

Selene Álvarez Larrauri

## Concepciones y devenir histórico de la promoción de la salud

Los conceptos tienen una historia, una razón de ser. Pertenecen a su momento, a una determinada encrucijada de la vida y del pensamiento; pero las palabras o frases con las que se expresan siguen un curso propio y lo más probable es que cuando las volvamos a encontrar, en otra circunstancia histórica, su significado haya variado incluso en forma radical. Sin embargo, la conciencia de este fenómeno no debe llevarnos al extremo de negar nuestra posibilidad de comunicación y ubicación.

Ciertamente, para lograrlo es necesario identificar el balcón desde donde miramos a la salud, el andamio en que nos han montado nuestro momento histórico, nuestras posturas teóricas, nuestra experiencia individual, nuestra representación social o institucional. Para echar a andar este ejercicio de conversación, revisamos aquí algunas definiciones de la promoción de la salud que se han entrelazado históricamente para llegar a la actual definición, que enmarca nuestro quehacer como investigadores y que concibe a la salud como producto de las condiciones sociales, biológicas y económicas, y a la producción de la salud como resultado de un proceso de participación democrática de sectores, instituciones, grupos e individuos en el cambio de esas condiciones, yendo más allá de la prevención y la atención.

Las sociedades, desde épocas remotas, han dado distintas respuestas a los desafíos vitales que significan superar o prevenir padecimientos y malestares incapacitantes psico-fisiológicos, y lograr mantener y restaurar

la salud. Las causas de la enfermedad han sido atribuidas a fuerzas de la naturaleza representadas por deidades ante las cuales han existido distintos cultos, tradiciones y mitos.<sup>1</sup> Han existido oficios y especialidades dedicadas al estudio y las prácticas curativas relacionadas con aspectos cosmogónicos y con representaciones terrenales como la fertilidad de la tierra, cuya función es intervenir para nivelar fuerzas con el entorno. El enfoque mágico ha convivido con el religioso, para el cual algún dios gobierna el universo y el destino de los creyentes, concibiéndose la enfermedad como prueba de fe o castigo por agravios o faltas a las normas, ante los cuales, sufrir, enfermarse o morir representaba un camino para llegar a la gloria.<sup>2</sup>

Hipócrates postulaba que la higiene, la alimentación, el ejercicio y la educación constituían factores determinantes para que una sociedad prosperara. Sin embargo, no es sino hasta las grandes epidemias en Europa y América cuando se empezó a pensar en la salud como producto de las condiciones sociales y económicas; nació así un concepto de promoción de la salud que va más allá de los mitos y los castigos religiosos. En Inglaterra, durante el siglo pasado, gran par-

<sup>1</sup> Francisco Fernández del Castillo (comp.), "Fray Bernardino de Sahagún (1499-1590). Los clásicos mexicanos en la historia de la medicina", *Acta Médica*, vol. 2 (8), abril-junio de 1966. Citado por Eduardo Ortigosa, "Educación para la reproducción. Revisión bibliográfica", *Perinatol. Reprod. Hum.*, vol. 6 (4), octubre-diciembre de 1992.

<sup>2</sup> Carlos Viesca, *Historia general de la medicina en México*, UNAM, 1964. Citado por Ortigosa, *op. cit.*



Ilustración del *Códice Florentino*.

te de las recomendaciones para mejorar la salud iban en el sentido de desarrollar las condiciones de trabajo y de vida, además de las sanitarias.

Entre las concepciones mágico-religiosas y las que ven a la salud como producto de las condiciones de vida, está el conocimiento médico, que tuvo un importante desarrollo con el nacimiento de la microbiología. Con base en el espectacular avance en el conocimiento médico, se llegó a pensar que una buena ciencia médica, al curar las enfermedades, promovería la salud. Sin embargo, históricamente se vio que las reducciones de mortalidad y morbilidad en varios países se debieron en mayor medida a las mejoras de las condiciones sociales y económicas.<sup>3</sup>

Los esfuerzos de mejoramiento de la salud de los países latinoamericanos a principios de siglo fueron ya en el sentido de evitar las enfermedades. En 1920, la Convención Sanitaria Internacional General de los Países de las Américas instituyó como pilar de la salud al sanitarismo. Las presiones para que hubiera buenas condiciones de salubridad crecieron con la globalización de la economía a nivel mundial. Ser exportador de materias primas en el caso de nuestros países impli-

caba garantizar situaciones de sanidad que no afectasen al intercambio de mercancías. La higiene y las vacunas se perfilaron como instrumentos útiles en la tarea de prevenir las enfermedades contagiosas. Aun así, las políticas y los servicios de salud tenían una visión restringida de la salud, ya que la conceptualizaban como ausencia de enfermedad, y ésta, como consecuencia de causas inmediatas y naturales.

Basándose en la efectividad del desarrollo del conocimiento médico, entre 1925 y 1945 surgió la seguridad social, se reforzó la práctica médica privada, nacieron los grandes hospitales y se crearon las estructuras jerárquicas y verticales de los servicios de salud que aún hoy en día prevalecen. Las medidas preventivas pasaron a un segundo plano, privilegiándose la atención médica. En la época de la medicalización existía un concepto de salud que se centró en el individuo como responsable de su enfermedad, y por lo tanto, como foco de intervención para el cambio. La promoción se limitaba a enseñar a seguir instrucciones y utilizar medicamentos.

En relación con las condiciones sociales que fomentaban la mala situación de salud de la mayoría de la población, se pensaba que el desarrollo económico sería sostenido y que éste resolvería las enfermedades de la pobreza. Las medidas preventivas siguieron presentes.

<sup>3</sup> Selene Álvarez. "Antropología de la salud", *Boletín del Instituto Nacional de Antropología e Historia*, núm. 36, 1993.

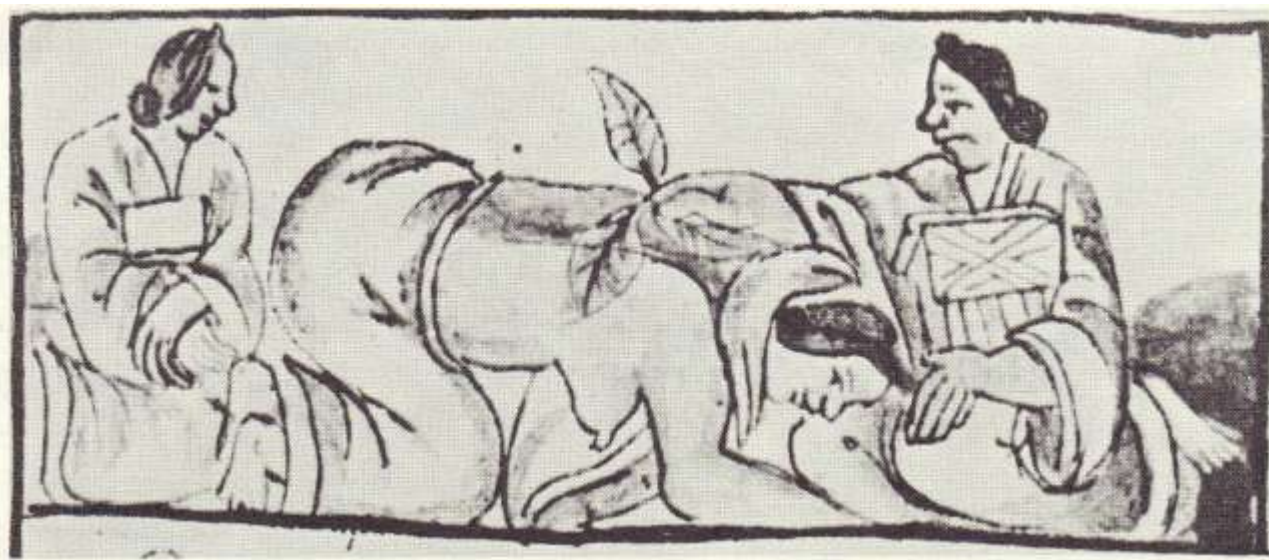


Ilustración del *Códice Florentino*.

como el uso del DDT contra el paludismo, la vacuna contra la polio, la penicilina y el agua potable, pero la atención hospitalaria siguió siendo predominante, cara y, sobre todo, un modelo educador en salud (o en enfermedad) para la población.

Así, las formas prevalecientes de conceptualizar la salud en este sector, en esta época, fueron la atención a la salud —basada en el conocimiento médico para curar— y la prevención de las enfermedades infecciosas a través del sanitarismo y las vacunas. Es en ésta última donde se requería ya de la participación de la población.

En los años cincuenta se realizaron acciones específicas que trataban de involucrar a la población. Fue la época de la animación rural y del desarrollo de la comunidad. Se trataba de una transferencia de tecnología y de consumo de bienes y servicios por parte de la comunidad. La participación era concebida como la aceptación de lo dicho por los profesionales de la salud, lo cual provocó, a la larga, resistencia por parte de las comunidades en relación con los servicios de salud.

En los sesenta viene el auge de la planificación familiar. En situación de resistencia se trata de entrar a las comunidades a través de los llamados “líderes de opinión” o “socios para el desarrollo”. Es la década de los análisis de costo-beneficio y las teorías de sistemas.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> J. McDonald, I. Zandstra, *Research in health education possibilities for the health sciences division*, Position paper for divisional review, International Development Research Center, Canadá, 1988.

A partir de los años setenta surge una nueva política: la extensión de cobertura que tiene una visión distinta de la comunidad; se habla ya de un desarrollo integral de la comunidad. En 1977 la atención primaria de la salud hace su entrada triunfal. La promoción se desglosa en tres esferas que se entrelazan: educación para la salud, prevención y protección a la salud. Se establece un parangón entre la promoción de la salud y el concepto de salud pública, quedando aún dentro del ámbito de las instituciones<sup>5</sup> y en manos de los médicos. La participación en estos momentos sigue siendo instrumental, la comunidad aparece como recurso para la cooperación de acciones de los servicios médicos.

El debate desde entonces ha oscilado entre el cambio individual, el cambio colectivo y el institucional; entre las estrategias de comportamiento, institucionales y ecológicas, y entre responsabilizar al individuo<sup>6</sup> o culpabilizar a las condiciones sociales de la existencia de enfermedades.

La promoción de la salud ligada al comportamiento individual a través de cambios de conducta, trata de entender una causalidad extra-médica, a diferencia de la prevención y la atención. Sin embargo, a pesar de percibir la mediación del ambiente no reconoce la determinación del mismo sobre la situación de salud. Crítica

<sup>5</sup> A. Tannahill, *Health promotion and public health: a model in action*, Oxford University Press, Oxford, 1988.

<sup>6</sup> Véase nota núm. 3.

la medicalización pero pone el dedo sobre los estilos de vida personales. La visión norteamericana de cambios en los estilos de vida es un enfoque particular de la prevención de enfermedades crónico-degenerativas o de riesgo específico; se investiga en torno a conocimientos, actitudes y prácticas. La promoción se basa en informar al individuo y tratar de involucrarlo en la forma de prevención determinada por el técnico. Se piensa en los medios masivos de comunicación como una panacea para promover cambios en el comportamiento, brindar información y promover la salud.<sup>7</sup> De estas concepciones deviene la visión de culpabilizar a los individuos de su mala salud,<sup>8</sup> la cual, durante mucho tiempo permeará las políticas de educación para la salud.

La situación de salud y la económica en América Latina es muy distinta a la de los países desarrollados. Después de los años sesenta con el *boom* económico del desarrollo estabilizador —que se creyó aliviaría por sí solo muchos de los problemas de salud relacionados con la pobreza—, se acrecentaron la dependencia y la crisis económica, disminuyó la expansión de la producción y el liderazgo político en la región. Ocurrió una mayor transnacionalización, creció la deuda externa y se incrementaron las fluctuaciones del mercado internacional y las crisis políticas no tardaron en presentarse. Los resultados a nivel social fueron: mayor detrimento del bienestar, mayor desempleo y menores posibilidades de desarrollo para los grupos necesitados. Creció la economía informal, la migración y la urbanización. Se considera que más de la tercera parte de los latinoamericanos viven hoy en situación de extrema pobreza.

Una de las repercusiones de la crisis fue la reducción de la inversión en salud, vivienda, educación, saneamiento básico y transporte. También disminuyó el gasto en mantenimiento y conservación de equipo y plantas, hubo un menor desarrollo de la capacitación del personal y la administración del sector. Se concentraron los recursos en programas de acción prioritarios y hubo un deterioro de la eficiencia y eficacia de la gestión. También, debido a las formas de burocratización de la gestión, ésta dejó de tener un compromiso con los intereses comunitarios. Esta incapacidad del

Estado para dar respuesta, junto con la desigualdad del acceso a los servicios, influyó en la credibilidad del sector.

En los años ochenta es ya evidente que no hay avances sustantivos, que los sistemas de salud son débiles en organización y deficientes en el manejo administrativo en niveles intermedios, que los problemas de salud se multiplican debido a la crisis económica, que los recursos son cada vez más escasos y que la capacidad técnica no es suficiente para enfrentar los retos.<sup>9</sup> En resumen: los servicios estatales no alcanzan ni en calidad ni en cantidad a atender las necesidades de la población por los elementos arriba descritos, y los sistemas administrativos obstaculizan el curso racional, oportuno y eficiente de los recursos.

La política de reorganizar los sistemas de salud de la región parte de este análisis y se inserta en la meta de buscar un nuevo balance entre imperativos de crecimiento económico y atención a las demandas sociales y a las de salud.<sup>10</sup> Esta realidad hace que se empiece a concebir que si la salud es producto de las condiciones sociales, la promoción debe incluir el esfuerzo colectivo o individual para producirla y conservarla.<sup>11</sup> El problema rebasa, con mucho, el ámbito técnico del sector salud y de los médicos.

Las primeras presiones para el cambio vienen de los grupos sociales; las instituciones tardarán más en aceptar el cambio, pues, de hecho, ya para entonces, el sector salud estará configurado con base en el concepto reduccionista de la salud y la enfermedad y es una estructura jerárquica insuficiente y un ámbito de poder. Además, ante el desafío de realizar los grandes objetivos de "salud para todos en el año 2000" y la demanda de la sociedad civil de democratización política, surge la necesidad, por parte de los gobiernos, de una serie de medidas innovadoras en la estructuración y administración de los recursos disponibles para traducir el discurso político en acciones eficaces y eficientes.

Hoy en día es necesaria una visión más amplia del proceso salud-enfermedad como resultado histórico

<sup>9</sup> C. Guerra *et. al.*, *La crisis de la salud en el contexto actual: reflexiones para el debate*, OPS Publicación Científica núm. 540: 231-273, Washington D.C., 1992.

<sup>10</sup> "La investigación en sistemas y servicios de salud y el proceso de implantación de los SILOS en América Latina y el Caribe", Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1989.

<sup>11</sup> Mark Group APA, "Criteria for the development of health promotion and education on programs", American Public Health Association Technical Report 77 (1): 89-92, 1987.

<sup>7</sup> L. Grenn y M. Kreuter, *Health promotion planning. An educational and environmental approach*, Mayfield Pub., 1991.

<sup>8</sup> Véase nota núm. 3.



de condiciones biológicas, geográficas, sociales y económicas concretas, sobre todo en esta época de crisis económica, escasez de recursos, democratización política y fortalecimiento de la sociedad civil. De esta manera, el concepto actual de promoción de la salud conlleva la unificación de quienes reconocen la necesidad de cambio en las formas y condiciones de vida para crear salud. Sin embargo, la construcción de una realidad distinta está todavía pendiente. Pero veamos hasta donde se ha avanzado.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud, en la cual están representados la mayoría de los países, reconoce que para promover la salud hay que cambiar las formas de vida. El reconocimiento del papel que desempeñan el medio y el desarrollo socioeconómico en los procesos patológicos implica que necesariamente tiene que incidirse en el ingreso, la vivienda, la alimentación, la información, la capacitación, las oportunidades equitativas de bienes y servicios, y las condiciones en los ambientes económico, físico, social y cultural.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> WHO, Regional Office Europe. Health promotion. A discussion document on the concept and principles. Copenhagen, 1984.

La conciencia del hecho de que la promoción de la salud implica incidir en las condiciones económicas y culturales de cada país, involucra a todas las personas e instituciones sociales, y no solamente a los servicios de salud. La práctica de la promoción es concebida como una estrategia que media entre la gente y sus medios ambientes, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social para crear un futuro más sano.

Al adherirse a estos conceptos, los gobiernos de los distintos países miembros adquieren la responsabilidad política y social de asegurar las condiciones básicas necesarias para lograr una vida más sana. La relación de los gobiernos con la sociedad cambia radicalmente desde esta conceptualización. El papel de los movimientos sociales, los grupos de auto-ayuda y auto-atención, los distintos grupos no gubernamentales, y las instituciones sociales —desde la familia hasta la comunidad—, son reconocidos e incorporados al trabajo conjunto continuo con las instituciones de los gobiernos. Así, el compromiso político de la promoción de la salud debe expresarse a través del establecimiento de mecanismos de organización intersectoriales, que coordinen la planeación de la promoción de la salud en los distintos niveles: nacional, regional y local.

Como podemos observar, el concepto y significado de promoción de la salud tenderá a ser operativizado colectivamente en cada nivel de planeación, enfatizando los aspectos sociales, económicos, ecológicos, físicos y mentales. La concepción amplia se irá traduciendo y constituyendo en realidad en distintos tiempos, distintas modalidades y con diversos obstáculos, resistencias y conflictos, y en algunos lugares tal vez nunca se traduzca y quede en el papel.

Las políticas empiezan a estar basadas en continuos diálogos, consultas e intercambios de ideas entre individuos, grupos e instituciones donde la expresión y el desarrollo del interés de la sociedad asegure las oportunidades reales del mejoramiento de la salud. Una de las consecuencias de esta nueva forma de concebir el proceso salud-enfermedad y la promoción de la salud y del compromiso de los distintos gobiernos, es la reestructuración de los sistemas de salud en consonancia con la nueva visión multicausal del proceso salud-enfermedad y de la promoción de la salud dentro de las condiciones histórico-sociales de las distintas comunidades.

Dentro de esta nueva organización del sector (que empieza formalmente en 1985 y aún está por volverse

una realidad) se concibe a la población como sujeto participante, y no ya como objeto de intervención para el desarrollo de opciones y condiciones para mejorar la salud. Se reconoce a los diferentes sistemas de salud, como el tradicional, en la reorganización estructural de los servicios, fomentando la descentralización, la descentralización, la intersectorialidad, la readecuación de los mecanismos de financiamiento, el desarrollo de nuevos modelos de atención, la integración de los programas de prevención y control, y el refuerzo de la capacidad administrativa.

La formación de los encargados de este proceso y la investigación son instrumentos a través de los cuales se trata de incidir en la realidad del proceso salud-enfermedad para crear nuevas condiciones que propicien, promuevan, la salud.

De las condiciones históricas renace una concepción amplia de la promoción de la salud. El concepto se traduce en políticas. Para llevar a cabo las políticas cambia la concepción de los elementos del proceso: los sistemas de salud. Al cambiar los roles de los elementos se producen cambios en las formas de legitimación de las sociedades: la normatividad. Al operacionalizar estos cambios se van transformando las estructuras de los distintos sistemas en la concertación social. La concertación social crea políticas locales, responsabilidades compartidas y una socialización

del poder y del saber. Esta forma teórica del devenir histórico en el cual nos encontramos insertos demanda, para su realización, nuevas capacidades a los encargados de la promoción y a las comunidades que se integran al proceso; por una simple razón: somos todos actores de esta historia, tenemos un papel dentro de ella y una práctica de trabajo específica.

Por supuesto que los resultados concretos de los distintos procesos son difíciles de predecir. Sin embargo, no podemos concebir la investigación antropológica fuera del desarrollo de las nuevas políticas, de sus resultados sociales y de salud. Se trata de un elemento más en la continua transformación de la realidad, de acuerdo con las necesidades y opciones elegidas, a cargo del conjunto de los grupos y sujetos sociales.

Tal vez el punto más problemático de este proceso es cómo la aparición de un interlocutor real de los poderes locales, en la situación actual del país, es generalmente subversivo, y cómo esto conlleva a condiciones de represión y hostigamiento que suspenden el trabajo de salud y la misma dinámica de participación.<sup>13</sup>

Vemos entonces que la estructura social existente determina condiciones de trabajo para la investigación en salud que no deben eludirse, pues nuestra labor está inserta en el devenir del país. Por otro lado, vemos también que las líneas de trabajo que se abren para el quehacer antropológico en la construcción del devenir son múltiples y complejas, pero también insoslayables.

<sup>13</sup> Paul Hersch, "Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso", *Salud Pública de México*, vol. 34 (6): 678-688, 1992.