

Antes de comenzar



Resulta adecuado, antes de entrar de lleno en la descripción de los diferentes modelos que nos permiten comprender por qué muchos de nosotros nos comportamos de manera contraria a los que dice nuestro conocimiento y razón en relación con los asuntos de salud, unificar los conceptos de algunos términos clave que serán utilizados a lo largo de este libro.

¿Qué entendemos por salud?

La definición de salud no es un asunto meramente conceptual o teórico, pues tiene implicaciones trascendentales en la manera como se pone en práctica, se construyen sus políticas, se prestan los servicios sanitarios y se hace su promoción. Así mismo, afecta las representaciones sociales que se construyen alrededor de ella, influyendo en las demandas y expectativas que hacen las personas, así como en su comportamiento y decisiones. En síntesis, la definición tiene una importancia estratégica en todos los campos de la salud (Leonardi, 2018).

Para la medicina Occidental, la definición de salud partió inicialmente (siglo XIX y al comienzo del XX) del reduccionismo biomédico, que se basó en parámetros como ausencia de enfermedades o dolencias (Larson, 1999). Luego de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una sección de su página web sobre preguntas frecuentes, la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente

la ausencia de afecciones o enfermedades”. A este acuerdo de definición se llegó en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición no ha sido modificada desde ese entonces, se ha difundido por todo el mundo y ha tenido un papel importante en el desarrollo de los sistemas nacionales de atención de salud, impulsando a los países a realizar acciones más allá de los límites tradicionales establecidos por las condiciones biológicas de las personas (OMS, 2020).

No obstante, dado el crecimiento en la tasa de envejecimiento y de la prevalencia de enfermedades crónicas, la definición de salud de la OMS se ha vuelto inadecuada, dado que ahora las personas deben lidiar por muchos años con alteraciones importantes en su calidad de vida. Como consecuencia, surge la necesidad de abandonar su visión utópica, la idea de que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social (The Lancet, 2009). En los años transcurridos entre la adopción de la definición de salud de la OMS y hoy, la esperanza de vida mundial ha aumentado aproximadamente de 48 a 71 años para los hombres, y de 53 a 76 años para las mujeres. La mortalidad infantil en menores de cinco años ha disminuido drásticamente, mientras que la población de adultos mayores de 65 años ha crecido numérica y proporcionalmente: de 131 millones de personas que representan el 5 % de la población mundial en 1950 a 617 millones de personas que constituyen casi el 9 % en 2015 (Fallon y Karlawish, 2019).

Los cambios en la definición de las enfermedades también han acompañado el aumento de las expectativas de vida, desafiando los conceptos de salud que dependen de la ausencia de la enfermedad. La hipertensión, por ejemplo, es una de las afecciones crónicas más comunes en adultos mayores y un factor de riesgo central para las dos principales causas de muerte en todo el mundo en 2016, las enfermedades cardíacas y los derrames cerebrales. El cambio en la definición de hipertensión que se existía en la década de 1940, en la que los umbrales para que esta condición fuera tratable se han reducido repetidamente,

desde una presión sistólica de más de 180 y una presión diastólica de más de 110 milímetros de mercurio, a una presión sistólica, en 2017, de más de 130 y una presión diastólica de más de 80, de forma asintomática. El manejo mejorado de la hipertensión ha ayudado a reducir las tasas de mortalidad ajustadas por edad de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular, mediante segmentos más largos del ciclo vital (Fallon y Karlawish, 2019).

Los cambios en detección, diagnóstico y tratamiento también han afectado el manejo de por vida de muchas otras afecciones, desde el cáncer hasta el VIH/Sida. El tratamiento de los tumores malignos, la segunda causa principal de muerte entre 1948 y 2016, se ha transformado mediante exámenes de rutina, detección temprana y nuevas terapias. Hoy, para muchos pacientes, el cáncer es una enfermedad crónica. De esta manera cabe preguntarse, según los términos de la definición de la OMS, ¿estas personas que viven en un estado de riesgo elevado y una detección más vigilante están sanas o enfermas? Las definiciones cambiantes de la enfermedad han alterado su prevalencia, mientras que los nuevos tratamientos afectan la morbilidad, de modo que muchas enfermedades pueden durar décadas y producir pocos o ningún síntoma si se manejan de manera adecuada (Fallon y Karlawish, 2019).

Al respecto de los inconvenientes de la definición de salud de la OMS, en relación con el contexto de enfermedad actual, Leonardi (2018) menciona seis aspectos problemáticos, que se describen a continuación:

El completo bienestar es un estado extremo que es imposible de lograr para cualquiera. Ciertamente esto no es posible para las personas de edad avanzada o afectadas con enfermedades crónicas, que es una población en aumento. Del mismo modo, las experiencias comunes en la vida cotidiana sugieren que un largo período libre de síntomas físicos y mentales es altamente improbable, ya que, por ejemplo, se ha podido documentar científicamente que un adulto promedio experimenta alrededor de cuatro síntomas en un período de 14 días. En otras palabras, esta definición propone estándares de salud inalcanzables, por los que casi todas las personas son poco saludables la mayor parte del tiempo, debido a la imposibilidad de alcanzar ese completo bienestar físico, psicológico

y social. De hecho, también implicaría la ausencia de cualquier factor de riesgo o de enfermedad, que es una condición absolutamente imposible para todos, ya que el solo hecho de vivir implica estar sometido a situaciones que pueden traer como consecuencia enfermar o morir.

Leonardi (2018) plantea también la imposibilidad de operativizar el concepto de salud en una medida concreta, debido a que es un estado utópico. Por tanto, la salud sería un asunto que no puede objetivarse o concretarse.

El concepto de salud es demasiado amplio, combina elementos científicos con argumentos políticos y morales: un estado completo de bienestar físico, mental y social implica una vida libre de pobreza, vicios, inequidad, discriminación, violencia, opresión y guerra, que son en esencia problemas que no pueden considerarse médicos. Así, esta definición de salud comprende implícitamente problemas existenciales, argumentos morales, elecciones éticas y dimensiones políticas. Es por esta razón, dice Leonardi (2018), que se ha considerado mucho más una declaración política que científica, o un concepto que está más estrechamente relacionado con la felicidad que con la salud.

La definición de salud de la OMS induce la medicalización de la sociedad. La amplitud y la concepción positiva del bienestar conducen a la medicalización de todos los aspectos de la vida, y, en consecuencia, los problemas que pertenecen a la esfera social o a otros campos se consideran como partes del dominio médico. Incluso, si este efecto no es intencional, tiene serias consecuencias prácticas: si se considera que la naturaleza del problema es médica, se buscará una solución médica, en lugar de otro tipo de respuesta. Esto significa que cada desviación menor, a partir de las normas psicológicas y sociales, potencialmente se convierte en una pérdida de salud y, en consecuencia, lleva a las personas a aumentar su demanda de cuidados de salud.

La definición de la OMS supone que el bienestar siempre está vinculado a la salud, pero no considera que esta suposición no aplica en todos los casos. Cuando las personas se enfrentan a un evento negativo, sufren, no experimentan bienestar. Esta reacción no puede considerarse una pérdida de salud, por el contrario, todos perderíamos la salud casi todos los días. La falta de bienestar

en estas situaciones que son comunes representa un signo objetivo de un sentido apropiado de la realidad, y, paradójicamente, experimentar un estado de bienestar en situaciones similares puede indicar una alteración en la experiencia subjetiva de la realidad y, por lo tanto, una pérdida de salud. Además, descartar el malestar de la definición de salud excluye a una parte significativa de la población de la posibilidad de estar sanos. De hecho, las personas de avanzada edad y los pacientes crónicos pueden desarrollar habilidades para lograr vivir con una enfermedad y sus restricciones, y aceptar déficits físicos e incomodidades inevitables que son propios de su condición.

El último aspecto que describe Leonardi (2018) se refiere a que la definición de la OMS supone que los bienestar físico, psicológico y social siempre mantienen una correlación positiva entre ellos, pero no se tienen en cuenta excepciones, como los casos de aquellas personas que fuman o beben, y por ello sufren una disminución del bienestar físico, con un aumento del bienestar psicológico o social (manejo del estrés y aceptabilidad social).

La Declaración de Alma Ata, que se realizó en septiembre de 1978 (The Pan American Health Organization, 2012) intentó redefinir la visión utópica de la OMS. Por un lado, reafirmó la definición histórica, pero, por otro, introdujo “el nivel más alto posible de salud”, que es un objetivo más pragmático que un estado completo de bienestar. Sin embargo, esto no soluciona el problema de fondo.

Posteriormente, una nueva perspectiva surgió implícita en la Carta de Ottawa (OMS, 1986). La salud se convirtió en un recurso para la vida cotidiana (un proceso) y no en un objeto de vida (un estado). Esta perspectiva se derivó de un concepto de salud, como el grado en que un individuo o un grupo es capaz, por un lado, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otro, de cambiar o hacer frente al medio ambiente. Incluso si estas interpretaciones de la definición de la OMS mejoran el significado de salud, no son capaces de superar todos los problemas mencionados antes. En la actualidad, algunos autores sugieren que la definición de la OMS debería verse más como un objetivo inspirador que como una definición real de salud.

En los últimos cuarenta años se han hecho intentos importantes por tener una nueva definición de salud. Algunos han hecho propuestas puramente descriptivas de la salud basada en la función biológica y formulado algunos indicadores epidemiológicos, como las tasas de morbilidad y mortalidad de una población, entre otros. Otras perspectivas se han distanciado de este punto de vista bioestadístico y han definido la salud centrándose en las variables psicológicas y sociológicas. Este amplio debate científico parece haberse detenido: por un lado, la OMS no cambia su propia definición y, por otro lado, ninguna perspectiva alternativa parece capaz de alcanzar un amplio nivel de consenso.

Como alternativa, Leonardi (2018) propone que la definición de salud debe tener al menos nueve características para funcionar dentro del campo científico:

- ▶ Ir más allá de la ausencia de enfermedades o dolencias y de los parámetros biofísicos para evitar el viejo reduccionismo biomédico.
- ▶ Conceptualizarse como una capacidad o como un conjunto de ellas, porque la salud como concepto se vuelve coherente cuando se concibe como tal.
- ▶ Ver la salud como un proceso continuo, iterativo y dinámico, no como un estado por alcanzar.
- ▶ Ser potencialmente alcanzable para todos en la vida real, en todas las circunstancias, a cualquier edad, independiente de la condición socioeconómica, la educación o la religión, para no convertirse en una utopía.
- ▶ Incluir tanto malestar como bienestar, porque la mayoría de las personas afrontan a diario los eventos negativos y, por ello, sienten malestar, tristeza o emociones desagradables, sin que ello implique una pérdida de salud. La inclusión del malestar en una definición de salud es estratégica para contrastar la medicalización de la sociedad y reducir el sesgo cultural de considerar a la salud como una condición ideal: les permite a las personas tener expectativas realistas y estar saludable, incluso, cuando se enfrenta a eventos negativos. Para las personas mayores o afectadas por enfermedades crónicas, la salud puede entenderse solo como la capacidad de vivir con restricciones y aceptar, de manera no pasiva, los déficits físicos inherentes a ellas.

- ▶ Superar los enfoques individualistas, porque ya no puede considerarse como una propiedad de un individuo abstracto, independiente del contexto de vida, pero, al mismo tiempo, la salud no puede reducirse solo a un resultado de determinantes sociales.
- ▶ Ser independiente del discurso moral y ético, inclusive si es inevitable que cada definición de salud sea una expresión implícita de unas normas socioculturales particulares. Este aspecto es muy importante, porque permite evitar el problema de combinar la moral con las evaluaciones científicas, pero su aplicación concreta podría no ser fácil, porque las declaraciones cargadas de valor están involucradas en varias facetas de la salud.
- ▶ Basarse en prioridades, valores, necesidades, aspiraciones y objetivos de la persona, para integrar la experiencia íntima del paciente en la práctica médica y tener en cuenta los factores subjetivos que juegan un papel importante en la salud de una persona (puede implicar una pérdida en términos de mensurabilidad y estandarización, pero aumenta la validez del constructo). Esto implica la adopción de una perspectiva ideográfica basada en el individuo específico y su punto de vista único, y rechazar una perspectiva nomotética dirigida a establecer leyes generales que expliquen los fenómenos de salud para todos los individuos.
- ▶ Ser operativa y medible mediante procesos claros, concretos y definidos, para convertirse en un concepto útil en situaciones reales. Por supuesto, igual que con todos los conceptos abstractos, la salud no puede medirse directamente, sino solo mediante indicadores que deben construirse sobre la base de la definición de salud.

Estas nueve coordenadas teóricas, afirma Leonardi (2018), permiten construir muchas definiciones de salud, entre las cuales se puede elegir la más útil para lograr el conocimiento y los objetivos operativos perseguidos en los diferentes ámbitos de aplicación.

Teniendo en cuenta los anteriores lineamientos teóricos, McCartney *et al.* (2019) revisan y analizan varias definiciones contemporáneas de salud que se

incluirán enseguida. Comienza describiendo las siguientes definiciones alternativas, que han tratado de atenuar la aspiración absolutista de la salud:

La salud surge en la medida en que un individuo o grupo es capaz, por un lado, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otro, de enfrentar los entornos interpersonales, sociales, biológicos y físicos. La salud es, por lo tanto, un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida; es un concepto positivo que abarca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y psicológicas (Starfield, 2001, p. 2).

La salud es la capacidad de hacer frente y manejar las propias condiciones de malestar y bienestar (Leonardi, 2018, p. 8).

La salud es la experiencia del bienestar físico y psicológico. La buena salud y la mala salud no ocurren como una dicotomía, sino como un continuo. La ausencia de enfermedad o discapacidad no es suficiente ni necesaria para producir un estado de buena salud (Card, 2017, p. 131).

Según McCartney *et al.* (2019), estas definiciones evitan las dificultades binarias y absolutistas de la OMS y, en cambio, introducen un concepto análogo (“en la medida en que”) basado en la realización de aspiraciones, la capacidad de satisfacer necesidades y hacer frente a una variedad de entornos. Una fortaleza de este enfoque es que la salud se define en contexto por las normas sociales en torno a la aspiración y la necesidad, y, por lo tanto, evoluciona con el tiempo. Sin embargo, esto también podría ser problemático, al no reconocer diferencias importantes en mortalidad o morbilidad entre poblaciones o cambios a lo largo del tiempo.

Más adelante, los mismos autores describen otra definición, en la que conceptualizan la salud como una condición colectiva con la propiedad de un bien público, es decir, en la que su disfrute por parte de alguien no disminuye su uso por parte de los demás:

La salud es una condición en la que las personas logran el control de sus vidas gracias a la distribución equitativa del poder y los recursos. La salud es, pues, un valor colectivo; mi salud no puede ser a expensas de los

demás ni mediante el uso excesivo de los recursos naturales. (Huber *et al.*, 2011, p. 3)

Sin embargo, afirma McCartney *et al.* (2019), esta última definición, por su enfoque centrado en el “locus de control” y su descripción de la salud como un valor colectivo, puede excluir una perspectiva mediante la cual se pueda comprender cómo las diferentes experiencias individuales dentro de una población pueden generar otros estados de salud. Por consiguiente, sería mejor contar con una definición que permita examinar la salud y sus determinantes, tanto en las poblaciones como en los individuos. Por ejemplo, sería posible tener un alto grado de control sobre la propia vida y morir prematuramente, porque el *locus* de control puede ser una causa para los casos individuales, pero no para incidir dentro en una población. Esta definición también hace referencia a la distribución equitativa del poder y los recursos, que no son necesariamente las únicas vías con las cuales se puede lograr la salud. Estas observaciones también se aplican a la definición sugerida por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (International Union for Health Promotion and Education), que lo hace en función de sus determinantes:

La salud se crea cuando las personas, las familias y comunidades disponen de los ingresos, la educación y el poder para controlar sus vidas, y sus necesidades y derechos se ven respaldados por sistemas, entornos y políticas que permiten y favorecen una mejor salud. (Shilton *et al.*, 2011, p. 1)

Por último, McCartney *et al.* (2019) citan dos definiciones tomadas del Diccionario de Salud Pública de Last (2007):

Un estado sostenible de equilibrio o armonía entre los seres humanos y su entorno físico, biológico y social que les permita coexistir indefinidamente; un estado estructural, funcional y emocional que sea compatible con una vida efectiva como individuo y como miembro de grupos familiares y comunitarios. (p. 4)

El autor afirma que el primer enunciado deriva de una perspectiva ecológica en la que la salud depende de su sostenibilidad y su interrelación con el medio ambiente; esta concepción es más amplia y se aleja del enfoque antropocéntrico. Sin embargo, como otras definiciones, no contempla la posibilidad de que sea posible estar en equilibrio en un nivel de salud que sea bajo (o caracterizado por la enfermedad y la dolencia). Otra característica es que la salud puede no ser similar a un “bien público”, en el sentido de que lograrla puede ser a expensas de otros (tanto de humanos como de otras especies).

El segundo enunciado ofrecido contiene los componentes multidimensionales de la definición de la OMS, incluye un elemento experimental que falta en muchas de las propuestas pero que evita que una posición absolutista de la salud tenga que ser un estado ‘completo’, además, relaciona la salud con la capacidad de participar socialmente, que no es común observar en otras conceptualizaciones.

En síntesis, las características y líneas comunes de las definiciones de salud son las siguientes:

- ▶ La salud es el logro de un estándar: algunos autores la definen como el logro de un estándar definido (con aspiraciones), mientras que otros la describen en una escala más analógica, en la que la salud puede lograrse en mayor o menor medida (y es posible con menores expectativas, dadas las circunstancias contextuales y personales).
- ▶ La salud es el logro de un resultado ideal: las definiciones que clasifican a las personas en sanas o no en función de si han alcanzado un estado de salud o bienestar “completo”, son buenas para reconocer las aspiraciones y el potencial que puede ser desarrollado. Sin embargo, es posible que no reconozcan que las personas pueden considerarse sanas mientras viven con algunas formas de discapacidad o afecciones, y que no reconozcan el proceso de “envejecimiento saludable”, por el que cierto menoscabo de funcionalidad puede no representar una pérdida de salud.
- ▶ La salud es experiencia: la experiencia de la salud como positiva o negativa en sí misma (es decir, separada de la capacidad que puede proporcionar para

funcionar o participar en la economía o en la sociedad) no es una característica común en todas las definiciones. Algunos sostienen que lo importante no es la experiencia de la salud, sino las capacidades que esta proporciona. Es evidente que ambas están vinculadas, y es difícil imaginar un escenario en el que se experimente una salud negativa sin que se reduzca su capacidad. Sin embargo, esto puede disminuir la experiencia humana a un fenómeno excesivamente funcional o mecanicista (o incluso, rebajar la salud a la capacidad de ser productivo en la sociedad) y, por consiguiente, socavar la experiencia y el valor de la salud por sí misma.

- ▶ La salud es la habilidad para funcionar y participar: algunos definen la salud solo en función de la (in)capacidad de participar en la sociedad, que, por otra parte, se enmarca como un recurso para vivir o la habilidad de “funcionar”, mientras que otros la incluyen como un componente esencial junto a los aspectos físicos y mentales. Definir la salud de forma restringida sobre la base de la participación en la sociedad significa que los elementos experienciales (dolor, mal humor, etc.) solo son pertinentes en la medida en que repercuten en la capacidad de participar. La ventaja de incluir este aspecto es que se reconoce que la salud es un fenómeno contextualizado.
- ▶ La salud es definida por sus determinantes: la sola definición de la salud por sus determinantes es imprecisa e insatisfactoria. Por ejemplo, si la salud está determinada por un ingreso adecuado, todos los resultados que se deben a un ingreso adecuado constituirían “salud”. Esta sería una definición demasiado amplia para ser útil.
- ▶ La salud es un fenómeno individual y poblacional: algunas definiciones se centran únicamente en la salud como un fenómeno de la población, pero esto restringe sus aplicaciones.
- ▶ La salud es un fenómeno multidimensional: esta reconoce la naturaleza holística de la experiencia de la salud. La mayoría de las definiciones recientes comprenden los componentes físicos, psicológicos y sociales de la salud.
- ▶ La salud es definida por el control que tienen las personas sobre sus vidas: la salud es claramente un recurso que determina el control que las personas

tienen sobre sus vidas, su capacidad para realizar las expectativas y satisfacer las necesidades, pero no es el único factor determinante (por ejemplo, los contextos político y socioeconómico también son muy importantes).

- ▶ La salud debe ser sustentable: algunas definiciones de salud se centran, en gran medida o completamente, en su sostenibilidad. Sin embargo, esto confunde el resultado de interés (la salud) con los procesos mediante los cuales se le determina.

¿Qué entendemos por promoción de la salud?

Aunque no hay un acuerdo alrededor de la definición de promoción de la salud (PS), el término por lo general se considera como un proceso multifacético que involucra a individuos, grupos y comunidades, con el propósito de permitir que las personas aumenten el control sobre su salud y sus determinantes. Esto se puede ver plasmado en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) y en la de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (OMS, 2005):

En la Carta de Ottawa la define así:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (OMS, 1986, p. 1)

Mientras que la Carta de Bangkok la conceptualiza de esta manera:

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna.

La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y así mejorar esta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (OMS, 2005, p. 1)

En el período comprendido entre la publicación de la Carta de Ottawa en 1986 y la Carta de Bangkok en 2005, el tema central de la PS no cambió: permitir a las personas aumentar el control sobre sus vidas y su salud; pero sí lo han hecho algunas de sus prácticas. Por ejemplo, introducir como una nueva área de trabajo los determinantes sociales de la salud, desde la comisión internacional de la OMS encargada del tema (OMS, 2008). También, el desarrollo de innovaciones de nuevas tecnologías ha cambiado la manera de interactuar con individuos y comunidades.

A diferencia de la Carta de Ottawa, la de Bangkok no proporciona un marco que los profesionales de la PS puedan usar para ayudar directamente a potenciar sus acciones, ya que no entrega un plan de acción que indique el quién, el cómo y el cuándo de sus compromisos. La Carta de Bangkok está destinada a un público diferente: gobiernos y políticos en todos los niveles, el sector privado, las organizaciones internacionales, así como la sociedad civil y la comunidad de salud pública. Los cuatro compromisos de esta carta buscan que la PS sea central en la agenda de desarrollo global y una responsabilidad fundamental para todo gobierno, para convertirla en un enfoque clave para

las comunidades y la sociedad civil, y un requisito para las buenas prácticas corporativas.

La OMS ha ayudado a dar forma al concepto de PS mediante múltiples declaraciones que han legitimado muchas de las prácticas sobre este tema. En particular, las siguientes cartas y declaraciones han aportado una importante contribución (tabla 1.1):

- ▶ La Carta de Ottawa en 1986.
- ▶ La Declaración de la Conferencia de Adelaida en 1988.
- ▶ La Declaración de la Conferencia de Sundsvall en 1991.
- ▶ La Declaración de la Conferencia de Yakarta en 1997.
- ▶ La Declaración de la Conferencia Mundial de México en 2000.
- ▶ La Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado, en 2005.
- ▶ La Declaración de la Conferencia Mundial de Nairobi en 2009.
- ▶ La Conferencia Mundial de Helsinki sobre la Declaración de Promoción de la Salud, en 2013.

Tabla 1.1 Cartas y declaraciones de la OMS sobre promoción de la salud

<p>La Carta de Ottawa en 1986</p>	<p>Fue la primera conferencia internacional sobre PS y salud pública que definió cinco acciones de promoción para mejorar la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar políticas públicas de salud adecuadas. • Crear ambientes favorables a la salud. • Reforzar la acción comunitaria. • Desarrollar habilidades que les permitan a las personas ganar poder y control sobre su estado de salud y sobre sus determinantes. • Reorientar los servicios de salud, para que trasciendan la mera atención clínica y médica.
<p>La Declaración de la Conferencia de Adelaida en 1988</p>	<p>Abordó la primera de las cinco áreas de acción de la Carta de Ottawa: la elaboración de políticas públicas de salud adecuadas. La Declaración de la Conferencia declaró que “la salud es un derecho humano fundamental y una buena inversión social”. Llevó la discusión sobre el vínculo entre las desigualdades en salud y las políticas públicas más allá que antes, en el contexto de la PS.</p>

<p>La Declaración de la Conferencia de Sundsvall en 1991</p>	<p>Fue la primera conferencia de PS de la OMS que tuvo una perspectiva global y abordó la segunda de las cinco áreas de acción de la Carta de Ottawa: crear ambientes favorables a la salud, que se refiere a la protección de las personas contra las amenazas a la salud y a permitir que ellas amplíen sus capacidades y desarrollen la autosuficiencia en salud. Abarca dónde se vive, la comunidad local, el hogar y dónde se trabaja y divierte; incluye el acceso de las personas a los recursos para la salud y las oportunidades de empoderamiento (ambiente físico, socioeconómico y político).</p>
<p>La Declaración de la Conferencia de Yakarta en 1997</p>	<p>Fue la cuarta conferencia mundial sobre la PS en la que se examinó el impacto de la Carta de Ottawa hasta el momento e incluyó a nuevos actores como el sector privado. La experiencia del decenio pudo establecer que las estrategias de PS contribuyen por igual a la mejora de la salud y a la prevención de las enfermedades en los países desarrollados y en desarrollo. Así mismo, se identificaron cinco prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la responsabilidad social por la salud. • Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud. • Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud. • Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo. • Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
<p>La Declaración de la Conferencia Mundial de México en 2000</p>	<p>Demostó cómo las estrategias de PS agregan valor a la efectividad de las políticas, programas y proyectos de salud y desarrollo, en particular a aquellos que apuntan a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas. La Declaración de la Conferencia reconoció que la salud no solo es un resultado, sino también un importante aporte a la equidad y el desarrollo económico.</p>
<p>La Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado, en 2005</p>	<p>Fue el primer intento de revisar la Carta de Ottawa. Se identificaron las acciones, compromisos y promesas requeridas para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado por medio de la PS: “La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorarla. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud” (OMS, 2005).</p>

<p>La Declaración de la Conferencia Mundial de Nairobi en 2009</p>	<p>Hizo un llamado a la acción para cerrar la brecha entre salud y desarrollo por medio de la PS. Se propusieron setenta estrategias clasificadas en cinco temas básicos: construcción de capacidad o PS, fortalecimiento de los sistemas de salud, acciones intersectoriales y de asociaciones, empoderamiento comunitario, alfabetización en salud y comportamientos saludables.</p>
<p>La Conferencia Mundial de Helsinki sobre la Declaración de Promoción de la Salud, en 2013</p>	<p>Facilitó el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas para implementar el enfoque de “salud en todas las políticas” (HIAP, por sus siglas en inglés). La Conferencia proporcionó orientación, en especial a los estados miembros, sobre qué es HIAP, por qué es importante y cómo implementarlo en el futuro. Este enfoque consideró los impactos en la salud en todos los sectores, como la agricultura, la educación, el medio ambiente, la vivienda y el transporte, para lograr mejores resultados en salud.</p>

Fuente: elaboración propia.

¿Son lo mismo promoción de la salud y educación para la salud?

Desde 1980 ha existido una superposición entre los conceptos de educación para la salud (EPS) y la PS, cuando las actividades que hacían referencia a la PS se ampliaron más allá del enfoque de los estilos de vida y las conductas saludables. Estas acciones comprenden más que solo dar información y se dirigieron a estrategias que incluyeron la acción política y la movilización social. Se quitó el énfasis a la responsabilidad individual por la salud, con la que se culpabilizaba a las personas por sus enfermedades, a pesar de que ciertos factores de riesgo estaban fuera de su control, como el acceso a la riqueza y a la educación (Laverack, 2014).

Si bien no existe una definición universal de EPS, el concepto hace referencia a las actividades planificadas de aprendizaje con la finalidad de influir positivamente sobre la salud. En concreto, Costa y López (2008) la definen como un

Proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favor de las elecciones positivas para la salud y a promover cambios de los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo. (p. 37)

Por otra parte, el Comité Conjunto 2011 sobre Terminología de Educación y Promoción de la Salud (Taylor y Francis Online, 2012, p. 12) define EPS como “cualquier combinación de experiencias de aprendizaje planificadas utilizando prácticas basadas en evidencia y/o teorías sólidas que brinden la oportunidad de adquirir el conocimiento, las actitudes y las habilidades necesarias para adoptar y mantener comportamientos saludables”.

El papel del educador de salud es diseñar e implementar actividades de aprendizaje y proveer entrenamiento, instrucciones y desarrollo de habilidades, con el fin de facilitar que las personas realicen elecciones informadas sobre su salud y las conductas que la afectan.

La relación entre la EPS y la PS es simbiótica. La primera proporciona la agenda y los aspectos importantes a nivel educativo en la segunda. Si el principal objetivo de la EPS es proporcionar información para influir en las elecciones futuras, la PS apunta a acciones sociales y políticas complementarias. Así, la EPS en torno al vapeo podría estar dirigida a un programa de sensibilización del daño por el consumo de tabaco y las estrategias para dejarlo, la PS se extiende a la legislación que restringe el acceso y uso de los e-líquidos, las prohibiciones de publicidad y las leyes y políticas para su consumo. Por lo tanto, la EPS por sí sola es insuficiente para lograr resultados positivos sobre salud, o para influir en las causas estructurales a una mayor profundidad.

La PS es, o debería ser, una actividad política, ya que muchas de sus acciones tienen consecuencias políticas para las personas en la sociedad, por ejemplo, por medio de la legislación y la política de salud. Para ser más efectivos políticamente, los profesionales deben comprender por completo las fuentes de su

propio poder y cómo esto puede usarse para ayudar a otros a tener una mayor influencia en el contexto político (Laverack, 2014).

¿Qué entendemos por programa de salud?

Un programa se define como una organización que tiene como misión lograr uno o más objetivos mediante un plan de acción que indica qué trabajo se realizará, quién, cuándo y cómo, así como qué recursos se utilizarán. Es, además, importante señalar que estos programas se integran a otra organización más grande que los desarrolla y que les permite lograr parte de su misión (por ejemplo, el programa de vacunación contra la Covid-19 del Ministerio de Salud del país le permite desarrollar parte de su política de salud). Por tanto, es útil pensar en los programas como organizaciones dentro de organizaciones (Longest, 2014).

Ahora bien, los programas de salud trabajan con sus determinantes, por lo que abordan algún aspecto del entorno físico en el que las personas viven, estudian y trabajan, así como sus comportamientos, su biología, los factores sociales que las afectan o los servicios de salud que reciben.

Es importante también aclarar que el término ‘proyecto’ tiende a confundirse con el de ‘programa’ y a usarse como sinónimo, por lo que la distinción entre ellos tiende a ser algo subjetiva. Algunas personas piensan los proyectos como elementos constitutivos de un programa. Así, por ejemplo, si el programa de vacunación contra la Covid-19 en Colombia tiene como objetivo contribuir con la generación de la inmunidad de rebaño de la población, para lograrlo se subdivide en dos fases o proyectos. La primera tiene como fin reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica del virus, y la segunda, reducir su contagio. Cada fase o proyecto desarrolla etapas y estrategias específicas que le permiten alcanzar el objetivo general. De esta manera, podría definirse el proyecto como una acción temporal para lograr un único servicio, labor o resultado. Así, el proyecto es una acción más pequeña y de más corta duración que el programa.

¿Qué son las necesidades de salud?

Las necesidades de salud están relacionadas con todo aquello que permita tomar control sobre los factores que afectan la salud de una persona o una comunidad, en otras palabras, con sus determinantes. Por ejemplo, las necesidades relacionadas con una alimentación saludable pueden incluir, entre otras variables, conocimientos sobre su valor nutricional, acceso a alimentos sin procesar como frutas y verduras frescas, saber prepararlos y tener tiempo y recursos para hacerlo. Estas necesidades pueden clasificarse de diferentes maneras. Por ejemplo, Bradshaw (1972) propuso hacerlo de la siguiente manera: las necesidades no sentidas o latentes (que son aquellas que no son identificadas por el individuo como una necesidad), las percibidas por el individuo, las normativas (aquella que el experto o profesional de la salud define como una necesidad) y las relativas (diferencia entre las necesidades individuales y las de la población a la que pertenece). Cada una de estas perspectivas da lugar a una definición de necesidad relativamente diferente, aunque al mismo tiempo, en algunas de sus partes coinciden entre sí. Por ejemplo, cuando un individuo presenta fiebre y siente que requiere de atención médica, el encargado de proporcionar los servicios acepta dicho síntoma como indicativo de patología, y la sociedad asume este hecho como una condición legítima que es necesario atender. En este caso nos encontramos con que las tres perspectivas convergen.

La satisfacción de las necesidades de salud está determinada por aquellos encargados de formular políticas y prestar servicios, y por las comunidades o individuos. Los encargados de la formulación de políticas incluyen a los legisladores en los gobiernos centrales y locales, así como a los responsables de tomar decisiones estratégicas en otras organizaciones, y son los delegados de formular políticas, en lugar de las personas que prestan servicios, quienes por lo general determinan qué y cómo se entregan servicios. Las acciones de las personas en educación, salud y servicios sociales pueden no estar del todo alineadas con lo que pretenden los expertos, y los servicios pueden variar dependiendo de a quién se entreguen y, por lo tanto, la calidad de los servicios también puede ser muy diversa. Todos son miembros de una o más comunidades y sus necesidades de salud también se

satisfacen por medio de familias, amigos y vecinos. Las empresas (que no sean de salud, educación y servicios sociales) también pueden considerarse como parte de la comunidad, y la naturaleza y distribución de servicios influye en gran medida en si las personas tienen control sobre su propia salud.

¿Qué entendemos por teorías y modelos?

Antes de entrar de lleno en las teorías que respaldan el diseño exitoso de los programas de salud, es importante definir qué se entiende formalmente por teoría y cómo esta puede ayudar en su adecuado desarrollo e implementación.

De acuerdo con Glanz y Rimer (2012), se entiende por teoría al “conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que explican o predicen estos eventos o situaciones ilustrando las relaciones entre las variables” (p. 4). Cualquier teoría puede ser usada en una variedad de problemas y situaciones. Esto sucede por su naturaleza abstracta, ya que carece de contenido o temática específicos. Solo cuando son aplicadas a un problema particular toman forma y ayudan a entender los eventos o situaciones que hacen parte del problema de salud.

Así mismo, las teorías están conformadas por **conceptos** adoptados o desarrollados por la misma teoría, que son sus piezas básicas o sus elementos primarios, y que al conjugarse forman los **constructos**. La manera de operativizar estos constructos en la vida real es mediante las **variables**, ya que estas definen la manera como dichos constructos serán medidos. Finalmente, los **modelos** son el conjunto de teorías plasmadas en un esquema que permiten entender problemas particulares en contextos específicos (Glanz y Rimer, 2012).

Las teorías de comportamiento de salud y de planeación de programas son herramientas que deberán utilizar los profesionales más allá de su propia intuición, para diseñar los programas de PS y prevención de la enfermedad, y entender los comportamientos saludables que intervienen en ellos. Esto es coherente con el enfoque de salud basado en evidencias empíricas, que proporcionan una especie de mapa de ruta que indica la manera apropiada de abordar el problema, desarrollar las intervenciones y evaluar sus resultados.

Una teoría permitirá encontrar las respuestas de qué, cómo y por qué de los problemas de salud en donde es aplicada, lo que allana el camino para su solución, ya que muestra conceptualmente la forma de identificar las causas por las cuales las personas se comportan o no de forma saludable, y sugiere estrategias para llegar a la población objetivo y producir el impacto esperado. También facilita encontrar o construir los indicadores que deben ser medidos y evaluados en el desarrollo del programa. Por ello el proceso de planificación, implementación y monitoreo de un programa basado en la teoría tiene mayor probabilidad de éxito que aquel desarrollado sin el beneficio que esta proporciona.

Hay dos tipos de teorías que deben ser incorporadas en el diseño de programas de salud: primero, el de las teorías explicativas, que describen las razones por las que existe el problema y muestran los factores que contribuyen a la ausencia o presencia de conductas de salud que pueden ser modificadas (por ejemplo, falta de conocimiento, autoeficacia, percepción de riesgo, apoyo social, norma social, reforzador, etc.). Los ejemplos de teorías explicativas incluyen el modelo de creencias de salud, la teoría del comportamiento planificado, el modelo transteórico y el modelo de adopción de precauciones, entre otras.

Segundo, el de las teorías del cambio, que guían el desarrollo de las intervenciones de salud y su evaluación. Ejemplos de estas son la organización comunitaria y la difusión de innovaciones.

Esta Guía incluye descripciones y aplicaciones de algunas teorías que son básicas para explicar los comportamientos saludables y la práctica de la PS en la actualidad.

No existe una teoría exclusiva que domine la educación y la PS, pues los problemas, comportamientos, poblaciones, culturas y contextos de la práctica de salud pública son muy variados. Algunas teorías se centran en los individuos como la unidad de cambio, otras examinan el cambio dentro de familias, instituciones, comunidades o culturas. Abordar adecuadamente un problema puede requerir más de una teoría, y ninguna es adecuada para todos los casos.

El desafío de este enfoque de trabajo para el diseño de los programas de salud es aprender a establecer qué tan bien una teoría o modelo se ajusta o

no a un problema y a un contexto particular. El conocimiento detallado de las teorías, así como la indagación de su aplicación en situaciones reales documentadas en la literatura científica, mejoran la habilidad para su elección. Así, el profesional que utiliza la teoría y no simplemente su intuición, desarrollará una comprensión matizada del problema de salud que enfrenta, mejorando, a su vez, la planificación del programa.

Y el modelo ecológico, ¿cómo nos ayuda a entender el problema?

En la actualidad, cuando se realizan acciones de PS, estas no se limitan a ejecutar procesos educativos para modificar los estilos de vida que afectan el bienestar y la salud de las personas, sino que incluyen cambios en el contexto físico y cultural en el que estas personas viven, además de introducir políticas públicas que faciliten los procesos. Esto implica trabajar en distintos niveles de la cadena causal del problema de salud, para garantizar que la intervención sea realmente efectiva.

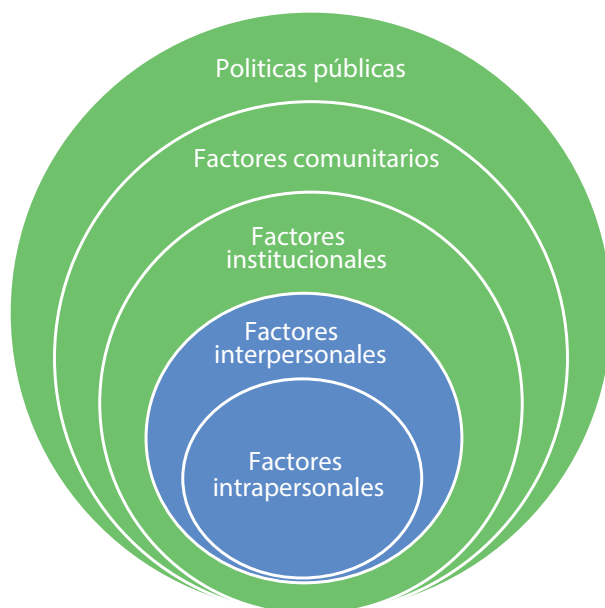
Una perspectiva ecológica facilita comprender la interacción e interdependencia en los distintos niveles de los factores que afectan el desarrollo de la salud. Por esto el marco conceptual que sirve para poner la atención necesaria a esos determinantes es el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1976, 1977a, 1977b, 1986), que al inicio fue creado como un enfoque ambiental del desarrollo psicológico, y que hoy se aplica en diferentes áreas del conocimiento, en particular en la de la salud.

El modelo de Bronfenbrenner tiene dos conceptos clave: el primero, indica que el comportamiento es afectado por múltiples niveles de influencia (micro, meso, exo y macrosistema); el segundo, plantea el concepto de causalidad recíproca y formula que el comportamiento es afectado por el entorno que lo rodea, pero, a su vez, la conducta tiene también la capacidad de afectar al entorno.

La adaptación del modelo de sistemas de Bronfenbrenner a la salud fue realizada por Mcleroy *et al.* (1988), que identificó cinco niveles de influencia: 1)

factores intrapersonales, que hacen referencia a las características de la persona: conocimiento, actitudes, habilidades, patrones de personalidad, etc. Este nivel incluye la historia personal de su desarrollo; 2) factores interpersonales y grupos primarios de la persona, que se refieren a los grupos de apoyo formales e informales, como familia, amigos, compañeros de trabajo y de estudio; 3) factores institucionales, referentes a las instituciones sociales formales o informales que tienen reglas para su funcionamiento y que usualmente restringen o promueven diferentes tipos de comportamiento; 4) factores comunitarios, que se refieren a normas, estándares y redes sociales que se establecen de manera formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones, y 5) políticas públicas, que son las leyes y políticas que se establecen a nivel local, departamental o estatal y que regulan las acciones en salud y las prácticas para el diagnóstico, detección temprana, manejo y prevención de las enfermedades. Los factores 3, 4 y 5 son agrupados en uno solo como factor comunitario (figura 1.1).

Figura 1.1 Modelo ecológico



Fuente: elaboración propia.

Cada uno de los niveles se establece como la disposición de las *matrioskas*, muñecas tradicionales rusas en la que la mayor contiene a una de menor tamaño, y esta, a su vez, a otra, hasta llegar a la más pequeña.

Para ilustrar el uso del modelo aplicado a los problemas de salud, supongamos el caso de una adolescente heterosexual que no usa métodos de barrera en sus relaciones sexuales con su pareja. En el nivel intrapersonal podría pensarse que, a pesar de que ella conoce de la importancia del uso del condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del papiloma humano (VPH) y no embarazarse, considera que no corresponde a las mujeres disponer su uso, sino que es una responsabilidad únicamente del hombre, que le quedaría muy mal a ella exigir su uso y que si su pareja le pide tener relaciones sin condón debe confiar plenamente en el criterio de su novio.

En el nivel interpersonal, cuando ha tratado estos temas con sus amigos, ellos refuerzan sus creencias. Además, observa en la relación de pareja entre sus padres, que su mamá siempre obedece y está atenta a las exigencias de su papá, lo que refuerza la relación sumisa con los hombres.

En el nivel institucional, como en el colegio, se observa que a los hombres se les estimula para que aclaren sus dudas y hablen abiertamente sobre la sexualidad, mientras que a las mujeres no. A ellas se les motiva para que estén atentas a su presentación personal, a que se comporten de manera delicada y a que eviten hablar sobre sexo, para que no se piensen mal de ellas.

En el nivel comunitario, la adolescente en cuestión vive en un entorno en el que hay un común denominador en las estructuras que la rodean: la iglesia, los medios de comunicación y las ideologías promueven la sumisión de la mujer como un valor cultural importante en la comunidad.

En el último nivel, el de las políticas públicas, la situación de sumisión de la mujer se conserva por la falta de implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva en la comunidad en la que ella vive.

La visión que nos aporta la teoría de sistemas para el análisis de la problemática indica que la simple acción de hablar con los adolescentes sobre

la importancia del uso del condón no produciría ningún efecto sobre el problema del embarazo adolescente, ya que existen causas descritas en otros niveles que mantienen el comportamiento de la adolescente.

Recordemos que el segundo concepto clave del modelo ecológico es el de causalidad recíproca, el cual plantea que la conducta es afectada por el entorno y esta, a su vez, lo afecta. Aplicando este concepto al caso anterior de la adolescente que no usa condón en sus relaciones sexuales, puede verse cómo las personas cercanas a ella (novio, compañeros, amigos y padres) inducen dicho comportamiento cuando ella satisface las expectativas, comportarse de forma sumisa. Sin embargo, ella podría comenzar a cuestionar el papel pasivo de las mujeres y discutir sus inquietudes con sus amigos y familiares, promoviendo con ello el replanteamiento de esta norma social, lo que podría ocasionar que los demás comiencen a dejar de apoyar ese tipo de comportamientos sumisos.

De la misma forma, como el modelo ecológico facilita la comprensión de los problemas de salud, al establecer los múltiples factores que la afectan, también nos guía sobre la manera de abordarla. En el caso del ejemplo nos indicaría que la intervención deberá ser, necesariamente, multinivel, de tal manera que incluya acciones intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarias y de políticas públicas.