

Promoción de la Salud, historia, conceptos y NHF

Documento docente elaborado por:

Álvaro García

Colaboración de

Karen Arancibia, Soledad Barria y Daniel Egaña

Historia de la promoción de la salud

La promoción de la salud pasa a tener un rol protagónico de manera formal con la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa en el año 1986. En la Carta de Ottawa, los Estados participantes se comprometen a implementar una serie de recomendaciones que buscan poner a la promoción de la salud en el eje central de las políticas públicas de los países. Pero decir que éste es el inicio de la Promoción de la Salud, sería desconocer todo un contexto histórico previo que fue de vital importancia para que la Promoción de la Salud tenga el protagonismo que tiene hoy en día en muchos países.

Existen diferentes autores que, previo a la Conferencia de Ottawa, ya hablaban de Promoción de la Salud o resaltaban algunos de sus aspectos. Por ejemplo, en el año 1920 C. E. Winslow, un bacteriólogo estadounidense experto en Salud Pública, planteaba algunos conceptos muy importantes para la Promoción de la Salud como la conocemos hoy en día. Winslow ya hablaba de prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el *saneamiento del medio*, el control de los padecimientos transmisibles, *la educación de los individuos en higiene personal*, y *el desarrollo de un mecanismo social que se asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud*, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho a la salud y a longevidad.(1)

El doctor Henry E. Sigerist, en el año 1941 ya hacía una diferencia entre la salud y la enfermedad diciendo: “la medicina debe desarrollar cuatro grandes tareas: La Promoción de la Salud, la Prevención de la enfermedad, el Tratamiento del enfermo y la Rehabilitación”.(2)

En 1974 Marc Lalonde, abogado y Ministro de Salud de Canadá publicó el informe “Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los Canadienses” (también conocido como *el informe Lalonde*), el cual “*fue aclamado internacionalmente por el cambio radical de las políticas tradicionales y su apoyo a la Promoción de la Salud al desarrollar un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención*” (3). Según el informe Lalonde: “la salud es el resultante de la interacción de distintos factores que se interrelacionan con el individuo”(4), a estos factores se les denomina determinantes de salud: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y los servicios de salud. Dentro de este informe concluye que “los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un modelo basado en la Promoción de la Salud, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas.”

Pero el contexto necesario para que se desarrollara la Primera Conferencia

Internacional de Promoción de la Salud, no se formó exclusivamente por concepciones teóricas de distintos autores, también es necesario mencionar algunas experiencias prácticas relacionadas con aspectos de la Promoción de la Salud, realizadas entre los años sesentas y setentas en distintas partes del mundo. Un ejemplo son los “Médicos Descalzos” en China: un programa de salud rural en que los campesinos que habían recibido una formación médica y paramédica mínima y básica, llevaban cuidados médicos a las áreas rurales a las que no llegaban los profesionales de la medicina; entre sus acciones estaba el promover unas medidas básicas de higiene, brindar una atención preventiva de salud y entregar consejos de planificación familiar, así como el indicar algunos tratamiento de enfermedades comunes (5). Otro ejemplo es el del programa mexicano “Trabajador de Salud” inspirado por David Werner, quien lo dirigió durante los primeros 10 años y luego siguió siendo autogestionado por los campesinos con más experiencia que se habían formado como Promotores de Salud (6). En India los doctores Rajanikant y Mabelle Arole iniciaron un programa en Jamkhed en el cual capacitaron a mujeres de la comunidad como Promotoras de Salud; estas mujeres ayudaban en los partos y entregaban conceptos de educación en salud y planificación familiar a la comunidad. (7)

En 1973 H. Mahler asumió el cargo de Director General de la OMS, puesto que ocuparía durante 15 años. Desde su llegada a la OMS se notaron sus convicciones centradas en el concepto de *justicia social* como bandera de lucha. En el año 1977 en Ginebra se realizó la XXX Asamblea Mundial de Salud, en la cual la OMS decidió que la principal meta social consistía en que todos los ciudadanos del mundo alcanzaran para el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Esta iniciativa fue conocida como “Salud para todos en el año 2000”.

Al año siguiente, en 1978 se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (URSS), organizada por la OMS/OPS y UNICEF, de la cual nació la famosa declaración de Alma-Ata. En ésta se recalca la importancia de la Atención Primaria de Salud, la cual es una parte integrante del sistema nacional de salud (constituyendo la función central y el núcleo principal del sistema de salud) como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Desde la declaración de Alma Ata en adelante, la promoción de la salud ha sido un eje de orientación para la creación de condiciones que mejoren y promuevan la salud como un derecho básico universal, situándola como una de las mejores estrategias para lograr el desarrollo económico y social de los países.

En los años siguientes hubo diferentes opiniones sobre cómo interpretar la declaración de Alma Ata, algunos siguieron el concepto original considerando la APS de forma integral, y otros tomaron la APS de forma selectiva, generando estrategias específicas para ciertas enfermedades y grupos de población pero sin implementar una APS Integral como lo plantearon en Alma Ata.(5) Esta diferencia es muy importante, debido a que algunos países optaron por sistemas de APS selectiva, como EEUU, enfocándose en programas verticales que buscan influir sobre enfermedades específicas. Quienes son críticos a este enfoque dejan ver que genera una fragmentación de los sistemas de salud (5); pero su rasgo más decisivo es que deja de lado el aspecto de la intervención política y de acciones intersectoriales que buscan mejorar la calidad de vida de las personas. Este punto, hace que la APS selectiva no concuerde con la idea de APS integral que buscaba nacer de la mano de la Declaración

de Alma Ata.

Estas diferencias de opinión sobre cómo debía funcionar la APS, se sumaron a otras que obstaculizaron la implementación de las recomendaciones emanadas de Alma Ata como, por ejemplo, la crisis económica de finales de los 70 que generó políticas de restricción económica impulsadas por el banco mundial y el Fondo Monetario Internacional. La crisis significó que los países más pobres no pudieran acceder a los recursos necesarios para implementar estas reformas en salud, pues los recursos se encontraban condicionados a programas de ajustes estructurales (PAE). Por su parte, estas políticas de ajuste (que redujeron los salarios reales, subsidios alimentarios y el presupuesto para salud pública y educación) causaron más daños que beneficios en la salud y el bienestar de la población más pobre(5). Este escenario de restricción económica, sumado a la fuerte influencia de países como EEUU que fomentaron intervenciones basadas en un sistema de APS selectivo, produjo que el impacto de la declaración de Alma Ata no fuera el esperado y, finalmente, no se consiguió la meta de salud para todos en el año 2000. Halfdan Mahler (director de la OMS entre 1973 y 1988), en una entrevista publicada en el diario argentino *Página 12* en 2007 explicó cómo influyeron las políticas restrictivas del Banco Mundial y el cambio de postura de la UNICEF (pasando a apoyar la APS selectiva) en los resultados sanitarios obtenidos post declaración de Alma Ata. Sin embargo, el impacto de la Declaración de Alma Ata iba más allá de alcanzar un objetivo puntual, sino que planteó un cambio de paradigma sobre la salud, resaltando su carácter social y político, y su relevancia para el desarrollo de las comunidades.

Es en este escenario de controversias entre diferentes corrientes de APS, sumado a cierto desgaste por parte de los impulsores de Alma Ata al ver que la implementación de las recomendaciones no avanzaba como ellos esperaban, y que la meta de salud para todos en el año 2000 se veía cada vez más lejos, que se propone realizar la conferencia de Ottawa. Tomando como base las experiencias de los distintos países que implementaron sistemas de APS Integral, se hace un llamado a reivindicar las convicciones expuesta en la declaración de Alma Ata y seguir luchando pero ahora bajo el lema de la Promoción de Salud; de esta forma se logra convocar a la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud que se llevó a cabo en Ottawa, Canadá en el año 1986.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa reunió a 200 delegados de 38 países y fue organizada por la OMS en conjunto con el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública. En esta conferencia internacional se aprobó la famosa Carta de Ottawa, la que es considerada como el documento más importante para el marco teórico de la Promoción de Salud, porque no solo definió conceptos y priorizó líneas de acción, sino que por sobre todo fue un llamado a abrirse camino y pasar de la teoría a la acción.

La carta de Ottawa reforzó los planteamientos de la APS de Alma Ata, y de alguna forma renovó el concepto de Salud Pública poniendo a la Promoción de Salud como piedra angular para mejorar las condiciones de salud de la población. De esta manera la Promoción de Salud surge como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial, y las intervenciones en el terreno político que habían quedado un poco de lado en algunas intervenciones de los modelos de APS selectivo.

Según la Carta de Ottawa: *“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”.*

Además de esta definición, en la carta aparecen los prerequisites para la salud y dice: *“Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites”.* Las condiciones y requisitos para la salud que menciona son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Una parte fundamental de esta carta es la agenda que nos plantea, la que resalta 5 áreas estratégicas que es necesario desarrollar para llevar a cabo la promoción de salud. Estas áreas son:

- 1.- Construir políticas públicas saludables
- 2.- Crear los entornos favorables
- 3.- Fortalecer la acción comunitaria
- 4.- Desarrollar aptitudes personales
- 5.- Reorientar los servicios de salud

Estas cinco áreas estratégicas, sobre las cuales hay que trabajar, no deben ser abordadas de formas aislada e independiente, sino todo lo contrario; estas cinco áreas deberían superponerse e interrelacionarse entre ellas, lo que implica que la operativización de una requiere generalmente de las otras. Es por ello que el desarrollo de esta agenda no es factible sin la participación de diversos sectores políticos, institucionales, de gobierno y por supuesto, la comunidad.

Al final de la carta aparece un compromiso a favor de la Promoción de la Salud que considera varios aspectos relacionado con la política: buscar la equidad, reorientar los servicios sanitarios y fomentar la participación y el empoderamiento comunitario. Finalmente, se hace un llamado a la acción internacional a favor de la promoción de salud, buscando generar una fuerte alianza mundial a favor de la salud.

Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

Después de la Carta de Ottawa se han realizado ocho conferencias internacionales sobre Promoción de salud, más varias otras reuniones que han sido hitos significativos en los avances en Promoción de Salud a nivel mundial. El objetivo de este documento no es realizar una revisión detallada de estos hitos, por lo tanto solo se mencionan algunos aspectos relevantes.

En 1988 se realizó la II Conferencia Internacional de Promoción de Salud en Adelaida Australia, la cual tuvo como tema principal la importancia de la construcción de políticas públicas saludables. En esta Conferencia se llamó a los formuladores de políticas públicas a que aumenten la inversión en salud y que se tome en cuenta la repercusión que tienen en salud las decisiones políticas.

“Los gobiernos y todas las otras entidades que ejercen el control sobre los recursos son responsables ante su gente de las consecuencias para la salud de sus políticas, o de la ausencia de políticas” (Declaración de Adelaida).

En 1991 se celebra la III Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Sundsvall (Suecia), la que se centró principalmente en el concepto de vida saludable y la creación de ambientes favorables para la salud. Esta conferencia ayudó a conocer numerosos ejemplos y distintos planteamientos para crear ambientes favorables a la salud. El concepto central era: “el ambiente (el ambiente físico, el ambiente socioeconómico y el ambiente político) apoye a la salud en lugar de dañarla”

En los países de América Latina y el Caribe, la incorporación de la Promoción de Salud como una estrategia para el logro de la equidad no ocurrió tan rápido en los años posteriores a la Conferencia de Ottawa en 1986, lo que motivó la realización de las Conferencias de Santa Fe de Bogotá (Colombia) en 1992 y de Puerto España (Trinidad y Tobago) al año siguiente. En estas dos Conferencias se adoptó la Declaración de Promoción de la Salud en América Latina, tanto por los países de habla hispana como inglesa; para que esto se produjera tuvieron que pasar 6 años después de la Carta de Ottawa.

En 1997 se realiza en Yakarta (Indonesia), la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, fue la primera que se celebró en un país en desarrollo y la primera que incluyó de una manera activa al sector privado. Se presentaron pruebas y experiencias del decenio anterior que demostraban que las estrategias de promoción de la salud contribuyen a mejorar la salud y la prevención de las enfermedades de igual forma en los países desarrollados y en desarrollo. También se reitera el compromiso internacional con las estrategias de la Carta de Ottawa y se hace énfasis en la participación social en el ámbito comunitario y las capacidades de las personas para la promoción de la salud.

La V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se desarrolló en México en el año 2000. En ella se plantea un compromiso renovado para el fortalecimiento de la planificación de acciones para la promoción de la salud, llamando a apoyar la investigación para conocer prioridades y apoyar la movilización de recursos económicos y operacionales para elaborar, aplicar, vigilar y evaluar los planes de acción nacionales, se le dio especial énfasis a promover los Planes Nacionales de Promoción de la Salud.

Dentro de esta Conferencia de México se dio un debate que nos parece pertinente mencionar por su relación con otros contenidos de este curso.

La discusión se generó entorno a la falta de pruebas científicas para medir los resultados de la Promoción de la Salud, frente a las definiciones científicas tradicionales, en especial las médicas, que resultaban demasiado limitantes para muchos de los participantes. Se consideró que *la promoción de la salud es una forma*

de acción participativa que requiere investigación participativa conducente al desarrollo de pruebas científicas. La convención científica tradicional no lo permite. Los participantes opinaron que las pruebas científicas deben derivarse de toda la gama de conocimientos basados en la experiencia (8).

Es necesario reconocer que la mayoría de los indicadores de salud usados habitualmente se enfocan en la enfermedad, y no contamos con indicadores de salud con enfoque “salutogénico”. Por lo tanto, este nuevo enfoque de salud necesita medidas e indicadores pertinentes a él. Por ello, en la conferencia muchos opinaban que no se estaba midiendo lo que correspondía.

Por este motivo es difícil puntualizar un conjunto de reglas sencillas y aceptadas universalmente aplicables a las pruebas para la Promoción de la Salud. “Las “pruebas” están inevitablemente ligadas al contexto social, político y cultural y estarán vinculadas al método de acción, el proceso de cambio y la medida de los resultados que valora la población afectada por las acciones para promover la salud. (8)

Para que la Promoción de la Salud pueda seguir ganando terreno es necesario seguir avanzando en la creación de indicadores, que sean capaces de medir el impacto de la Promoción de la Salud, y así generar evidencia que respalde esta estrategia tan amplia y diversa, enfocada en cambiar los Determinantes Sociales de la Salud, o sea las condiciones en que viven las personas.

En 2005 se realizó en Bangkok (Tailandia) la VI Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en la cual se introdujo con mucha fuerza el tema de los Determinantes Sociales de la Salud y se establecen las medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar estos factores determinantes de la salud en un mundo globalizado, y así reducir las desigualdades a través del fomento de la salud. La Carta de Bangkok también aboga por una mayor coherencia en las políticas para la Promoción de la Salud y por una mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado.

La VII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, tuvo lugar en Nairobi (Kenia) el año 2009 y es la única celebrada hasta el momento en un país africano. La Promoción de la Salud ha demostrado su efectividad sin embargo existe una brecha en su implementación. Es por esto que se identifican algunas responsabilidades urgentes de trabajar y se hace un llamado a los distintos niveles de implementar experiencias exitosas de Promoción de Salud, invitando a utilizar el potencial no explotado de la promoción de la salud, y hacer que sus principios integrales ocupen el centro de desarrollo de las agendas políticas de desarrollo.

La VIII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se realizó en Helsinki (Finlandia) y se centró en el enfoque Salud en Todas las Políticas, dejando en claro que la salud de la población está determinada principalmente por factores externos al ámbito sanitario, y por lo tanto para que una política sanitaria sea eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, y no solo limitarse al sector de salud. Además en la Conferencia se impulsaron nuevos enfoques que ayuden a avanzar en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

La última Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se ha realizado, fue

el año 2016 en Shanghái (China); se conmemoraron los 30 años de la Carta de Ottawa y marcan un nuevo rumbo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 con el objetivo de inspirar a los gobiernos y otras partes interesadas para que entiendan el enorme potencial de promover la salud en todos los sectores de la sociedad. De esta forma surgen una serie de compromisos, por parte de los países participantes, para adoptar políticas a favor de la salud que beneficien al conjunto de la sociedad. Lo más relevante de esta conferencia fue que al influir en el plan para lograr el cumplimiento de los ODS en los próximos años, se situó a la promoción de salud en el centro del desarrollo sostenible.

Conceptos y definiciones

Durante los últimos 30 años han aparecido muchas definiciones de la Promoción de la Salud, con las cuales se pueden percibir las distintas interpretaciones sobre los alcances de la Promoción de la Salud; sin embargo, existen coincidencias también, por ejemplo que la promoción de la salud se dirige a modificar principalmente los determinantes sociales de la salud, entendiendo la salud como el bienestar y la óptima calidad de vida.

A continuación revisaremos solo algunas de las distintas definiciones:

Carta de Ottawa (1986): *"La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".*

OPS/OMS (1990): *"La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva".*

Hancock (1994): *"La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder. Puede decirse que la Promoción de la Salud es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política".*

Nutbeam (1986): *"La PS es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir".*

La promoción de salud se compone de dos grandes dimensiones en las que se enfocan las intervenciones: la individual, dirigida a generar cambios en los estilos de vida, y la dimensión poblacional o colectiva, dirigida al ámbito más social y político, enfocada en generar acciones para cambiar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, y de esta forma influir en los determinantes sociales de la salud. Sin duda, lo ideal es que estas dos dimensiones estén interconectadas y sean complementarias, porque es difícil lograr un impacto real en la salud de las personas, si se realizan intervenciones educativas dirigidas al individuo para que cambie sus hábitos de vida, sin que se

acompañe de políticas públicas saludables y procesos participativos de empoderamiento, de forma que a las personas también se les facilite la posibilidad de poder tomar las decisiones más saludables para su vida.

Durante las dos últimas décadas del siglo XX fueron surgiendo dos corrientes dentro de la Promoción de la Salud y cada una de ellas privilegiaba una dimensión de la Promoción de la Salud: una corriente que tuvo mucha fuerza en EEUU que priorizaba los cambios del estilo de vida mediante intervenciones más individuales, y dejaba claramente de lado la intervención política multisectorial; y la otra corriente impulsada por los canadienses y algunos países europeos que privilegiaban la acción socio-política, con intervenciones que involucraban a diferentes sectores, de esa forma se desarrollaron experiencias con intervenciones integrales como por ejemplo, las “ciudades saludables”.

Esta corriente estadounidense no logró cambiar la opinión de la OMS, la cual sigue ratificando lo expresado en la Carta de Ottawa y, con el paso de las distintas Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que se han realizado, ha tomado más fuerza aún lo imprescindible que es la acción socio política para lograr generar cambios en los determinantes sociales de la salud.

Diferencias entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

La Promoción de la Salud (PS) y la Prevención de la Enfermedad (PE) son parte muy importante de la práctica de la salud pública, son indispensables para su desarrollo y en muchas ocasiones es difícil distinguirlas entre sí, más todavía cuando se compara el cómo se operacionalizan las distintas intervenciones. La importancia de sus diferencias ha sido tema controversial entre connotados salubristas, pero es importante conocer algunas diferencias y similitudes entre la PS y la PE, para así poder reconocerlas, lo que ayuda a lograr una mejor caracterización de los diferentes programas, con una mayor precisión y claridad para el diseño de intervenciones y una mejor distribución y uso de recursos técnicos y financieros.

Una de las principales diferencias entre la PS y la PE es el foco para las intervenciones: la primera se centra en lo “saludable” o “salutogénico” y la segunda se enfoca en la enfermedad y los riesgos de enfermar. Otra diferencia es a quienes se dirigen las acciones: mientras la PS busca influir sobre la población en general, la PE se dirige más al individuo (especialmente la secundaria y terciaria) y en algunas ocasiones también a la población, pero delimitado por algún riesgo para enfermar (prevención primaria). En el caso de la PS, es bueno considerar que no solo dirige sus acciones hacia la población, sino también dirige acciones a procesos, condiciones y sistemas que requieren ser modificados para poder influir sobre la calidad de vida y la salud de la población.

La diferencia que existe entre los objetivos de la PS y la PE es notoria: mientras la PS busca actuar sobre los determinantes sociales de la salud y crear las llamadas opciones saludables para que la población pueda acceder a ellas, la PE se enfoca en reducir los factores de riesgo y las enfermedades, y a proteger a individuos y grupos contra riesgos específicos.

Otra diferencia relevante es quienes son los protagonistas de las intervenciones:

mientras en la PE los actores son en su mayoría profesionales y técnicos de la salud, en la PS aparecen nuevos interventores sociales, como son los políticos y la comunidad. Cabe mencionar que, en algunas ocasiones, la PE primaria tiene como protagonistas a los mismos sujetos que la PS, sobre todo para intervenciones de enfoque poblacional más que individual.

Existe otra similitud importante entre la PE primaria y la PS, y es que en ocasiones utilizan estrategias en común como la información y educación en salud, el fortalecimiento de la participación comunitaria, el empoderamiento de la comunidad y la acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables. Mientras que las estrategias de la prevención secundaria apuntan a usar pruebas de screening y buscar el diagnóstico precoz de la enfermedad, y las de la prevención terciaria involucran un manejo clínico eficaz con el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación.

Promoción de la Salud, Calidad de Vida y las Necesidades Humanas Fundamentales

Al analizar todos los aspectos que abarca la Promoción de la Salud se comprende que es una estrategia que busca fomentar el desarrollo humano de manera integral. Y es justamente paralelo al surgimiento de los conceptos de PS entre las décadas de los 70 y los 80, que comienzan a surgir diferentes autores que hablan sobre desarrollo humano, bienestar, felicidad y calidad de vida, conceptos muy relacionados entre sí pero difíciles de definir con precisión. Se ha intentado caracterizar la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial sobre la cual pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo. (9)

Para poder interpretar la calidad de vida se usan indicadores de educación, vivienda, cifras de empleo, saneamiento básico y salud, o sea, indicadores de los determinantes sociales de la salud, lo que permite una estrecha relación entre la PS y la calidad de vida.

Según M. Castro la teoría "*Desarrollo a Escala Humana*", diseñada por Max-Neef y su equipo (1986), ha tenido gran aceptación. (9) Para Max-Neef "el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas". Asimismo, "la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales". Según estos autores la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, y definen nueve necesidades humanas fundamentales: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Max-Neef (1986) diferencia entre necesidades y satisfactores de estas necesidades. Entre ellos no existe correspondencia biunívoca; un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades, o una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas; pueden variar según el tiempo y las circunstancias. (9)

Los satisfactores no se refieren a bienes económicos disponibles, sino que se refiere a todo aquello que contribuya a la realización de necesidades humanas. Los satisfactores pueden ser formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales,

condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, contextos, comportamientos y actitudes.

Max-Neef y su equipo formulan las siguientes hipótesis:

- Las necesidades humanas son finitas, pocas y clasificables.
- Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos; lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de necesidades.

Uno de los aspectos que define una cultura es su elección de satisfactores. Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es, entre otras cosas, consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes. (9)

Para poder avanzar en la construcción de una sociedad más justa, en donde las comunidades puedan desarrollar el máximo de su potencial de salud, es necesario construir una economía que sepa interrelacionar las necesidades humanas, sus satisfactores y los bienes económicos en su justa proporción.

El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como las que busca el crecimiento económico, para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios. Sin embargo, la diferencia respecto de los estilos dominantes radica en concentrar las metas del desarrollo en el proceso mismo del desarrollo; en que las necesidades humanas fundamentales puedan comenzar a satisfacerse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo. La satisfacción de las necesidades no es la meta, sino el motor del desarrollo mismo. (9)

Integrar la satisfacción armónica de necesidades humanas en el proceso de desarrollo, significa la oportunidad que tengan las personas para vivir ese desarrollo desde sus comienzos, dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las sociedades y los individuos. (9)

Bibliografía

- 1) WINSLOW, Charles E. The Untilled Fields of Public Health, Science 51:23:33, 1920.
- 2) SINGER, Henry E. Medicine and human welfare. New Haven: Yale University, 1941
- 3) Fuente página web OMS/OPS sección Héroes de la Salud Pública
- 4) Lalonde M, A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. April 1974
- 5) F. Baum. (2007) ¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno, Revista Medicina Social, volumen 2, número 1.
- 6) Werner, D. (1978) Where There are No Doctors, California: Hesparian Foundation
- 7) Jan Swasthya Sabha, 2004
- 8) Informe de la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor

equidad. Ciudad de México en el año 2000.

- 9) M. Castro, Capítulo 4: Calidad de Vida y Promoción de la Salud del Libro: Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable, H. Restrepo 2001.