos autores han intentado bucear en el espacio mediático como expresión de la agenda social, para intentar comprender e incluso predecir con algún éxito algunos de estos cambios.

Actualmente, todo el mundo acepta que el bloque soviético estaba condenado a derrumbarse, pero... ¿quién lo preveía antes de 1989? Como obra humana que son, los procesos de cambio social son especialmente comprensibles a *posteriori*; sabemos que no obedecen a una lógica lineal y cartesiana, sino que se acercan más a procesos de evocación-concitación, más próximos a lógicas caóticas que a procesos lineales simples de acción-reacción.

La salud está profundamente influida por variables sociales, por lo que no debe extrañarnos que se vea afectada por el cambio social. Es más, a veces estos cambios ocurren muy cerca en el tiempo; es decir, son casi inmediatos. Volvamos al bloque soviético: la caída de los regímenes comunistas conllevó, en buena medida, un colapso de los servicios de salud pública y, entre ellos, de las inmunizaciones. No nos debe extrañar, por lo tanto, que Europa sea ahora el continente que más casos de difteria declara a la OMS. Otras veces los cambios son más silentes y sus consecuencias menos evidentes; sin embargo, esto no los hace menos importantes. La decisión colectiva que empezaron a tomar las mujeres de los países desarrollados, hace unos 150 años, para disminuir su fecundidad, es probablemente el cambio social más importante del siglo XX; además, sus efectos positivos en la salud siguen percibiéndose.

Las ondas de cambio suelen ser iniciadas por las vanguardias y seguidas por la mayoría de la población con la resistencia de una minoría de rezagados. Sin embargo, los procesos de cambio no ocurren inexorablemente y nadie puede predecir la evolución de su curva temporal. Ésta puede presentar diferentes formas:

- Alargamiento temporal en cualquiera de sus puntos.
- Persistencia del cambio exclusivamente en la vanguardia sin que se produzca en la mayoría.
- La misma situación del punto anterior pero con reversión del cambio incluso en la vanguardia.
- Reversión del cambio en cualquier estadio.

Sin embargo, aunque son posibles muchas evoluciones, no es de esperar una cualquiera, sino que la existencia de la vanguardia será condición necesaria para el cambio. Además, como ya hemos dicho, el cambio social se basa siempre en lo que ya existe, es decir, necesita de la existencia de modelos. En otras palabras, todo cambio social perdurable necesita que se produzcan modificaciones en, al menos, tres niveles: la retórica, las políticas y las conductas.

Tomemos como ejemplo el maltrato a la infancia que, en la mayoría de los países desarrollados, ha evolucionado hacia la disminución del castigo corporal y uso de la fuerza en contra de los niños. El cambio sólo es total cuando, en el espacio del discurso público, se instala la idea de que el maltrato a los niños es reprobable, superando los planteamientos de apelación a la autoridad de los adultos y al eventual parecido de la educación infantil con el entrenamiento de los caballos, y produciéndose así un cambio en la retórica. Para que esta nueva idea se establezca, es necesario que se reduzcan los márgenes de aceptación de determinadas conductas; es decir, que las comunidades (como organizaciones) empiecen a desarrollar medidas colectivas, ya sean legislativas, modelos de práctica pedagógica o sencillamente nuevos estándares de comportamiento que hagan imposible el maltrato en público, lo cual producirá el cambio en las políticas. Sin embargo, esta onda de cambio no se consolidará hasta que se produzca un cambio generalizado en las conductas, para lo cual la onda de cambio deberá penetrar en

manera, se basan en lo ya existente. Siguiendo esta idea, algunos autores han intentado bucear en el espacio mediático como expresión de la agenda social, para intentar comprender e incluso predecir con algún éxito algunos de estos cambios.

Actualmente, todo el mundo acepta que el bloque soviético estaba condenado a derrumbarse, pero... ¿quién lo preveía antes de 1989? Como obra humana que son, los procesos de cambio social son especialmente comprensibles a *posteriori*; sabemos que no obedecen a una lógica lineal y cartesiana, sino que se acercan más a procesos de evocación-concitación, más próximos a lógicas caóticas que a procesos lineales simples de acción-reacción.

La salud está profundamente influida por variables sociales, por lo que no debe extrañarnos que se vea afectada por el cambio social. Es más, a veces estos cambios ocurren muy cerca en el tiempo; es decir, son casi inmediatos. Volvamos al bloque soviético: la caída de los regímenes comunistas conllevó, en buena medida, un colapso de los servicios de salud pública y, entre ellos, de las inmunizaciones. No nos debe extrañar, por lo tanto, que Europa sea ahora el continente que más casos de difteria declara a la OMS. Otras veces los cambios son más silentes y sus consecuencias menos evidentes; sin embargo, esto no los hace menos importantes. La decisión colectiva que empezaron a tomar las mujeres de los países desarrollados, hace unos 150 años, para disminuir su fecundidad, es probablemente el cambio social más importante del siglo XX; además, sus efectos positivos en la salud siguen percibiéndose.

Las ondas de cambio suelen ser iniciadas por las vanguardias y seguidas por la mayoría de la población con la resistencia de una minoría de rezagados. Sin embargo, los procesos de cambio no ocurren inexorablemente y nadie puede predecir la evolución de su curva temporal. Ésta puede presentar diferentes formas:

- Alargamiento temporal en cualquiera de sus puntos.
- Persistencia del cambio exclusivamente en la vanguardia sin que se produzca en la mayoría.
- La misma situación del punto anterior pero con reversión del cambio incluso en la vanguardia.
- Reversión del cambio en cualquier estadio.

Sin embargo, aunque son posibles muchas evoluciones, no es de esperar una cualquiera, sino que la existencia de la vanguardia será condición necesaria para el cambio. Además, como ya hemos dicho, el cambio social se basa siempre en lo que ya existe, es decir, necesita de la existencia de modelos. En otras palabras, todo cambio social perdurable necesita que se produzcan modificaciones en, al menos, tres niveles: la retórica, las políticas y las conductas.

Tomemos como ejemplo el maltrato a la infancia que, en la mayoría de los países desarrollados, ha evolucionado hacia la disminución del castigo corporal y uso de la fuerza en contra de los niños. El cambio sólo es total cuando, en el espacio del discurso público, se instala la idea de que el maltrato a los niños es reprobable, superando los planteamientos de apelación a la autoridad de los adultos y al eventual parecido de la educación infantil con el entrenamiento de los caballos, y produciéndose así un cambio en la retórica. Para que esta nueva idea se establezca, es necesario que se reduzcan los márgenes de aceptación de determinadas conductas; es decir, que las comunidades (como organizaciones) empiecen a desarrollar medidas colectivas, ya sean legislativas, modelos de práctica pedagógica o sencillamente nuevos estándares de comportamiento que hagan imposible el maltrato en público, lo cual producirá el cambio en las políticas. Sin embargo, esta onda de cambio no se consolidará hasta que se produzca un cambio generalizado en las conductas, para lo cual la onda de cambio deberá penetrar en

espacios más privados e íntimos, como el ambiente doméstico.

El rebrote de la religiosidad en los países del este de Europa es un buen ejemplo de cómo, después de medio siglo de cambios en la retórica y en las políticas, una onda ha revertido con enorme rapidez, ya que no había afectado a las conductas ni a los espacios domésticos.

En conclusión, según el esquema anterior, la introducción de las ondas de cambio en una comunidad puede seguir un flujo «de arriba abajo» o «de abajo arriba». El cambio «de arriba abajo» adopta una dirección retórica-políticas-conducta, mientras que el cambio «de abajo arriba» presenta la dirección inversa.

El porqué de la promoción de la salud

Cuando la realidad, es decir, lo que sucede y observamos, no puede explicarse según el paradigma vigente, se hace necesario buscar nuevos fundamentos científicos que permitan comprenderla. Se trata de un proceso largo y difícil que, una vez finalizado, traerá consigo que los profesionales cambien su visión, forma de trabajar y objetivos. Asimismo, pasará por situaciones intermedias en que convivirán los dos paradigmas, el viejo y el nuevo, lo cual favorece tanto la confusión como el debate.¹

Los problemas actuales de salud son diferentes a los que se padecían hasta hace tan sólo unas décadas. La lucha efectiva contra algunas de las enfermedades infecciosas que más muertes producían, la mejora en las condiciones de vida y de trabajo y el aumento de la esperanza de vida han contribuido a que las enfermedades más prevalentes en los países ricos sean las acumulativas, degenerativas, crónicas y ligadas a etiologías multicausales y sociales. Una situación muy diferente se observa en los países pobres, donde la falta de recursos para cubrir las necesidades bási-

cas (alimentación, vivienda, higiene, atención sanitaria, etc.) ha impedido que se produzca el cambio al que hacíamos referencia por lo que hace al patrón de enfermedad.

Durante los años setenta, el trabajo de Thomas McKeown resquebrajó la idea de que las mejoras históricas en salud habían sido consecuencia de los descubrimientos científicos y de su aplicación en poblaciones humanas.² Según demostró este autor para Inglaterra y Gales, las mejoras en salud reflejadas en las tendencias de descenso de la mortalidad no eran consecuencia, en general, de los descubrimientos médicos. Hasta el momento, su hipótesis, contrastada por autores de otros países,³ no ha sido rebatida sustancialmente. Es más, la mayoría de los que lo han intentado han desarrollado estudios empíricos presentados en los siguientes términos: «En contra de lo que sostenía McKeown hemos encontrado algún efecto de los servicios sanitarios en los indicadores de salud.» Sin embargo, McKeown nunca dijo que la medicina no influyera en la mejora de la salud, sino que su impacto era pequeño en comparación con otros factores.

Discusiones académicas aparte (v. también en este sentido el cap. 2), el trabajo de McKeown nos interesa porque supone el origen de la idea de la acción intersectorial para la promoción de la salud y el inicio de la crisis del pensamiento médico que dio origen a la llamada *nueva salud pública*. La necesidad de actuar coordinadamente, tanto dentro como fuera de los servicios sanitarios, ha sido apoyada también por otros autores como Archibald Cochrane e Ivan Illich, padres intelectuales de la noción de eficiencia de los servicios⁴ y de la advertencia sobre efectos secundarios masivos, esto es, la llamada *iatrogenia social*.⁵

De los tres autores citados (McKeown, Illich y Cochrane), solamente el último ha ejercido un impacto considerable en la práctica médica dominante. Sus plantea-

mientos reformistas, que reivindican los experimentos como base del conocimiento, han sido el fundamento para el desarrollo de la *medicina basada en pruebas* (*evidence based medicine*, traducida incorrectamente al castellano como *medicina basada en la evidencia*, cuando en nuestro idioma lo evidente es más lo obvio que lo probado). Así pues, su legado ha sido incorporado a los intereses corporativos tanto de la profesión médica como de la industria relacionada.

Por último, las respuestas sociales y científicas que se han dado a la nueva realidad han resultado insuficientes o inadecuadas. Los servicios sanitarios, cuya misión es curar y prevenir las enfermedades, son incapaces de resolver gran parte de las dolencias actuales. A pesar de ello, su gasto aumenta continuamente, llegando a detraer presupuesto de otras áreas sociales, como la educación (aunque se haya demostrado que ésta es más efectiva para la ganancia en salud que algunos de los costosos programas sanitarios existentes).⁶

Sistemas de salud o de enfermedad

La respuesta científica para el mejor conocimiento de la salud y la enfermedad ha fracasado al aplicar el modelo patogénico, tan útil para las enfermedades infecciosas causadas por un germen identificable y eliminable, a las enfermedades causadas por los intrincados procesos y factores que conforman los patrones de vida.

Por otro lado, tanto los servicios sanitarios como la investigación han dedicado sus esfuerzos prioritariamente a la enfermedad, avanzando poco en el conocimiento y atención a la salud. La salud pública de las últimas décadas se ha ocupado de identificar factores de riesgo de las enfermedades, planificar e implementar programas dirigidos a modificar las conductas de las personas para llevarlas a situaciones

con menor riesgo de enfermar, detectar precozmente las enfermedades y formular y administrar políticas sanitarias (no de salud) dirigidas a conseguir la mayor eficiencia posible de los servicios sanitarios que se ocupan de las enfermedades.

Consiguientemente, no ha existido un desarrollo real y extenso de la investigación sobre la salud. Pocos estudios se han planteado cuestiones como ¿dónde se crea la salud?, ¿qué es lo que produce salud? o ¿qué es lo que hace que una persona «de riesgo» no desarrolle la enfermedad? Dicho de otra manera, no se han indagado los factores salutogénicos, es decir, los que producen salud,⁷ sino que, por el contrario, la investigación epidemiológica se ha preocupado por identificar los factores que producen enfermedad. Así pues, inevitablemente, los conocimientos científicos existentes dirigen la acción en salud pública hacia la prevención de riesgos y la detección de enfermedades. Es cierto que en estos campos se han realizado grandes avances que han supuesto, sin duda, beneficios para muchas personas, pero la salud y la enfermedad no son dos estados independientes entre sí, sino un continuo en que nos movemos las personas. No somos organismos perfectos e íntegros que periódicamente se ven forzados a defenderse de los ataques de la enfermedad. Todos estamos algo enfermos y algo sanos, incluso los moribundos mientras todavía les quede un poco de aliento.

Este modelo salutogénico,⁷ que ha inspirado de varias formas la promoción de la salud, se diferencia del modelo patogénico clásico de la medicina y de la salud pública en su interés por los aspectos que promueven la salud, es decir, aquellos que llevan a las personas hacia el extremo de la salud en ese continuo en que nos encontramos. Esta diferencia, aunque pueda parecer de matiz, es de importancia capital porque supone un cambio completo de orientación en las hipótesis y métodos de trabajo de todas las personas en el campo

de la salud, desde la clínica a la pública. En otras palabras, si las intervenciones no tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud, es decir, a la persona como ser completo y complejo, ni se cuestionan cuál es la génesis de la salud para poder promocionarla, la salud pública estará mutilada, sus resultados serán siempre incompletos y la prevención y la práctica clínica no podrán ser efectivas.

De hecho, se está demostrando con preocupación que muchas de las actuaciones de los servicios de salud no son efectivas en la reducción de la enfermedad, y mucho menos en la ganancia en salud, aunque ésta es una cuestión que casi no se plantea. La respuesta científica ha sido la llamada *medicina basada en la evidencia*, tan de moda actualmente. Es sin duda importante que las actuaciones preventivas y curativas superen un control de calidad para que la población tenga la seguridad de que las pruebas y tratamientos que se le aplican van a beneficiarle, o al menos no perjudicarlo. Pero la medicina basada en la evidencia, que también está orientada a la enfermedad, no resolverá el problema de cómo podemos producir ganancia en salud, ni siquiera de cómo curar las enfermedades, a no ser que se considere a la persona enferma en su globalidad. Si las causas de la enfermedad son múltiples y variadas, abordar las biológicas, olvidando las psicológicas y sociales, no sólo es inhumano sino que impide que las actuaciones estén basadas en la evidencia existente sobre la etiología de la enfermedad.

Podrían plantearse muchos ejemplos de lo comentado, como la gran variedad de estudios de cohortes que se dedican a estudiar los factores que hacen que grupos de personas expuestas a algún riesgo sucumban a la enfermedad. Pero... ¿qué pasa con los que, a pesar de estar expuestos al mismo riesgo, consiguen mantenerse sanos? ¿No sería interesante conocer qué les hace diferentes a los otros? Si lo que queremos es información que indique el camino para ayudar a otras personas a

estar más sanas, ¿no sería más útil la segunda información que la primera?

Nos encontramos, pues, en el cambio de siglo, en una situación de crisis de las respuestas científicas (epidemiología, administración sanitaria, medicina) a la salud y la enfermedad.

La promoción de la salud surge en este entorno, intentando dar algunas respuestas desde otra perspectiva: la de la salud. Se trataría de situarse en el continuo de Antonovsky⁷ o en la escalera de Aranda,⁸ en la que la prevención de la enfermedad se encuentra en la base y la promoción de la salud en lo alto, y la diferencia entre las personas que practican una u otra actividad radica en dónde fijan su mirada. Mientras ambas ascienden hacia la salud, una lo hace alejándose de la enfermedad sin perderla de vista, y la otra con el énfasis puesto en la salud.

Se trata de responder a tres preguntas:⁹

- ¿Dónde se crea la salud?
- ¿Qué inversiones y estrategias producen las mayores ganancias en salud?
- ¿Qué inversiones y estrategias ayudan a reducir las desigualdades en salud?

Son preguntas que no pueden contestarse desde el sector sanitario de manera aislada. La investigación y la práctica de la promoción de la salud son necesariamente intersectoriales porque los determinantes de la salud son biológicos, psicológicos, emocionales y sociales y, por tanto, las intervenciones deberán contar con profesionales de los diversos campos y trabajar conjuntamente. Las personas y las comunidades constituyen un todo complejo y no es recomendable fragmentarlo para intervenir. El todo no es la suma de las partes. Aquí no es aplicable lo que se ha venido realizando en medicina, donde diferentes especialistas tratan los órganos o aparatos de los pacientes sin que ninguno de ellos tenga una visión de conjunto y trate al enfermo como una persona. En promoción de la salud esto es impensable.

Un nuevo marco para la acción

La estrategia *Salud para todos* de la OMS¹⁰ supuso un cambio notable en esta agencia de las Naciones Unidas que estuvo, desde su creación hasta mediados de los años setenta, dominada por el paradigma biomédico. Más que una organización al cuidado de la salud mundial, la OMS desarrollaba políticas de transferencia de tecnología y modelos de servicios del mundo desarrollado al mundo en desarrollo; se practicaba colonialismo médico.

La situación política de los años setenta en la esfera internacional, con gobiernos socialdemócratas en Europa, sobre todo del norte, y con un creciente papel de los no alineados, hizo posible un cambio sustancial en la OMS y el desarrollo de una estrategia aún vigente, y que probablemente mantendrá en el futuro la nueva directora general Gro Harlem Brundtland.¹¹

Es en el documento de 1978, *Salud para todos en el 2000*,¹² cuando aparece formalmente una llamada, intuitiva y global, a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud, junto con los otros ejes: equidad, participación comunitaria y reorientación de los servicios. Algunas de estas ideas ya estaban recogidas en la Declaración de Alma-Ata.¹³

Según la OMS, para que la promoción de la salud sea posible deberán cumplirse unos prerrequisitos:

- Paz y ausencia de guerra.
- Igualdad de oportunidades para todos y justicia social.
- Satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, vivienda, seguridad, etc.).
- Compromiso político y apoyo público.

Esto supone la aceptación del efecto de los fenómenos de globalización en la salud. El hecho social, cultural y económico más importante en los últimos años ha sido, sin duda, el impacto tecnológico en el alcance y velocidad de la transmisión de información, bienes, servicios y personas.

La salud, como fenómeno ligado a variables sociales, se ve notable y rápidamente afectada por estos cambios. Si cada día es más difícil pensar en términos de economía y evolución social y cultural a niveles exclusivamente nacionales, regionales o locales, también es imposible comprender y actuar en salud exclusivamente dentro de nuestras fronteras.¹⁴

Paradójicamente, en un mundo cada vez más expuesto a riesgos globales, se debilitan cada vez más los servicios de salud internacionales y se recorta el presupuesto de las agencias transnacionales, como la OMS, que ejercían las funciones de salud pública mundial. Las organizaciones no gubernamentales se han visto obligadas a ejercer estas tareas, pero debido a sus características y a la falta de apoyo tan sólo pueden hacerlo de manera fraccionada y poco coordinada. Esta situación supone un retroceso histórico, una vuelta a la actitud de depositar la responsabilidad de la salud internacional en ámbitos más cercanos a la caridad y la filantropía que a las políticas de salud, produciendo, en el ámbito mundial, respuestas inconexas e ineficientes que no pueden hacer frente de manera adecuada a los retos planteados por los procesos de globalización.

La progresiva monetarización de la economía es uno de los fenómenos derivados de la globalización, y ha sido propiciado por la posibilidad de realizar transacciones monetarias en tiempo real y a gran velocidad. En el ámbito mundial, el crecimiento de la masa monetaria sobre la que no se ejerce control democrático está provocando la disminución progresiva del porcentaje del producto interior bruto gestionado por el sector público, la erosión de la economía informal, y daños irreversibles en los subsidios no financieros del sistema, es decir, en los recursos naturales y su equilibrio ecológico.

Desde un punto de vista microeconómico, los cambios antes descritos imponen una mayor dependencia para cubrir las necesidades básicas.¹⁵ Cada vez es más difícil obtener

bienes y servicios de transacciones informales (las basadas en los lazos de apoyo mutuo que sustentan las comunidades). Estos fenómenos, nuevos en nuestra historia económica, están generando el debilitamiento de nuestro sistema de salud. El sistema informal de cuidados, que actualmente atiende el 88 % de las necesidades de salud de la población, es cada vez más vulnerable. Progresivamente, cada vez más aspectos de nuestra cultura de salud y de la gestión de los procesos de salud-enfermedad pasan desde ámbitos estrictamente domésticos o comunitarios al sector monetarizado, medicalizado y profesional.

Para los elementos más vulnerables de nuestra sociedad, los procesos de destrucción comunitaria suponen añadir, a su ya existente pobreza en recursos financieros, la pobreza progresiva de sus recursos comunitarios y domésticos. En todos los países del mundo, este nuevo fenómeno de los doblemente pobres (pobres en dinero y pobres en comunidad) está provocando crisis extremas en los entornos domésticos (con consecuencias como el abandono de niños en los asentamientos urbanos de Latinoamérica) y migraciones masivas.

La preservación del medio ambiente, el fortalecimiento de las comunidades y la consideración de las personas por encima del dinero, estableciendo políticas redistributivas y haciendo profundizar la democracia en el sector financiero de la economía, son las bases para el desarrollo de alternativas democráticas de equidad y solidaridad en nuestro mundo globalizado, la receta para «domesticar la globalización».

Debemos reformar nuestra economía mejorando nuestros sistemas de contabilidad social, garantizando que los ciudadanos puedan exigir, de manera efectiva, responsabilidades al Gobierno por sus actividades, y que no existan zonas opacas. En una sola frase: si queremos evitar que los procesos de globalización continúen aumentando las desigualdades, debemos dar prioridad y globalizar la democracia mediante procesos de empoderamiento.

Qué es y qué no es la promoción de la salud

En 1984 comenzó el primer programa de promoción de la salud de la OMS en su oficina europea. La promoción de la salud se definió como «el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo. La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.»¹⁶ Sus principios se recogen en la tabla 3-1.

Tabla 3-1. Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud

Fuente: OMS.¹⁶

La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) estableció las áreas de actuación (tabla 3-2).¹⁷

Posteriormente, las siguientes conferencias desarrollaron las áreas de *Políticas públicas saludables* (Adelaida, 1988), *Ambientes favorecedores de la salud* (Sundswall, 1991) y *Nuevos actores para una nueva era: la promoción de la salud en el siglo XXI* (Jakarta, 1997). Para conseguir los documentos de cada una de ellas y estar al día sobre conferencias futuras puede consultarse la página web de la OMS (www.who.int). Las definiciones de los términos que se han ido estableciendo en cada una de ellas se encuentran en el *Glosario de Promoción de la Salud*.¹⁸

La promoción de la salud ha generado ideas, publicaciones, documentos y servicios en muchos países, pero el concepto de promoción de la salud no siempre ha sido comprendido y llevado a la práctica según sus principios originales, pudiéndose encontrar diferentes usos en función de dónde y por quién se aplique.

En algunos casos, el lugar desde el que se implementa la promoción de la salud determina en gran medida las oportunidades para la acción, ya que no es lo mismo trabajar con población general desde un gobierno municipal, teniendo que plantear programas y políticas de salud, que en un centro de salud donde la rutina es atender a personas enfermas o grupos de riesgo, tratando sus enfermedades o ayudándoles a prevenirlas.

Tabla 3-2. Áreas de actuación en promoción de la salud establecidas en la Carta de Ottawa

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes que favorezcan la salud
- Desarrollar habilidades personales
- Reforzar la acción comunitaria
- Reorientar los servicios de salud

Fuente: Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.¹⁷

La promoción de la salud se dirige a la población en su conjunto, y no sólo a grupos de enfermos o de riesgo. Su objetivo es capacitarlos para que puedan controlar su salud y su enfermedad, y sean más autónomos e independientes de los servicios profesionales. Puesto que los determinantes de la salud son diversos y no todos dependen del individuo, se plantea modificar el ambiente con la participación de las personas cuya salud se pretende promover, perdiendo protagonismo y poder los profesionales a favor de la comunidad, y exigiéndose compromiso político para el cambio social.

En algunos países y comunidades autónomas se han creado unidades, programas y disciplinas llamadas *de promoción de la salud*, pero no siempre han acogido contenidos reales de este campo. En la mayoría de los casos han surgido desde el ámbito sanitario, y están planteadas en el marco del paradigma biomédico, realizando preferentemente actividades de prevención de enfermedades (diagnóstico precoz, vacunaciones) y educación sanitaria.

Esta amplia e imprecisa utilización del término supone un riesgo para la promoción de la salud, ya que le arrebató su significado real y la desprestigia. Aunque toda esta confusión puede entenderse como parte del conflicto generado por el cambio de paradigma, debe hacerse un esfuerzo por distinguir claramente la promoción de la salud de la prevención de enfermedades, de la que ya hemos hablado antes, y de la educación sanitaria, considerando ésta como una parte del proceso más amplio que constituye la primera. No se pretende con esto minusvalorar las otras actividades, que ejercen su importancia en el bienestar de las personas, sino aclarar la identidad y, por lo tanto, la función social de la promoción de la salud.

No se trata de discutir sobre si es mejor la promoción de la salud o la educación sanitaria: ambas son necesarias. En la práctica se solapan e interactúan para mejorar los conocimientos y habilidades de las per-

sonas y las comunidades a fin de que sean capaces de mejorar su salud, utilizar adecuadamente los recursos existentes y ser conscientes de los factores políticos y ambientales que influyen en ella. La promoción de la salud es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y comunitarios, e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos, uno de los cuales es la educación para la salud.

Existen distintos modelos de actuación, que normalmente vienen determinados por las características profesionales de quienes la practican:¹⁹

- *Orientados hacia la prevención médica de las enfermedades.* Su objetivo es reducir la morbilidad o la mortalidad prematura. Las actividades que se realizan suelen ser intervenciones médicas como la detección precoz de enfermedades e inmunizaciones. Están arraigadas en la población y en los servicios, y gozan de prestigio porque utilizan métodos aceptados por el mundo científico, como la epidemiología, y están lideradas por expertos. Es evidente que han cosechado éxitos importantes en salud pública, pero tienen el inconveniente de que se dirigen a la enfermedad y no a la salud positiva, ignoran los factores sociales y ambientales, y crean dependencia de los servicios sanitarios, suprimiendo la capacidad de las personas para decidir sobre los temas de salud que les afectan. Es un modelo autoritario y verticalizado porque la planificación y dirección de las actuaciones las realizan los profesionales, sin participación activa de las personas a las que se dirigen. Como ejemplo podrían citarse los programas de vacunaciones o los de detección precoz del cáncer de mama.
- *Orientados al cambio de conductas.* Pretenden que los individuos adopten conductas saludables, considerando que éstas son la clave para mejorar su salud. Parten de la concepción de la salud como algo propio de las personas, y

consideran a éstas con capacidad para influir sobre ella. Olvidan que existen otros factores del entorno sobre los que los individuos, aisladamente, ejercen escasa influencia. Se basan en métodos educativos, ya sean campañas en medios de comunicación de masas, trabajo con grupos o consejo individual. Con ellos se consigue en muchos casos aumentar los conocimientos de las personas sobre sí mismas y los factores que influyen en su proceso de salud-enfermedad, pero no tienen en cuenta que la modificación de las conductas constituye un proceso complejo donde el conocimiento desempeña un papel necesario, pero no determinante. Existen muchos ejemplos que ilustran la insuficiencia de este planteamiento, como la amplia información existente sobre el perjuicio que causa el tabaco o las dietas desequilibradas, y la cantidad de personas correctamente informadas que continúan manteniendo esos hábitos. Pueden ser también autoritarios, paternalistas y verticalizados.

- *Orientados hacia el empoderamiento.* Los que trabajan con esta orientación tratan de ayudar a las personas a identificar sus necesidades y adquirir las habilidades y confianza en sí mismas que necesitan para actuar de manera efectiva en la promoción de su salud. Tienen como peculiaridad que surgen y se construyen desde las propias necesidades; los principales protagonistas son las personas y las comunidades, y los profesionales son meros facilitadores del proceso. El empoderamiento puede ser personal (autoestima, autocuidados, ayuda mutua) o comunitario, que consiste en aumentar la concienciación y la capacidad de la población para cambiar su realidad social (desarrollo comunitario).
- *Orientados hacia el cambio social.* Reconocen la importancia del entorno socioeconómico en la salud, y se centran en el ámbito político o ambiental. Pretenden

conseguir cambios en los aspectos económicos, sociales y del medio ambiente físico, por lo que algunos lo han considerado un planteamiento radical. Se basan en que las opciones de las personas vienen limitadas por las oportunidades que el entorno ofrece y, para que éstas sean equitativas y realistas, las opciones saludables deben ser asequibles (en términos de coste) y accesibles (por su disponibilidad). Los métodos que se utilizan son en gran medida verticales, como los cambios legislativos; éstos, aunque para ser aceptados precisan del consenso de la población, habitualmente son impuestos desde arriba. Se precisa el compromiso de las altas esferas de poder en diferentes sectores no sanitarios. Los profesionales de los servicios de salud se sienten con frecuencia ajenos a este planteamiento, ya que consideran que va más allá de sus competencias y depende de otros ámbitos, de modo que carecen de la formación necesaria para desarrollar las acciones de planificación, negociación y mediación.

Políticas públicas y salud

La libertad de acción del ser humano es una cuestión que ha preocupado mucho a filósofos, moralistas, políticos y economistas. También es una cuestión crítica desde la óptica de la promoción de la salud. Determinados comportamientos están asociados a la pérdida de salud, y para modificarlos mediante la intervención sanitaria resulta crucial decidir, teniendo en cuenta su efectividad, entre los dos grandes planteamientos posibles: el modelo basado en el individuo como centro de decisión sobre su conducta, o el que propugna la modificación de los sistemas en que los individuos toman sus decisiones.

Durante la década de los años sesenta empezó a manifestarse un cambio en el patrón de enfermedad de los países desarrollados. Los problemas de salud que

entonces y ahora producían sufrimiento y muerte no parecían ligados a la acción de agentes biológicos, sino a determinadas pautas de conducta. Aparece la denominada *epidemiología de enfermedades crónicas*, que pretende y consigue, con su desarrollo metodológico, relacionar conductas individuales con enfermedades como el cáncer o las cardiovasculares. Empieza a generarse así un volumen importante de conocimientos que vinculan determinadas dietas con exceso calórico y de grasa animal, el tabaco, el alcohol y el sedentarismo con las causas de muerte más importantes.

La salud pública ha generado, desde sus orígenes en el siglo XIX, una importante tradición educativa en la que destaca el período higienista, alrededor de 1920. La mayoría de los mensajes en aquella época iban encaminados a modificar la cantidad de inóculo infectante, tanto en el cuerpo humano como en el ambiente doméstico y en los alimentos, o a mejorar la nutrición de la infancia. Desde un punto de vista sanitario, los éxitos de la higiene fueron notables, ejerciendo su impacto sobre todo en la mortalidad infantil. Muchas de las iniciativas higienistas, como la higiene corporal, experimentaron un proceso de aculturación rapidísimo, incorporándose a la vida cotidiana de millones de personas. Por ejemplo, la primera ducha de uso doméstico se patentó en Estados Unidos durante los años veinte, y treinta años después era de uso común en todos los países desarrollados.

En el tratamiento de los problemas de salud de los años sesenta (cáncer y enfermedades cardiovasculares), dada la incapacidad de la medicina clínica para curarlos efectivamente y la rica tradición educativa de la salud pública, no es de extrañar que se desarrollara una higiene de las enfermedades crónicas que recibió primero el nombre de *educación sanitaria* y más tarde, ya en los años setenta, el de *educación para la salud*. Las expectativas de éxito en la tarea (aparentemente fácil) de cambiar las conductas facilitando infor-

mación pronto se vieron defraudadas. Por un lado, las conductas no cambiaban con la frecuencia y ritmo necesarios para prevenir un número aceptable de casos. Por otra parte, apareció un fenómeno hasta entonces nuevo como efecto secundario de aquella aproximación: la culpabilización de las víctimas.

La concentración exclusiva sobre los individuos de la responsabilidad de sus propias enfermedades añadía, al nada desdeñable sufrimiento producido por éstas, la perplejidad y el dolor creados por la idea de la responsabilidad individual. El principio hipocrático de *primum non nocere* («lo primero es no producir daño»), de cumplimiento más obligado en salud pública que en medicina, había sido transgredido, ocasionando un dolor inútil, sin prevenir enfermedades a personas que no habían solicitado dichas intervenciones. El paternalismo higienista, aceptable y sanitariamente útil a principios del siglo por la simplicidad de los problemas y el autoritarismo existente, no encajaba en sociedades democráticas y ante problemas multicausales.

Durante los años ochenta, especialmente en Europa y Canadá, se empieza a gestar una alternativa no paternalista y enmarcada en un análisis más amplio que el individual, y aparece la idea de que la mayor efectividad se logra con la actuación sobre los entornos y no sobre los individuos. La frase «hacer fáciles las opciones más saludables» (de Marc Lalonde, el influyente ministro de Canadá) es el inicio del reconocimiento de la importancia de las políticas en salud y de su incorporación a la intervención en salud pública bajo el concepto de *políticas públicas saludables*.

Políticas y política

En español no se distingue, como ocurre en inglés, la *política* (*politics*) de las *políticas* (*policies*). Mientras que la primera hace referencia al poder, su obtención y su gestión, la segunda se refiere a los márgenes

entre los que discurre el curso de la acción. La decisión de crear y mantener en un determinado país un servicio nacional de salud financiado por impuestos tiene que ver con la política, y es consecuencia de la historia social del país y de la capacidad de los desfavorecidos de conquistar medidas de redistribución de la riqueza. Sin embargo, el hecho de que algunos centros de atención primaria mantengan consultas por las tardes para adolescentes depende de las políticas de la organización y de los márgenes (horario y temáticos) entre los que discurre la acción.

La menor tradición democrática de los países de habla española es probablemente responsable de este problema de uso del lenguaje, ya que la palabra equivalente a *policies* es *pólizas*, cuyo uso se restringe a los acuerdos privados. En el uso actual del español, un ciudadano puede suscribir una póliza de seguros, pero el Ministerio de Agricultura no desarrolla pólizas de alimentación, sino políticas de alimentación.

La confusión entre política y políticas se agranda en la medida en que las políticas (*policies*) también son una expresión del poder en las sociedades o en las organizaciones, un poder más horizontal, estructural y ligero, si se quiere, pero poder al fin y al cabo. Los científicos sociales han reconocido desde hace décadas la importancia del estudio científico de las políticas y los beneficios sociales que de ello se derivan, primordialmente el de hacer más transparentes organizaciones complejas como el Estado. Sin embargo, la percepción de la importancia de las políticas en la salud y la incorporación del análisis de éstas a la salud pública no se produce hasta mediados de los años ochenta, fundamentalmente con el trabajo de Nancy Milio.²⁰ En su libro *Promover la salud con políticas públicas* establece un marco conceptual operativo, influido en sus conceptos de libertad y acción por Hannah Arendt,²¹ y por la tradición del análisis de políticas iniciado por Wildawsky,²² donde se desenmascara la acción gubernamental.

Las políticas como factores limitadores de las opciones individuales

Todo ser humano es libre, pero sólo puede ejercer su libertad dentro de las opciones entre las que puede elegir. Cada mañana abrimos nuestro ropero y elegimos un traje, ejercemos nuestra libertad, pero nunca nos pondremos un traje que no esté en el ropero. La amplitud del abanico de opciones es también importante: no es lo mismo tener en el armario tres trajes que trescientos. En la vida cotidiana, cada ser humano se enfrenta a cientos de decisiones que influyen en su salud, y las adopta dentro de las opciones disponibles, cuyo contenido y amplitud vienen determinados por políticas públicas y privadas establecidas por organizaciones.

Pasemos a algo más relacionado con la salud que los trajes: las opciones de alimentación. Observemos el abanico de opciones, su amplitud y sus contenidos, en el caso de un *menino da rua* de una favela en Río de Janeiro, y comparémoslas con las de un adolescente de clase alta de Nueva York. Lo primero que resulta obvio es la relación entre clase social y capacidad de elección. A mayor nivel socioeconómico, mayor amplitud y riqueza de opciones elegibles. En segundo lugar, entre las opciones de ambos muchachos hay algunas más saludables que otras, aunque probablemente el neoyorquino lo tiene todo más fácil. También resulta claro que si el chico de Río tuviera ante sí las opciones del neoyorquino, pasada la primera impresión de verse ante tanta y tan variada gastronomía, desarrollaría un patrón de conducta más saludable que el que tenía en la favela.

Cuando se examina la distribución de opciones de salud en una determinada sociedad, ésta nunca resulta aleatoria. Dejar de fumar o practicar el *jogging* son fenómenos introducidos recientemente en el mundo occidental por los varones de clase alta. La importancia del poder y de los recursos económicos, de la presión de grupo y de la cultura como determinantes

del abanico de opciones disponibles es muy clara. La capacidad de opción no sólo se relaciona con los determinantes de salud, sino que también afecta al empleo de los servicios sanitarios y la cumplimiento de los programas preventivos. Se ha enunciado una ley de la asistencia inversa (la gente que acude a los servicios curativos no es la que más lo necesita) y una de prevención inversa (la gente que acude a servicios preventivos o adopta conductas saludables es la que mejor salud tiene) para describir esta paradoja de la justicia social.

Políticas públicas saludables

Si desarrollamos políticas que amplían el espectro de las opciones más saludables y restringen aquellas que lo son menos, estaremos construyendo políticas saludables. Si las desarrolla el sector público, serán políticas públicas saludables.

Una idea clave en el concepto de políticas públicas saludables es el de intencionalidad. Todas las políticas, públicas o corporativas, pueden producir efectos colaterales no intencionados. Sólo se entiende por política pública saludable aquella que deliberadamente trata de obtener beneficios en materia de salud.

De la apreciación de la importancia que pueden tener estas políticas proviene la idea de evaluar su impacto sobre la salud. La salud, como se vio en el capítulo 2, es el resultado de una compleja interacción de factores, y ello hace que las decisiones y el desarrollo de políticas aparentemente alejadas en sus objetivos de salud puedan ejercer efectos positivos o negativos en ella. Un ejemplo paradigmático de esta cuestión es lo ocurrido en el Reino Unido con la encefalopatía bovina esponjiforme y su transmisión a seres humanos como enfermedad de Creutzfeld-Jakob, conocida como enfermedad de las vacas locas.

El Gobierno de Margaret Thatcher inició a comienzos de la década de los años

ochenta la desregulación del sector alimentario y ganadero, con la intención de favorecer su desarrollo, abdicando de funciones clásicas del sector público como las de inspección y regulación. Como consecuencia de ello empezaron a fabricarse piensos suplementados con despojos animales, en tal cantidad que la extensión de tierra cultivable dedicada a la producción de alimentación animal se redujo considerablemente. Se rompió de esta manera una barrera natural que impedía la transmisión de priones entre herbívoros, que *de facto* se convirtieron en carnívoros y, lo que es peor, en autófalos. El resultado lo conocemos todos sobradamente: una enfermedad cerebral grave del ganado ovino se transmitió al bovino y, a través de la carne infectada, a los seres humanos.

La política de desregulación no sólo no consiguió su objetivo de favorecer la ganadería, sino que produjo una crisis sin precedentes en el sector en la Unión Europea, y prácticamente ha hundido el sector ganadero británico, todo lo contrario de lo que se pretendía obtener. Una de las lecciones que pueden aprenderse de este desgraciado ejemplo es que, con evaluaciones del impacto sobre la salud de estas políticas, el caso podría haberse desarrollado de manera menos trágica.

Poner la salud en la agenda

En toda sociedad existen políticas en curso, tanto en el sector privado como en el público. Dichas políticas tienen como finalidad un determinado objetivo que, para los responsables de su inicio y mantenimiento, tuvo y tiene suficiente importancia como para merecer su desarrollo. Sin embargo, no todos los objetivos importantes tienen su política; es más, la mayoría de ellos no la tienen.

Por agenda se entiende el espacio en que diferentes cuestiones o temas apelan a la acción pública, de manera que la inclusión en la agenda se convierte en prerre-

quisito para el desarrollo de políticas, especialmente en países con regímenes democráticos. En una determinada sociedad existen tantas agendas como grupos de interés, afinidad o presión, y todos ellos pretenden incluir sus temas en agendas más poderosas, como la mediática y la gubernamental.

El espacio mediático pretende ser, y probablemente es, una representación de la agenda social, es decir, el conjunto de temas que en un determinado momento inducen a la sociedad a actuar. Los medios de comunicación se comportan como «porteros» que pueden o no dejar pasar un determinado tema al espacio mediático. Lógicamente, para que el sistema funcione de manera aceptable es necesario que haya varios o muchos porteros. Así, ante cada tema concreto el medio no sólo tiene que examinar su propio interés en hacer público el tema, sino los efectos adversos de que lo consiga la competencia.

La agenda gubernamental se halla influida, como todas las agendas en una sociedad, por la agenda mediática, aunque la relación no sea inmediata y exacta. Existen políticas desarrolladas por los gobiernos que se refieren a temas que nunca han estado en la agenda mediática y viceversa, esto es, temas que se incluyen reiteradamente en la agenda mediática pero no consiguen formar parte de la agenda gubernamental.

El concepto de agenda es una de las bases del trabajo en promoción de la salud: situar la salud en el espacio mediático es el objetivo de las actividades de defensa de la salud; influir en las agendas gubernamentales es la base para la mediación en el desarrollo de políticas públicas saludables.

El espacio mediático influye en el proceso de puesta en marcha de políticas estableciendo competencia entre los temas objeto de intervención pública y, una vez conseguido esto, entre las diferentes propuestas para responder al problema. De esta forma, podrían distinguirse dos fases o funciones de la defensa de la salud: la primera consistiría en llamar la atención

sobre el problema, y la segunda en incidir sobre una determinada respuesta a éste.

Programas de promoción de la salud

Estrategias para la promoción de la salud

Las estrategias que se planteen dependerán en gran medida de la orientación o modelo de promoción de la salud en que se desarrollen. Podemos basarnos en dos criterios:

- Quién decide y lidera la intervención:
 - Los profesionales: Se trata de un planteamiento vertical o autoritario.
 - Las personas: Será una intervención participativa y negociada.
- A quién se dirige la intervención:
 - A los individuos.
 - Al entorno en que viven.

Según la combinación de estas variables, podemos establecer cuatro estrategias básicas de promoción de la salud (fig. 3-1):

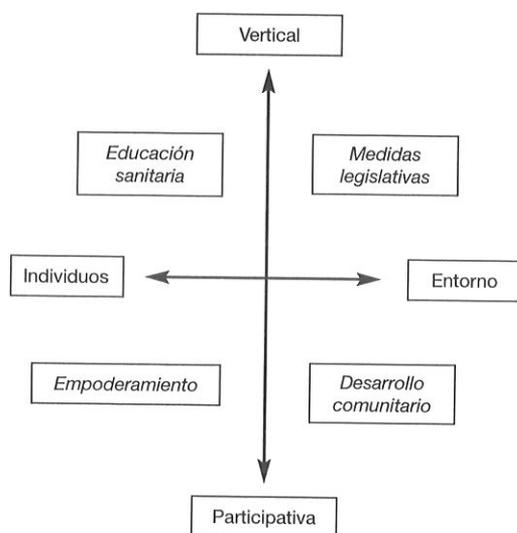


Fig. 3-1. Estrategias para la promoción de la salud. Fuente: adaptado de Beattie.²³

- **Educación sanitaria:** Se corresponde con actuaciones dirigidas por profesionales para modificar las conductas de las personas. *Por ejemplo:* una clase de preparación al parto en que la matrona informa a embarazadas sobre la dieta que deben seguir.
- **Medidas legislativas:** Son actuaciones dirigidas a proteger las comunidades, pero dirigidas por profesionales o políticos. *Por ejemplo:* la directiva del Parlamento Europeo acerca de la prohibición de publicidad sobre tabaco.
- **Empoderamiento:** Tratan de conseguir el desarrollo personal de los individuos para que sean capaces de llevar una vida saludable. Parten de las necesidades de las personas involucradas, que son los protagonistas de las acciones. Los profesionales actúan como facilitadores y prestan apoyo. *Por ejemplo:* talleres sobre práctica de sexo más seguro con jóvenes mediadores en población de riesgo.²⁴
- **Desarrollo comunitario:** Se dirigen a la comunidad en su conjunto, directamente o a través de sus líderes, para aumentar sus conocimientos sobre salud y sus habilidades sociales para participar en el control de los factores que les afectan. Los profesionales actúan como facilitadores, igual que en el caso anterior. *Por ejemplo:* trabajar con las personas, asociaciones, empresas y autoridades de un pueblo para definir el tipo de desarrollo que desean o la ganancia en salud que puede generarse trabajando conjuntamente con la agricultura y el turismo.²⁵

Las orientaciones y estrategias que se adoptan en la práctica de la promoción de la salud no están exentas de determinantes relacionados con las diferentes perspectivas ideológicas. Los planteamientos más conservadores hacen recaer la responsabilidad sobre los individuos, a los que hay que cambiar. Los más progresistas consideran que la población debe movilizarse para defender sus intereses entre los cua-

les se incluyen todas las opciones imaginables.

No se pretende en este capítulo presentar una descripción exhaustiva de las diferentes prácticas de la promoción de la salud y de los factores que las determinan, sino ofrecer una visión de su diversidad. Consideramos que es útil para los profesionales saber que el abanico existente es amplio, que en la práctica pueden encontrarse con situaciones diversas y que, aunque en muchas ocasiones las posibilidades de elegir entre ellas se hallan limitadas por el puesto de trabajo que se desempeñe, siempre es posible introducir pequeñas modificaciones que reorienten el trabajo hacia estrategias más cercanas a los principios de promoción de la salud. Hay que comprender y aceptar que nos encontramos en un proceso de cambio de paradigma y, por lo tanto, es preciso tener paciencia. Pero ello no quiere decir que nos acomodemos en las opciones fáciles y ligadas al modelo biomédico, sino que avancemos, cada uno en la medida de sus posibilidades, aumentando el conocimiento sobre el quehacer de la promoción de la salud.

Entornos para promocionar la salud

En el trabajo de promoción de la salud, hay que tener en cuenta que se trata de un proceso en que se pretende involucrar a las personas para que se produzcan cambios en ellas y en los entornos donde viven. Existen tres tipos de procesos¹⁶ encaminados a la salud:

- Proceso de desarrollo personal.
- Proceso de desarrollo organizativo.
- Proceso de desarrollo político.

Cuando se analizan proyectos y programas de promoción de la salud, nos encontramos con que pueden adoptar tres posibles puntos de partida:

- Conducta específica (alimentación, consumo de drogas, etc.).

- Grupo social (mujeres, ancianos, etc.).
- Entorno (ciudad, colegio, lugar de trabajo, etc.).

La OMS ha preferido plantear sus proyectos basados en los entornos, de manera que puedan desarrollarse procesos de desarrollo organizativo como estrategia clave en promoción de la salud. Los proyectos basados en entornos tienen en común los siguientes aspectos:

- Perspectiva de políticas o estratégica.
- Acciones políticas y técnicas.
- Enfoque dirigido al desarrollo organizativo y el cambio institucional.
- Establecimiento de alianzas y colaboración entre sectores, disciplinas y responsables de la gestión y de la política.
- Participación y empoderamiento de la comunidad.

Este planteamiento no excluye los otros, pero parece que, tanto en la teoría como en la práctica, tiene más sentido y es relativamente más fácil conseguir la involucración de todos los agentes para establecer políticas intersectoriales que modifiquen el ambiente, cuando se trata de entornos, que si es cuestión de grupos de población o de conductas. Lo que sucede habitualmente es que los entornos suponen la existencia de una relación establecida entre los agentes, una organización y unos intereses más claros, así como una definición en términos más concretos de los factores sobre los que actuar y una mayor accesibilidad física.

Para facilitar la comparación, consideremos un ejemplo. Se plantea un programa de promoción de la salud para los centros de educación primaria. Una opción se basa en el concepto de entornos promotores de salud y otro en temas como, por ejemplo, la promoción de una alimentación saludable. El impacto que puedan ejercer uno y otro en la salud del personal y el alumnado de los centros será previsiblemente diferente. En el primero, la participación de

todos los implicados en introducir cambios en las políticas internas y en el entorno, para hacerlo más favorecedor de la salud, tendrá un efecto más global, que incluirá no sólo la alimentación sino también los demás aspectos determinantes de la salud en ese entorno.

En este libro hemos adoptado, al igual que la OMS, el tratamiento por entornos. Ello puede apreciarse en los diferentes capítulos, donde se aborda la promoción de la salud en las empresas, los colegios, los hospitales, las prisiones, los centros de salud y las ciudades. El capítulo 14, que corresponde a la promoción de la alimentación saludable, obedece al tratamiento por temas, que a veces resulta conveniente o inevitable; lo hemos incluido como ejemplo de planteamiento, así como por la importancia del tema y la amplia experiencia que existe al respecto.

En cuanto a los métodos de trabajo en promoción de la salud, no nos extendemos en este capítulo porque están ampliamente recogidos en la segunda parte de este libro.

La planificación de actividades y programas de promoción de salud se asemeja a las que se aplican a otro tipo de programas, con sus etapas de identificación de necesidades, establecimiento de objetivos, definición de actividades, determinación de recursos, puesta en marcha y evaluación. La característica diferencial fundamental de los programas de promoción de la salud es que la participación de la comunidad en todas las fases y el trabajo de colaboración de todos los agentes y sectores implicados es la piedra angular del proceso, y la calidad de las actuaciones depende de que ello se realice de manera efectiva.

Cómo saber si lo hemos conseguido

La evaluación de las actividades y programas en promoción de la salud es tan importante como en cualquier otro campo

de la intervención en salud. Las técnicas para recoger información serán comunes a muchos de ellos. Lo que los diferencia son los objetivos planteados y, por lo tanto, los resultados esperados que deberán medirse, y que serán específicos de la promoción de la salud.

Lo que se pretende conseguir con la promoción de la salud, como ya se ha comentado, son cambios en las personas y los entornos para favorecer la salud. Se trata de provocar procesos de desarrollo individual, comunitarios, de organizaciones y de políticas. Ésos son, por lo tanto, resultados de la promoción de la salud.

No puede pretenderse, partiendo de presupuestos de ganancia en salud y con implicaciones sociales, evaluar resultados de la promoción de la salud en términos de disminución de enfermedades o de factores de riesgo biológicos, porque ello no es coherente con los objetivos ni el marco teórico planteados.

Se evalúa para comprender mejor lo que se ha realizado y poder mejorarlo. Por tanto, la evaluación tendrá que contener las claves para ello. No es fácil lo que se plantea, ni existen respuestas para todas las preguntas que surgen ante estas situaciones. Como se ha dicho antes, estamos ante una situación de cambio de paradigma, y no se ha investigado suficientemente sobre estos aspectos. Nos encontramos ante una falta de conocimientos para la nueva tarea, por lo que debemos estar abiertos a la innovación y producir información útil para avanzar. No obstante, es fundamental que se planteen hipótesis de trabajo coherentes con los principios de promoción de la salud.

La promoción de la salud tiene como objetivo favorecer cambios positivos en la salud de las personas. Para ello se plantean actuaciones sobre el entorno, de manera que las políticas intersectoriales (públicas y privadas) incluyan entre sus metas la ganancia en salud, así como la capacitación de las personas y grupos comunitarios para que participen en la modificación de

los factores que influyen sobre su salud. Muchas de estas actividades se han evaluado, pero la falta de criterios comunes sobre qué, cómo y para qué evaluar ha llevado a una cierta confusión sobre la efectividad de la promoción de la salud y una escasa utilización de las evaluaciones.

¿Para qué evaluar?

Ninguno de los esfuerzos de investigación y evaluación realizados han dado con la clave para resolver estos problemas, en gran parte debido a la escasa utilidad y utilización de los planteamientos con que se efectúan. La mayoría de las evaluaciones no sirven para mejorar los programas porque no se utilizan para la toma de decisiones, en gran medida porque no están diseñadas para ello.

El énfasis clásico de las evaluaciones sobre la monitorización y control de las actividades (cuántos individuos acuden, cuántos completan el programa, cuántas actividades se realizan, etc.) ha llevado a la percepción por parte de los profesionales de que es más importante completar bien los indicadores que los cambios que se produzcan en las vidas de las personas atendidas. Por otro lado, la población tiene la percepción de que «nada funciona», y los gestores perciben que no existe una relación entre la cantidad de recursos invertidos en un problema y su impacto, de modo que gastar más dinero no conlleva mayor calidad ni mejores resultados.

Si se quiere mejorar un programa, es preciso evaluarlo, pero el diseño de la evaluación y su desarrollo deben ser tales que se asegure su empleo. Según Quinn,²⁶ las características que debe reunir una evaluación orientada a la utilización son las siguientes:

- **Utilidad:** La evaluación debe proporcionar la información práctica que necesitan aquellos que tienen que utilizarla.

- **Factibilidad:** Debe ser realista, prudente, diplomática y sencilla.
- **Propiedad:** Debe realizarse legal y con el debido respeto al bienestar de los involucrados en la evaluación y de los afectados por los resultados.
- **Precisión:** Revelará y expresará información técnicamente adecuada sobre los hechos que determinan el beneficio o mérito del programa evaluado.

Para llevar a cabo una evaluación de estas características, es necesario que se plantee con responsabilidad, flexibilidad metodológica, aceptación de roles múltiples de la persona que evalúa y dosis importantes de creatividad.

La evaluación en promoción de la salud presenta características metodológicas específicas que se deben a su propia naturaleza y a las expectativas poco realistas que suelen establecerse sobre las intervenciones y la propia evaluación. Es difícil trazar una relación causal entre una intervención comunitaria y cambios a largo plazo en la mortalidad, y además resulta inapropiado para la mayoría de las intervenciones.

De la misma manera, también se han creado falsas expectativas al adoptar diseños experimentales de investigación, procedentes de otros campos de la investigación médica, como base para la evaluación de resultados. En primer lugar, los obstáculos impuestos a la estrategia de intervención por dichos diseños experimentales hacen casi imposible utilizar planteamientos basados en la comunidad, que son los que se consideran adecuados. En segundo lugar, dado que se trata de herramientas científicas muy poderosas y persuasivas, los ensayos aleatorios controlados han eclipsado el valor y la relevancia de otros métodos para la evaluación de resultados y la importancia de la evaluación del proceso de cambio, así como de la relación coste-efectividad. Como resultado, estos campos de investigación se han desarrollado escasamente.

Es necesario, por tanto, aplicar métodos de evaluación de resultados más apropiados, y dar más importancia a la *comprensión y calidad del proceso de cambio* que se produce en conexión con las intervenciones, incluyendo esa dimensión como componente central de la evaluación.

Críticas a la promoción de la salud

Sin embargo, la promoción de la salud, en la medida en que ha ido adquiriendo visibilidad, ha sido objeto de críticas dirigidas tanto a los valores que la sustentan como a sus métodos y, sobre todo, a sus resultados.

El peligro de adoptar actitudes salutistas (consideración de la salud como valor supremo) es evidente en la medida en que la promoción de la salud pretende y consigue introducir en la agenda social cuestiones relacionadas con la salud. Resulta obvio que la salud es un valor importante, pero su importancia relativa en comparación con otros valores sociales, como la libertad o la equidad, resulta más difícil. Esta pregunta requiere formular respuestas desde una perspectiva ética. Hasta ahora, las relaciones de la ética con las ciencias de la salud han estado circunscritas al terreno de la llamada *bioética* o a cuestiones relacionadas con la investigación básica, clínica y epidemiológica. Necesitamos una ética de la salud pública que responda a preguntas como la anteriormente citada y que permita establecer la base de conductas profesionales aceptables.

También los métodos de promoción de la salud han sido criticados por su aproximación sistémica, que resulta completamente ajena a la tradición experimental y cartesiana de la medicina. Éste es el reflejo de un debate mucho más amplio de interpretación de la salud desde las ciencias biológicas y las ciencias sociales y que, como recomienda Frances Baum²⁷ al revisar el problema, debe tenerse en cuenta tanto

para evitar polarizaciones fundamentalistas como para avanzar en experiencias que sean aceptables para los que ahora detentan la confianza de la sociedad a fin de actuar sobre sus problemas de salud.

La ausencia de evaluaciones, de aplicación del método experimental y de mejoras sustanciales en el estado de salud de las poblaciones constituyen también críticas frecuentes a la promoción de la salud. Algunas de ellas se refieren a problemas que son insolubles y tienen que ver con la imposibilidad (y probablemente con la falta de necesidad) de aplicar el método experimental como herramienta exclusiva de génesis de conocimiento; otras, referidas a la ausencia en la literatura de evaluaciones no experimentales, deberían tenerse definitivamente más en consideración si quieren desarrollarse y difundirse modelos de buena práctica perdurables en el tiempo.

Conclusiones

- ▶ La salud está condicionada por variables sociales y, por tanto, estrechamente unida a los procesos de cambio social.
- ▶ La aproximación médico-biologicista a los problemas de salud resulta insuficiente, tanto desde un punto de vista teórico como por lo que hace a sus resultados prácticos como herramienta para mejorar la salud de las poblaciones.
- ▶ Resulta urgente reorientar los servicios sanitarios hacia objetivos más amplios que los actuales (más que servicios de salud se trata de servicios de enfermedad).
- ▶ La promoción de la salud suministra un nuevo marco de actuación mediante la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.
2. McKeown T. The role of Medicine: dream, mirage or nemesis. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
3. Robles E, García Benavides F, Bernabeu J. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 221-233.
4. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency, random reflections on health services. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
5. Illich Y. Medical Nemesis. *Lancet* 1974; i: 918-921.
6. Kickbush I. Implementing a social model of Health. The window of opportunity Congress, 2-6/12/1991, Adelaida, Australia. Ginebra: OMS, 1992.
7. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996; 11(1): 11-18.
8. López Fernández LA, Aranda Regules JM. Promoción de la salud: un enfoque en salud pública. Documentos Técnicos 1. Granada: EASP, 1994.
9. Kickbush I. An overview to setting based approach to health promotion. En: Conference Report of «The setting-based approach to health promotion». 1996 Nov 17-18; Hertfordshire, UK, 1996.
10. OMS. Objetivos de la estrategia regional europea de salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
11. Brundtland GH. Public Health: a global challenge. *Eur J Public Health* 1998; 8 (1): 1-2.
12. Salud para todos en el año 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
13. OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma-Ata. Ginebra: OMS, 1978.
14. Walt G. Globalisation of International Health. *Lancet* 1998; 351: 434-437.
15. Henderson H. Paradigms in progress: Life beyond economics. *Adamantine Studies on the 21st Century*, 11. Cambridge: University Press, 1993.
16. OMS. Health Promotion: A discussion document on the concept and principles. Supplement to Europe News, 3. Copenhagen: OMS, 1984.
17. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Rev Sanid Hig Pública* 1987; 61: 129-133.
18. OMS. Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. Ginebra, 1986.
19. Naidoo J, Wills J. Models and approaches to health promotion. En: *Health Promotion. Foundations for Practice*. Londres: Baillière Tindall, 1994.
20. Milio N. The profitization of health promotion. *Int J Health Serv* 1988; 18-4: 573-585.
21. Arendt H. ¿Qué es la libertad? Claves de razón práctica 1996; 65: 2-13.
22. Wildawsky A. Choosing preferences by constructing institutions: a cultural theory of preference formation. *Am Political Sci Rev* 1987; 81(1): 3-22.
23. Beattie A. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. En: Gave J, Calnan M, Bury M, eds. *The Sociology of the Health Service*. Londres: Routledge, 1991.
24. Paredes J, Elizondo A, Muñoz A, Colomer C. Taller de salud: intervenciones participativas para la prevención y control del SIDA en un centro penitenciario. *Trab Soc y Salud* 1995; 22: 25-40.
25. Colomer C, Álvarez-Dardet C, Guillem JV, Goitre A. Building Healthy Policies with Tourism and Agriculture as Partners. *Regions for Health-Serie Leading Edge*. Copenhagen: WHO-Euro, 1996; 2.
26. Quinn MQ. Utilization-Focused Evaluation. *The New Century Text*. Londres: Sage, 1996.
27. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. *Revis Salud Pública*, 1997; 175-193.