

Promoción de la salud (ps) en la globalidad

Health promotion in globalization

Álvaro Franco-Giraldo¹

¹ Médico, Doctor en Salud Pública, profesor titular de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: alvarofrancogiraldo@hotmail.com, afranco@guajiros.udea.edu.co.

Recibido: 27 de Febrero de 2012. Aprobado: 15 de mayo de 2012.

Franco Á. Promoción de la salud (ps) en la globalidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 193-201

Resumen

Objetivo: desentrañar algunos elementos teóricos y fácticos necesarios para hacer efectivas las estrategias y prácticas de la promoción de la salud (ps) en el ámbito de los servicios de salud. Se siguen los grandes desafíos impuestos sobre los sistemas de salud a partir de la globalidad, pero que se expresan inevitablemente en los espacios locales (glocalización). **Metodología:** revisión narrativa que considera los conceptos sobre globalidad y ps en relación con los determinantes de la salud. Aborda algunas líneas de acción y estrategias para la ps, basados en los principios sociales y valores universales que orientan la ps, la reorientación de los servicios de salud y la atención primaria en salud; el empoderamiento, la participación social, la intersectorialidad y la movilización social. **Discusión:** se centra en la reorientación de los

servicios para la ps, frente a la ola de reformas en salud que se expandieron por todo el mundo bajo el mandato neoliberal; discute la ps entre la falta de efectividad y la búsqueda de renovación y fija prioridades a la ps, en relación con los determinantes sociales. **Conclusión:** el actual orden global de relaciones internacionales es contrario a los principios éticos de la ps. Se preconiza la implementación de acciones para cambiar las condiciones de vida social y física en la que vive la gente: basados en transformaciones en el uso del poder en la sociedad, el buen ejercicio de la política en el marco de la globalidad, con el fin de lograr la efectividad en las acciones de la ps.

-----**Palabras clave:** promoción de la salud, salud global, justicia social, política.

Abstract

Objective: to unravel some theoretical and factual elements required to implement more effective health promotion strategies and practices in the field of health services whilst following the great challenges that globalization has imposed on the health systems, which are inevitably expressed in the local context (glocalization). **Methodology:** a narrative review taking into account the concepts of globalization and health promotion in relation to health determinants. The authors approach some courses of action and strategies for health promotion based on the social principles and universal values that guide health promotion, health service reorientation and primary healthcare, empowerment, social participation, and inter-sectoral and social mobilization. **Discussion:** the discussion focuses on the redirection of health promotion services in relation to the wave of health reforms that

has spread throughout the world under the neoliberal rule. The author also discusses health promotion, its ineffectiveness, and the quest for renewal. Likewise, the author sets priorities for health promotion in relation to social determinants. **Conclusion:** the current global order, in terms of international relations, is not consistent with the ethical principles of health promotion. In this paper, the author advocates for the implementation of actions to change the social and physical life conditions of people based on changes in the use of power in society and the appropriate practice of politics in the context of globalization in order to achieve the effectiveness of the actions of health promotion.

-----**Keywords:** health promotion, global health, social justice, politics

Introducción

Varios antecedentes importantes se dieron a la ps actual [1]: en 1820 William Alison describe la asociación entre pobreza y enfermedad y hace un llamado urgente ante la necesidad de corregir las condiciones de vida de los más pobres para prevenir la enfermedad; igual lo hizo Luis René Villermé en Francia en 1826, al relacionar pobreza, enfermedad y mente en el país; igual, en 1847, Rudolph Virchow en Alemania avanzó en el estudio de las causas sociales y económicas de las epidemias; en 1945 Henry Sigerist define las cuatro funciones de la medicina y la salud pública: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, corrección y rehabilitación; también Sigerist relaciona la promoción de la salud con la vida decente, las condiciones de trabajo, educación, descanso y recreación.

Por su parte, el informe del Ministro Lalonde del gobierno de Canadá, en 1974, formula una declaración comprensiva del campo de la salud pública en cuatro dimensiones: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y servicios de salud; en otro sentido, el informe de 1979 del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, *Gente Sana: Informe del Cirujano general sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad* diferenciaba la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad, relaciona y se basa en estilos de vida de promoción y en amenazas ambientales; finalmente, la *Carta de Ottawa*, en 1986, emerge de la primera conferencia internacional de promoción de la salud, que abre una nueva era en este campo de la salud pública, orientado tanto a las causas generales como específicas de la enfermedad y declara como “condiciones fundamentales” los recursos para la salud, la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la justicia social y la equidad, además de otros.

En general, en los últimos 25 años, al hablar de ps se toma como punto de partida la Carta de Ottawa [2] y sus cinco acciones estratégicas*. Recientemente, la iniciativa de salud pública para las Américas reposiciona la ps dentro de las funciones esenciales de la salud pública [3, 4].

El documento de revisión de la ps efectuada por la 138.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS [5], reconoce que los principios y áreas de acción de la ps “se mantienen vigentes y vibrantes para orientar la salud pública con los sectores [sociales] y la ciudadanía dirigidos a la equidad en salud” y se establecen demandas más allá de la mirada sectorial: se basa en la atención primaria en los sistemas de atención en salud, y en las intervenciones de educación y comunicación sobre conductas, estilos de vida, etc.

No obstante, si nos detenemos en la década de los 90 y evaluamos la acción de los sistemas de salud y sus estructuras podríamos estar hablando del fracaso de sus postulados sociales. La reorientación de los servicios de salud no tuvo en cuenta las recomendaciones de la propia Carta de Ottawa ni las Declaraciones de Yakarta (1977) [6] y México (2000), emanadas de las Conferencias internacionales que mostraron preocupación por este aspecto. Más bien se impusieron reformas sectoriales de salud de corte gerencial y financiero que dejaron de lado los postulados sociales y salutogénicos de la ps, dadas las exigencias económicas del globalismo.

La globalización en salud, proceso que llega acompañado de grandes riesgos para la salud de la población—como se expuso en el párrafo anterior—, también nos brinda algunas oportunidades para su desarrollo. Nunca antes se requirió de una mejor inteligencia y habilidad imaginativa-creativa de los gobernantes y académicos para renovar los conceptos, acciones y estrategias de la ps que sean efectivas y le abran un nuevo espacio a la salud pública en el mundo de la globalidad. Ciertamente, la preocupación por la ineffectividad de las acciones de la ps ha sido grande. Con insistencia se buscan experiencias de intervenciones reales en salud, que para algunos, se trataría de la ps basada en la evidencia.

A estos temas y a sus posibilidades se refiere esta disertación. La estructura seguida parte de algunas variables del contexto, desde la globalización y la crisis económico-financiera actual, que estarán actuando como determinantes y condicionantes de la salud, dado su efecto sobre los sistemas de salud, el modelo de desarrollo y el modelo de salud imperante. Estas relaciones, a su vez, definen las posibilidades de desarrollo de la atención primaria en salud (APS) y modelos de ps. Del comportamiento positivo o negativo de estos macro-determinantes globales en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales, que siguen un orden jerárquico de determinaciones intermedias, según se relacionan estas variables entre sí (figura 1).

La ps en el contexto de la salud global

La ps es un proceso político colectivo, basado en capacidades individuales, pero fuertemente afinado en el control y modificación de los determinantes de salud (condiciones sociales, económicas y ambientales) [2].

Estas condiciones de determinación de la salud, así como de los modelos de ps en el mundo de hoy, obliga a repensar el concepto de globalidad [7], que servirá de hilo conductor para el análisis [8]. Aunque unos y otros, gerentes, políticos y académicos, confunden los términos, es

* Establecimiento de políticas públicas saludables, creación de entornos favorables a la salud, reforzamiento de la acción comunitaria y la participación de la población (salud pública y atención primaria en salud -APS), desarrollo de aptitudes y habilidades personales (comunicación en salud y educación) y reorientación de los servicios de salud.

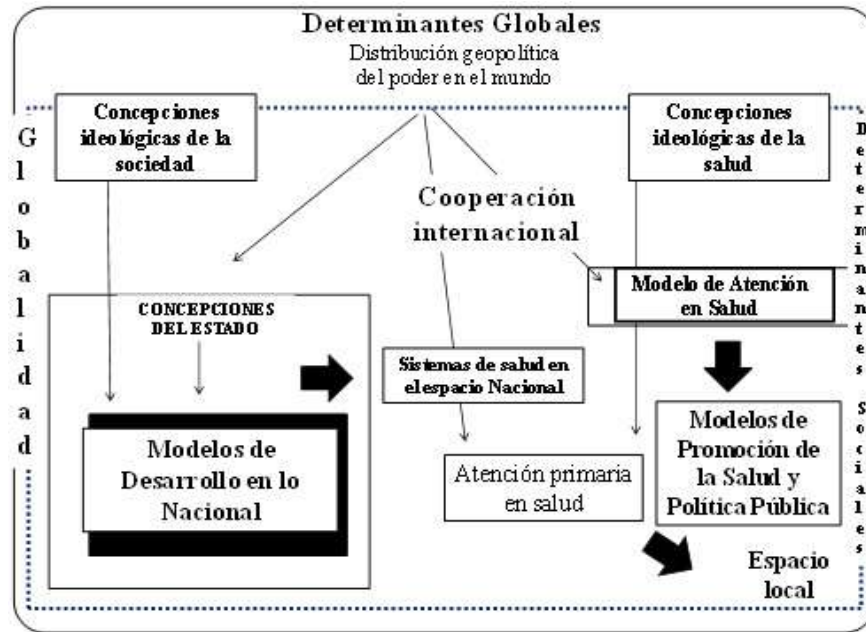


Figura 1. El Contexto Global de la PS

Fuente: Elaboración propia del autor

necesario redimensionar el concepto, diferenciándolo de globalización y globalismo, como bien lo hacía Beck[9]: Globalidad, relativo a la sociedad mundial, multidimensional, multicéntrica y política.

Con respecto a la globalidad, Touraine dice que “estamos en una sociedad moderna con comunicación y conocimiento”[10]. El gran reto es aprovechar esto para hacer el mundo diferente en la globalidad, construir una nueva sociedad en la globalidad y esa debe ser nuestra pretensión en PS y en salud global.

La globalización, un contradictorio proceso de mundialización al final del siglo XX[11], ha implicado una “desvinculación extrema entre actores e instituciones [...] trayendo un fuerte debilitamiento de lo social”, en la cual el Estado se ha convertido en un verdadero agente de ella. En consecuencia, se ha dado un afianzamiento de lo económico en el escenario mundial (globalismo) que lleva a que “por debajo del nivel mundial económico haya un fuerte debilitamiento de lo social”[10]. En esta contradicción encontramos explicaciones a muchos de los problemas que han tenido la salud durante esta época; dificultades, por demás, relacionadas con la ineficacia de la PS.

Es preciso enfatizar que hoy irrumpe con fuerza un nuevo concepto acerca de la salud global[12], entendida como un bien público global[13], “un compromiso del conjunto de la sociedad planetaria y no solamente del conjunto de la sociedad nacional”[14]. En la cual la PS se reorienta desde una nueva racionalidad, la de la justicia social y la equidad.

Hoy, en razón de la globalidad, esa nueva lógica de la salud pública y la PS, además de holística e integracionista y apoyarse en la acción política, adiciona otra serie de exigencias no resueltas aún, de manera suficiente. Los nuevos desafíos exigen análisis y pensamiento estratégico, capacidad de negociación, competencia social y creatividad; políticas públicas salutogénicas, entornos sociales saludables, cambios en el concepto de lo público en relación con la salud, garantía de acceso a la salud; democratización política, cultural y del conocimiento, fortalecimiento de la sociedad civil, desarrollo local entre otros aspectos. En tal sentido, los cambios se deben conducir a la luz de los determinantes sociales de la salud “para alcanzar la equidad sanitaria y subsanar las desigualdades sanitarias en una generación”, entre otros cometidos, como lo define la Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS[15, 16] y su posterior reorientación en la conferencia de Río de Janeiro en el 2011[17, 18], pero más allá, removiendo las causas estructurales.

Siguiendo a Roses[14], la salud global es PS y se basa en la meta política y ética más trascendental: la Salud para Todos. Esta se apoya en las estrategias de atención primaria y PS. La primera es fundamental para la transformación y la reorientación de los servicios de salud, y la segunda para actuar sobre los determinantes de la salud en el contexto intersectorial. Se basa en políticas públicas, en la protección social de la salud (para la reducción de la exclusión social) y en la salud como derecho humano (perspectiva de ciudadanía).

En el contexto de la salud global, es muy importante buscar la conjunción de todas esas estrategias. La ps, la Atención Primaria en Salud y la Salud Pública se conectan en un solo eje conductor de la salud que, a su vez, integra varias de las estrategias mencionadas[19]. Al respecto, la oms[20] enfatiza que:

“La ps es una piedra angular de la atención primaria y una función básica de la salud pública. El reconocimiento del valor de esa actividad es cada vez mayor, debido a la eficacia y la costoeficacia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades [...]. Existe un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre ps, salud, y desarrollo humano y económico”.

Así, la ps requiere de la participación política, del empoderamiento, de la información y del manejo del conocimiento. Para su logro debe generarse capacidad para enfrentar los determinantes de la salud, que conciben estos de manera estructural y jerarquizada, en cada uno de los niveles de la determinación (macro, meso y micro) [21].

En el marco de la globalidad, el desafío está en la renovación de estrategias y de algunas áreas fundamentales en cada uno de esos niveles de la determinación social de la salud, que se describen en este artículo (figura 1). A continuación se analizan el eje de los principios rectores y el de la reorientación de los servicios en el contexto de la globalidad.

ps: la renovación de los principios y valores sociales de la salud

La salud está asociada al bienestar y a sus satisfactores, más que a los servicios de salud, premisa que refleja una amplia gama de determinantes tales como ingresos, alimentación, disponibilidad de vivienda y oportunidad de empleo, nivel educativo, agua y condiciones sanitarias. Este enfoque corresponde a laps, en el cual, de otro lado, la salud se concibe desde una óptica ciudadana; es decir, la salud en relación con las gentes y sus formas de organización democrática. Su desarrollo y resultados se logran mediante la formulación e implementación de políticas públicas [22], que atienden a métodos más participativos e igualitarios y a una intervención multi-sectorial, como de manera insistente se ha recomendado para los países en desarrollo desde tiempo atrás[23].

No obstante, se han dado cambios importantes en la ps y en su discurso en lo que va corrido de Ottawa† a las últimas conferencias internacionales de ps, entre ellas la de Bangkok, para ponerse a tono con los determinantes impuestos por la globalización. Aunque para

algunos autores es visto como el paso del discurso de justicia ecosocial de Ottawa al discurso del nuevo capitalismo en Bangkok [24]; parece indicar un cambio desde un enfoque ecológico-social, basado en el énfasis en la capacidad individual y comunitaria a un enfoque de inversión y énfasis en la globalización y los factores macro-nivel [25]. La pregunta que trasciende el debate es si ¿se está convirtiendo la práctica de la ps en una tecnocracia global? Sin duda, las nuevas propuestas en ps darán respuesta a este interrogante.

La Conferencia de Bangkok [5] plantea que la salud se debe sustentar sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, y enfatiza en: invertir en políticas y medidas de infraestructura sostenibles, crear capacidad, garantizar protección (legislación) a daños —volver al Código Sanitario—, fórmulas de colaboración y alianzas con el sector público.

En tales circunstancias, marcadas por la globalidad, conviene desentrañar las concepciones ideológicas, existentes tras la práctica de la ps en cada momento y pensar su efectividad en términos de resultados en salud, respondiendo a quiénes sirven, a cuáles sectores o capas sociales pueden estar beneficiando.

Los fundamentos teóricos y los principios filosóficos constituyen, sin duda, el eje orientador de las acciones en salud pública y ps. Siendo necesario volver sobre concepciones ideológicas invisibilizadas por el globalismo (económico), pero también es importante renovar algunas de ellas a la luz de las transformaciones que se dan en la globalidad (visión más humana y ecuménica de la globalización). A continuación, se esbozan algunas posturas y líneas de interpretación relacionadas con esa perspectiva ideológica de la ps:

Autores como De Negri [27] sugieren partir de la necesidad de consolidar un marco conceptual sobre la teoría de la justicia que le dé norte, aplicabilidad y justificación al paradigma de derechos humanos y de la salud. Recuerda la necesidad de presentación del consenso aprovechando las teorías Rawls‡, así su teoría de “los consensos superpuestos”. Ve la necesidad de mantener un marco teórico que oriente e integre la actuación en este campo (salud y derechos humanos), evitando caer en la fragmentación como ocurre al dividir el derecho a la salud en áreas de especialización, tales como mortalidad materna, VIH-SIDA, entre otras de interés sanitarista.

Desde la politología, Roth[26] anuncia la consolidación de una ética positiva y de responsabilidades individuales y colectivas exigentes, que se materializan en un proceso permanente de transformación de la organización social, del Estado y de las políticas públicas en

† Más antes, el pionero “Informe Lalonde” de 1974, que define las bases del Movimiento por la promoción de la salud en el siglo pasado y que, en el ámbito del conocimiento establece el modelo de “campo de la salud”

‡ Se refiere a John Rawls y sus aportes en la teoría de la justicia

busca del mayor grado posible de libertad, de igualdad y justicia para todas las personas; y señala que:

“...El siglo XIX fue ante todo el siglo de las luchas por la afirmación de los derechos civiles y políticos de los individuos frente al Estado, los llamados derechos burgueses, los derechos formales, bautizados posteriormente como derechos negativos (deber de no intervención por parte del Estado) o de primera generación”[26].

Al respecto, Carlos Marx se dio cuenta, en su época, que los derechos correspondían a los intereses de la burguesía (hombre egoísta, separado del hombre y de la colectividad) pero precisar *los derechos humanos y las libertades burguesas eran una de las principales contradicciones del capitalismo*, que finalmente lo acabarían[§].

También, Mittelmark plantea el tema de la ética y la PS, de cómo fijar una agenda ética en este campo: “es posible desarrollar una ética [...] aplicable desde la etapa de financiación de la investigación, [...] y que asegure la PS, que la investigación está, en efecto, basada en los valores de la PS” [25]; aunque considera que en los principios fundacionales de la PS (Ottawa y otros) están las bases de esa ética, aún no ocurre lo mismo con la práctica en la PS. Similares limitaciones las atribuye a la preocupación por la no profesionalización de la PS.

La Declaración del Milenio [27], por su parte, al hacer una apología de los principios de dignidad humana, igualdad y equidad en el ámbito mundial, recoge los valores fundamentales que considera importantes para las relaciones internacionales en el siglo XXI, aunque finalmente no se apliquen cabalmente en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto de la naturaleza y responsabilidad común.

PS: el eje de la reorientación de los servicios de salud

Un enfoque de PS como el que se sustenta en este artículo, centrado en los derechos humanos y en la necesidad de tener sistemas de salud fuertes e integrados, debe aterrizar en las realidades concretas como lo es la reorientación de los servicios de salud, siendo éste “[...] el pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [...] que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud” [29], que responden a las prioridades nacionales y locales y garantizan la accesibilidad para todos. En una época de reformas sectoriales propias de la globalización, esta reorientación es, sin duda, una urgencia o un imperativo ético.

Desde la Carta de Ottawa de PS, en noviembre de 1986, deviene la reorientación de los servicios de salud, como uno de los cinco componentes de la PS, además describe sus elementos principales. La 5.ª Conferencia Internacional de PS, por su parte, le da mayor importancia al tema ubicándolo en el centro de la política sectorial: se basa en la visión canadiense para la reorientación integrada de los servicios de salud [29]. Esta Conferencia define principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios de salud, y establece objetivos, estrategias y mecanismos apropiados. En la Conferencia se establece un nuevo marco operacional para la reorientación de sistemas de servicios de salud que se esboza en sus objetivos y estrategias[31]:

Las estrategias se separan en dos niveles: 1.) Para el desarrollo de sistemas de salud (diseño del sistema) y; 2.) en la prestación de servicios de salud (cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades).

Otros foros internacionales han retomado el tema de la reorientación de los servicios de salud en relación con las funciones esenciales de la salud pública (FESP) [32]. Las FESP vienen a impulsar una nueva forma de reorientación de los servicios de salud pública en las Américas, al promover el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales como estrategia fundamental para la reorientación de los servicios de salud.

En Conferencia de Medellín [32], Feo [33] echa mano de las FESP para recomendar de nuevo la reorientación de los servicios de salud, basado en cuatro pilares de laps: 1) La PS como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud; 2) garantizar políticas de salud y promoción, con carácter intersectorial; 3) reorientación de los servicios de salud, ampliando su concepto como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación; 4) producir conocimiento y evidencia.

Sin duda, las estrategias se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, como lo señala Robert Labonté [34], bajo la responsabilidad institucional y la participación comunitaria. Pero se trata esencialmente de estrategias que además de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales. Ellas deben llevar al fortalecimiento individual y personal, abriéndoles nuevas oportunidades a las personas, pero complementándose con el desarrollo de pequeños grupos constituidos para trabajar sobre los problemas de salud y la carencia

§ Los derechos civiles y políticos corresponden al desarrollo del capitalismo, en tanto que los derechos sociales se derivan del socialismo o de la social democracia. No obstante, los derechos sociales son derechos humanos universales y la idea es pasar de los derechos individuales a los colectivos. Aunque los derechos sociales siempre han quedado al arbitrio de los gobiernos, otorgarlos o no, sin ninguna exigibilidad jurídica.

de poder; son estrategias fundamentadas en el empoderamiento de las comunidades[35, 36]. Adicionalmente, esta orientación destaca el rol coordinador de los servicios de salud, pero sin desconocer la acción y ejecución intersectorial, que garantizan la configuración de sistemas de salud fuertes con enfoque poblacional y de ps.

Discusión

El debate de lo global y la ps pasa por lo local. En esta transición global – local las relaciones de la salud pública con la ps son vitales y la APS deviene como una estrategia operativa (hoy, una política mundial) necesaria para hacer transformaciones urgentes en los sistemas de salud. En un artículo de reciente publicación [19] se precisa que:

“Es necesario articular APS, psy Salud Pública. En la globalidad, las tres áreas no pueden ir separadas, aunque no sean exactamente lo mismo, estarán siempre ligadas por su esencialidad, el componente vital humano, y por el uso del poder [...] Dado que surgen imbricaciones de conceptos fundamentales y confusiones en torno a la salud pública, la psy la APS, se reconoce que programáticamente estos tres conceptos se complementan uno a uno”.

Así y todo, el dilema que atormenta estas tres áreas (salud pública, APS y ps), ha sido la búsqueda de la efectividad en sus ejecutorias. Sus falencias dependen del accionar político. La tarea política no se cumple porque está relacionada con la transferencia de poder (figura 1) y la APS y la salud pública dependen de la posibilidad de trabajar en política y de hacer uso del ejercicio del poder. Las soluciones, por lo tanto, estarían dadas con el redireccionamiento en el uso del poder en el mundo y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad (glocalización). En fin, para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la ps es el marco general de actuación [19].

Hoy, después de varias evaluaciones realizadas por diferentes analistas en diversos contextos, se concluye que no se logra la reorientación de los servicios de salud en función de la ps, si no se retoma la APS**, estrategia fundamental que guiaría todos los procesos, el empoderamiento, la participación social, la intersectorialidad, la movilización social, etc. La APS conduciría la reorientación de los servicios, no solo mediante la modificación del modelo de atención sino también del modelo de salud y el de gestión. Pero, hoy, para que estas ideas

tengan su asidero, se deben redimensionar las reformas sanitarias en la mayoría de los países de América Latina, entre otras regiones.

De acuerdo con la OMS [37], la reorientación de los servicios de salud sólo se logrará con sistemas de salud basados en la ps y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben: garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), además de intersectorialidad y participación; complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social; introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

No obstante, otros agregan que no basta volver a los viejos enunciados de la APS, también interesa a la nueva perspectiva de la ps, los mecanismos de *advocacy* (abogacía), *lobby* (cabildeo), información, educación y comunicación social, entre otros. Igualmente, son de gran valía los mecanismos de participación social y *empowerment* (empoderamiento). En esa dirección, Roses señala que en épocas de globalización y crisis del Estado-nación, como la presente, se hace más necesaria “la construcción de ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de la comunidad” [14].

Hoy desde este nuevo contexto que se viene analizando, se busca resolver las necesidades poblacionales desde la sociedad civil, dadas las limitaciones del Estado. Y la gran preocupación sigue siendo ¿Cómo hacer efectivas las acciones de ps más allá de los servicios de salud estatales?

La ps entre la falta de sistematicidad y la búsqueda de renovación

Si algo duele a la ps es su falta de efectividad, como se discutió antes. Son innegables los resultados de la ps en el desarrollo de políticas públicas saludables, en la creación de ambientes favorables para la salud (municipios saludables, comunidades saludables, escuelas promotoras de salud, viviendas saludables); en el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social; en el empoderamiento y el desarrollo de las habilidades personales; en la colaboración intersectorial; así como en la cooperación técnica de organismos internacionales (aún, a pesar de la interferencia neoliberal)[5].

Inclusive se reportan avances en la reorientación de los servicios[4]: políticas o iniciativas para promover

** La Declaración de Alma Ata (URSS), en 1978, definió APS como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu alto de responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad [...]”

la salud más allá de la prevención y tratamiento de la enfermedad (aunque en instancias locales o subnacionales); implementación de modelos de “atención integral de la salud”, el enfoque de “ciclo de vida” incorporado a la reorganización de las redes básicas de servicios; la incorporación de modelos de “atención integral de planes de salud”, como se ha dado con la universalización y la integralidad de la reforma sectorial sanitaria brasileña (una excepción a las reformas de tipo económico implantadas en los sistemas de salud al final del siglo xx, en América Latina). Si bien son exitosas, estas experiencias no dejan de ser parciales y transitorias en su aplicación, quedándose cortas por cuenta de la “reforma sectorial sanitaria” en la mayoría de los países; peor aún, desmontadas, criticadas o proscritas por el modelo neoliberal de servicios de salud.

Son más las falencias en múltiples latitudes, que denotan que no existe extensión de estas estrategias a las instancias nacionales ni sistematicidad, ni integralidad en la acción de la PS, prevalece la fragmentación de los servicios y de las redes de servicios (varias subsedes) que terminan entregando la autonomía completa a las empresas de salud, interesadas en el negocio y en el beneficio económico, mas no en la rentabilidad social. Situación que se agrava por la segmentación de los sistemas de salud en América Latina, según agrupaciones de la población alrededor de los intereses de clase o de monopolios en la prestación de servicios. De ahí que se esté hablando con insistencia de la ineffectividad de las acciones en PS, lo cual induce de manera perentoria a investigadores y gerentes en salud a buscar estrategias y métodos para subsanarla.

Las soluciones podrían estar en los cambios que induce la globalidad. Siempre como se definió antes, las soluciones estarían en las relaciones con lo local, en la glocalización, propiamente. Touraine llama la atención sobre lo glocal, al señalar que “la debilidad de las instituciones permite a lo global atacar de inmediato a lo local” [10] y trae el ejemplo de gran parte de los conflictos que son subdeterminados a nivel global; pero, deja abierta una posibilidad en la cultura, a pesar de la globalización y opina que “nuestra vida cotidiana, personal, política, a través de los medios ya está hablada y expresada en términos culturales” [10]. Es esta interface de la cultura y de la vida la que debe aprovecharse para encausar las acciones de PS.

Otras alternativas podrían darse en las concepciones de globalidad, pluralismo y diversidad: “de la pluralidad inherente a toda sociedad, obliga el paso al pluralismo que supone una adhesión a la diversidad” precisan otros autores [38]. Lo cual supone para la PS una exigencia

de respeto hacia las comunidades, por las intervenciones sanitarias estatales y no estatales.

Según autores que han trabajado la PS en las ciencias sociales, las soluciones deben sustentarse en concepciones más colectivas [39], más altruistas y basadas en la cultura; que piensen en el bienestar y en la recuperación de lo social [38]; acciones que apunten a satisfacer necesidades como recuperar el trabajo libre y que estén basadas en el sentido y en el esfuerzo humano, en la satisfacción de expectativas, la protección de la naturaleza, y que retornen a los principios del ser y del hacer, más que del tener, de acuerdo con los postulados de la teoría del desarrollo a escala humana planteada por Max Neef. Es crucial asegurar en salud que las políticas públicas se desarrollen en función de los determinantes de la salud, establecer alianzas para la acción sanitaria, y fomentar la salud para reducir desigualdades en salud en un mundo globalizado (tema central de la Conferencia de PS, celebrada en Bangkok del 7 al 11 de agosto de 2005) [19, 4]††.

Abordar los determinantes sociales de la salud da cuenta de la renovación de las teorías, de la mano de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS 2005-2008), pero más allá desde las teorías eco-sociales y de la determinación social que propugnan por superar las desigualdades sociales y lograr la equidad sanitaria [40, 15, 16]. Hoy, la verdadera PS en la globalidad, se justificaría en resolver los problemas sociales y económicos que cabalgan sobre la inequidad y la desigualdad social, siendo este un desafío más allá de la férula de los servicios sanitarios.

Otros organismos, como la Unión Internacional para la Promoción y Educación en Salud y el Consorcio de ps canadiense y la Agencia de Salud Pública de Canadá, resaltan la importancia de establecer prioridades para la acción [41] que orienten hacia su finalidad “con respecto a las políticas y condiciones necesarias para el sistema sostenible y eficaz de PS”: El objetivo es “capacitar a la población para el control de su propia salud, ganar control sobre los factores subyacentes que influyen en la salud”, entendiéndose que los principales factores determinantes de la salud de la población son culturales, sociales, económicos, de condiciones de vida y medio ambiente, además de comportamientos sociales y personales, fuertemente influenciados por esas condiciones.

Estas opciones constituyen una vía que fija una ruta a la PS mediante acciones intersectoriales, dirigidas a hacer frente a los determinantes sociales y que establecen, adicionalmente, las relaciones y conexiones con los ODM: “El enfoque de la PS se basa en los requisitos previos para la salud y la equidad en la salud, reconocida

†† Esta conferencia destaca la PS basada en: un programa mundial de desarrollo, los mecanismos eficaces de gobernanza mundial en pro de la salud, la responsabilidad de todos los gobiernos y de todos los sectores, el objetivo de las comunidades y de la sociedad civil (empoderamiento), y las buenas prácticas empresariales (salud y bienestar laboral y familiar).

en el ámbito nacional y mundial a través de los ODM y otras políticas para hacer frente a las consecuencias sociales y económicas sobre la salud y las desigualdades en salud". Esas acciones se resumen en: poner en práctica las políticas públicas saludables, fortalecer estructuras y procesos en alianza con otros sectores, hacia una práctica basada en el conocimiento, que construya una fuerza de trabajo competente en PS, y empoderamiento en las comunidades, etc.

Esta perspectiva de las prioridades y los determinantes sociales retoma el camino de la planificación sanitaria que vuelve a ser importante si se quiere obtener resultados de los objetivos de la PS. Las determinaciones y políticas globales [19] son otro campo que se debe tener presente al momento de precisar el desarrollo de prioridades en PS en la globalidad, para conseguir sinergismos de esfuerzos con las estrategias de los ODM, entre otras acciones supranacionales. En este terreno de la planificación sanitaria es destacable la experiencia de Venezuela (Estado de Trujillo) [42] que enfatiza en el desarrollo de capacidades para actuar sobre los determinantes de la salud; retoma la planificación estratégica que parte de problemas y necesidades y luego implementar estrategias y prioridades, siempre sobre la base del cambio del modelo de atención y el desarrollo y renovación conceptual de la salud y de la PS**.

Conclusión

La motivación principal de este artículo estuvo centrada en la falta de efectividad de la PS en la época de la globalización y la carencia de sistematicidad, el actual orden internacional no garantiza la eficacia de las acciones sociales. El contexto actual apunta en una dirección contraria al afianzamiento de los principios éticos de la PS.

Se deben implementar acciones de grupos para cambiar las condiciones de vida social y física en la que vive la gente en el mundo, pero sin perder de vista que esto solo se logra con transformaciones en el uso del poder en la sociedad, mediante el buen ejercicio de la política y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad. Para este propósito se hace necesario impulsar las organizaciones comunitarias, crear condiciones a partir de los grupos de interés, que propicien la acción política y favorezcan el desarrollo de movimientos sociales y la acción intersectorial. Co-yunturalmente, se requiere redimensionar las reformas sanitarias y los sistemas de salud, basados en la reorientación de los servicios de salud y en la atención primaria en salud, al lado de las estrategias complementarias de la promoción de la salud.

Resultan importantes las lecciones aprendidas en PS, a partir de las experiencias exitosas en un ambiente democrático de liderazgo compartido entre la comunidad y los equipos de salud, fortalecido por la participación ciudadana. Ellas darán cuenta de logros en la articulación, la sistematicidad y la integralidad de las acciones de promoción de la salud, que pasen por los niveles macro, meso y micro en la búsqueda de la coherencia entre lo global y lo local; aterrizados en la construcción de tejido social y la intersectorialidad, así como en el desarrollo de áreas político – poblacionales de planificación.

Referencias

- 1 Terris M. Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. En: Conferencia sobre la implementación de la estrategia de la promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 1992.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa (Canadá). 1ª. Conferencia internacional de PS. Ontario: OMS; 1986.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Política y salud pública de "La iniciativa de salud de las Américas"; 2000. Washington: OPS; 2000.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington: OPS; 2002.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro. CE138/16. 138.ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPS; 2006.
- 6 World Health Organization. The Jakarta Declaration on Leading Health promotion into the 21st century. Health Promot Int. 1997; 12(1): 261-264.
- 7 Granda E. Salud pública e identidad. Quito: OPS; 1999.
- 8 Franco A. Salud Global: Política Pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2010.
- 9 Beck U. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona: Paidós; 1998.
- 10 Magallón R. Entrevista con Alain Touraine: Sociedad y globalidad. Cuadernos de Información y Comunicación. 2006; 11(1): 251-256.
- 11 Gélinas JB. El monstruo de la globalización. Desafíos y alternativas. Medellín: Editorial Lealon, Hombre Nuevo Editores; 2006.
- 12 Franco A, Álvarez C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional, a propósito de la epidemia de influenza humana A. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 25(6): 540-549.
- 13 Franco A. Globalizar la salud. Gac Sanit. 2003; 17(2): 157-163.
- 14 Roses M. La población y sus necesidades de salud: identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. En: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública; 2003. Medellín: Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2004.
- 15 World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health - Final Report. Closing the gap in a generation: health

** Este último aporte se precisa gracias a la sugerencia del parevaluador del artículo.

- equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
- 16 Marmot M. Global action on social determinants of health. Bulletin of the World Health Organization. 2011; 89(1): 702-702.
 - 17 World Health Organization. Río political declaration on social determinants of health. World conference on social determinants of health. Río de Janeiro: WHO; 2011.
 - 18 Krech R. Social determinants of health: practical solutions to deal with a well – recognized issue. Bulletin of the World Health Organization. 2011; 89(1): 703-703.
 - 19 Franco A. Atención Primaria en Salud: ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30(1): 83-94.
 - 20 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Informe de la Secretaría. 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/21. Ginebra: OMS; 2006 [acceso 13 de Junio 2008]. Disponible en: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_21-sp.pdf
 - 21 Roses M. El Modelo multinivel de determinantes de la salud. En: Facultad Nacional de Salud Pública. Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003. Medellín: Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2004
 - 22 Franco A, Álvarez C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008; 22(3): 280-286.
 - 23 Zwi AB, Mills A. Health policy in less developed countries: past trends and future directions. Journal of international development. 1995; 7(3): 299-328.
 - 24 Porter C. Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. Health Promotion International [revista en internet] 2007. [acceso 7 de abril de 2008]; 22(1):72-79. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml>
 - 25 Mittelmark MB. Setting an ethical agenda for health promotion. Health Promotion International [revista en internet] 2007. [acceso 15 de abril de 2008]; 23(1): 78-84. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml>
 - 26 Roth AN. Discurso sin compromiso. La política de derechos humanos en Colombia. Bogotá: Ediciones Aurora; 2006.
 - 27 IFHRO, EDHUCASALUD. Conferencia Internacional sobre exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud. 1ª Ed. Lima: Federación internacional de derechos humanos y salud; 2007.
 - 28 Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Resolución 55/2 [internet]. New York: ONU; 2000. [acceso 15 de abril de 2008]. Disponible en: www.un.org/spanish/milenio/ares550
 - 29 Hunt P. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de derechos humanos séptimo período de sesiones tema 3 de la agenda. A/HRC/7/11. Enero 31 de 2008 [Internet] [acceso 30 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.aprodeh.org.pe/saludmental/internacional.html>
 - 30 Asociación Canadiense de Salud Pública. La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud. Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública: 1996.
 - 31 López D, Pittman P, Gómez P, Machado H, López LA. La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de PS: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud. México D.F.:OMS/ops; 2000.
 - 32 Facultad Nacional de Salud Pública. Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública; 2003. Medellín: Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2004.
 - 33 Feo O. Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2004; 22(9): 73-77.
 - 34 Labonte R. La participación social en la Promoción de la Salud (panel). En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/ops /OMS; 1992.
 - 35 Málaga H, Castro ML. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.
 - 36 Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no prometo de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(4): 1088-1095.
 - 37 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.: ops/OMS; 2005.
 - 38 Guillermo J R, Garduño V. Estado, globalidad o comunidad: el punto de encuentro con el siglo XXI. Dialnet [revista en internet] 2006. [acceso 13 de Junio de 2008]; 56(9): 762-773. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2475381>
 - 39 Sapag JC, Kawachi I. Capital social y Promoción de la Salud en América Latina. Rev Saúde Pública. 2007; 41(1):139-149.
 - 40 Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology 2001; 30 (4): 668-678.
 - 41 The International Union for Health Promotion and Education, the Canadian Consortium for Health Promotion Research, the Public Health Agency of Canada. Statements: Shaping the future of health promotion: priorities for action. Health Promot Int [revista en internet] 2007. [acceso 15 de noviembre de 2007]; 23(1): 98-102. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml>
 - 42 Linares E, Mandl JP. Hacia un nuevo modelo de gestión social en salud: la iniciativa de la dirección regional de salud del Estado Trujillo. En: Lévy J, Malo M. De la participación en salud a la construcción del poder popular: Experiencias para el debate [internet]. Maracay: Ministerio del poder popular para la salud/IAES; 2010. [acceso 5 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.bvs.org.ve/libros/Participacion_en_salud.pdf