



## Los retos de la promoción de la salud

*Juan Carlos Eslava MD. Instructor Asistente, Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.*

Desde mediados del presente siglo, cuando Henry Sigerist señalaba las cuatro tareas fundamentales de la práctica médica en el mundo moderno (1,2), la promoción de la salud ha venido ganando un espacio importante dentro del escenario sanitario. Pero es sólo hasta el decenio de los ochenta, a raíz de lo enunciado por la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en la ciudad de Ottawa (Canadá), cuando la Promoción de la Salud se erige como una política de salud pública a nivel internacional, avalada y priorizada por la Organización Mundial de la Salud, y respaldada por un amplio número de países (3).

Sin embargo, para los países Latinoamericanos -y en este particular para Colombia- la Promoción de la Salud (PS) sólo es suscrita como acuerdo internacional a comienzos de los años noventa, fruto de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud y realizada en el mes de noviembre de 1992 en la ciudad de Santa Fe de Bogotá (4).

La especificidad propia de la PS, orientada por el propósito general de "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (3), le ha creado a los profesionales del área de la salud retos importantes al exigir de ellos un fuerte replanteamiento

de su labor, lo cual conlleva, entre otras cosas, el asumir como horizonte de acción el trabajo interdisciplinario y la participación de la comunidad.

Este reconocimiento de la PS ha implicado, igualmente, un desplazamiento necesario al anteponer la salud a la enfermedad y el bienestar al desarrollo. El presente texto tiene como finalidad abordar, de manera muy breve, los lineamientos generales de dicho desplazamiento así como brindar algunos elementos que permitan entender estos retos y las posibilidades que se le presentan al sector salud al incorporar en su trabajo la perspectiva de la PS.

### LA CONSOLIDACIÓN DE UN CONCEPTO

La Promoción de la salud es una noción que, si bien ha empezado a tener un reconocimiento general, aún está en la búsqueda de su propia significación. Pese a las definiciones formuladas desde las Conferencias internacionales antes referidas, las acepciones del término han ido desde aquellas que la declaran sinónimo de educación sanitaria hasta otras definiciones más complejas que hablan de estrategias de amplia cobertura y transversalidad intersectorial (5).

A riesgo de simplificar demasiado los

debates, se pueden señalar dos posturas como los enfoques básicos frente a la Promoción de la Salud: una entiende la PS como la tradicional educación sanitaria y la otra la entiende como una estrategia para conseguir el bienestar de las personas que no se agota en lo educativo sino que contempla la acción sobre los contextos socio-políticos y culturales.

Dentro de cada una de estas posturas también hay matices: para muchos, en especial aquellos profesionales que vienen con una formación en el área clínica, la PS es la educación sanitaria que se hace con el paciente individual, en el momento final del acto médico, cuando se hacen recomendaciones generales para «mantenerse sano». Para otros, entre quienes se cuentan los salubristas, la PS sería aquella educación sanitaria orientada hacia grupos poblacionales de riesgo y, por tanto, referida no tanto hacia el individuo *per se* sino hacia el individuo inscrito en un grupo particular. Sin embargo, lo común a éstos matices es la asimilación que plantean entre educación e instrucción, lo que lleva a reducir la acción educativa al acto de dar información sobre higiene, factores de riesgo y pautas de conducta.

En cuanto a la segunda postura cabe mencionar que, al igual que la anterior, existen dentro de ella diversos énfasis: Para algunos la PS estaría inmersa en

la Prevención, entendida esta última como la acción sobre los factores de riesgo sociales; por tanto, al modificar uno de estos factores se estaría promoviendo la salud. Para otros, la PS tendría un campo de acción específico, no circunscrito al ámbito de la prevención, cuya labor se desarrolla en dos dimensiones fundamentales: la dimensión política y la dimensión cultural. Esta última no se reduciría a la educación sanitaria tradicional, sino que se proyectaría hacia la transformación de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en miras a su redefinición contando, en todo caso, con el respeto fundamental hacia la diferencia.

Estos diversos enfoques hacen complejo el escenario de la PS. Sin embargo, cada día se establece, con mayor fuerza, una idea básica que sirve como fundamento del trabajo sanitario y le da sentido explícito a la labor específica en promoción de la salud. Esta idea reconoce que el objeto de trabajo y el núcleo de la acción se encuentra en la salud y no en la enfermedad.

Este planteamiento, de por sí, constituye un giro fundamental a la hora de pensar en referentes metodológicos y pautas para la acción. No es lo mismo centrar el diseño de políticas en salud pública encaminadas hacia los procesos de enfermedad de las personas que hacia las estrategias que las personas utilizan para la conservación y vivencia de la salud. Este giro es lo que diferencia las estrategias de promoción de las estrategias de prevención las cuales son, muchas veces, inadecuadamente equiparadas.

La PS, por tanto, se erige cada vez más como un ámbito de acción específico y como una estrategia de concertación social para lograr las metas de bienestar y calidad de vida. En este sentido, la PS involucra procesos individuales y colectivos, acciones grupales e

institucionales, colaboraciones intra e interinstitucionales. Este enfoque de la PS, reconoce tres objetivos fundamentales como ejes centrales de la acción en promoción (6):

\*La transformación de las condiciones de vida para que sean realmente dignas y posibiliten la realización personal de los individuos.

\*El fortalecimiento de procesos de formación de los individuos y las colectividades que permitan construir procesos participativos de toma de decisiones en salud que fortalezcan la calidad de vida.

\*El desarrollo de habilidades dirigidas a la construcción de estrategias de vida saludable.

Estos objetivos, como queda de manifiesto, trascienden el ámbito particular del consultorio, el hospital la clínica y le imprimen un nuevo sentido a la acción del profesional de la salud. Acción que, guiada por los referentes de la PS, ha de transgredir las fronteras construidas desde los parámetros de un aparentemente aséptico saber técnico, y ha de reconocer la impronta política que subyace a toda labor sanitaria que identifica su misión con la lucha por la defensa y la dignificación de la vida.

### LA ESTRATEGIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Entre las diferentes estrategias de la PS se ha reconocido a la Participación Comunitaria como la estrategia medular, en cuanto se reconoce que es desde los individuos integrantes de la comunidad y desde las comunidades mismas, como actor social fundamental, de donde deben salir las pautas para generar el desarrollo comunitario. Si el objetivo de mejorar el nivel de vida de la población es una meta de la PS, éste no se puede adelantar sin la participación consciente de los individuos

que integran los diversos grupos sociales.

Por ello, la participación comunitaria debe implicar una participación informada, inteligente, cualificada, comprometida, creativa y con poder real en la toma de decisiones. Ésto quiere decir que la participación comunitaria debe ser entendida como una participación emancipadora, no subordinada, ni delegataria (7), donde los partícipes sean realmente sujetos de la acción y la toma de decisiones.

El problema reside en cómo alcanzar niveles de participación adecuados que posibiliten un poder real de la gente. La organización comunitaria se torna así, condición necesaria para adelantar cualquier proceso de participación que busque, mediante procesos de cogestión y autogestión, dar respuestas a los múltiples problemas y necesidades que surgen en la comunidad.

A pesar de que el trabajo en salud se ha concebido, tradicionalmente, como un escenario que requiere de un fuerte protagonismo del profesional técnico, hoy por hoy se hace necesario reconocer que, al igual que en cualquier otro trabajo comunitario, para desarrollar el trabajo en salud con una mayor eficacia y proyección es necesario contar con la participación de las personas involucradas y ser sensibles ante múltiples aspectos de la vida comunitaria como las costumbres, creencias, imaginarios, habilidades y destrezas de la gente que la conforma. Igualmente, es necesario entender la estructura de poder de la comunidad y las maneras en que las distintas personas se relacionan, se ayudan y se perjudican unas a otras.

Así, el trabajo comunitario en salud debe ser concebido como un potencializador de aquellas actividades, actitudes y valores que ubican a la salud como elemento fundamental

de la existencia colectiva y que afrontan los desafíos del mundo cotidiano desde la búsqueda de opciones de mejoramiento, cuantitativo y cualitativo, de los niveles de vida. La participación de la comunidad es un recurso esencial en el diseño de los diagnósticos de salud y en la construcción de alternativas de solución a las problemáticas encontradas.

En este sentido, la participación comunitaria en salud ha de entenderse no sólo como la participación en la realización de acciones en salud sino como la participación en el diseño y evaluación de las acciones y las políticas así como en la toma de decisiones. Esto, por cierto, implica retos a la hora de trabajar en salud en el escenario comunitario en la medida en que la práctica en salud se torna un campo de negociación donde los diferentes actores involucrados deben propiciar procesos de concertación y diálogo permanentes.

Aceptar lo que implica la participación comunitaria en salud es, para el profesional de la salud, desistir de aquella posición que antepone el discurso de quien maneja un conocimiento técnico por sobre aquel que maneja un «saber profano», es refrenar el autoritarismo propio del saber del experto y agenciar procesos de comunicación multidireccional que lleven a construcciones conjuntas donde las personas fabriquen relaciones más horizontales. No es, claro está, perder la especificidad de un saber propio, es reconocer las voces de los otros, sus capacidades y sus potencialidades como interlocutores válidos y compañeros de labores.

## **EL HORIZONTE DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD**

El reconocimiento de que la PS es una práctica social inscrita en el terreno político, ético y cultural (6) donde se

entretienen valores, imaginarios, costumbres y condicionantes sociales permite entender que la labor efectuada en el ámbito de la PS no puede ser circunscrita a enfoques unidireccionales que parten del saber propio de un campo disciplinar o una profesión determinada. Por el contrario, dicho reconocimiento hace necesario pensar que la PS es un ámbito de acción que requiere profundamente de la interdisciplinariedad como enfoque privilegiado.

La construcción conjunta y el aporte de múltiples miradas es indispensable para desarrollar los ámbitos y los campos de la PS (8), más aún si se concibe que la labor en esta área está referida al terreno cultural, esto es, al complejo territorio de los universos simbólicos, los entramados categoriales, las representaciones sociales, los hábitos y las costumbres.

La acción de la PS, entonces, puede asumirse como espacio idóneo para propiciar un acercamiento creativo entre áreas de saber y para favorecer la organización de esfuerzos colectivos frente a la solución de problemáticas sanitarias, lo cual supone la efectiva interacción entre disciplinas.

La interdisciplina así concebida, puede asumirse como la interacción y la relación entre disciplinas que logra reciprocidad en el intercambio y la producción de mutuo conocimiento. De esta manera, es posible señalar que, por un lado, la interdisciplina favorece la construcción de «áreas problemáticas», lo cual supone una acción de creación que supera la simple formulación de un objeto de estudio y, por otro lado, la interdisciplina exige la construcción de una gramática de saber particular que pone en tensión las hegemonías disciplinares y reorganiza los tiempos y los espacios del saber. Así, más que un enfoque único y estrictamente definido, la interdisciplina se conforma

mediante el ejercicio de múltiples y diversas formas de coexistencia entre disciplinas.

## **ABRIENDO POSIBILIDADES**

La Promoción de la Salud, como referente discursivo y como marco estratégico para la práctica, ha empezado a transformar concepciones explícitas y acuerdos tácitos que han orientado, tradicionalmente, las acciones dentro del sector sanitario. Igualmente, ha comenzado a plantear la necesidad de romper algunas de las fronteras, pacientemente construidas desde antaño, entre los diferentes sectores institucionales.

De esta manera, la PS comienza a abrir nuevas posibilidades de entender los procesos de salud y de enfermedad de los grupos sociales así como nuevas posibilidades para intervenir en dichos procesos para modificar los entornos desfavorables para la salud y lograr dignas condiciones de vida y niveles adecuados de bienestar (9). Con ello se refuerzan todos aquellos planteamientos que definen a la salud desde el horizonte del bienestar, y cuyo esfuerzo se encamina hacia la doble tarea de comprender la complejidad social que subyace al concepto de salud y de integrar las acciones que desde diversos sectores se llevan a cabo para el mejoramiento de la calidad de vida.

Entre los retos y posibilidades que surgen al asumir este nuevo enfoque, y que tienen hondas repercusiones en la acción institucional, la participación comunitaria en el diseño de políticas y en la toma de decisiones, la interdisciplinariedad en el abordaje de las problemáticas de salud y la acción intersectorial en la ejecución de los programas sobresalen por su relevancia y prolijidad. De los dos primeros ya se ha hablado y baste recordar que la PS se torna escenario privilegiado para explorar formas múltiples y diver-

sas de construcción de poder de - y en - las comunidades y de intercambio de saberes y pautas de conocimiento (10).

En cuanto al tercer reto, la PS es una nueva oportunidad para permitir el acercamiento de todas aquellas instituciones que, de alguna manera, aportan a la consecución del bienestar tanto individual como colectivo. En este sentido, asumir el enfoque propuesto por la PS implica programar acciones conjuntas entre diversas instituciones así como integrar las acciones que se adelantan en el sector salud dentro del ámbito general del bienestar social.

Estos retos que, a grandes rasgos, se ha intentado delinear aquí en asociación con otros que van surgiendo constantemente, conforman un con-

junto de escenarios futuros de trabajo donde cabe la posibilidad de construir, creativamente, múltiples modalidades de intervención y diversas perspectivas de abordaje. Queda, pues, asumir un reto más y es el de llevar al terreno de la acción comprometida las formulaciones que desde la teoría se vienen formulando.

### AGRADECIMIENTOS

*El presente documento ha sido elaborado tomando como base las discusiones que se llevaron a cabo dentro del equipo de trabajo en salud del proyecto: "Formación, organización y fortalecimiento de la vida comunitaria en barrio con familias de alto ries-*

*go". Dicho proyecto fue ejecutado mediante convenios entre el programa Interdisciplinario de Apoyo a la comunidad (PRIAC) de la Universidad Nacional de Colombia y la Subdirección de Promoción del Departamento de Bienestar Social del Distrito Capital (DABS), entre septiembre de 1996 y mayo de 1997. Aunque el contenido recoge mucho de los elementos fundamentales que constituyeron la posición del grupo constituido por Rebeca Dueñas, Giomar González, Sandra Ortega, Magda Plazas, Luis Torres y Juan Carlos Eslava, el texto es una elaboración personal del coordinador del equipo, la cual no pudo ser discutida ampliamente con el grupo. Por ello, las opiniones consignadas aquí, así como los énfasis y sesgos, comprometen solamente al autor (J.C.E.).*

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Terris M.** Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. Promoción de la salud: una antología. OPS. Publicación Científica No. 577, Washington. 1996.
2. **Sigerist H.** Los modelos cambiantes de la atención médica. Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI, México. 1984.
3. **Carta de Ottawa.** Reimpresión en Promoción de la salud: una antología. OPS. Publicación científica No. 577, Washington. 1986.
4. **Restrepo H.** Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública. Educ Med y Salud 29(1), Washington, 1995.
5. **Seguro Social.** Plan Nacional de Promoción y Prevención 1995-1999. Documento inédito (copia del original). Santa Fe de Bogotá, abril. 1995.
6. **Franco S, Ochoa D, Hernandez M.** La Promoción de la salud y la Seguridad Social. Corporación Salud y Desarrollo. Serie Documentos especiales No. 5, Santa Fe de Bogotá, 1995.
7. **Priac/Fund. Restrepo Barco.** Red de servicios de salud pública, organizaciones no gubernamentales y procesos comunitarios en salud de Ciudad Bolívar: estado actual y proyecciones. Documento de trabajo para el tercer taller. Santa Fe de Bogotá. 1996.
8. **Ministerio de Salud.** Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá. 1992.
9. **Buck C.** Después de Lalonde: la creación de la salud. Promoción de la salud: una antología. OPS. Publicación Científica No. 577, Washington. 1996.
10. **Cerqueira MT.** Promoción de la salud y educación para la salud retos y perspectivas. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Arroyo H, Cerqueira MT (edit). Universidad de Puerto Rico. San Juan, 1997.