

Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿salud-mercancía o derecho social?

Juan Manuel E. Castro

RESUMEN

La Carta de Ottawa propuso en 1986 a la promoción a la salud como la estrategia para fomentar la responsabilidad social en la creación de ambientes propicios a la salud, oportunidades universales para elegir formas de vida saludables y el desarrollo de capacidades en las personas para tomar decisiones saludables. Sin embargo, en el "supermercado global" en que parece haberse convertido el mundo contemporáneo, la promoción de la salud está siendo interpretada como la publicidad del "estilo de vida saludable", consumible individualmente, por aquellos que pueden comprar. Al subordinar el bienestar al ámbito de las relaciones de mercado: para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida individuales y saludables. Tal enfoque de la promoción de la salud es orgánico a los procesos de reforma/privatización de la salud en nuestra América. Pero la promoción de la salud también puede ser una práctica transformadora de las condiciones de vida de los grupos sociales, un mecanismo de impulso a la equidad y al bienestar social, basada en un nuevo abordaje de la salud como expresión del disfrute óptimo de la vida para todos, a la cual la sociedad debiera comprometer plenamente sus esfuerzos. El ensayo analiza diversos enfoques conceptuales en el camino hacia la construcción de una cultura de la salud.

Palabras claves: salud, promoción de la salud, participación popular.

ABSTRACT

Back in 1986 the Letter of Ottawa emphasized health promotion as a strategy to augment social responsibilities in the construction of healthy environments, universal opportunities to choose healthy ways of living, and the development of human capacities to implement healthy decisions. However, in the "global supermarket" that the contemporary world seems to have become, health promotion has been interpreted as an advertisement of "healthy life styles" individually consumed by people with purchase capacity. Subordinating well being into market relations it seems that to be and to stay healthy, healthy life styles should be consumed. This view of health promotion is substantial to the health privatization process that is occurring in Latin America. But health promotion can also be a transforming practice of the living conditions of social groups. An impelling force to look for equity and social well being when considering health as an expression of the optimum joy of life for everybody. To archive this goal the whole society should make a commitment and join the struggle toward this effort. This text analyses diverse conceptual points of view in the search of a construction of a new health culture.

Key words: Health, health promotion, popular participation.

Introducción

El propósito de este ensayo es analizar el desarrollo de la estrategia de promoción de la salud, que recientemente cumplió su primera década de vida —después de su nacimiento formal en Ottawa en 1986—. La estrategia ha sido interpretada desde la perspectiva de la mercantilización de la salud propuesta por el Banco Mundial, como una forma de impulso al desarrollo de “estilos de vida sanos individuales”. Sin embargo, al proponerse fomentar la toma consciente de decisiones saludables por las personas y al demandar responsabilidad social en la generación de ambientes favorecedores de la salud colectiva, permitiría la construcción de una “cultura de la salud” y el desarrollo de procesos de empoderamiento y participación social, que nada tienen que ver con la hegemonía de la medicina y, menos aún, con el sentido “banco mundialista”.

Salud, necesidad y calidad de vida

Desde una visión no médica, se puede pensar que “la salud es la capacidad de los seres humanos de desarrollar en plenitud el máximo potencial personal para el disfrute de la vida en calidad y extensión, y poder responder eficaz y efectivamente a los retos del ambiente” (Castro, 1994:103-115). Bajo tal perspectiva, “la salud se percibe, no como el objetivo, sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana” (OMS, 1987:76-81). Es decir, forma parte fundamental del proceso vital humano. El concepto de salud posee un carácter subjetivo y relativo, las experiencias personales de salud están influenciadas por el contexto cultural en el que se desarrollan.

Generalmente se considera que la vivienda, el ingreso y la alimentación son recursos básicos para la salud. Para gozar de buena salud se requiere alcanzar niveles satisfactorios de ellos, pero además se necesita disponer de información y poseer habilidades personales; así como un entorno que la fomente y ofrezca oportunidades para elegir los bienes de consumo y servicios saludables. Por tanto, la salud se apoya en recursos y capacidades individuales y es una responsabilidad social.

Históricamente, los seres humanos han buscado la manera de vivir mejor y tal argumento permite identificar metas universales y objetivas que cualquier individuo debe alcanzar para vivir, es decir necesidades básicas a satisfacer. La combinación entre el derecho a satisfacerlas y el grado en el que se satisfacen permite medir el nivel de libertad de las personas (OMS, 1987:76-81). Sin embargo, cotidianamente la realidad evidencia violaciones al óptimo desarrollo humano, privaciones a la satisfacción de las necesidades básicas. Las condiciones para el desarrollo humano suponen

la existencia de recursos para la satisfacción de necesidades y el acceso a tales recursos.

Doyal y Gough (OMS, 1987:76-81), rechazan la noción dominante de la subjetividad y relatividad cultural de las necesidades humanas, planteando la existencia de necesidades humanas objetivas esenciales, que son las mismas para todos, en todos los tiempos, pero que, sin embargo se satisfacen históricamente de manera diferente por diversos grupos sociales, es decir, los satisfactores son culturalmente relativos, no las necesidades. Para tales autores, la salud y la autonomía constituyen las necesidades esenciales más universales de los seres humanos.

Manfred Max-Neef (Foucault, 1977:3-25) por otra parte, propone nueve tipos universales de necesidades —subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad—, cada una de las cuales es satisfecha de acuerdo con cuatro categorías —ser, tener, hacer, estar—. Las necesidades se han conformado históricamente y hoy pueden ser consideradas de un valor generalizado en cualquier cultura. Su satisfacción integral es esencial y se da mediante un proceso de interrelación cuyo producto define la calidad de vida de los sujetos y grupos sociales. Así, la salud puede ser considerada, difiriendo de Doyal y Gough, como un satisfactor de la necesidad de subsistencia, que se logra siendo sano, teniendo condiciones de vida saludables, haciendo elecciones saludables, estando en ambientes saludables.

Las privaciones en cualquiera de las necesidades universales pueden desencadenar deterioros en la calidad de vida. La insatisfacción en varias o todas tiene un efecto sinérgico o potencializador del impacto de tales privaciones. De acuerdo con esto, los problemas relacionados con la calidad de vida y la salud, no dependen de la satisfacción aislada de una necesidad sino que requieren ser enfrentados de manera integral (Foucault, 1977:3-25).

Medicalización, consumo de la salud y construcción de una cultura de salud

Quizás uno de los factores que sintetizan las limitadas condiciones en que la mayoría de la población de nuestra América se encuentra, en relación con la satisfacción de sus necesidades, es su dependencia hacia el capital financiero internacional y el “libre juego de las fuerzas del mercado”, que envuelve, penetra y corroe todas las esferas de la vida de las personas, expresándose por ejemplo, en estilos de vida “saludables” que son formas de consumo medicalizado individual de mercancías “sanas”. Lo cual podría llamarse “cultura del consumo de la salud”.

Tal situación global, envolvente, enajenante, necesita como contraparte una estrategia también envolvente que trascienda el simple cambio de conductas —o estilos de vida— o estimule mecanismos de “autoayuda” que en realidad son de autodependencia y delegación de la responsabilidad social del Estado hacia la población. Considero que la promoción de la salud, en una de sus acepciones, la que más adelante llamaré “socio-sanitaria” o ampliada, tiene tales alcances.

Un problema para el desarrollo de la estrategia tiene que ver con el proceso que Foucault llamó medicalización indefinida (Martin, 1988:2). Según su planteamiento la medicina ha traspasado su “dominio propio” (la enfermedad), imponiéndose al sujeto —sin importar si está enfermo o no— como “acto de autoridad”, lo cual se manifiesta en diversas formas y matices de intervención en su vida íntima (a través del examen médico), por ejemplo en aras del control de epidemias. También se ha apropiado de objetos no-enfermedad, extendiéndose a campos como la sexualidad, la reproducción, la alimentación-nutrición y la salud (en sus modalidades individual y colectiva).

El caso de la salud pública es un ejemplo característico de medicalización de una práctica que en sus orígenes (sesgados poco después por el surgimiento y éxito de la teoría microbiana de la enfermedad) poco o nada tenía que ver con actividades médicas (Freidson, 1978). Un efecto directo del “triunfo de la biogénesis” fue la reubicación de la salud pública como “rama de la medicina” (Freidson, 1978), que se manifestó en los planes de estudio de los distintos profesionales de la salud pública.

El proceso de medicalización, en su versión moderna, tiene como característica adicional lo que Foucault llama la “economía política de la medicina” (Martin, 1988:2). Este fenómeno ha ido deslizándose desde una original preocupación por problemas generales macroeconómicos, pasando por la restauración de la fuerza de trabajo, hasta el desarrollo de la capacidad de “producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (Martin, 1988). Es decir, la salud “medicalizada” es un objeto de consumo, un bien que ingresa al mercado.

Lo que he llamado la “cultura de consumo de la salud”, sería entonces una fase de la medicalización; los sujetos individuales la internalizan e incorporan a su vida cotidiana (Castro, 1994:103-115). En palabras de Berger y Luckmann: “la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de

otro que en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí”... “la internalización, en este sentido general, constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y, segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social...”... “el proceso ontogenético por el cual ‘la internalización completa’ se realiza se denomina socialización” (Castro, 1994). Existen dos tipos de socialización: primaria y secundaria, la cultura de consumo de la salud es, desde mi punto de vista un típico ejemplo de socialización secundaria —esto es, “la internalización de ‘submundos’ institucionales o basados en instituciones”, la interiorización de un “saber especializado”—, que en la medida que se universaliza tiende a comportarse como socialización primaria.

Pero eso que ocurre en el sujeto individual depende, en el sujeto colectivo del contexto social que lo rodea. Es decir, la cultura de consumo de la salud es un hecho socialmente construido por el fenómeno de la medicalización, que de manera dialéctica, externaliza los significados, los sujeta a “habituación” y los institucionaliza (Castro, 1994).

Para emprender la tarea de construir una cultura de la salud, alternativa a la medicalización parece ser necesario encontrar formas, mecanismos, métodos, procesos que faciliten el desarrollo de la trilogía externalización-institucionalización-internalización. La respuesta, al menos teóricamente, puede ser la promoción de la salud, en su más amplia acepción, como estrategia de una renovada salud pública.

Promoción de la salud: algunas interpretaciones

Henry Sigerist, explicaba en 1945: “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.

Años más tarde, ya bajo el concepto de medicina preventiva, se identifica a la promoción de la salud como el nivel más inespecífico y general de prevención de la enfermedad. Su ámbito de acción es, para Leavell y Clark, teóricos de la medicina preventiva, el periodo prepatogénico de la llamada “Historia Natural de la Enfermedad” (Foucault, 1977).

El paradigma que subyace en tal propuesta es el higiénico-preventivista. La enfermedad es la ruptura —derivada de algún estímulo patogénico— del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con y en el que interactúan (Martin, 1988). La promoción de la salud, de acuerdo con esta visión tiene que ver con el fortalecimiento

de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente —el ambiente incluye lo social— (Lalonde, 1986:4 y s), (Minkler, 1989:17-30).

Enmarcada en las entonces más recientes críticas al papel de la medicina en la salud (Freidson, 1978; Sigerist, 1946; Leavell, 1959) y distanciándose de los niveles de prevención de la medicina preventiva, surge en los años setenta el concepto de promoción de la salud orientado al cambio conductual personal cuya más precisa definición “moderna” es: “El arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de óptima salud” (Leavell, 1958:48). Hacia mediados de la misma década, en Canadá, se publica el llamado informe Lalonde (Dubos, 1975), que hace un llamado de atención acerca de que la salud de las personas —el campo de la salud— está influenciada por un amplio espectro de factores: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención a la salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población.

Pese a los esfuerzos por valorar y tratar de influir en los factores sociales, la mayor contribución que el reporte Lalonde tuvo en la práctica de la promoción de la salud, fue la llamada de atención hacia el papel sustancial que los individuos tienen en la modificación de sus conductas personales para mejorar su estado de salud (Illich, 1984) por lo cual esencialmente su aplicación fue individualista.

Algunas de las razones por las que la implantación de la estrategia de promoción de la salud, en su acepción amplia, sufrió serias dificultades tuvieron que ver ya con aspectos ideológicos y políticos; particularmente ello fue notorio en los Estados Unidos, en donde la distinción política de los conceptos de promoción —enfocado a aspectos conductuales— y protección —más relacionado con el ambiente— redujeron el espectro de la promoción de la salud a cambios de comportamiento. Los dos acercamientos a la promoción de la salud, ubicados además bajo la tensión de dos modelos conceptuales contemporáneos sobre la salud-enfermedad: el epidemiológico-social (Mackeown, 1982) y el socio-sanitario (O'Donnell, 1986), fueron discutidos en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Canadá en 1986, quedando asentada en la llamada Carta de Ottawa (Lalonde, 1974) la más amplia visión sobre la promoción de la salud. Para su implantación se propusieron cinco rumbos estratégicos (Minkler, 1989): 1) formulación de políticas públicas saludables, 2) creación de ambientes propicios, 3) fortalecimiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de aptitudes personales y 5) reorientación de los servicios de salud. Que se llevarían a

cabo simultáneamente en tres líneas de acción paralelas: fomentar estilos de vida sanos, habilitar a la gente para el control sobre los servicios de salud e implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena de toda la población. Las recomendaciones de Ottawa hacen énfasis en transformaciones de carácter estratégico sobre tres dominios sociales: en lo político, el logro y mantenimiento de la equidad, la paz y la justicia. En lo económico-social, el disfrute por todos de alimentación adecuada, vivienda digna, ingreso suficiente, educación básica. En lo ambiental un ecosistema saludable, con recursos sostenibles.

A partir de entonces, los señalamientos y recomendaciones han sido calificados de utópicos, idealistas, costosos e irrealizables —críticas similares a las que se ha hecho a la atención primaria de salud, al desarrollo de sistemas locales de salud y en general a cualquier intento por separar la salud del dominio de la medicina—. Hay un desfase evidente entre los llamados al nuevo orden económico internacional, la equidad y la justicia social y los nuevos derroteros que pretende seguir la salud en el mundo neoliberal.

Por otra parte, lejos de uniformarse la noción de promoción de la salud, coexisten diversas concepciones sobre el término, que se reflejan en las formas en las que se pretende llevar a la práctica. De todas las visiones, al menos tres pueden distinguirse plenamente: a) la acepción preventivista, histórica —en un sentido cronológico—; b) la enfocada en los “estilos de vida individuales”, difundida en las sociedades altamente industrializadas, sustentada en el paradigma epidemiológico-social, y c) la socio-sanitaria, basada en un nuevo abordaje de la salud.

La primera de ellas ha sido referida en párrafos anteriores, al hablar del modelo higienista-preventivo. Mantiene su vigencia, en la medida que salud pública sigue siendo conducida por los caminos de la medicina —sea preventiva o social—, es decir siempre referida al objeto de estudio enfermedad. Promover la salud desde tal enfoque significa hacer todo lo posible para evitar la enfermedad en general, la solución a tal enigma es práctica: sanear el medio, educar para la salud, dar alimentación complementaria, favorecer ciertas prácticas individuales de higiene, etcétera. La atención médica deberá organizarse de manera piramidal, rompiendo la cadena epidemiológica, colocando barreras inespecíficas, **atendiendo, asistiendo**. La segunda subordina el bienestar al ámbito de las relaciones de mercado: para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida individuales. El “estilo de vida sano” es una mercancía más, sujeta a “libre juego”; es un “paquete” de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado, pero que, para

acceder a ellos hay que ser, poder y tener. Comer alimentos sanos y nutritivos, ricos en fibra, bajos en colesterol, hiposódicos, asépticos, insípidos, rápidos, *light*, practicar ejercicios vistiendo y calzando indumentarias especiales, empleando tecnologías modernas para obtener "la figura perfecta"; disfrutar del "poder de la compra" para practicarse sofisticados exámenes periódicos o adquiriendo seguros médicos de "amplia cobertura"; adquirir publicaciones de divulgación de conocimientos para el autocuidado, la autoayuda o la búsqueda informada de la atención médica. Sostenida por la "cultura de consumo de la salud", es en síntesis, la edición siglo XXI de la higiene (Casell, 1974:471-482) de Galeno, para aquéllos que pueden darse el lujo de elegir.

La tercera visión de la promoción de la salud afronta distintos retos para la vida humana, surgidos de la creciente inequidad social y de la deuda sanitaria acumulada. Se alimenta de los procesos de construcción ciudadana y de la búsqueda de la transformación social sin destrucción de los ecosistemas, del empoderamiento y la capacidad real para elegir, de la creación de oportunidades saludables al alcance de todos; implica la construcción de una cultura de la salud como forma innovadora de relación entre los seres humanos y con la naturaleza.

Promoción de la salud, sugiere movimiento hacia la salud, construir el futuro en el presente y ello requiere de capacidad y poder, pero la capacidad y el poder no pueden darse espontáneamente sin intencionalidad y, por tanto, sin conciencia. Una propuesta transformadora de promoción de la salud tiene que partir de la conciencia sobre esa porción de la realidad que se quiere cambiar y sobre la capacidad potencial de cambio que el sujeto posee. La metodología de educación

popular, aplicada a la promoción de la salud, permite el desarrollo de ambos —conciencia y capacidad de cambio— simultáneamente, siguiendo un proceso de planificación. Al hablar de planificación nos referimos al "proceso humano para el ejercicio de la libertad, que con base en una idea viable del futuro deseado facilita la organización de los recursos, las acciones, los procesos colaterales y la toma de decisiones encaminados a la consecución de esa idea".

La promoción de la salud es, por tanto, una práctica de empoderamiento, de participación, de socialización del conocimiento, de movilización para la construcción social de la salud.

La promoción de la salud transformadora plantea sus acciones en cinco aspectos prácticos: la participación del sujeto en sus propios procesos; el desarrollo de aptitudes personales —mediante información, educación, capacitación y formación—; la reestructuración y control sobre los servicios —trascendiendo el estrecho marco de la medicalización—; la construcción de los ambientes sanos y la lucha por la formulación de políticas y legislación para la salud.

La realización de tales aspectos prácticos no es posible bajo el enfoque reducido de la prevención de enfermedades y mucho menos del consumo individual de estilos de vida "saludables".

Finalmente, la propuesta alternativa de promoción de la salud que aquí se ha esbozado, se puede fortalecer incorporando el enfoque de género y mediante la realización de procesos de abogacía (o procuración), movilización social y construcción de ciudadanía. ▢

Fe de erratas

- página 56, primera columna, último párrafo, séptima línea, dice (OMS, 1987:76-81), debe decir (Doyal y Gough, 1991).
- página 56, segunda columna, primer párrafo, primera línea, dice (OMS, 1987:76-81), debe decir (Doyal y Gough, 1991)
- página 56, segunda columna, segundo párrafo, primera línea, dice (Foucault, 1977: 3-25), debe decir (1986)
- página 56, segunda columna, tercer párrafo, última línea, dice (Foucault, 1977:3-25), debe decir (Max-Neff, 1986)
- página 57, primera columna, segundo párrafo, tercera línea, dice (Martin, 1988:2), debe decir (Foucault, 1976 y 1977)
- página 57, primera columna, segundo párrafo, penúltima línea debe agregarse (Martin, 1988) antes de "... la alimentación...".
- página 57, primera columna, tercer párrafo, quinta línea, dice (Freidson, 1978), debe decir (Castro, 1994).
- página 57, primera columna, tercer párrafo, última línea, debe agregarse al final (Welch Rose, 1916 y Nájera, 1992).
- página 57, primera columna, cuarto párrafo, tercera línea, dice (Martin, 1982:2), debe decir (Foucault, 1976).
- página 57, primera columna, cuarto párrafo, antepenúltima línea, dice (Martin, 1982), debe decir (Foucault, 1976).
- página 57, primera columna, quinto párrafo, cuarta línea, dice (Castro, 1994:103-115), debe decir (Berger y Luckman, 1986).
- página 57, segunda columna, séptima línea, dice dice (Castro, 1994), debe decir (Berger y Luckman, 1986).
- página 57, segunda columna, primer párrafo, sexta línea, dice (Castro, 1994), debe decir (Berger y Luckman, 1986).
- página 57, segunda columna, tercer párrafo, última línea, debe agregarse (Sigerist, 1946).
- página 57, segunda columna, cuarto párrafo, última línea, dice (Foucault, 1977), debe decir (Leavell y Clark, 1953)
- página 57, segunda columna, quinto párrafo, quinta línea, dice (Martin, 1988), debe decir (Leavell y Clark, 1958).
- página 58, primera columna, cuarta línea, dice (Lalonde, 1986:4 y s) (Minkler, 1989:17-30), debe decir (Leavell y Clark, 1953 y 1958).
- página 58, primera columna, primer párrafo, segunda línea, dice (Freidson, 1978; Sigerist, 1946; Leavell y Clark, 1959), debe decir (Dubois, 1975; Illich, 1984 y McKeown, 1982).
- página 58, primera columna, primer párrafo, novena línea, dice (Leavell, 1958:48), debe decir (O'Donell, 1986).
- página 58, primera columna, primer párrafo, décima línea, dice (Dubos, 1975), debe decir (Lalonde, 1974).
- página 58, primera columna, segundo párrafo, penúltima línea, dice (Illich, 1984), debe decir (Epp, 1986).
- página 58, primera columna, tercer párrafo, novena línea, debe agregarse (US Surgeon General, 1979 y Minkler, 1989) después de la palabra comportamiento.
- página 58, primera columna, tercer párrafo, décimo tercera línea, dice (O'Donell, 1986), debe decir (Lewis, 1953).
- dice (Lalonde, 1974), debe decir (OMS, 1987).
- página 58, primera columna, tercer párrafo, décimo octava línea, suprimir (Minkler, 1989).
- página 59, primera columna, décimo segunda línea, suprimir (Casell, 1974:471-482).
- página 59, primera columna, décimo tercera línea, agregar (1981) después de la palabra Galeno.
- página 59, segunda columna, primera línea, agregar (Núñez, 1987) después de la palabra popular.
- página 59, segunda columna, novena línea, agregar (Chapela, 1994) después de la palabra "...".

