

3 Agenda para la acción en Promoción de la Salud

Helena E. Restrepo

La agenda para la acción en Promoción de la Salud —PS— se enriquece cada día más con la práctica en diferentes lugares y contextos. Es difícil estar al tanto de todos los nuevos aportes, por lo que se opta por describir los desarrollos operacionales más conocidos a partir de la Carta de Ottawa, haciendo énfasis en algunos de los elementos y enfoques que se consideran fundamentales para reconocer las acciones de la PS. En otros artículos de este libro se ilustran experiencias que complementan lo aquí expuesto.

1. Diferencias entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

La distinción entre la operacionalización de la PS y de la Prevención de la Enfermedad —PE— es difícil en ocasiones y existen opiniones y conceptos controversiales de connotados salubristas sobre la importancia de sus diferencias. Sin embargo, si bien en la práctica de la salud pública son ambas indispensables, el saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad para el diseño de programas y proyectos, lo que redundará en mejor distribución de los recursos técnicos y financieros, así como en mayor eficiencia y efectividad de ellos.

La PS difiere de la PE fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la primera es lo que se considera lo "saludable" o "salutogénico" (Antonovsky 1979) y para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. De otro lado, la PS se dirige principalmente a la población y la PE más al individuo; la PS busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente, en la interacción de factores causales (Kickbusch 1986, *En OPS/OMS 1996c*).

Con fines prácticos se resumen algunas de las grandes diferencias y similitudes entre PS y PE¹, para facilitar la caracterización de los diferentes programas, a los que de

manera genérica se les llama de PS, cuando muchas veces corresponden a intervenciones de tipo preventivo que se les hace figurar como de PS, inflando falsamente los recursos que se destinan a promoción.

Estas diferencias y similitudes pueden notarse en aspectos como:

1. **Los objetivos:** En prevención primaria, secundaria y terciaria se enfocan a reducir los factores de riesgo y las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. En la PS se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas.
2. **A quienes se dirigen las acciones:** En prevención primaria se dirigen a personas y grupos a riesgo de enfermar por alguna causa; en la secundaria a individuos y grupos a riesgo y a enfermos subclínicos sin manifestaciones obvias de enfermedad; en la terciaria especialmente a enfermos a quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte. En la PS las acciones se dirigen a la población en general, a los grupos especiales y a las condiciones relacionadas con la salud; en este sentido, se dirigen también a sistemas múltiples, interdependientes y a procesos sociales, culturales y políticos que influyen sobre la calidad de vida y la salud de la población. En otras palabras, la PS se dirige tanto a grupos de personas y comunidades como a procesos, condiciones y sistemas que requieren ser modificados favorablemente a la salud.
3. **Los modelos con los cuales se implantan:** En la prevención primaria los modelos son los clásicos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo; en la prevención secundaria son los de salud pública tipo "tamizaje" o detección temprana en poblaciones a riesgo y los de tipo "prácticas clínicas preventivas"; en la terciaria, son también los modelos de

prácticas clínicas preventivas basadas en evidencia clínica y los de rehabilitación.

Una de las similitudes entre PS y PE es el enfoque poblacional, cuando la prevención opta por la modalidad poblacional para tener un impacto importante en los índices de enfermedad y mortalidad; por ejemplo, un programa preventivo de tamizaje de cáncer de cuello uterino para hacer impacto en la mortalidad, debe abarcar un porcentaje muy alto de población de mujeres a riesgo, en este caso, aunque el procedimiento a usar sea de carácter individual, el enfoque de la intervención es poblacional. Otro ejemplo sería el de la "rehabilitación basada en la comunidad", que busca implantar un modelo poblacional para todos los discapacitados donde la intervención permita un mejoramiento de toda la sociedad con la integración de los discapacitados.

En la PS es claro que los modelos son socio-políticos, ecológicos y socio-culturales. Los alcances de estos modelos van hacia la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.

4. **El tipo y el papel de los interventores:** Son similares para la PS y la prevención primaria pero diferentes para los otros dos tipos de prevención. Así, en la secundaria se trata de pruebas de tamizaje (screening) y en la terciaria, de procedimientos y manejos clínicos; en ambos casos los interventores son clínicos que buscan prevenir complicaciones y muertes, y su papel tiene mucho que ver con su competencia técnica y científica. En la prevención primaria cuando se diseñan programas amplios e integrales, y en la PS, se trata de nuevos interventores sociales: los políticos y los comunitarios. El papel que tienen ellos más allá de aplicar un procedimiento al individuo, va dirigido a generar condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y to-

¹ Adaptación de la autora con base en el esquema del Ministerio de Salud de Québec-Canadá, tomado de notas facilitadas por Lise Renaud.

men decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo.

- Las estrategias: La prevención secundaria utiliza dos estrategias: una, aplicar pruebas discriminatorias en programas masivos de detección, cuyo objetivo es separar los que probablemente tienen una enfermedad de los que probablemente no la tienen, para actuar rápidamente en los primeros; y la otra la del diagnóstico precoz de enfermedad, para actuar clínicamente y evitar daños mayores. La prevención terciaria utiliza el manejo clínico adecuado y eficaz con el tratamiento de la enfermedad, la readaptación, y la rehabilitación.

La prevención primaria y la PS de nuevo se encuentran en las estrategias, por la utilización de instrumentos como la información, educación y comunicación para la salud, el mercadeo social (social marketing), el fortalecimiento de la participación comunitaria, el empoderamiento, y la acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables.

Como puede verse, las acciones de PS y algunas de la prevención primaria trascienden el ámbito de trabajo específico del campo tradicional de la salud y dirigen sus esfuerzos a crear las condiciones óptimas para modificar los determinantes de la salud. Las acciones de la PE son fundamentalmente protectoras de riesgos para la persona y los grupos. Terris (1992) se refiere a esto haciendo la similitud entre la PS y el concepto epidemiológico de la "red causal" (web of causation) que toma en cuenta todos los factores causales, tanto generales como específicos.

2. Agenda de la Promoción de la Salud

La agenda de la PS contenida en la Carta de Ottawa (1986) fue enunciada en el ar-

tículo anterior de este libro, por lo tanto aquí sólo se hará referencia a sus implicaciones operativas. Una consideración general para las cinco áreas es la superposición que hay entre ellas, que implica que la operativización de una, requiera generalmente de la de las otras. De igual modo, es necesario comprender que la implantación de esta agenda, no es factible sin la participación de interventores de diversos sectores, instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y, por supuesto de los ciudadanos. Estas características influyen en las dificultades que encuentran los funcionarios de salud para desarrollar acciones de PS, especialmente cuando no tienen claros los conceptos y alcances de la misma. La PS requiere que haya conciencia sobre la necesidad de crear alianzas estratégicas, puentes con instituciones a través de proyectos concretos, formación de equipos multidisciplinarios, y diferentes perfiles ocupacionales y no un "especialista o profesional único" de la Promoción de la Salud.

Según Ashton² se necesita el "profesionalismo" de muchos y no el "profesional" de la promoción.

2.1. Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS)

"La teoría política es simplemente, el intento del hombre por comprender conscientemente y resolver los problemas de su vida grupal y su organización" (Sabine 1998). Las políticas públicas en general, son las que crean las diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida. Entre ellas, la Política Pública Social es la que garantiza una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada población, privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes (Foro Nacional por Colombia 1998).

La política social debe contener la esencia de una política de salud como parte del sector social del desarrollo.

En el campo de la PS y la Salud Pública, y como parte del gran tema de las políticas públicas, ha surgido a partir de Ottawa, el concepto de Política Pública Saludable (PPS) para referirse específicamente a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud, que tradicionalmente formula las políticas específicas relacionadas con la organización de la atención de la salud para la población, o sistema de servicios, así como las orientaciones para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades.

Las PPS tienen un efecto crucial en la salud de generaciones actuales y futuras como responsables de modelar tanto los patrones de vida modernos como los ambientes (Milio 1986). Según se mencionó a propósito del marco de referencia de la PS, las PPS fueron tema de la Conferencia de Adelaida, Australia en 1988 y desde entonces, se les considera como una de las más importantes áreas de toda agenda de acción de la PS. Sin embargo, el reconocimiento y análisis de este tipo de políticas apenas se inicia en la mayoría de países en desarrollo, y no forman parte aún de propuestas concretas en las agendas de gobierno en ningún nivel.

Los mecanismos para activar los procesos de construcción o formulación de PPS son varios y se derivan obviamente del trabajo político en salud pública; entre ellos son muy importantes los mecanismos de "abogacía" (advocacy) o "cabildo" para

llamar la atención y trabajar por causas de interés común y los mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno, en especial el local, para la identificación de problemas que requieren de la formulación e implantación de PPS.

El proceso de construcción de PPS requiere de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información, educación y comunicación social necesarios para llevar los problemas sociales prioritarios a los decisores de políticas públicas. La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condicionantes constituye una de las más poderosas estrategias para el abordaje político en la práctica de la PS (Milio 1986).

Existen ejemplos muy ilustrativos en la literatura sobre procesos de estímulo a la formulación de —PPS— orientados a resolver problemas básicos que afectan la salud y el bienestar de la población. El ejemplo clásico de Milio (1990) de PPS³ es el de la política de nutrición y alimentación de Noruega del que se pueden extraer muchas enseñanzas, porque cubre todos los aspectos que se tendrían que tener en cuenta para impulsar una verdadera política integral y coherente de alimentación y nutrición en un país.

Otro ejemplo de lo que constituye el trabajo de llevar un problema importante de salud a la agenda política, es el Proyecto de Carelia del Norte de Finlandia⁴ que, con estrategias de concientización de la población y la movilización de la comunidad, logró una serie de intervenciones poblacionales y de políticas locales que fueron exitosas para lograr la reducción de un problema de salud importante, el de la enfermedad coronaria, en una región de muy alta incidencia (Puska 1985).

³ Se recomienda la lectura de los trabajos de Nancy Milio sobre Política Pública Saludable.

⁴ El grupo de investigadores dirigidos por Puska (político-epidemiólogo) inició en la década del 70 una movilización de la población de la región de Carelia del Norte en Finlandia, con el fin de obtener el soporte y los recursos financieros para emprender el estudio de las causas de la altísima incidencia de infarto del miocardio en esa región y proponer las intervenciones para su reducción. La información y comunicación a la población fueron factores determinantes para lograr la movilización social y de políticos (Observaciones directas de la autora en visita a Carelia del Norte en 1987).

² Ashton Jhon, comunicación personal a la autora.

En Colombia existen ejemplos recientes de procesos de construcción de PPS, como son los de Bogotá, para la reducción de la violencia y de los efectos de la pólvora navideña, ilustrados en otro artículo de esta obra⁵. Otro ejemplo es el de la ciudad de Cali con la política del uso obligatorio del casco protector por los motociclistas, que se ha mantenido gracias a la concientización de la población⁶.

La restricción de fumar en los vuelos es otro ejemplo de política saludable en el ámbito internacional y se puede considerar que es también "pública" aunque esté formulada e implantada por compañías privadas, porque tiene un beneficio público.

Las Políticas Públicas Saludables son más fáciles de formular e implantar en los niveles locales, por la sencilla razón que es allí donde los ciudadanos están más cerca de los gobernantes y por lo tanto, pueden tener más acceso a ellos y, también porque los gobernantes y sus familias en su vida cotidiana están sufriendo la falta de PPS y sienten sus beneficios cuando se implantan. Esto no resta importancia a las políticas nacionales pero es mucho más factible el trabajo exitoso de las PPS en el nivel local.

2.2. Creación de entornos favorables a la Promoción de la Salud

Esta segunda área de acción de la Carta de Ottawa implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida. Desde el punto de vista práctico, esta área se implanta, fundamentalmente con Políticas Públicas Saludables. Es necesario pensar también en microambientes tales como viviendas, edificios, lugares de trabajo,

escuelas, universidades, medios de transporte, etc., los cuales hay que convertir en objetos de la PS. Así mismo la interrelación entre los ambientes y los estilos de vida y comportamientos saludables, es a su vez muy estrecha, de tal manera que ambientes amenazantes determinan una mayor probabilidad que los niveles de salud individual y colectiva sean deficitarios (Buck 1985).

Las intervenciones para crear entornos más saludables pueden ser muy creativas, además de ser un área que atrae la participación de las personas y grupos porque tiene que ver con necesidades muy sentidas de las comunidades. En el contexto de países en desarrollo, un grupo importante de prioridades se ubica en el área de la salud ambiental, por los serios problemas de provisión de agua y saneamiento básico en general; por esta razón en casi todos los proyectos de municipios saludables en América Latina, en especial en Centroamérica, se han priorizado dichos aspectos.

El mejoramiento de entornos sociales es más complejo y requiere de estímulos e incentivos especiales para fortalecer estrategias de ayuda mutua y de la organización de grupos de autogestión y soporte en problemáticas comunes; algunos ejemplos muy exitosos son los grupos de víctimas de la violencia sexual en países desarrollados, que han demostrado el poder que están alcanzando en la obtención de las correspondientes políticas públicas.

Con relación al mejoramiento de ambientes culturales puede decirse que también es un área atractiva para proyectos intersectoriales de PS. Entre los ejemplos están las ferias de arte y de salud que se organizan en muchas ciudades y municipios, la adecuación de parques y áreas verdes, la adecuación de zonas de espacio público para la recreación y el deporte, todas ellas muy valiosas para la promoción

de opciones de vida saludable en la población de niños y jóvenes.

2.3. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Empoderamiento

La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la PS, por lo tanto las estrategias, mecanismos y estímulos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas, forman parte de toda agenda operativa de PS. La participación no se da sólo desde el punto de vista individual sino como proceso de la vida en comunidad.

El empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta poderosa en promoción. El empoderamiento como proceso social (Wallerstein 1992) está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, cuestión crítica para la PS, porque no basta con el discurso y la retórica del sector salud, sino que es necesario activar los mecanismos dialógicos, crear espacios de concertación y de negociación y sobretodo, crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas. El autoritarismo y la hegemonía de los gerentes de las instituciones de salud, va en contra de la participación comunitaria y del empoderamiento que se buscan.

Al poner en marcha acciones de participación es importante tener en cuenta la variable tiempo, sobretodo porque son procesos que no se consolidan tan rápidamente⁷, por consiguiente, es necesario tener "paciencia" y no desmayar en el camino. La participación no debe concebirse sólo para fines de "salud" sino como parte del capital social de una comunidad y por ende, vital para su desarrollo, lo que implica un gran respeto por la historia, la cultura y las prioridades que tenga dicha comunidad.

Los procesos participativos en el sector salud —hay que reconocerlo— han sido muchas veces débiles y en otras ocasiones,

manipulados por dirigentes y autoridades sanitarias; distorsión que se ha visto en la forma como se implanta la Atención Primaria en Salud, donde las experiencias se han caracterizado por la designación acomodaticia de comités de participación comunitaria por parte de los servicios de salud que los convierte en organismos no críticos sino de voluntarios colaboradores (De Roux 1994). Pero también se encuentran verdaderos procesos participativos en América Latina que han buscado el desarrollo de las comunidades más pobres, inspirados por los principios de Freire (1973) de educación popular.

El término empoderamiento (empowerment) ha sido muy discutido en el idioma español, hoy sabemos que se utiliza desde el siglo XVII y que es castizo (León 1997). Así mismo, la interpretación del concepto de empoderamiento también es diversa dentro del campo de la PS; algunos lo interpretan como "transferencia de poder" lo que no es muy correcto porque no se trata de transferir el poder de unos a otros; sino por el contrario de crear ese poder, es decir de crear condiciones para que los individuos y los grupos comunitarios más excluidos socialmente adquieran poder de decisión y de control, sobre asuntos que les afectan su vida cotidiana. Esta es la "capacidad de la comunidad" para actuar con respecto a sus problemas y soluciones. La definición más aceptada de empoderamiento en el marco de la PS es la de Wallerstein (1992) que lo toma como el "proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad, y justicia social".

Las preguntas de a quiénes, para qué y por quienes se empodera a las comunidades, son muy pertinentes para el trabajo práctico en PS.

¿A quiénes se empodera?, a los grupos excluidos socialmente, y los excluidos no

⁵ Ver artículo sobre Políticas Públicas Saludables del Dr. Hugo Acero, en este libro.

⁶ El papel del Instituto CICALVA de la Universidad del Valle para mantener una información permanente a la comunidad sobre el problema de los accidentes por motocicleta y los beneficios de la política, ha sido fundamental.

⁷ En Versalles-Valle, municipio saludable por la paz de Colombia, el proceso participativo tiene más de 10 años.

salud, que buscan hacerlos más eficientes y efectivos, y que hagan más prevención de enfermedades y promoción de la salud, aún cuando para este logro siguen conspirando las deficiencias en la comprensión de los conceptos, principios e instrumentos metodológicos de la PS, así como la escasez de recursos técnicos y financieros para ella.

Con respecto a la forma de operativizar la PS en los servicios de salud, ésta varía de un lugar a otro, sin embargo se puede afirmar que a pesar de existir en ocasiones la voluntad política para privilegiar el trabajo de PS en los sistemas de servicios de salud, esto no es posible por la fuerte tendencia actual a su privatización.

Esta se refleja en la orientación primordial a reforzar actividades de educación sanitaria para influir en conductas individuales y a programas de intervención en prevención secundaria y terciaria con enfoque individualista, sin considerar los alcances de salud pública que deben tener dichos programas para lograr impactos importantes en los índices de mortalidad y morbilidad.

Obviamente en el caso de los servicios de salud, es indispensable la capacitación del personal en las nuevas doctrinas de PS, para que incorporen en su trabajo, estrategias que faciliten el acercamiento entre "proveedores" con los verdaderos "promotores de la salud", es decir, con todos aquellos actores sociales y políticos que puedan contribuir a la mejoría de la calidad y de las condiciones de vida de las poblaciones. Desde la atención primaria es posible fortalecer intervenciones de salud preventivas y promocionales, siempre y cuando se hagan con proyecciones comunitarias, es decir, para impactar la salud colectiva.

A pesar que la Carta de Ottawa se refiere a la reorientación de los servicios de salud, aquí se considera preciso hacer una lectura mucho más comprensiva y considerar a los servicios sociales en general, porque todos pueden influir en los niveles de calidad de vida y de bienestar. Entre ellos se mencionan a manera de ejemplos: los asis-

tenciales de nutrición; los de atención a la población de ancianos y discapacitados; los de apoyo y soporte social a la mujer; los dirigidos a la defensa de "niños de la calle"; los de adolescentes y jóvenes; las consejerías de familia; los de defensa de los derechos humanos; etc., todos trascendentales para alcanzar metas de equidad y desarrollo humano. Lamentablemente, estos servicios generalmente no forman parte de las reformas del sector salud y no hay una clara orientación sobre cómo influir en ellos desde este sector.

Finalmente, con relación a la agenda operacional de la Carta de Ottawa, además de las cinco áreas revisadas se incluyen tres procesos metodológicos muy importantes: el de "mediación", para involucrar a todos los actores sociales y lograr su compromiso; el de "abogacía" (cabildeo), por causas de interés público, y el de la "información y comunicación social". Estos mecanismos están implícitos en el quehacer de la PS para fortalecer los procesos que hacen posible su implantación.

3. Otras propuestas de agenda de PS

Varios autores han contribuido a definir "cómo actuar" en la PS. El exministro Epp de Canadá propuso un marco para la PS en el que planteó tres grandes desafíos: reducir las inequidades, incrementar la prevención y ampliar la capacidad de la gente para afrontar problemas; señaló los mecanismos de autocuidado, ayuda mutua y creación de ambientes saludables y, como estrategias para la acción, colocó las de impulsar la participación, fortalecer los servicios de salud comunitarios y coordinar políticas públicas saludables (Epp 1986).

La ideología y los enfoques predilectos de los diferentes expertos, influyen también en las agendas de acción que proponen para las acciones en PS por lo que, aunque las cinco áreas de Ottawa en general siempre

están presentes, varía el énfasis que se da a cada una. Por ejemplo, Hancock¹⁰ da el mayor énfasis a los niveles de actuación con respecto al poder y sus relaciones con la PS: en primer lugar el nivel individual y el comunitario, para que las personas y los grupos tengan la capacidad de tomar sus decisiones con respecto a sus vidas y su salud, y en segundo lugar el nivel político, en cuanto a la importancia que se le dé a la salud como parte "vital de la agenda política". Añade que no es por casualidad que la Carta de Ottawa colocó en primer lugar la construcción de políticas públicas saludables, sino que se trata de una expresión de fuerza para la PS. La agenda propuesta por Hancock, es la siguiente:

- Construir políticas públicas saludables
- Reducir inequidades
- Crear ambientes de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar ayuda mutua
- Desarrollar habilidades personales
- Ampliar las destrezas para afrontar problemas
- Reorientar los servicios de salud
- Impulsar la investigación, y
- Establecer nuevas estructuras para PS

El impulso a la investigación es un punto muy importante porque se necesita con urgencia que las intervenciones y los programas de PS, demuestren su efectividad en términos de resultados y de impacto sobre los niveles de salud y de calidad de vida de los grupos poblacionales, pero para lograrlo, se requiere de una investigación participativa que involucre actores de toda índole, y que parta de un esquema muy flexible dentro de cada contexto. Esto fue reforzado recientemente en Puerto Rico por grupos de expertos investigadores en PS y educación para la salud¹¹, quienes analizaron los diferentes desarrollos metodo-

lógicos que se han recomendado y concluyeron que el contexto donde se implante un programa o proyecto de PS es de vital importancia para definir los diseños de investigación a desarrollar por todos los implicados.

Las actuaciones en los ambientes, sobre todo en los físicos, son de las más aceptadas por un grupo importante de defensores de la PS, como se anotó anteriormente. Es una realidad que el deterioro ambiental es uno de los grandes problemas de la humanidad, y que el siglo XXI continuará con esta prioridad, por lo tanto lo que se impulse desde la óptica de la PS, será una contribución necesaria para la sostenibilidad ambiental.

La Declaración de Jakarta de 1997 agrega a la agenda de la PS un énfasis especial en los mecanismos de movilización social, como la formación de alianzas estratégicas entre instituciones y organizaciones de los sectores público y privado para el trabajo concreto de PS.

La definición de Green y Kreuter (1991) de PS, es un buen ejemplo de la prioridad de dos áreas consideradas por muchos como las más destacadas en la operativización: "La promoción de la salud es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud". El problema está cuando se hipertrofia una sola vertiente, perdiendo de vista que el objetivo de las intervenciones de PS son los determinantes de la salud.

En la aplicación de las estrategias de acción de PS, el enfoque tradicional da más peso a las intervenciones de educación para la salud, que pretenden que cada individuo cambie sus conductas al tomar conciencia sobre las causas de la mala salud y sobre cómo modificarlas; el problema con este enfoque es creer que los cambios en el

¹⁰ Seminario sobre Promoción de la Salud en OPS, División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D. C. 1994.

¹¹ Grupo de trabajo sobre investigación y evaluación de la PS en la Reunión Mundial de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), San Juan de Puerto Rico, junio 26-29. 1998.

son solamente los pobres aunque son siempre un grupo prioritario, también son excluidos todos aquellos que por diversas causas (género, etnia, edad, religión, origen social, discapacidad, etc.), pasan a ser ciudadanos olvidados, sin ningún poder para participar y decidir. Otros grupos a quienes se debe empoderar son los trabajadores de la salud para que puedan actuar mejor en PS, los líderes políticos, religiosos y comunitarios para que desempeñen un mejor papel y, en fin a todos aquellos que puedan tener una acción positiva hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la población más marginada.

¿Para qué se empodera?, para incrementar o crear las condiciones en las cuales las comunidades, los grupos y los individuos adquieren la capacidad de tomar decisiones que les competen para mejorar sus condiciones de vida y tener control sobre la situación de exclusión social, lo que redundará en mejores niveles de salud y de calidad de vida.

¿Por quiénes se empodera?, por funcionarios de diferentes sectores del gobierno, por líderes, por trabajadores de la salud pública, en fin por todos aquellos que puedan crear los espacios para la participación y el crecimiento de los grupos y las personas.

El empoderamiento individual que es también importante, se obtiene a través de acciones verdaderamente participativas y educativas. Se ha enfatizado en el empoderamiento individual para lograr los cambios favorables en los estilos de vida, es decir, para lograr las modificaciones personales y el incremento de las actuaciones salutogénicas del individuo, pero es claro que el empoderamiento comunitario tiene una fuerza mucho mayor para los fines de transformación de los determinantes de la salud y el bienestar, fines últimos de la PS.

Los ejemplos más dicientes de participación y empoderamiento los encontramos

en los movimientos de mujer a través de proyectos e iniciativas que incrementan la autoestima, la autogestión de grupos, el control de sus vidas y por ende la capacidad de hacer valer sus derechos. En países en desarrollo la bondad del empoderamiento de mujeres se ha visto en el éxito de microempresas femeninas, bancos de la mujer, fortalecimiento de jefaturas de hogar femeninas, etc. Por ejemplo en Versalles-Colombia, una de las experiencias más ricas de América Latina de participación comunitaria donde el eje ha sido la salud en su concepto amplio de bienestar y desarrollo humano⁸, el empoderamiento de varios grupos es evidente sobre todo en mujeres, adultos mayores y niños. En Cali-Colombia, existen grupos de jóvenes de comunas pobres con un gran empoderamiento que se evidencia en su capacidad de proponer proyectos concretos de mejoramiento de su situación con respecto a la violencia, la salud sexual y reproductiva y el desarrollo integral⁹.

Otros movimientos de la segunda mitad de este siglo que han aportado al desarrollo del empoderamiento son los de los ancianos, los de reivindicación de los negros e indígenas y los de integración social de discapacitados.

2.4. Desarrollo de aptitudes personales

Este componente de la agenda de Ottawa, es quizás el más aceptado y comprendido dentro de los proveedores de la atención de salud porque se relaciona con la educación para la salud, área de trabajo tradicional en el sector. Esta área tiene que ver con el concepto de estilos de vida saludables porque influye en la forma como se concibe su práctica. El concepto que prima en la doctrina actual de PS es amplio e integrador. "El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada

en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales" (Nutbeam 1996). De acuerdo con este concepto, los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables —ejercicio físico, dieta sana, y ausencia de consumos de sustancias dañinas—, sino también otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, etc., que inciden en la vida colectiva.

Desde el punto de vista práctico esta área de acción tampoco se puede considerar aislada de las anteriores, porque las políticas públicas saludables favorecen los cambios positivos, los ambientes están íntimamente ligados, y la participación es parte de los aspectos socioculturales que influyen en aptitudes y habilidades. No se puede exigir que una persona o grupo se interese por un cambio conductual cuando éste no forma parte de sus necesidades y prioridades. Las estrategias y mecanismos para lograr implantar el desarrollo de aptitudes están ligados con el autocuidado, la autogestión y el vasto campo de la educación, con enfoques muy valorados como los de Freire y enriquecidos con los adelantos tecnológicos modernos para la información y la comunicación.

Terris (1992) con razón afirma "Existe una gran confusión con relación al concepto de promoción de la salud. Este es un concepto amplio, y la tendencia ha sido, para diferentes grupos a limitarse a uno u otro aspecto de la formulación". Se refiere a la confusión que introdujo en 1979 la publicación del documento "Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad", que definió a la primera en términos de estilos de vida, y a la prevención como la protección de la salud de los riesgos ambientales, que condujo a una variedad de interpretaciones sobre el papel de la promoción que ha sido muy perjudicial para su desarrollo. Por ello insistimos en que la

limitación de la promoción a los cambios en estilos de vida, ocasiona muchos problemas al nivel de las instituciones de salud.

Existe también el peligro que la modificación de los estilos de vida individuales y los programas que se dirigen a recomendar cómo cuidar mejor la propia salud de los clientes, se utilicen con fines lucrativos (Milio 1988). Esta corriente ha generado una serie de interpretaciones erróneas sobre el rango de acción de la PS, sin que esto le reste importancia a la prevención de riesgos y enfermedades muy prevalentes en la actualidad como son las cardiovasculares, cáncer, accidentes y violencia. Optar por conductas saludables requiere de entornos apropiados, por ejemplo un individuo que no fuma, no puede defenderse del humo pasivo en el trabajo si no existe una política institucional que le apoye su derecho a respirar aire sin humo de tabaco; una familia pobre no puede acceder a una dieta sana si no hay políticas de seguridad alimentaria y si no hay políticas educativas que le den la facultad de informarse sobre el contenido nutritivo de los alimentos disponibles, al igual que si no existen políticas de control de precios de productos alimenticios básicos; en el campo del estímulo al ejercicio físico, se han obtenido mayores logros en intervenciones saludables, sin embargo las políticas públicas de nuevo son indispensables para que exista la disponibilidad de los espacios públicos adecuados y seguros que permitan hacer ejercicio sin riesgos.

La tendencia común de culpabilizar al individuo por su enfermedad, por no hacer las modificaciones necesarias en sus comportamientos, se conoce como la de "victimizar a la víctima" y va contra toda la filosofía de la PS que busca cambios consistentes y razonados, no impuestos.

2.5. Reorientación de los servicios de salud

La reorientación de los servicios de salud es muy discutida hoy en día por el movimiento de las reformas en los sistemas de

⁸ Documento sobre la experiencia de Versalles.

⁹ Nos referimos a los grupos "El Parche" de la comuna 18 y "Mafún" de las comunas 7 y 13.

ámbito comunitario son la sumatoria de cambios en los individuos, lo que según la evidencia existente, no es verdadero. Lamentablemente este enfoque se mantiene en la mayoría de los trabajadores de la salud, en gran medida, por las dificultades que encierran las intervenciones de tipo poblacional y multisectoriales, que requieren destrezas y habilidades diferentes a las que usualmente ellos poseen dentro de los equipos de salud, como se ya se ha mencionado.

Como puede verse la definición de la agenda de acción en PS es un proceso dinámico y que continúa en construcción, por consiguiente, los aportes de experiencias en diferentes contextos de países pobres y ricos serán de gran valor.

4. Los escenarios de la Promoción (settings)

La operativización de la PS se realiza en tres dimensiones que esquemáticamente se representan por la figura de un cubo (Powell y Col. 1991). De un lado están los escenarios, ambientes o settings, de otro las estrategias principales, y en la tercera dimensión los grupos "blanco o diana" de población. En realidad la dimensión espacial junto con la poblacional, son las que determinan los escenarios prioritarios para desplegar las acciones con mayor potencial de producir un impacto en la salud y bienestar de las comunidades.

Los escenarios o espacios en los que se implante la PS son esencialmente, territorios concebidos desde un punto de vista ecológico-social, por ello es preferible, seleccionar aquellos que brinden un mayor potencial de masificar intervenciones positivas al bienestar, y que ofrezcan las mayores garantías para crear procesos participativos, donde la gente adquiera

cada vez mayor capacidad de actuar para solucionar sus problemas.

Los escenarios ideales para la puesta en marcha de acciones de PS, son bien definidos y serán más o menos estratégicos, dependiendo de las oportunidades que ofrezcan para obtener el máximo impacto en las condiciones determinantes del bienestar comunitario. Desde este punto de vista, son más atractivos los escenarios donde se pueda actuar con mayor integralidad, y donde se facilite la implantación de estrategias. Este es el caso de las ciudades o municipios, donde hay un nivel político de decisión que se puede comprometer más fácilmente que el nacional, y al mismo tiempo, donde las comunidades tienen más potencial de influir en los cambios necesarios para mejorar sus condiciones de vida. De ahí que el movimiento de ciudades sanas de Europa y Norteamérica y su equivalente de municipios saludables en América Latina, han sido tan aceptados en todas las latitudes¹².

Constantemente surgen nuevos escenarios posibles para poner en marcha acciones de PS que respondan a la cada vez mayor creatividad de los interesados en su implantación; entre ellos se encuentran las comunidades o conglomerados dentro de las ciudades —barrios, vecindarios, comunas, distritos, parroquias— que son estratégicos en ciudades demasiado grandes y pobladas, donde es muy difícil establecer proyectos de ciudades o municipios saludables; por ejemplo, en Montreal existen los proyectos de barrios saludables (quartiers) como parte del gran movimiento de pueblos y ciudades saludables de Québec (Villes et Villages en Santé); en las islas del Caribe de habla inglesa, se han originado proyectos en parroquias y distritos saludables.

En algunos países de América Latina se han adoptado diversos escenarios para la

PS, por ejemplo, en Perú se incluyen como Comunidades Saludables a los proyectos de municipios y áreas de la ciudad capital; en El Salvador, se trabaja con Espacios Saludables que incluyen municipios, regiones sanitarias, escuelas y mercados saludables; en Costa Rica son Cantones Saludables, siguiendo la nomenclatura de su división político-administrativa local.

Estos escenarios geográficos empiezan a incluir otros como las islas, las zonas fronterizas u otros con características comunes. Una consideración importante a tener en cuenta es que las intervenciones de tipo poblacional tendrán mayor impacto si el ámbito comunitario es amplio, y mejor aún, si hay posibilidades de masificar experiencias como es el caso de ciudades y municipios, en los que el impacto potencialmente será mayor cuanto mayor sea el número de ellos que se involucre en estos procesos.

Otro de los escenarios atractivos para la implantación de estrategias de PS es el de las escuelas, que de un lado, ofrecen gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de condicionantes importantes de la salud, como los estilos de vida y los ambientes¹³; y de otro lado, permiten ampliar el efecto, masificando la estrategia. En estos y otros escenarios de instituciones de educación se busca crear una nueva cultura de la salud, donde se le dé a la PS el valor positivo que tiene como recurso para el desarrollo humano sostenible en el largo plazo.

El escenario educativo se ha consolidado en especial con el movimiento de Escuelas Saludables (OMS 1993, OPS/OMS 1994, 1996a, 1996b y Ministerio de Salud de Colombia 1999), impulsado originalmente desde la oficina de OMS en Europa en la década del 80, y que se ha extendido por varios continentes bajo el liderazgo de la OMS y la OPS. Su éxito se debe en gran parte a su eficacia para lograr la negocia-

ción y compromiso intersectorial entre los sectores Salud y Educación. Los principios fundamentales de esta estrategia son los mismos de la PS, y se da un importante énfasis a la educación en aspectos ambientales y comportamientos saludables; el entusiasmo de maestros se consigue por la oportunidad que ofrece para crear un entorno diferente al tradicional de las escuelas, donde se encuentren y comprometan los actores sociales responsables de la educación: alumnos, maestros y padres de familia. Para los trabajadores de la salud se abre así mismo, un nuevo campo de trabajo que facilita el cumplimiento de objetivos de educación para la salud, y de incremento de la responsabilidad social por la salud en sectores diferentes al de la salud.

Por extensión del concepto de escuelas, hay algunas universidades que empiezan a interesarse por crear proyectos de este tipo¹⁴, orientados en general, a influir en los estilos de vida de estudiantes y docentes y en ocasiones, a organizar programas de autocuidado para la comunidad universitaria. Sin embargo se cree, que el potencial que tendrían las universidades sería mayor, si se concibe un modelo de universidad saludable que trascienda la orientación hacia cambios conductuales de alumnos y docentes. Una propuesta de modelo es que la universidad se convirtiera en un verdadero laboratorio para la formación de profesionales con actitudes positivas hacia el trabajo intersectorial, multidisciplinario e integral, en relación con los problemas que afectan el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Se trata entonces, de un modelo de universidad que se comprometa con proyectos locales de PS como los de comunidades, ciudades y municipios saludables, para que estudiantes y docentes apoyen a los grupos comunitarios, participen en los diagnósti-

¹² La bibliografía sobre ciudades, municipios y comunidades saludables es muy extensa; en las referencias al final de este artículo sólo se citan algunas, por lo que se recomienda ampliarlas con otras fuentes. Véanse por ejemplo, los artículos sobre Salud Urbana y Entornos Saludables en este mismo libro.

¹³ Véanse referencias a escuelas saludables al final del artículo.

¹⁴ Ejemplos: la Universidad del Valle de Costa Rica y la Universidad de Caldas de Manizales-Colombia, donde existen proyectos de universidades saludables.

cos de situación, identifiquen las inequidades y desigualdades sociales, analicen políticas públicas existentes y propongan políticas públicas saludables; en resumen, que se empapen de los problemas de la vida cotidiana de los ciudadanos comunes y corrientes de su localidad.

Los lugares de trabajo son otros escenarios muy adecuados para propuestas de operativización de la PS por la influencia que pueden tener en la población económicamente productiva, blanco importante para las acciones tanto de prevención de enfermedades como de promoción de vida saludable. El lugar de trabajo es ideal para influir en la creación de entornos favorables a la salud tanto físicos, como culturales y sociales. Lamentablemente, entre nosotros no han sido muy utilizados para implantar intervenciones concretas de promoción de carácter más amplio al que ya tiene la salud ocupacional tradicional.

Sin embargo, en la historia de la salud pública no hay que olvidar, que en el siglo XIX fueron las condiciones que sufrían los trabajadores, niños y adultos en Inglaterra tanto en los lugares de trabajo como en los de habitación, las que despertaron conciencias y crearon movimientos semejantes al de la promoción de la salud de hoy. Los ambientes de trabajo y la población trabajadora deben incorporarse a los espacios privilegiados para la acción, incluyendo la promoción de políticas saludables tanto en empresas públicas como privadas, para que regulen las horas de trabajo, las medidas de seguridad, los beneficios de la mujer trabajadora lactando, los ambientes libres de humo, las prácticas recreativas y de ejercicio físico, etc. De otro lado, el uso de la comunicación y las intervenciones educativas para cambios de estilos de vida, tendrían repercusiones en las familias de los trabajadores, principio masificador importante.

Con referencia a escenarios más limitados, existen en la actualidad movimientos de varios de ellos, entre los que se destacan los de "hospitales promotores de salud"¹⁵ promovidos por la OMS y que han tenido desarrollos importantes en varios países de Norteamérica y Europa.

En Inglaterra ha surgido con apoyo de la OMS la iniciativa de las "prisiones saludables" (University of Liverpool 1996), que buscan mejorar las condiciones ambientales, físicas y conductuales del personal de reclusos y guardianes. En Colombia esta iniciativa despertó interés hace algún tiempo¹⁶, pero, al parecer no se implantó. En la misma ciudad de Liverpool existe un proyecto de PS en clubes nocturnos saludables (University of Liverpool 1997), que se utilizan para dar información sobre los riesgos de enfermedades de transmisión sexual (SIDA), drogadicción, alcoholismo y tabaquismo. Este es un ejemplo para todos los responsables de salud pública, sobre escenarios estratégicos para algunas acciones de promoción y de prevención.

En El Salvador, se inició también una estrategia de "mercados saludables", como un medio para implantar acciones de control de alimentos, fuente permanente de riesgos de enfermedades. Por otra parte, los mercados son espacios muy importantes en la cultura latinoamericana para la socialización.

En todos estos proyectos y movimientos, como se les llama comúnmente, es muy alentador poder aplicar los principios y estrategias de la PS, en todas sus dimensiones y metas de equidad, desarrollo y justicia social.

5. Instrumentos metodológicos

Si se acepta que la PS es una nueva disciplina que toma elementos de muchas otras,

es necesario admitir que el arsenal metodológico que se podría incorporar a su aplicación es muy amplio y versátil. Existe por lo tanto, un vasto campo para la investigación en este sentido, que es necesario promover. En este artículo no se pretende presentar con detalle todas las particularidades teórico-prácticas de cada uno de los campos metodológicos que tienen aplicación en la PS, porque eso es objeto de publicaciones especializadas de expertos en cada disciplina, sino ofrecer un menú amplio de los instrumentos más comúnmente utilizados en la operativización de la PS.

Un primer grupo de instrumentos se ubica en el área de la educación y comunicación de salud. Si se revisa la literatura con respecto a métodos de la promoción se encuentra profusión de referencias a las metodologías educativas, que es explicable porque la educación para la salud o educación sanitaria es más antigua que la PS.

En las últimas dos décadas de este siglo, se ha realizado un gigantesco volumen de estudios y programas de educación y comunicación para hacer frente a uno de los desafíos más grandes de la ciencia actual como lo es, sin duda, el problema del SIDA y la infección VIH. Esto se debe a que los conocimientos acumulados hasta ahora permiten concluir que mientras no se tenga un biológico como arma preventiva, la única forma de controlar el problema es a través de cambios de comportamiento. La PS se ha lucrado de todo este cúmulo de investigaciones y conocimientos derivados de las experiencias con diferentes enfoques y estrategias de información, educación y comunicación en salud. Se menciona este hecho, porque gran parte de la literatura actual sobre comunicación, mercadeo social y educación son artículos referidos al problema del SIDA, muy útiles para ilustrar el potencial de metodologías y técnicas innovadoras para lograr cambios de comportamiento.

Hoy los instrumentos de información pública y comunicación social, se materializan y encuentran su forma de expresión en un gran desarrollo tecnológico, donde la edu-

cación para la salud se "re-crea" y se aparta de las tradicionales "charlas", circunscritas a las salas de espera de los centros de salud, por lo tanto, obligando a los interesados en la PS a ilustrarse sobre estos avances.

Los métodos que más se utilizan en la educación para la salud se basan en la aplicación de técnicas participativas que conducen a la toma de conciencia por parte de los educandos sobre sus problemas, de acuerdo con principios muy conocidos de la escuela de Freire (Wallerstein 1994a, 1994b). Esto ha sido criticado por algunos, aduciendo que el gran énfasis que se da a la participación en la educación y en la promoción de la salud, puede suplantar la entrega de información y contenidos científicos por parte del educador de tal forma, que se le niegue a éste su papel de conductor, cayendo en lo que Cardaci llama "populismo pedagógico" e incluso a que se considere que el "buen educador en salud es aquel que maneja la mayor cantidad de técnicas participativas" (Cardaci 1997a). Para esta autora, el desafío está en lograr la entrega de contenidos e innovaciones dentro de procesos participativos para que no se niegue el conocimiento científico importante a los individuos y grupos.

El proceso educativo debe verse en forma integral de acuerdo con los aportes de la psicología y la sociología, lo que implica aceptar que se relaciona más con el proceso de alcanzar la autonomía del individuo y la creación de una sociedad libre, y mucho menos con la persuasión de la gente para que adopte los comportamientos considerados como apropiados por otros. Es decir, se debe dejar la opción de la escogencia por parte del individuo, pero se debe asimismo, trabajar con la gente para que analice sus comportamientos y actitudes y los cambie si es del caso, pero no imponérselos. Esta corriente, que se podría ubicar como característica del post-modernismo por la fuerte defensa del derecho individual, es la de la educación como instrumento para lograr el empoderamiento del individuo, mediante la adquisición de ha-

¹⁵ En Argentina, municipio del Huila, existe una experiencia innovadora de PS que desde el hospital local se proyecta a la comunidad de mujeres gestantes de toda la población, en forma integral.

¹⁶ Funcionarios del Ministerio de Salud visitaron la experiencia de Liverpool en 1996.

bilidades que les permitan tomar el control de su propia vida.

Weare (1992) concluye que son importantes, tanto el reconocimiento que la educación efectiva debe adoptar métodos activos participatorios, como la del desarrollo de "curricula integrados en espiral", teniendo en cuenta el grado de desarrollo, el estado cognoscitivo y la situación emocional de los individuos o grupos a educar.

El gran auge de la educación sanitaria se inicia a mediados de los años 40. Según Cardaci (1997b), la educación sanitaria fue definida por Seppilli en 1958 como "el proceso educativo que tiende a que los ciudadanos se comprometan con la defensa de la salud individual y colectiva". La autora discute con razón, que esa definición está muy cercana a los conceptos que vinieron después para la PS, implicando acciones por fuera del sistema sanitario a partir de la década del 70. Desde entonces, los nuevos conocimientos y teorías sobre los factores que median en los cambios de comportamientos, y el desarrollo de las comunicaciones, han influido para que los programas educativos de salud tradicionales perdieran mucho terreno en el ámbito de la salud pública, y para que las tendencias cambiaran hacia la utilización de las tecnologías de comunicación de masas para obtener el efecto multiplicador y la cobertura de grandes grupos de población.

La influencia de la psicología y de la sociología en la PS está ligada precisamente a todos estos cambios teóricos en educación y comunicación; así por ejemplo, la premisa que el conocimiento era un determinante de las actitudes y de las conductas, influyó para que muchas de las campañas realizadas en Estados Unidos para la prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, se diseñaran como divulgación al público de información científica sobre los peligros del cigarrillo, la dieta alta en grasa, la falta de ejercicio físico y la hipertensión arterial. Este movimiento de entrega de conocimientos a través de medios masivos, y la gran producción de

materiales educativos para distribuir en clínicas, hospitales, asociaciones científicas, etc., tuvo gran desarrollo en las décadas del 50 y 60, pero los resultados no fueron los esperados; en primer lugar, porque el conocimiento llegó preferencialmente a los grupos más educados, y el conocimiento lo integraron los universitarios y profesionales pero no la gente más pobre como los de raza negra, que continuaron con crecientes índices de enfermedades cardiovasculares.

Hay que admitir también que de esas experiencias sobre lucha contra los factores de riesgo para enfermedades del corazón y cáncer, ligada a la promoción de estilos de vida, se obtuvieron experiencias muy valiosas de éxitos y fracasos para el futuro desarrollo de la PS. Una de ellas, ya mencionada en este libro, es el de Carelia del Norte (North Karelia) en Finlandia, cuyo éxito se debió fundamentalmente, en primer lugar a la concepción política del problema, y en segundo lugar, a que los cambios de comportamientos se enfocaron desde un principio en un nivel poblacional y no individual, con programas educativos y de comunicación basados en teorías de psicología social (McAllister et al 1982).

En los años setenta, empezaron a conocerse resultados de estudios más sofisticados sobre lo que rige el cambio de comportamiento en el individuo, hasta llegar a la teoría de Bandura (1977), conocida como la **teoría del aprendizaje social**, que sitúa la educación dentro de un entorno social donde los factores externos al individuo son decisores para los cambios de conductas; en este sentido, plantea que el cambio es guiado por las consecuencias esperadas y que entre más positivas sean éstas y a más corto plazo, mayor es la probabilidad que se produzca el cambio deseado; así por ejemplo, es más probable conseguir una conducta positiva por gratificaciones inmediatas que por temor a daños a largo plazo, la aceptación social inmediata al que no fuma es más determinante en un adolescente que la amenaza del cáncer cuando sea adulto (Bennett y

Hodgson 1992). De igual modo, Bandura enfatiza la importancia de los sistemas de retroalimentación que proporcionen motivación personal. Se trata sobre todo, de promocionar la autoestima y la autoconfianza por medio de mensajes positivos en la educación sanitaria individual o en los medios de comunicación.

Con relación a la comunicación social aplicada a la PS, es pertinente considerar los conceptos más aceptados hoy. Beltrán define la comunicación como "... el proceso de interacción social democrática, basado en el intercambio de símbolos, mediante el cual los seres humanos intercambian voluntariamente experiencias en condiciones de libre e igualitario acceso, diálogo y participación. Todos tienen el derecho a comunicarse para satisfacer necesidades de comunicación por el disfrute de recursos de comunicación. Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos. El principal no es el ejercitar influencia sobre el comportamiento de otros" (Beltrán 1998); es decir que para este reconocido experto latinoamericano, la comunicación implica libertad ante todo. Del Bosque (1998 a, b) afirma que "el proceso de intercambio de información capaz de generar retroalimentación modificando a los sujetos participantes, constituye el fenómeno conocido como comunicación" y reconoce tres tipos: la comunicación interpersonal "que optimiza el empoderamiento individual y facilita la autogestión"; la comunicación grupal, "fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria" y la masiva que "despierta interés, crea opinión e imagen y predispone al público hacia conductas saludables".

La organización de programas de comunicación en salud, permite:

- aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas y soluciones,
- influir sobre las actitudes para crear apoyo en la acción personal o colectiva,
- demostrar o ejemplificar habilidades,
- incrementar la demanda de servicios de salud, y

- reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

Pero no puede:

- compensar la carencia de servicios de atención a la salud,
- producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden,
- ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes. (OPS 1992).

Existe en la literatura mucha información sobre diferentes teorías y prácticas educativas y de comunicación social que se han aplicado y se siguen aplicando para influenciar las conductas de salud de las personas y los grupos; explicarlas todas sería muy extenso, y no es éste el propósito. Sin embargo, es pertinente mencionar algunas que al parecer siguen teniendo mucha vigencia. Entre ellas está la teoría de la **difusión de innovaciones** (Rogers 1983), que explica cómo nuevas actitudes, conductas y productos penetran y se difunden en los grupos sociales. El concepto de grupo de referencia o de líder de opinión, se considera indispensable porque normalmente las innovaciones se difunden de arriba a abajo. Se espera que los líderes de opinión no sólo estimulen a la población a cambiar a través de su ejemplo personal, sino también que aceleren el proceso con su apoyo personal.

Pero quizá la aplicación de las teorías de comunicación, que tiene una expresión muy particular y que en la actualidad despierta mucho interés en los grupos que implantan la PS, es el **mercadeo social (social marketing)** o también denominada **comercialización social**. Alrededor del mercadeo aplicado a la salud existe una controversia entre los diferentes expertos de la promoción que es importante tener en cuenta; de un lado, están los que no aceptan que una técnica o un enfoque que proviene de las leyes capitalistas del mercado se aplique a un campo social como la salud, de otro lado, están los que opinan que al mercadeo es

posible darle una perspectiva social; y que sus beneficios han sido probados en la obtención de resultados a corto plazo con relación a problemas sociales que requieren de enfoques masivos, y además arguyen, que es un planteamiento integrador de diversas teorías educativas y de comunicación.

Desde la década del 60 se empezaron a aplicar los principios del mercadeo o comercialización a causas sociales (Ling 1992), pero son Kotler y Zaltman (1971) los que dan el nombre de "social marketing" a la aplicación de prácticas de mercadeo a objetivos sociales y sin ánimo de lucro, mediante la combinación adecuada de las cuatro variables básicas o cuatro P's, que antes sólo se circunscribían a la empresa y cuyo objetivo era el de encontrar y estimular compradores.

Estas cuatro P's son:

Producto, lo que se quiere cambiar en la conducta de la audiencia.

Precio, lo que el consumidor debe entregar para recibir los beneficios del programa, que en salud son más costos intangibles, como modificación de creencias o hábitos.

Plaza —o lugar—, los canales que se utilizan para alcanzar a la audiencia, como la radio, la TV, el megáfono, etc., y

Promoción, el cómo se da a conocer el producto, qué estímulos se utilizan (OPS 1992).

El continuo interés por las motivaciones cambiantes de los clientes reflejada en la investigación sistemática de sus necesidades, opiniones y preferencias, se adaptó conceptualmente a necesidades sociales, conservando las cuatro P's. Para ello se adoptaron métodos del mercadeo de bienes como: el análisis y segmentación de la audiencia; la investigación de los consumidores; la conceptualización y desarrollo del producto; la prueba piloto del mensaje; la comunicación dirigida; la facilitación; la teoría del intercambio, y el uso de agentes voluntarios o pagados con incentivos (Ling et al 1992).

La idea es aplicar el mercadeo social a causas que trascienden el ámbito empre-

sarial. Se ha ensayado su metodología y tecnología para abordar intercambios en la política, la educación, el arte, la salud, etc. (Grimaldi 1996). La aplicación en salud se ha hecho, de acuerdo con Kotler, para la orientación de campañas que buscan un cambio social planificado mediante la influencia en el comportamiento del público al que se dirigen. Cada vez se utilizan más los métodos del mercadeo social para campañas de salud pública, pero algunas consiguen pobres resultados, al parecer porque no se diseñan bien, ni se aplica la metodología correcta.

Según Grimaldi las campañas fracasan: cuando existe un núcleo a quienes no alcanza a llegar la información, por falta de involucrar a los individuos en el problema, por falta de congruencia entre la información que se proporciona y las actitudes previas de la audiencia, o por la percepción selectiva de las diferentes personas según sus creencias y valores, que lleva a diversas lecturas del mensaje. Lo cierto es que hay muchos factores que deben controlarse en una campaña de mercadeo social, por ejemplo: los estudios deficientes sobre la audiencia, si hay debilidades en ella de tipo cognoscitivo o si hay actitud opuesta a la campaña provocada por problemas culturales, etc.; desde el punto de vista de los mensajes también hay problemas relacionados con su contenido y forma, hay que analizar si son motivadores o no al cambio de actitud y si hay dificultades para la comprensión y la asimilación del contenido; finalmente, los errores con respecto a los medios seleccionados, si éstos son o no apropiados.

Persisten aún muchas críticas a la utilización del mercadeo social en salud pública, éstas son las principales: el tema de la comunicación y el mercadeo tiene un subfondo siempre presente y es el ético; aquellos que temen que se impongan criterios de los económicamente poderosos manifiestan con razón que siempre será discutible la manipulación por los medios de comunicación de las conductas de la gen-

te; en este mismo sentido se critica que causas sociales sean vistas con ojos comerciales. Es asimismo válida, la pregunta que hiciera Wiebe (1951): "Por qué no es posible vender la solidaridad y el razonamiento como se vende jabón?... Los vendedores de productos de consumo son generalmente eficaces mientras que los "vendedores" de causas sociales son generalmente ineficaces".

Del Bosque (1998 b) se refiere a una "mercadotecnia salutógena" cuyo punto de partida sean los determinantes de la salud, como lo implica la PS. Esta autora destaca el beneficio que puede obtenerse del mercadeo social concebido por Kotler para "modificar conductas mediante la promoción de ideas y prácticas sociales" y reconoce la invaluable influencia positiva que pueden tener las técnicas de comunicación publicitaria y promocional para los fines de la PS.

Los educadores de salud también han hecho serias objeciones al uso de la comunicación y el mercadeo en el campo de la salud, poniendo en duda sus resultados a largo plazo. El argumento principal es que no se educa a la gente sino que se le vende un producto sin que haya mediado un verdadero proceso de formación y transformación; sin embargo, en la currícula de los programas de Educación para la Salud se incluye hoy al mercadeo social como un tema indispensable para el educador.

Finalmente, también existen argumentos de tipo operativo en contra del mercadeo social, que se centran fundamentalmente en las deficiencias de recursos tanto humanos como económicos para poder hacer un uso adecuado de esta herramienta.

Todos los argumentos expuestos en contra de la aplicación indiscriminada de las técnicas de mercadeo o comercialización social para la PS son válidos, y tienen implicaciones importantes en la implantación de estrategias de promoción; no obstante,

los beneficios de campañas bien diseñadas y dirigidas por expertos han probado que son una herramienta más para ser utilizada con fines no lucrativos; sobretodo hay que rescatar la utilidad de la investigación para definir los segmentos de la audiencia. Cada día resulta más atractiva la utilización de los principios del mercadeo para llegar a los grupos de más difícil acceso con mensajes de salud; esto se ha visto mucho en programas de prevención y control del SIDA, donde estudiar los segmentos de los diferentes grupos potenciales usuarios del condón, ha sido muy útil¹⁷.

De otro lado, es un hecho que el mercadeo es utilizado con éxito por los que promueven consumos dañinos como tabaco, alcohol, pesticidas, y otros productos farmacéuticos. Estos hechos de anti-PS han motivado a la salud pública, para encontrar formas de contra-ataque, utilizando técnicas adecuadas y efectivas pero en ningún caso, se cree, debe permitir la utilización de tecnologías y métodos que atenten contra la dignidad humana. En este sentido, Wallack y Montgomery (1992) discuten el aspecto de la publicidad en salud en países de menor desarrollo, incluso auspiciada por los países poderosos y advierten que, siendo la publicidad un aspecto tan interrelacionado con la política, la economía y la cultura de los pueblos, no se puede dejar de tener en cuenta y merece mucha atención por parte de la salud pública en los países pobres.

Para concluir hay que reconocer que las técnicas de comunicación son cada día más eficientes y han creado una "globalización del mercado y la publicidad" que no se puede desconocer, y que es necesario mantener una vigilancia cuidadosa por parte de los gobiernos y autoridades de salud, para que respeten los derechos de las personas y no sean utilizadas con fines propagandísticos comerciales y aunque no se ha di-

¹⁷ Comunicación personal de J.C. March, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en presentación en OPS. Washington, D.C. 1995.

cho la última palabra, el mercadeo social aplicado a problemas de salud, sigue en aumento y tanto la OMS como la UNICEF lo recomiendan y utilizan para fines de salud pública.

Hay un aspecto que cruza los diferentes instrumentos metodológicos que se han revisado y es el de la disponibilidad de avances tecnológicos de informática, en especial el uso de computadores, correo electrónico, Internet, etc., que deben ser considerados como insumos deseables para todas las poblaciones y comunidades del mundo, por pobres que sean. La brecha hoy en día pasa por el acceso o no a estos avances (Milio 1996). Esta autora se refiere al uso de las "máquinas para el empoderamiento" y, con justa razón reclama que no puede existir la equidad si esta brecha no se tiene en cuenta. Para la PS es pues un elemento muy importante a considerar en lo que respecta a su operativización, que tiene implícita la equidad en términos de igualdad de oportunidades. La disponibilidad de tecnologías que faciliten el funcionamiento de redes, la formación de alianzas, el intercambio de experiencias y conocimientos, serán cada día elementos insustituibles para la promoción.

6. Negociación, concertación, consensos

Para pasar de la teoría a la práctica en PS, es necesario utilizar en forma simultánea y complementaria diversos mecanismos y metodologías que sirvan para implantar los procesos que se quieren activar, según se ha visto, a lo largo de este artículo. En ese sentido, para el desarrollo de la estrategia y los procesos políticos la negociación, la concertación y la búsqueda de consensos son instrumentos de gran valor. La negociación es para algunos, de mayor fuerza política porque logra el compromiso más fácilmente; por el contrario, cuando no se negocia bajo la premisa de que "todos ga-

nen" es más difícil que los diferentes actores y sectores cumplan compromisos, en cuyo caso, las acciones intersectoriales propuestas pasan a ser retórica.

Para otros, es más importante la concertación porque es cuando se logra la unidad de acción con un objetivo común. La concertación "es un procedimiento que reúne el conjunto de prácticas articuladas de un grupo de actores autónomos que han convenido armonizar no solamente sus orientaciones, sino también sus estrategias de intervención y sus acciones concretas en el seno de un sector de actividad dada" según la definición de Schneider (Gómez 1998), quien se refiere a la intersectorialidad como "la concertación por fuera del campo de la salud".

Negociación y concertación son a su vez, herramientas que se utilizan en la PS para fortalecer diferentes áreas de acción interrelacionadas, tales como la formulación y ejecución de políticas públicas saludables, el mejoramiento de entornos y, sobretodo, para el fortalecimiento de procesos participativos.

La búsqueda de consensos está de moda en la actualidad dentro de los planteamientos del post-modernismo, como instrumento para atender la presión de la sociedad por hacer valer los derechos y sentires individuales. En Estados Unidos se puso de moda en la década del 90 la estrategia de "los nuevos pactos", con diversos fines que buscaban reunir fuerzas de los ciudadanos para llevar sus quejas, reclamos e inquietudes al gobierno y que éste los tuviera en cuenta en las políticas. Los consensos permiten la identificación de metas y objetivos comunes para hacer funcionar la maquinaria social en torno a ellos.

Lógicamente la negociación, concertación y el logro de consensos requieren fundamentalmente de métodos de participación y empoderamiento, y la herramienta principal es el diálogo sistematizado con propósitos claros. En los proyectos de municipios saludables, estos procedimientos son necesariamente indispensables para sus propósitos.

Conclusiones

La arena de la PS es un campo difícil; y pasar de la retórica a las acciones concretas implica la puesta en marcha de complejos procesos a veces desgastantes. Los esfuerzos de muchos tienen que unirse en frentes pluralistas y compartidos, lo que siempre es difícil de conseguir en los grupos humanos. Sin embargo, de la revisión somera que se ha efectuado de los métodos e instrumentos que se incorporan cada vez más a la práctica de la PS verdadera para influir en los determinantes de la salud, se puede concluir lo siguiente:

1. Es necesario que una verdadera maquinaria social se active para que la PS pueda mostrar resultados en términos de mejoramiento de la salud y de la calidad de vida.
2. La construcción de la agenda para la acción en la PS, es un proceso dinámico y debe continuar enriqueciéndose con aportes de experiencias concretas en diferentes contextos.
3. Las acciones políticas de la PS deben orientarse a colocar la salud como componente de la "política pública social", que hace necesario utilizar herramientas de eficacia política como la abogacía o cabildeo; la búsqueda de pactos y alianzas estratégicas con sectores, grupos e instituciones influyentes; manejar las técnicas de información y comunicación modernas, y sobretodo, la movilización de la ciudadanía para producir colectivamente el bien social de la salud.
4. La participación comunitaria y el empoderamiento individual y colectivo, son elementos indispensables en toda agenda de acción de la PS.
5. Los procesos que se deben impulsar para la PS deben ser continuos, y basa-

dos en principios éticos, de democracia participativa y de justicia social; la PS no puede concebirse como un medio de manipulación de las comunidades con fines de lucro o de servicio a intereses mezquinos.

6. Las iniciativas y procesos de PS deben tener el potencial de ser masificados, para obtener impactos mayores con relación al mejoramiento de ambientes y de bienestar de las poblaciones locales.
7. Son necesarias las infraestructuras para la implantación y desarrollo de experiencias y programas de PS, y deben incorporarse a ellas, recursos técnicos de varias disciplinas, así como recursos financieros para apoyar a las organizaciones comunitarias.
8. Los avances tecnológicos de la información y la comunicación deben ser accesibles a las comunidades, para fortalecer los procesos comunicativos entre sí y con el resto del mundo. En una era de globalización, la brecha por la inaccesibilidad a estas tecnologías, es cada día más vergonzosa.

A medida que se avanza en el desarrollo de la PS en los países latinoamericanos, se obtiene mayor conciencia por parte de los trabajadores de la salud para cambiar y reconocer la importancia de una nueva salud pública, basada en los principios y mecanismos de acción de esta estrategia integral; pero aún hay mucho camino por recorrer y para conseguir que se reduzcan las resistencias a los cambios. La PS no es un problema sólo de inversiones, aunque ellas sean importantes, sino de cambios a todo nivel para involucrar a los actores sociales capaces de construir sociedades más justas, equitativas y con mejor calidad de vida.

Bibliografía

- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood. Cliffs N.J. Prentice Hall. Citado por GRIMALDI REY, D. (1996).
- BELTRÁN, L. R. (1998). Comunicación para la salud del pueblo: Una revisión de conceptos. Documento presentado a IV Foro Nacional de Salud Comunitaria: Información y comunicación, estrategias para el avance de la Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- BENNETT, P. y HODGSON, R. (1992). *Psychology and Health Promotion*. En: BUNTON AND MACDONALD editors. *Health Promotion. Disciplines and Diversities*. Routledge London, New York. pp. 23-41.
- BUCK, C. (1985). Después de Lalonde: La creación de la Salud. Traducción al español de artículo original publicado en *Canadian Journal of Public Health* en 1985. En: OPS/OMS (1996c).
- CARDACI, D. (1997a). *Health Education in Latin America: The Difficulties of Community Participation and Empowerment. Promotion and Education*. Vol. IV-I pp. 20-22.
- CARDACI, D. (1997b). Promoción de la Salud: cambio cultural o nueva retórica? Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina. Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. México, D. F.
- CARDACI, D. (1998). Educación para la Participación en Promoción de la Salud. En: DEL BOSQUE ET AL (1998a). pp. 186-194.
- DE ROUX, G. (1994) Participación Social y Municipios Saludables. Documento presentado en el Encuentro Internacional de Municipios Saludables. Cali, junio 1-3.
- DEL BOSQUE, S., GONZÁLEZ, J., MADARIAGA, A. Comps. (1998a). ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social -CIESS- y OPS/OMS. México D. F. pp. 75-89.
- DEL BOSQUE, M. T. (1998b). Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas aplicadas a la Promoción de la Salud. En: DEL BOSQUE ET AL (1998a). pp. 212-276.
- EPP, J. (1986). *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Paper for Ottawa Conference on Health Promotion (Versión en español) En: OPS/OMS (1996c).
- FORO NACIONAL POR COLOMBIA, Capítulo Regional Valle del Cauca (1998). *La Política Social Municipal: Notas para la definición de un enfoque*. En: En Busca de la Equidad. Política Social para el Municipio de Cali. Documento preliminar, Cali (mimeo). mayo, 1999.
- FREIRE, P. (1973). *Education for Critical Consciousness*. New York: Seabury Press.
- GÓMEZ-ZAMUDIO, M. (1998). *Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud*. Unidad de Salud Internacional de la Universidad de Montreal, Canadá.
- GREEN, L.W., y KREUTER, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational And Environmental Approach*. Palo Alto California. Mayfield Publishing Company.
- GRIMALDI-REY, D. (1996). *Marketing Social y Promoción de la Salud*. Ponencia en las Jornadas Nacionales de Epidemiología. (Memorias) Manizales, Colombia.
- KICKBUSCH, I. (1986). Promoción de la Salud. Una Perspectiva Mundial. En: OPS/OMS (1996c). pp.15.
- KOTLER P. y ZALTMAN G. (1971). *Social Marketing: An approach to planned social change*. *Journal of Marketing*. Vol. 35: pp. 3-12, citado por DEL BOSQUE (1998b).
- LEÓN, M. (Compiladora) (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. TM Editores Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- LING, J. C., FRANKLIN, B. A. K., LINDSTEAD, J.F., GEARSON, S.A.N. (1992). *Social Marketing: Its Place in Public Health*. *Annual Review of Public Health*; 13: pp. 341-362. Annual reviews Inc. Palo Alto Ca. Versión en español En: OPS/OMS (1996c).
- MCALLISTER, A., PUSKA, P., SALONEN, J. T., TOUMILEHTO, J. y KOSKELA, K. (1982). *Theory and action for health promotion: illustration from the North Karelia Project*. *Am. J. of Public Health* 72.
- MILIO, N. (1986). *Promoting Health through Public Policy*. Canadian Public Health Association.
- MILIO, N. (1988). *Búsqueda de Beneficios Económicos con la Promoción de la Salud*. En: OPS/OMS (1996c). P. 47
- MILIO, N. (1990). *Nutrition Policy for food-rich countries: A strategic analysis*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- MILIO, N. (1996). *Engines of Empowerment. Using Technology to Create Healthy Communities and Challenge Public Policy*. Health Administration Press Chicago, Illinois.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA (1999). *Estrategia de Escuelas Saludables. Lineamientos Generales*. Dirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Santa Fe de Bogotá.
- NUTBEAM, D. (1996). *Glosario de Promoción de la Salud*. En: OPS/OMS (1996c).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Ginebra, Suiza.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1992). *Manual de Comunicación Social para Programas de Salud: Programa de Promoción de la Salud*. Traducido y adaptado por Fox, E. del original en inglés: *Making Health Communications Programs Work: A Planner's Guide*. National Cancer Institute. NIH Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1994). *División de Promoción y Protección de la Salud. Plan de Acción Regional*. Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1995). *Promoción y Educación de la Salud Escolar. Una perspectiva integral*. Marco Conceptual y Operativo. Washington, D. C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1996a). *Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y guía para la acción*. HSP/SILOS-36. Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1996b). *Promoción de la Salud mediante las Escuelas: Iniciativa Mundial de Salud Escolar*. Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1996c). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica No. 557. Washington, D. C.
- POWELL, K.E., y Col. (1991). *Dimensiones de la Promoción de la Salud Aplicadas a la Actividad Física*. Versión en español. En: OPS/OMS (1996c) pp. 352.
- PUSKA, P. et al. (1985). *The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project*. *Annual Reviews of Public Health*.
- ROGERS, E. (1983). *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press. Citado por GRIMALDI-REY (1996).
- SABINE, G. H. (1998). *Historia de la Teoría Política*. Fondo de Cultura Económica. Primera reimpression colombiana.
- TERRIS, M. (1992). *Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory*. *J. of Public Health Policy* Vol. 13, No. 3. pp. 267-276.
- UNIVERSITY OF LIVERPOOL (1996). *Healthy Prisons: A Vision for the Future*. Report of the First International Conference on Healthy Prisons, Liverpool, 24-27 march 1996. Squires, N., Strobl, J. editors.
- UNIVERSITY OF LIVERPOOL (1997). *Club Health. The Health of the Clubbing Nation*. Kifoye, M., Bellis, M.A., editors.
- WALLACK, L. MONTGOMERY, K. (1992). *Publicidad para todos en el año 2000: Implicaciones de salud pública para los países menos desarrollados*.
- WALLERSTEIN, N. (1992). *Powerless, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion*. *Am. J. of Health Promotion*. Vol. 6, No. 3.
- WALLERSTEIN, N., SANCHEZ-MERKI, V. (1994a). *Freirian praxis in health education: Research results form adolescent prevention program*. *Health Education Research Theory & Practice* Vol. 9 No. 1 pp. 105-118.
- WALLERSTEIN, N., BERNSTEIN, E. (1994b). *Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health*. *Health Education Quarterly* Vol. 21(2): pp 141-148.
- WEARE, K. (1992). *The contribution of education to health promotion*. En: BUNTON Y MCDONALD (1992). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge London New York. pp. 66-85.
- WIEBE, G. D. (1951). *Merchandising Commodities and Citizenship on Television*. *Public Opinion Quarterly* 15, pp. 679-691. Citado en: GÓMEZ-ZAMUDIO (1998).