

2 Conceptos y definiciones

Helena E. Restrepo

En este artículo se presenta el marco conceptual de referencia de la Promoción de la Salud -PS-, y se discuten algunos aspectos que aún son objeto de controversia en el campo de la salud pública. La literatura disponible permite efectuar una reconstrucción muy enriquecedora de la evolución de la teoría y práctica de la PS en las últimas tres décadas, así como plantear inquietudes sobre la necesidad de continuar con la construcción de esta nueva área de trabajo, que se perfila como la más desafiante para el momento histórico actual, en el campo de la salud pública.

Introducción

Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la PS, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio trascendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. El concepto biomédico hizo crisis, y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del "bienestar humano", y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas "necesidades básicas" y el derecho a otras "aspiraciones" que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar

con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

No se puede separar este nuevo concepto de salud de la búsqueda de una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente, y ello es ciertamente, un objetivo central de la PS. Salud ya no es sólo disponer de atención a la enfermedad, sino que implica muchas otras cosas, por lo tanto, la cobertura y acceso a los servicios de salud no puede ser más la

"meta" de la salud pública. La interrelación de la PS con la equidad social está determinada a su vez por el nuevo paradigma de salud, y tiene hoy grandes implicaciones en los procesos de reforma de los sistemas de salud. Se supone que dichas reformas buscan el respeto y salvaguardia de los principios de equidad social y, no solamente, la igualdad en el tipo de atención médica para todas las personas, lo que se tratará en otros artículos de este libro.

1. Antecedentes cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa

En el artículo anterior de este libro se presentó un recuento histórico de la PS, por lo que en éste solo se abordan los antecedentes más cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá y de su declaración, La Carta de Ottawa. Entre ellos, es justo referirse a la teoría de Antonovsky para quien la base de la salud, es lo que llamó "Sentido de la Coherencia", definido como "una orientación general que expresa la magnitud del profundo sentimiento de confianza constante pero dinámico, de que los entornos interno y externo de cada uno, son predecibles y de que hay grandes probabilidades de que todo vaya tan bien como es razonable esperar"; este concepto implica la importancia de las condiciones sociales que rodean la vida de los individuos, para condicionar su capacidad de actuar dentro del continuum -de lo salutogénico a lo patogénico- que el mismo autor plantea, y en el que se mueven tanto el individuo como los grupos sociales. Antonovsky vincula de esta forma el estado de salud, tanto indivi-

dual como colectivo, a todos los factores socioculturales e históricos que permiten o hacen posible el desarrollo de la confianza para actuar en forma "salutogénica o patogénica" (Antonovsky 1979, 1987).

Otro de los más inmediatos insumos para la Conferencia Internacional de Ottawa de 1986, ha sido el Informe Lalonde (1974), del político y Ministro de Salud de Canadá, que contiene un cuestionamiento de las políticas de salud de su país, motivado porque los recursos en el área de la salud se dedicaban fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales a la enfermedad, y muy poco para incidir en los condicionantes de las enfermedades más prevalentes y responsables de la mayor mortalidad de los canadienses (enfermedades crónicas no transmisibles tales como cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes, etc.). Para Lalonde, los principales factores condicionantes de estas enfermedades, los ambientes y los comportamientos o estilos de vida, no tenían la misma prioridad que se le daba a los servicios asistenciales, aun cuando eran responsables en su conjunto, de más del 80% de la causalidad de dichas enfermedades. Este informe ampliamente difundido, sin duda tuvo repercusiones en el nascente movimiento de la PS. Sin embargo para algunos críticos, formuló pocas recomendaciones que obligaran al gobierno canadiense a modificar los determinantes mayores de la situación precaria de salud de algunos grupos de población (Buck 1985).

Otra influencia positiva para la construcción de la PS, son los estudios epidemiológicos de intervención sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria de Carelia del Norte, Finlandia, cuyo éxito fue ampliamente difundido en los años 70 y 80. Este famoso proyecto, se basa en un enfoque poblacional para influenciar los com-

¹ Traducción tomada del libro Promoción de la Salud: Una Antología. OPS/OMS Publicación Científica No. 557, E. 6.

² Al respecto de las teorías de Antonovsky, Buck (1985) comenta que en nuestra sociedad pueden identificarse factores no salutogénicos del entorno que son "grandes obstáculos para la salud".

portamientos y en el impulso a políticas públicas saludables, tales como producción de alimentos, educación en las escuelas y control del tabaquismo, entre otras (Puska 1995). Lamentablemente, muchos de los que desarrollaron proyectos semejantes, dieron mayor importancia a las intervenciones para cambios de comportamiento individual y menos a su estrategia política poblacional³.

No hay duda de la influencia de la estrategia de la OMS sobre la Atención Primaria de Salud en Alma Ata (1977) y de la filosofía de "Salud para Todos en el Año 2000", que fueron inspiradoras de muchas iniciativas en todos los países del mundo, para mejorar las condiciones de salud de los más postergados. De estos planteamientos se han derivado múltiples documentos, que sería muy largo enumerar y que contribuyeron, en todos los países, a mejorar la atención de la salud. Por razones de extensión, se deja aquí esta enumeración.

2. La Carta de Ottawa

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la PS, porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los

países miembros de la OMS para alcanzar la Meta de "Salud para Todos en el Año 2000", que no avanzaba como se esperaba, "el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior... es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos"⁴ (Mahler 1986). La PS surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.

La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la "abogacía" o "cabildeo", la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar. La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la PS; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

1. Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

Más adelante se discutirán las implicaciones prácticas de estas cinco áreas de acción.

3. Otras declaraciones y documentos que siguieron a la Carta de Ottawa

A la Conferencia de Ottawa siguieron otras Conferencias Internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes, entre las que se destacan:

- **Conferencia de Adelaida-Australia, 1988.** Tema: Políticas Públicas Saludables. La Declaración de esta Conferencia, definió la política pública saludable como "la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable" y llamó la atención, sobre la necesidad de pedir cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud.
- **Grupo de Trabajo de la OMS, 1989.** Tema: Promoción de la Salud en países en desarrollo. Dió origen al documento "Un Llamado para la Acción", en el que se recomendaron estrategias de acción social como el abogar por causas de salud pública, el fortalecimiento del soporte social a las comunidades pobres, y el empoderamiento de los grupos más postergados y marginados; todo ello, para que se pudieran reactivar los procesos de desarrollo en los países más pobres, afectados por la crisis económica de los 80s.
- **Conferencia de Sundsvall-Suecia, 1991.** Tema: Ambientes Favorables para la Salud. En sus conclusiones, destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.
- **Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá-Colombia 1992,** con la participación de todos los países de América Latina. Tema: Promoción de la Salud y Equidad. Reafirmó los principios de

la PS de la Carta de Ottawa y enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.

- **Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, 1993.** Tema: Promoción de la Salud del Caribe de habla inglesa. También reafirmó los principios y compromisos con la PS en esta subregión.
- **Conferencia y Declaración de Jakarta, 1997.** Considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la PS después de Ottawa. Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. De igual modo, enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.
- **V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000.** Tema: Hacia una mayor equidad. México, junio 6 - 9 de 2000 (en preparación).

Estos documentos y numerosos artículos y libros, constituyen el bagaje con que cuenta la salud pública actual para jugar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en comunidad. No obstante, su desarrollo conceptual y metodológico ha sido un proceso de construcción difícil en los últimos años, y como dice Kickbush (1994), es todavía "un niño del cual nos sentimos orgullosos".

4. Controversias sobre la Promoción de la Salud, definiciones y conceptos

En las últimas décadas la PS ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino la calidad de vida de la gente, pero ha traído también grandes confusiones para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Terris (1992) afirma:

³ El investigador principal de Carelia del Norte, Pekka Puska, fue politólogo antes que epidemiólogo y utilizó todos los enfoques políticos para el diseño de las intervenciones, aunque este hecho no se encuentra claramente expuesto en los artículos científicos de las revistas especializadas en las que se ha publicado copiosamente sobre este Proyecto (Nota basada en la observación directa del proyecto de Carelia del Norte en 1987 por la autora).

⁴ La frustración del Director de la OMS, H. Mahler, en 1986 era evidente, y la expresó en su discurso de ese año de la Asamblea Mundial de la Salud, al que pertenece la cita.

"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 limitarse a uno u otro aspecto de la formulación completa", y se refiere en particular a la confusión que introdujo la publicación del documento del Cirujano General de los Estados Unidos en 1979, titulado "Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad" (*Healthy People: The Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*) que definió la primera en términos de estilos de vida y, la prevención de la enfermedad, como la protección de la población de los riesgos ambientales. Según Terris, este enfoque condujo a una variedad de interpretaciones sobre el papel de la PS y a su limitación de cambios en estilos de vida, que en nuestro concepto, han ocasionado muchos problemas para la definición del campo de acción de la PS en el ámbito de las instituciones de salud.

Otro problema presentado fue el surgimiento de dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la PS; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado más los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multisectoriales como las de ciudades saludables.

En último término, la falta de claridad sobre los fines últimos de la PS, que se dirigen a conseguir sociedades más saludables en el sentido más holístico, y de entender que se implanta con modelos socio-ecológicos para obtener respuestas a los

problemas de tipo socio-político, ha dificultado el desarrollo y aplicación de la PS en nuestros países.

Concretamente en los países de América Latina y el Caribe, la incorporación de la PS como una de las estrategias para el logro de la equidad, no ocurrió tan rápido después de la Conferencia de Ottawa en 1986, lo que motivó la realización de las Conferencias de Santa Fe de Bogotá (Colombia) y de Puerto España (Trinidad y Tabago). Por esto, es importante insistir en la discusión sobre algunos de los aspectos controversiales, como única forma para avanzar y conseguir mayor comprensión de los alcances de la PS y lograr más uniformidad, claridad y coherencia conceptual, y mejores resultados en la búsqueda de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

Para muchos no es claro si la PS es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton y Macdonald (1992), es que se acerca más al concepto de una "disciplina académica o mejor aún a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas", es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política Social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una "colcha de retazos", sino que con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo "vestido" que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir "bienes sociales" en la forma más efectiva, ética y equitativa posible.

Una pregunta muy pertinente que surge es: ¿Qué papel juega la medicina en esta

concepción de la PS? Es claro que la medicina, en lo que toca con lo social (medicina social), tiene mucho que ver con la PS, pero es la salud pública la que prácticamente se confunde con la PS. Por ello, la llamada "nueva salud pública" (Ashton y Seymour 1988, Kickbush 1994), se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la PS y como tal, ofrece las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupos de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; ésto es, lo que le da el carácter de política, por cuánto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo.

Por desgracia la práctica de la salud pública, al parecer no ha evolucionado al mismo ritmo en que ha evolucionado la PS, trascendiendo la exclusividad del accionar médico, a la expansión a otros campos determinantes de ganancias en bienestar de las poblaciones humanas. El trabajo de salud pública/PS, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etc. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino más justa y equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la PS, y por ende la salud pública.

Existen varias definiciones de PS, entre las cuales se citan las siguientes:

- Carta de Ottawa (1986): "La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.
- OPS/OMS (1990): "La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva". Esta definición fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros de la OPS/OMS en 1990, lo que revela que debieron pasar cuatro años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluir la PS como un componente de las políticas nacionales de salud.
- Hancock (1994): "La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder". "Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política". Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida.
- Nutbeam (1986): "La PS es el proceso mediante el cual los individuos y las co-

⁴ Definición de Política planteada por Beltrán L. R. En: Políticas de Comunicación en Salud, en la Conferencia sobre Políticas Nacionales de Comunicación Social en Salud, Quito, 1991.

⁵ Seminario dictado en la División de Promoción y Protección de la Salud de OPS/OMS, Washington, D. C., 1994.

munidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir". Es una descripción más completa para facilitar la comprensión de la PS y su carácter unificador.

- Kickbusch (1994): "PS no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud". Esta autora considera que la PS ofrece espacios sociales legítimos, para asumir el desafío del cambio de una agenda centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia la producción social de la salud con democracia y participación, en la que la PS está profundamente comprometida.

Se puede continuar con una larga lista de citas sobre conceptos y definiciones, pero la muestra anterior es suficiente para percibir las diversas interpretaciones sobre los alcances de la PS. Sin embargo, es coincidente el concepto de que la PS, se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida ésta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

Un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre los conceptos y definiciones de la PS, es el de las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: la individual y la poblacional o colectiva, aunque como se ha visto, para muchos expertos la PS se refiere siempre a la dimensión poblacional. Sin embargo, se acepta que

hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal, dirigidas a lograr cambios conductuales que genéricamente se conocen como los "estilos de vida". El ámbito más social, más "estructural", es donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones de vida/salud. Lo importante, es que ambos niveles estén conectados, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

5. Argumentos contra la Promoción de la Salud

Desde los griegos como se vio anteriormente, la PS ha sido a veces cuestionada, hoy existen opositores a la PS que se valen de diferentes argumentos para tratar de descalificarla. Estudiantes de medicina, en un ejercicio de la Cátedra de Promoción de la Salud en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, expresaron todos estos argumentos⁴ en contra de la PS: "es una utopía, inútil e irrelevante para el médico que debe atender cosas más importantes como tratar el trauma y las enfermedades; es una carga adicional y difícil para los médicos porque ellos no pueden hacer que la gente asuma su responsabilidad por su salud; es imposible de implantar en sociedades capitalistas; contraviene la búsqueda de la felicidad y el placer por las prohibiciones sobre comer cosas ricas, fumar un buen cigarrillo, y contraviene la búsqueda de la felicidad". Estas opiniones de futuros médicos, reflejan las tendencias de la formación médica hacia lo asistencial en términos de curación como su único papel, pero también refle-

jan el concepto tan limitado que tienen de la PS, muy individualista y sin proyección social, únicamente orientada a lograr que la persona cambie comportamientos nocivos para la salud.

Este tipo de argumentos que se esgrimen para debilitar a la PS, son "estándares" según algunos autores (Downie, Tannahill y Tannahill 1996), y los clasifican en varias categorías que vale la pena considerar:

- La PS asume una posición de "superioridad moral", como la que define lo positivo en salud, en oposición a la medicina clínica y desprecia al modelo biomédico. Este argumento se combate aclarando la importancia de ambas materias, el espacio para cada una de ellas y la necesidad de ampliar los modelos "médicos" en el quehacer de la salud.
- La PS propone intervenciones "gratuitas" sin suficiente comprobación científica. Este argumento tiene validez y debe entonces impulsarse la investigación evaluativa, y dar a las acciones una base sólida demostrativa.
- La PS asume un papel "fascista" al imponer ciertos estilos de vida. Esta crítica también tiene base verdadera cuando el trabajo de PS se limita a promover cambios de estilos de vida, sin un enfoque amplio de políticas públicas, intersectorialidad y participación comunitaria.
- La PS se convierte en el "imperialismo de la salud" cuando se apodera de todo lo positivo de la vida, es decir del "bienestar" como su producto. Es necesario tener una posición más flexible y menos protagónica cuando se trata de reconocer otras contribuciones a ese bienestar; pero también, argumentar que esta crítica es un sofisma, porque justamente lo que reconoce la PS es que el bienestar se consigue con la acción de todos.
- La OMS ha declarado que la PS es un recurso para la vida; esto puede inter-

pretarse como "auto-suficiencia" (*self-absorption*); lo relevante según Downie y Tannahill (1996), es que la "salud es un valor, pero no el valor supremo". Este argumento de auto-suficiencia es fácil de refutar, teniendo claro que la PS trata de lo "saludable" y, como todo el mundo acepta, esto implica muchos otros campos de acción y de producción de bienes sociales.

- La PS es vista como la "comercialización de la salud". Este argumento, es válido si al trabajar en promoción, no se tiene muy claro su valor ético y se disfrazan programas "seudo-educativos" como de PS. La educación para la salud tiene bases metodológicas serias, que implican incrementar la conciencia social y empoderar a los grupos para que puedan hacer los cambios en sus comportamientos. Reducir la PS al uso de "gimnasios" que venden "salud" como una mercancía, se opone totalmente a la filosofía de la verdadera promoción (Milio 1988).
- En el contexto actual de reformas en el Sector Salud, un argumento nuevo que puede atender contra la PS es el de la "competencia por recursos financieros". En este sentido, los defensores de las políticas de salud circunscritas al desarrollo y mantenimiento de "buenos servicios de salud", temen que un énfasis en PS lleve a la distracción de recursos a otros sectores y actores sociales, mientras que los servicios de atención a la enfermedad se debilitan y sufren la escasez de recursos del Estado. Esto último puede ser posible, a juzgar por lo que se observa —al menos en Colombia—, pero no se debe a la asignación de recursos a otras instancias fuera del sector salud, sino a otras causas complejas de organización del nuevo sistema.
- Un argumento similar que puede ser interpretado como "anti-promoción", es esgrimido por Lamata (1994), quien se refiere al Informe Lalonde, ya co-

⁴ Recogidos por el Dr. Gustavo de Roux con propósitos didácticos. Septiembre de 1996.

mentado, y al modelo de Dever (1976), sosteniendo que éstos introducen una "minusvaloración del impacto del sistema sanitario sobre la salud y enfermedad"; y discute los efectos favorables para la producción de salud, de "una política pública responsable de producir buenos servicios de prevención, de diagnóstico y de tratamiento a un coste razonable". Se cree que este tipo de servicios es el que busca la PS, y están muy claras las acciones de reorientación de los servicios de salud en la Carta de Ottawa, y el énfasis de múltiples trabajos no es de reducir recursos ni reconocimientos a la atención de la enfermedad, sino admitir que hay muchos otros protagonistas cuyas acciones son necesarias para mejorar la salud, y que el sector debe activar todas esas fuerzas a través de estrategias diferentes a las intervenciones tradicionales de la medicina. Tampoco es posible negar —como lo sugiere Lamata—, que la atención médica y su tecnología, cuando crecen en forma alarmante arrastrando altísimos costos, se convierten en un determinante de las condiciones de salud y que "una sociedad que gasta en asistencia sanitaria tanto como para no poder, o no querer gastar lo adecuado en otras actividades de mejora de la salud, podría realmente estar reduciendo la salud de su población" (Evans y Stoddart 1994, pp. 29-73).

Conclusiones

De las diferentes consideraciones conceptuales que se han discutido, se concluyen cuatro puntos:

1. La PS se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más "salutogénicamente", alcanzando mayor bienestar con equidad social.
2. La unión de los esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para lograr producir más salud, no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona en su nivel individual para con su salud y la de los demás, pero prima el trabajo con las comunidades mediante nuevos modelos y escenarios de acción.
3. La discusión sobre las bases conceptuales y los argumentos que se esgrimen en su contra, es útil y necesaria para continuar la construcción teórica y práctica de la PS, y para apropiarse de conceptos, estrategias y métodos que permitan mejores acciones de la nueva salud pública.
4. La PS no se opone al mejoramiento de los servicios de salud para la atención de riesgos y enfermedades, pero señala la necesidad de reorientarlos para que cumplan un mejor papel en el mejoramiento de la salud colectiva.

Bibliografía

- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Washington. London.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1988). *La Nueva Salud Pública*. Masson, S. A. Barcelona. Versión española del original en inglés, 1990.
- BUCK, C. (1985). Después de Lalonde: La Creación de la Salud? En: OPS/OMS (1996).
- BUNTON, R. y MACDONALD, G. (editores) (1992). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge. London. New York.
- DEVER, G. E. A. (1976). An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Soc. Ind. Res.* 2, pp. 453-466.

- DOWNIE, R. S., TANNAHILL, C. y TANNAHILL, A. (1996). *Health Promotion Models and Values*, segunda edición, Oxford University Press, pp. 139-152.
- EVANS, R. G. y STODDART, G. L. (1994). Producir salud, Consumir asistencia sanitaria. En: *Por qué algunas gente está sana y otra no? Versión española de 1996*. Díaz de Santos.
- HANCOCK, T. (1994). Health Promotion in Canada: Did We Win the Battle But Lost the War? En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editores. *Health Promotion in Canada*. W. B. Saunders, Canadá, pp. 350-373.
- KICKBUSCH, I. (1994). Introduction: Tell me a Story. En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editores. *Health Promotion in Canada*. W. B. Saunders, Canadá, pp. 8-17.
- LALONDE, M. (1974). A new Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canada.
- LAMATA, C. E. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. En: *Gaceta Sanitaria* No. 43, Vol 8. Julio - agosto.
- MALHER, H. (1986). Discurso ante la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud. Documento interno. Ginebra, Suiza.
- MILIO, N. (1988). Búsqueda de Beneficios Económicos con la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996).
- NUTBEAM, N. (1986). *Guía de la Promoción de la Salud*. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1977). *Salud para Todos en el año 2000*. Declaración de Alma Ata.
- 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, 17-21 noviembre.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1990). *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el cuatrienio 1991-1994*. Washington, D. C. Estados Unidos.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS/OMS- (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica No. 557. Washington, D. C.
- FUSKA, F. et al. (1995). The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease. Conclusions from the Ten Years of The North Karelia Project. En: *Annual Review of Public Health*, Vol. 6. Annual Reviews, Inc., Palo Alto, California, U.S.A.
- TERRIS, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. *Journal of Public Health Policy*. Astoria.

RESTREPO, H.: "PROMOCIÓN DE LA SALUD:
CÓMO CONSTRUIR VIDA SALUDABLE"
ED. MED. PANAMERICANA - COLOMBIA 2001