

LAS BASES DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Carlos Alvarez-Dardet
Departamento de Salud Publica
Edificio de Ciencias Sociales
Universidad de Alicante
Apdo 99
03080 Alicante

Carlos.Alvarez@ua.es

Resumen

Las limitaciones de la aproximación biomédica a los problemas del sufrimiento humano fueron puestas de manifiesto hace más de 30 años por autores como Mc Keown, Cochrane e Illich. A partir de sus trabajos surge la noción de intersectorialidad como un intento de incrementar las ganancias en salud de las intervenciones desde actuaciones formalmente coordinadas del sector sanitario con otros sectores. La idea del trabajo intersectorial tomo carta de naturaleza en la estrategia de Salud para Todos a final de los años 70, donde aparece como llamada intuitiva y global, y desde entonces ha sido masivamente aceptada como meta de las intervenciones de salud publica.

La salud esta íntimamente ligada a los cambios sociales, por ello se discute su importancia en la práctica de la salud pública. Para propiciar cambios sociales el desarrollo y análisis de políticas se presentan como herramientas útiles para ganar salud. Estos nuevos desarrollos con una base holística suponen las bases teóricas de la promoción de la salud, cuyas funciones se establecieron en la carta de Ottawa en 1986 como defensa, capacitación y mediación. Estas iniciativas han tenido su concreción en la práctica en los últimos 10 años con el modelo de entornos saludables iniciado en 1987 con el proyecto ciudades saludables.

A medida que la promoción de la salud ha ido alcanzando visibilidad ha sido objeto de criticas, que en resumen se presentan desde una perspectiva ética, como enunciados de los peligros del salutismo y desde la perspectiva de su alejamiento del pensamiento medico dominante ante la ausencia de evaluaciones aceptables desde la perspectiva experimental

INDICE

- 1.-LOS LIMITES DE LA MEDICINA EXPERIMENTAL
- 2.-EL PAPEL DE LA MEDICINA: PEQUEÑO, INEFICIENTE Y POTENCIALMENTE PELIGROSO
- 3.-SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000
- 4.-SALUD Y CAMBIO SOCIAL
- 5.-GLOBALIZACION Y SALUD
- 6.-POLITICAS PÚBLICAS Y SALUD
- 7.-POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES
- 8.-LA AGENDA
- 9.-ANTECEDENTES DE LA PROMOCION DE LA SALUD
- 10.-CRITICAS A LA PROMOCION DE LA SALUD

LOS LÍMITES DE LA MEDICINA EXPERIMENTAL

Los planteamientos de construcción de un sistema de conocimiento basado en el método experimental que explicara y aminorara el sufrimiento humano no se han visto coronados por el éxito que el propio Claude Bernard ingenuamente supuso hace 130 años, con su aun popular entre los médicos, constructo de la medicina experimental:

.....”La medicina científica debe constituirse como las demás ciencias, por la vía experimental. El razonamiento siempre es el mismo, así en las ciencias que estudian los seres vivos como en la que se ocupan de los cuerpos brutos....” (Bernard, 1865).

Bien es sabido que Bernard no era solo un experimentalista sino una persona de rasgos peculiares. Siendo él un vivisector compulsivo, que usaba cientos de perros para confirmar su hipótesis, fue su propia hija quien creo la primera asociación que se conoce de defensa de los animales que se usan en investigación. No debe extrañarnos que sus aportaciones apoyaran rígidamente el reduccionismo biologicista en el pensamiento medico.

Como su mayor aportación desde un punto de vista teórico el modelo patogénico ha producido un esquema de clasificación del sufrimiento humano: la nosotaxia, desarrollada en los dos últimos siglos sobre la consideración de la medicina como una ciencia natural, se ha construido como un edificio:

- a) Incapaz de explicar y generalizar adecuadamente sobre el sufrimiento humano, y
- b) Inútil en la práctica para curar la inmensa mayoría de las enfermedades que nos afligen.

El incremento de los conocimientos en medicina ocurre de una manera peculiar en forma de lo que podíamos considerar como “concentraciones de serendipidad”, muy alejada de lo que ocurre en otras disciplinas científicas. Imaginemos como símil una botánica incapaz de clasificar las plantas americanas y en cambio muy buena para clasificar las europeas.

Una de las constantes de los estudios sanitarios es como las mujeres mueren, y pasan por los servicios sanitarios más que los hombres siéndoles asignadas rubricas de signos y sintamos mal definidos. Pareciera como si, efectivamente la nosotaxia clasificara con mas eficiencia el sufrimiento si este esta originado en un ser humano varón (Dumais, 1992). El fenómeno denominado “sesgo de género” que ha empezado a estudiarse en los últimos cinco años parece no afectar solo a conductas profesionales, protocolos de servicios y política sanitaria, sino al mismo núcleo de la propia manera de pensar e incrementar el conocimiento de los médicos. El nuevo conocimiento medico no fluye buscando solución a los problemas de entre los muchos que existen entre lo desconocido. Da vueltas y vueltas alrededor de hallazgos casi siempre producidos por casualidad. Produce vértigo ya la cantidad de enfermedades que produce el tabaco, o las que cura la aspirina, por no hablar de los 217 factores de riesgo que ya han descrito los epidemiólogos para el infarto agudo de miocardio. Mas que el resultado de iniciativas científicas de búsqueda, los procesos de investigación médica recuerdan muchas veces la quimera precientífica de las piedras filósófales. No es de extrañar que la inmensa mayoría de las cosas que nos matan sean criptogenéticas, esenciales o idiopáticas en un cuerpo de conocimientos no solo

precientífico sino en buena medida preológico que sigue aceptando el razonamiento circular o el “similia similibus” como herramienta de trabajo.

Las más importantes causas de muerte (cáncer o enfermedades cardiovasculares), discapacidad (enfermedades reumáticas), sufrimiento (enfermedades mentales) o simples molestias (atopia) permanecen sin tratamientos etiológicos en nuestros días. Incluso la más frecuente de nuestras afecciones, el resfriado común sigue teniendo hoy la misma frecuencia y pronóstico que hace 50 años y su tratamiento sigue siendo un poco de piedra filosofal-aspirina.

En los últimos años se ha desarrollado mucho la llamada bioética como una ética de la aplicación en la práctica del conocimiento biomédico, Sin embargo aun no se ha desarrollado algo, quizás más necesario, que es la ética de la ignorancia médica para gobernar las relaciones entre una artesanía que ignora más que sabe como es la medicina y los enfermos. Se trata, pues, de que el principio hipocrático de “primum non nocere” volviera a ser nuestro primer mandamiento, como lo era antes de Claude Bernard.

EL PAPEL DE LA MEDICINA: PEQUEÑO, INEFICIENTE Y POTENCIALMENTE PELIGROSO

Durante los años 70 el trabajo de demografía histórica de Thomas Mc Keown, resquebrajó la asunción tan extendida por los propagandistas del poder médico de que las mejoras históricas en salud se habían producido como consecuencia de descubrimientos científicos y su aplicación en poblaciones humanas (McKeown, 1976). Según evidenció McKeown para Inglaterra y Gales las mejoras en salud experimentadas por el descenso de la mortalidad ocurren en tendencias que no se afectan por los descubrimientos médicos como ley general.

Su hipótesis ha sido contrastada por otros autores en otros países, entre nosotros por Elena Robles (Robles, García y Bernabeu, 1996) y hasta el momento permanece sustancialmente irrefutada. McKeown nunca escribió que la medicina no tuviera papel en la mejora de la salud como interesadamente exageran sus críticos, sino que este papel era pequeño. La mayoría de los pretendidos rebatidores de Mc Keown lo que han hecho es apoyar con evidencia empírica que “en contra de lo que sostenía McKeown hemos encontrado algún efecto de los servicios sanitarios en los indicadores de salud”.

Discusiones académicas aparte, el trabajo de McKeown nos interesa aquí porque supone el origen de la idea de la acción intersectorial y porque supuso el inicio de la crisis del pensamiento médico que dio origen a la llamada Nueva Salud Pública. La salud ha mejorado, el efecto de la medicina ha sido pequeño luego si queremos que de manera deliberada nuestra salud mejore se debe actuar coordinadamente desde dentro y desde fuera de los servicios sanitarios. Pero la necesidad del trabajo fuera de los servicios sanitarios curativos viene apoyada también por planteamientos realizados por otros autores como Archibald Cochrane e Ivan Illich, padres intelectuales de la noción de eficiencia de los servicios (Cochrane, 1972) y de la advertencia sobre los efectos secundarios masivos-iatrogenia social. (Illich, 1974)

De los tres autores citados McKeown ,Cochrane e Illich, solamente Cochrane parece tener posibilidades de impactar en el mainstream de la práctica médica en un futuro próximo. Sus planteamientos reformistas- reivindicando los experimentos de -han calado en el pensamiento medico y en la nueva moda de la medicina basada en pruebas (apresurada y jocosamente traducida al castellano como medicina basada en la evidencia cuando en este idioma lo evidente es mas lo obvio que lo probado).

Su legado ha sido incorporado a los intereses corporativos tanto de la profesión médica como de la industria. Resulta urgente que alguien, conocedor de su obra y su talante reflexionase en alto sobre que pensaría Cochrane de los centros cochrane si levantara la cabeza.

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

La estrategia de Salud para Todos de la OMS (WHO, 1978) supuso un cambio notable en esta agencia de Naciones Unidas que desde su creación hasta mediados de los 70 estuvo dominada por el colonialismo medico. Más que una organización al cuidado de la salud mundial la OMS desarrollaba políticas de transferencia de tecnología y modelos de servicios del mundo desarrollado al mundo en desarrollo.

La situación política de los años 70 en la esfera internacional con gobiernos socialdemócratas en Europa, sobre todo del Norte y con un creciente papel de los no alineados hizo posible un cambio sustancial en la OMS y el desarrollo de una estrategia, aun vigente y posiblemente mantenida en el futuro por la nueva secretaria general Gro Harlem Brutland. (Brutland, 1998)

Es en el documento de salud para todos del año 1978 cuando aparece formalmente una llamada a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud junto con los otros ejes de equidad, participación y reorientación de servicios. La llamada es primordialmente intuitiva y global.

La información de que se disponía entonces permitía ver su necesidad a través de los trabajos de McKeown sabíamos que la medicina había tenido un papel reducido pero la pregunta ¿Y si la medicina tiene un papel reducido, que sector o sectores tiene un papel importante? No-tenia, y en buena medida no tiene, respuesta. El propio Mc Keown despacho esta cuestión tan crucial con vagas y especulativas sugerencias sobre el papel de la nutrición y las condiciones de vida. Esta falta de información hizo que sencillamente se apelara a... ¡Todos los sectores de la sociedad para colaborar en la mejora de la salud! La falta de información condenó a la intersectorialidad a producir exclusivamente un cambio en la retórica.

SALUD Y CAMBIO SOCIAL

Cada generación de seres humanos se despide de su paso por la tierra con la sensación de que las cosas ya no son como eran. Hay quien dice que estos procesos de cambio se están acelerando en los últimos años. Pero no sabemos porque ocurren, ni sabemos predecirlos. De hecho de los cambios sociales lo único que sabemos es que ocurren, que están

ocurriendo siempre y que de alguna manera se basan en lo que ya hay. Siguiendo esta idea algunos autores han intentado bucear en el espacio mediático como expresión de la agenda social (naisbett) para intentar comprender e incluso predecir algunos cambios con algún éxito.

Ahora todo el mundo ve muy claro que el bloque soviético se derrumbaría, pero... ¿quien lo veía claro antes del 89? Los procesos de cambio social como obra humana que son, son especialmente comprensibles a posteriori y sabemos que no obedecen a una lógica lineal y cartesiana sino que se acercan más a procesos de evocación-concitación más cerca de lógicas caóticas que de procesos lineares simples de acción y reacción.

La salud esta profundamente influida por variables sociales y no nos debe extrañar que se afecte por el cambio social. A veces estos cambios ocurren cerca en el tiempo, son casi inmediatos. Volvamos a la ex URSS en donde la caída de los regímenes comunistas conllevó un colapso, en buena medida de los servicios de Salud Pública y entre ellos de las inmunizaciones. No nos debe extrañar, pues que Europa sea ahora el continente que más casos declara a la OMS de difteria. Otras veces los cambios son más silentes y sus consecuencias menos evidentes. Pero esto no las hace menos importantes. La decisión colectiva que empezaron a tomar las mujeres de los países desarrollados hace unos 150 años de disminuir su fecundidad es probablemente el cambio social más importante de nuestro siglo y sus efectos en salud siguen percibiéndose.

Las ondas de cambio las suelen iniciar las vanguardias, seguirlas la mayoría de la población y resistirse una minoría de rezagados. Sin embargo los procesos de cambio no ocurren inexorablemente y nadie puede predecir la evolución de la curva en el tiempo. Muchas evoluciones de la curva son posibles:

- la elongación temporal de la curva en cualquiera de sus puntos
- la persistencia del cambio exclusivamente en la vanguardia sin que se produzca el cambio en la mayoría
- lo mismo de antes pero con reversión del cambio incluso en la vanguardia
- La reversión del cambio en cualquier estadio.

Sin embargo, aunque son posibles muchas evoluciones, no es esperable cualquier evolución. Es decir, siempre la existencia de la vanguardia será condición necesaria para el cambio. Volvemos a algo ya citado en cuanto al cambio social-se basa siempre en lo que hay- y a la necesidad de la existencia de modelos. Todo cambio social perdurable necesita que se produzcan cambios al menos en tres niveles:

- A) Cambio en la retórica.
- B) Cambio en las políticas y
- C) Cambio en las conductas.

Tomemos como ejemplo la cuestión del maltrato a la infancia, que en la mayoría de los países desarrollados ha tenido una evolución hacia el menor castigo corporal y uso de la fuerza en contra de los niños. El cambio solo es total cuando en el espacio del discurso público se instala la idea de que el maltrato a los niños es reprobable venciendo a los planteamientos de apelación a la autoridad de los adultos y al eventual parecido de la educación infantil con el entrenamiento de los caballos, produciéndose así el cambio en la retórica.

Para que esta nueva idea se instale es necesario un cambio en los márgenes aceptables en los que debe de ocurrir la acción, es decir, las comunidades como organizaciones empiezan a desarrollar medidas colectivas ya sean estas legislativas, modelos de práctica pedagógica o sencillamente se desarrollan nuevos estándares de comportamiento que hacen imposible el maltrato en público, se produce entonces el cambio en las políticas. Sin embargo esta onda de cambio no se consolidara hasta que se produzca un cambio generalizado en las conductas, penetrando la onda de cambio en espacios más privados e íntimos como el ambiente doméstico.

El rebrote de la religiosidad en los países del Este de Europa es un buen ejemplo de cómo después de medio siglo de cambios en la retórica y en las políticas, una onda revierte con enorme rapidez porque no había afectado a las conductas y a los espacios domésticos.

Según el anterior esquema, queda claro que la introducción de las ondas de cambio en una comunidad puede seguir un flujo “de arriba abajo” o de “abajo a arriba”. El cambio “de arriba abajo” tiene una dirección retórica-políticas-conducta, mientras que el cambio “de abajo arriba” tiene la dirección inversa.

Globalización y salud.

La consecución de los prerrequisitos de la salud supone la aceptación de que muchas de sus causas están ligadas a los fenómenos de globalización. El hecho social, cultural y económico más importante en los últimos años ha sido sin duda el impacto tecnológico en el alcance y velocidad de la transmisión de la información, los bienes, los servicios y también de las personas. La salud, como fenómeno ligado a variables sociales se ve notable y rápidamente afectada por estos cambios. Si cada día es más difícil pensar en términos de economía, evolución social y cultural a niveles exclusivamente nacionales, regionales o locales, también es imposible comprender y actuar en salud solo desde dentro de nuestras fronteras. (Bettcher, 1997)

En nuestros días, miles de nuestros conciudadanos están afectados de una grave enfermedad, el SIDA, originada en el centro de África y que se ha extendido por todo el mundo. Paradójicamente, en un mundo cada vez más expuesto a riesgos globales se debilitan cada vez más los servicios de salud internacional y se recorta el presupuesto de las agencias transnacionales (como la OMS) que venían ejerciendo las funciones de salud pública en el ámbito mundial. Las ONGs se ven obligadas a ejercer funciones de salud internacional de manera fraccionada y descoordinada para rellenar este vacío. Esta vuelta atrás histórica, de ingenua confianza en la caridad y la filantropía, esta produciendo a nivel

mundial respuestas inconexas e ineficientes que, de lejos pueden hacer frente de manera adecuada a los retos de la salud mundial producidos por los procesos de globalización.

Uno de los fenómenos derivados de la globalización y propiciados por la posibilidad de realización de transacciones monetarias en tiempo real y a gran velocidad, es la progresiva monetarización de la economía. A nivel mundial el crecimiento de la masa monetaria, sin control democrático, esta produciendo una disminución progresiva del porcentaje de PIB que en cada país es gestionado en el sector público, junto con una erosión notable de la economía informal y daños ya irreversibles en los subsidios no financieros del sistema, es decir, en los recursos naturales y en su equilibrio ecológico.

A nivel micro, los cambios antes descritos imponen una mayor dependencia de los ambientes domésticos e individuos de dinero para cubrir sus necesidades básicas (Henderson 1992). Cada vez es más difícil obtener bienes y servicios de transacciones informales basadas en los lazos de apoyo mutuo que sustentan las comunidades. Estos fenómenos nuevos, en nuestra historia económica, están teniendo un enorme impacto en nuestro sistema de salud en la medida en que se debilita y se hace más vulnerable el sistema informal de cuidados, que actualmente atiende a una inmensa mayoría, el 88% de las necesidades de salud de la población.

Progresivamente más y más aspectos de nuestra cultura de salud y de la gestión de los procesos de salud-enfermedad pasan desde ámbitos estrictamente domésticos o comunitarios al sector monetarizado, medicalizado y profesional dentro de una estrategia de las corporaciones médicas para aumentar su volumen de mercado, permitida cuando no alentada por las autoridades sanitarias.

Para los más vulnerables de nuestra sociedad, los procesos de destrucción comunitaria suponen añadir a su ya existente pobreza en recursos financieros la pobreza producida por la erosión progresiva de sus recursos comunitarios y domésticos. En todos los países del mundo, este nuevo fenómeno de los doblemente pobres (pobres en dinero y pobres en comunidad) esta produciendo circunstancias extremas de crisis en los entornos domésticos (algunas desconocidas hasta el momento como el masivo abandono de niños en los asentamientos urbanos de Latinoamérica) y masivas migraciones hacia las ciudades y hacia otros países.

La preservación del medio ambiente (entendiéndolo como el subsidio inexcusable para el sistema), el reforzamiento de las comunidades y el considerar a las personas como más importantes que al dinero, estableciendo políticas redistributivas y profundizando la democracia en el sector financiero de la economía, son las bases para el desarrollo de alternativas democráticas de equidad y solidaridad en nuestro mundo globalizado .La receta para “domesticar la globalización”

Debemos reformar nuestra economía mejorando nuestros sistemas de contabilidad social, garantizando que los ciudadanos puedan exigir responsabilidades al gobierno por sus actividades de manera efectiva y que no existan zonas opacas. En una sola frase, si queremos evitar que los procesos de globalización continúen aumentando las desigualdades deberemos dar mas prioridad aun a la democracia, globalizándola.

POLITICAS PÚBLICAS Y SALUD

La libertad de acción del ser humano es una cuestión que ha preocupado mucho a filósofos, moralistas, políticos y economistas. También es una cuestión crítica desde la óptica de la promoción de la salud. Sabemos que determinados comportamientos están empíricamente asociados a la pérdida de salud. Desde el punto de vista de la intervención sanitaria resulta crucial plantearse que resulta más efectivo si adoptar un modelo basado en el individuo como centro de decisión o alternativamente modificar los sistemas en los que los individuos toman sus decisiones creando entornos más saludables.

Durante la década de 1960 empezó a evidenciarse como el patrón de enfermar de los países desarrollados había sufrido un cambio notable... Los problemas de salud que entonces, y ahora, producían sufrimiento y muerte no aparecían ligados a la acción de agentes biológicos sino a determinadas pautas de conducta. Aparece la denominada epidemiología de enfermedades crónicas que pretende, y consigue, con sus desarrollos metodológicos asociar conductas individuales con enfermedades como el cáncer o las cardiovasculares. Empieza a producirse así un volumen importante de conocimiento que vincula determinadas dietas con exceso calórico y de grasa animal, el consumo de cigarrillos y alcohol y el sedentario con las causas de muerte más importantes.

La Salud Pública ha tenido siempre, desde sus orígenes en el siglo XIX, una importante tradición educativa que se hizo más rica durante el periodo higienista alrededor de 1920. La mayoría de los mensajes iban encaminados en aquella época a modificar el contenido en inóculo infectante de tanto el cuerpo humano como de su ambiente doméstico y los alimentos o, también a mejorar los estándares de nutrición de la infancia. Desde un punto de vista sanitario los éxitos de la higiene fueron notables impactando sobre todo en mejoras de la mortalidad infantil. Muchas de las iniciativas higienistas, como la higiene corporal, sufrieron un proceso de aculturación rapidísimo incorporándose a la vida cotidiana de millones de personas. Por ejemplo la primera ducha de uso doméstico se patentó en los EEUU durante los años 20 y treinta años después era de uso muy común en todos los países desarrollados.

Teniendo por delante los problemas de salud de los años sesenta (cáncer y cardiovasculares), la incapacidad de la medicina clínica para curarlas efectivamente y la rica tradición educativa de la Salud Pública no es de extrañar que se desarrollara entonces una higiene de las enfermedades crónicas que recibió primero el nombre de educación sanitaria y más tarde, ya en los setenta, el de educación para la salud. Las expectativas de éxito en la aparentemente fácil tarea de cambiar las conductas facilitando información pronto se vieron defraudadas. Por un lado las conductas no cambiaban con la frecuencia y ritmo necesarios para prevenir un número aceptable de casos. Por otro apareció un fenómeno hasta entonces nuevo como efecto secundario de aquella aproximación: la culpabilizaron de las víctimas.

La concentración exclusiva de la responsabilidad en los individuos de sus propias enfermedades añadía a el nada desdeñable sufrimiento producido por estas, la perplejidad y el dolor creado por la idea de la responsabilidad individual. El principio hipocrático de “primun non nocere”, de cumplimiento más obligado en la Salud Pública que en Medicina

había sido transgredido creando dolor inútil sin prevenir enfermedades y en personas que no habían demandado intervenciones. El paternalismo higienista, aceptable y sanitariamente útil a principios del siglo por la simplicidad de los problemas y el autoritarismo de las sociedades, rechinaba en sociedades democráticas y ante problemas multicausales.

Durante los años 80, especialmente en Europa y Canadá, se empieza a gestar una alternativa no paternalista y con un marco de análisis más amplio que el individual apareciendo la idea de la mayor efectividad de la actuación sobre los entornos que sobre los individuos, La frase de Marc Lalonde el influyente ministro de salud canadiense sintetizaba el camino que se pretendía recorrer para hacer “más fáciles las opciones más saludables”. Este es el comienzo del reconocimiento de la importancia de las políticas en la salud y de su incorporación a la intervención en Salud Pública bajo el concepto de “políticas públicas saludables”.

LAS POLITICAS Y LA POLITICA

En castellano tenemos un problema de uso de la lengua que no distingue como si ocurre en el inglés la “política” (politics) de las “políticas” (policies). Mientras que la primera política-politics hace referencia al poder, su obtención y su gestión, la segunda políticas-policies hace referencia a los márgenes entre los que ocurren los cursos de acción. La decisión de crear y mantener un Servicio Nacional de Salud en un determinado país financiado por impuestos tiene que ver con la política y es consecuencia de la historia social del país y de la capacidad de los desfavorecidos de conquistar medidas de redistribución de la riqueza. Sin embargo que algunos centros de atención primaria tengan consultas para adolescentes abriendo por las tardes es una cuestión de las políticas de la organización, de los márgenes (horarios, temáticos) entre los que la acción ocurre.

La menor tradición democrática de los países de habla castellana es probablemente responsable de este problema de uso del lenguaje ya que la palabra equivalente a “policies” existe en “pólizas” pero tiene un uso restringido a los márgenes entre los que discurren los acuerdos privados. En nuestro uso actual del castellano un ciudadano puede suscribir una póliza de seguros pero el Ministerio de Agricultura no desarrolla pólizas de alimentación sino políticas de alimentación.

La confusión político-político se agranda en la medida en que las políticas (policies) también son una expresión del poder en las sociedades o en las organizaciones, más horizontal, estructural y ligero si se quiere pero poder al fin y al cabo. Los científicos sociales han reconocido desde hace décadas la importancia del estudio científico de las políticas y los beneficios sociales que de ello se derivan. Primordialmente el de hacer más transparentes a las organizaciones complejas como el estado. Sin embargo, la percepción de la importancia de las políticas en la salud y la incorporación del análisis de políticas a la Salud Pública no se produce hasta la mitad de los años 80, primordialmente con el trabajo de Nancy Milio. En su libro Promover la Salud con Políticas Públicas establece un marco conceptual operativo, influido en sus conceptos de libertad y acción por Hannah Arendt, y por la tradición del análisis de políticas iniciado por Wildavsky de desenmascaramiento de la acción gubernamental.

LAS POLITICAS COMO LIMITANTES DE LAS OPCIONES INDIVIDUALES

Todo ser humano es libre, pero su libertad solo puede expresarse dentro de las opciones realmente elegibles de las que dispone. Cada mañana abrimos nuestro ropero y elegimos un traje, ejercemos nuestra libertad, pero nunca nos pondremos un traje que no este en el ropero. La amplitud del rango de opciones es también importante no es lo mismo tener tres trajes que trescientos en el armario. En la vida cotidiana cada ser humano se enfrenta a cientos de decisiones, que influyen en su salud, y las realiza ante un rango de opciones cuyo contenido y amplitud viene determinado por políticas establecidas por las organizaciones que lo influncian (públicas y privadas).

Pasemos a algo mas relacionado con la salud que los trajes, las opciones de alimentación. Observemos el rango, su amplitud y sus contenidos en el caso de un menino da rua de una favela en Río de Janeiro, y comparémoslas con las de un adolescente de clase alta de Nueva York. Lo primero que resulta obvio es el efecto de la estratificación social en el rango de opciones. A mayor nivel socioeconómico mayor amplitud y riqueza de opciones elegibles. Lo segundo que en el rango de opciones de ambos muchachos hay algunas más saludables que otras aunque el de Nueva York lo tiene todo probablemente más fácil. También resulta claro que si el chico de Río tuviera delante de sí el rango de opciones del neoyorquino, pasado el primer susto de verse ante tanta y tan variada comida, desarrollaría un patrón de opciones más saludable que el que tenia en su origen en la favela.

Cuando se examina la distribución de opciones de salud en una determinada sociedad esta nunca es aleatoria. Dejar de fumar, o el jogging son fenómenos introducidos recientemente en el mundo occidental por los varones de clase alta. La importancia del poder y de los recursos, del salario, de la presión de grupo y la cultura como determinante del rango de opciones disponibles es muy clara. Los rangos de opción no solo se relacionan con los determinantes de salud sino que también afectan el uso de los servicios sanitarios y la cumplimentación de los programas preventivos. Típicamente este fenómeno ocurre en la gente con menos recursos que al mismo tiempo son las que tienen más necesidades de salud. Se han descrito tanto una ley de la asistencia inversa (la gente que acude a los servicios curativos no son las que mas lo necesitan) como una ley de prevención inversa (la gente que acude a servicios preventivos o adopta conductas saludables son las que mejor salud tienen) para caracterizar esta paradoja de la justicia social.

POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES

Siguiendo el esquema de Milio para cada tipo de opciones individuales, y casi todas influyen en la salud, hay una tipificación cuantitativa y cualitativa determinada por políticas establecidas por el sector público y el privado. Si se desarrollan políticas que aumentan el rango de opciones por el lado de las más saludables y restringen los menos estaremos construyendo políticas saludables. Si las desarrolla el sector publico serán políticas publicas saludables.

Una idea clave en el concepto de políticas públicas saludables es el de la intencionalidad. Todas las políticas, publicas o corporativas, pueden producir efectos colaterales no intencionados. Solo se entiende por política pública saludable aquella que deliberadamente

trata de obtener beneficios en salud. De la apreciación de la importancia de las políticas en la salud viene a cambiar la idea de examinar el impacto en salud de las políticas.

La salud, como se vio en el capítulo sobre determinantes, es el resultado de una compleja interacción de factores y esto hace que decisiones y desarrollo de políticas aparentemente alejadas en su objetivo de la salud puedan tener efectos positivos o negativos en ella y también que las consecuencias para la salud pública distorsionen por completo el resultado esperado por los que la plantearon produciendo el efecto contrario. Un ejemplo paradigmático de esta cuestión es lo ocurrido en el Reino Unido con la encefalopatía bovina esponjiforme y su transmisión a humanos como enfermedad de Creutzfeld-Jakob, conocido como el problema de las vacas locas.

El gobierno de Margaret Thatcher inició a comienzos de los 80 unas políticas de desregulación del sector alimentario y ganadero, con la intención de favorecer el desarrollo de este sector, abdicando de muchas funciones clásicas del sector público como las de inspección y de regulación. Como consecuencia de ello se empezaron a desarrollar prácticas de fabricación de piensos suplementados con despojos animales. Esta práctica se desarrolló tanto que incluso la cantidad de tierra cultivable dedicada a producción para alimentación animal se redujo considerablemente.

Se rompió así una barrera natural para la transmisión de priones entre herbívoros, que de facto fueron convertidos en carnívoros y lo que es peor en artófalos. El resultado lo conocemos todos, paso de una enfermedad cerebral grave del ganado ovino al bovino, desarrollo de una epidemia al usar despojos bovinos para alimentar a bovinos y paso después a través de carne infectada a los humanos.

Las políticas de desregulación del sector no solo no consiguieron su objetivo de favorecer al sector ganadero, sino que han producido una crisis sin precedentes en toda la Unión Europea y prácticamente han hundido al sector ganadero británico. Todo lo contrario de lo que se pretendía obtener. Una de las lecciones que pueden aprenderse de este desgraciado ejemplo es que con evaluaciones del impacto en salud de estas políticas toda la historia podría haberse desarrollado de una manera menos trágica.

PONER LA SALUD EN LA AGENDA

En toda sociedad hay políticas en curso, tanto en el sector privado como en el público. Y las políticas tienen como objetivo un determinado tema que para los decisores responsables del inicio y mantenimiento de esas políticas tuvo y tiene suficiente importancia como para merecer una política. Sin embargo no todos los temas importantes tienen “su” política, es más, la mayoría de ellos no la tienen.

Por agenda se conoce al espacio en el que diferentes cuestiones o temas apelan a la acción pública. De manera que el paso por la agenda se convierte en prerrequisito para el desarrollo de políticas, especialmente en países democráticos. En una determinada sociedad hay muchas agendas, tantas como grupos de interés, afinidad o presión que pretenden poner ítems de su agenda en agendas más poderosas como son la agenda mediática y la gubernamental.

El espacio mediático pretende ser, y probablemente es, una representación de la agenda social, es decir el conjunto de temas que en un determinado momento mueven a la sociedad a actuar. Los medios de comunicación se comportan como porteros que pueden o no dejar pasar un tema al espacio mediático... Lógicamente para que el sistema funcione de manera aceptable es necesario que haya varios, o muchos porteros. Así, ante cada tema concreto el medio no solo tiene que examinar su propio interés en hacer público el tema, sino los efectos adversos de que el tema sea hecho público por la competencia.

La agenda gubernamental se ve influida, como todas las agendas en una sociedad, por la agenda mediática. Aunque no existe una relación inmediata y exacta. Hay políticas que desarrolla un gobierno sobre temas que nunca han estado en la agenda mediática, y viceversa, temas que están reiteradamente en la agenda mediática sin conseguir entrar en la agenda gubernamental.

El concepto de agenda es una de las bases del trabajo en promoción de la salud, conseguir poner la salud en el espacio mediático es el objetivo de las actividades de defensa de la salud, y la influencia en las agendas gubernamentales es la base para la mediación en el desarrollo de políticas públicas saludables. Básicamente el espacio mediático es importante en el proceso de puesta en marcha de políticas en dos puntos:

A) Compitiendo con otros ítems apelando a la intervención pública y, una vez conseguido esto,

B) Las diferentes propuestas para responder al problema también compiten en el espacio mediático.

De esta forma se podrían caracterizar dos fases o funciones de la Defensa de la Salud, una consistiría en llamar la atención sobre el problema y la otra en llamar la atención sobre una determinada respuesta al problema.

En el análisis de políticas se acepta que existen cuatro grandes pasos en el ciclo de una política que empiezan con el reconocimiento de un problema como meritorio al desarrollo de una política, seguido de la formulación de la misma, que luego se pone en práctica para después evaluarla. Las cuatro fases del ciclo de una política se pueden ilustrar con el caso concreto de la evolución de la epidemia de SIDA en España, que ha tenido unas dimensiones mucho mayores que en otros países Europeos. Esta situación se explica tanto por las políticas que se han desarrollado y puesto en marcha como por las que nunca han llegado a desarrollarse.

PRIMERA FASE: DECIDIRSE A DECIDIR. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Esta fase del proceso es la más inicial y supone la aceptación de una cuestión como merecedora de atención por parte del estado: Comprende la identificación de una cuestión y su inclusión en la agenda gubernamental... En el caso del SIDA en España prácticamente todas las políticas preventivas tardaron bastante en ser incluidas en este estadio, quizás con la excepción de la provisión de hemoderivados seguros. La actitud de la Iglesia católica y otros grupos conservadores posicionándose públicamente y en los juzgados en contra del

desarrollo de políticas de promoción del condón, de educación para la salud, de sexo mas seguro y sobre todas ellas en contra del intercambio de jeringuillas, supusieron, o bien un retraso importante retraso en el paso por esta fase de la mayoría de las respuestas posibles o una negativa total a darles carta de naturaleza de apelación a la agenda publica

SEGUNDA FASE: FORMULAR LA POLITICA

Cuando el nivel de información sobre la gravedad de la epidemia forzó la entrada en la agenda gubernativa del SIDA, se empezaron a formular las primeras políticas que podrían definirse como medico-orientadas y faltas de pragmatismo. Se crearon comités de expertos y posteriormente el gobierno central y algunas CCAA crearon programas de SIDA. Estos comités y programas centraron su actividad en la asistencia clínica. En un tiempo record se consiguió una excelente política de asistencia y un excelente sistema de información de casos. Por encima del pragmatismo necesario para evitar que la epidemia se extendiera

PROMOCION DE LA SALUD

ANTECEDENTES

La idea y el concepto actual de promoción de la salud como “los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos de las variables que condicionan su propia salud “, surge como ya se indicó en el capítulo de historia de la Salud Publica en la Conferencia de Ottawa en 1986. Sin embargo puede resultar útil para su comprensión, el exponer previamente tanto las corrientes de pensamiento sanitario que la han influido como las tendencias políticas y organizativas que conforman la promoción de la salud tal y como la entendemos hoy en día.

Los elementos diferenciales de la promoción de la salud con otros modelos de intervención en salud pública y en general, en ciencias de la salud pueden identificarse como:

- A) Basado en una aproximación holística y no estrictamente médica, y
- B) Actuación no paternalista sino favorecedora de las opciones personales y grupales.

Los primeros antecedentes en la práctica los podemos encontrar en los cambios que se produjeron como consecuencia de la percepción de la importancia de las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante la década de los 50 y 60. Esta nueva situación en la historia sanitaria registrada conduce a la aparición de la “epidemiología de crónicas” como oposición a la “epidemiología de infecciosas” que ocurre durante los años 60 como consecuencia de la transición epidemiológica y de la incapacidad de los modelos causales de infecciosas de explicar los nuevos problemas de salud. Este nuevo marco de análisis se vértebra con el texto de McMahon y Pugh, publicado en 1970 y de enorme influencia posterior en el desarrollo de métodos de investigación etiológica desde unidades de observación y análisis individuales

A finales de los años sesenta había pues algunas piezas de evidencia empírica que habían vinculado conductas individuales con enfermedades crónicas y un marco de análisis basado en la idea de multicausalidad, novedosa entonces en el pensamiento médico que se expresa mediante la figura de la “maraña causal”.

Se produce una tendencia que vincula aun mas a la epidemiología y a la salud pública con el modelo médico y el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva individual. Se trata pues, de “buscar factores de riesgo para enfermedades” y básicamente en el comportamiento de los individuos. El correlato en la acción, de este abordaje dominante en la interpretación causal resultaba obvio.

La sanidad que desde los años 40 había confiado en la capacidad de las balas mágicas terapéuticas, vuelve a necesitar de intervenciones poblacionales y reinventa la acción. Para ello se basa en su propia historia desarrollando una “higiene de las enfermedades crónicas” esto es: la educación sanitaria.

Abandonada la quimera de que cada enfermedad tuviera su tratamiento etiológico específico o su vacuna se retoma, durante los años 70, la rica herencia higienista, que también había usado frecuentemente de métodos educativos para la profilaxis individual, la mejora de la nutrición infantil, o la introducción a partir de los años 20 de la higiene personal

Los desarrollos en la práctica de esta nueva aproximación pronto se vieron limitados por condicionantes científicos y políticos que limitaban su efectividad. Por un lado la transmisión de información, e incluso la educación, no eran suficientes para cambiar conductas, especialmente si estas estaban relacionadas con sustancias adictivas como el alcohol o el tabaco. Por otro lado la aproximación higienista, culpabilizadora de las víctimas e hija a su vez del autoritarismo de la policía sanitaria del siglo XIX chocaba frontalmente con los valores de las sociedades democráticas del mundo Occidental, se hacía imprescindible la elaboración de herramientas más complejas y más aceptables para la población.

Incorporar la complejidad y la democracia a la práctica de la salud pública eran retos que se hicieron más y más evidentes durante los años 80 y que condujeron a que durante algunos años se usara el término de La Nueva Salud Pública.

Durante los años 70 y en paralelo al desarrollo de la educación sanitaria basada en factores de riesgo, comienza a vertebrarse un notable cuerpo teórico, crítico con estas aproximaciones. Por un lado el modelo médico es criticado por su falta de eficacia, desde series históricas por McKeown, por su pobre aplicación del método científico por Cochrane, y por los daños producidos por la medicalización de la sociedad por Illich. Los textos de estos autores, aun no rebatidos suponen un importante revulsivo aunque ninguno, quizás con la excepción de la crítica reformista de Cochrane, suponen alternativas de actuación a la praxis médica y sanitaria de aquellos años.

La introducción de los planteamientos holísticos, y la vertebración de una línea de pensamiento distinta, aunque quizás complementaria con el enfoque médico empieza a

configurarse también durante los años 70 y pueden citarse como textos pioneros e influyentes los de Blue , (planning for health) y de Antonovsky . Ambos representan el primer intento formal de operativizar y dar contenido teórico al inicio del cambio en el paradigma de la salud que represento la definición de la OMS de final de los años 40.

El trabajo de Blue , mas orientado a la acción supone los primeros intentos de operativizar cambios más allá de la acción curativa desde el sistema sanitario y la base , por su relación con las teorías del cambio social y el análisis holístico como opuesto al cartesianismo. Blue introduce conceptos base de la promoción de la salud como la acción intersectorial , la participación y el desarrollo comunitario . Por su parte Aaron Antonovsky supuso el primer intento riguroso de vertebrar una teoría explicativa del sufrimiento humano prescindiendo de la nosotaxia medica , y partiendo no tanto de planteamientos de déficit sino de aspectos positivos .Para el verdadero objetivo de estudio de la Salud Publica no era tanto las personas que sufrían para tratar de evitar sus causas sino el estudio cuidadoso de personas con plenitud , para imitarlas .Partía de la base de que es mucho mas popular instar o incitar que prohibir.

Los cambios en la estructura de poder de las agencias transnacionales al final de los años 70 con holgadas mayorías de gobiernos socialdemócratas ,especialmente de la Europa nórdica (Leo Kaprio ,Halfdan Mahler ,Jo Asvall) la creciente importancia en la ONU de los no alineados y la crisis económica y científica de los servicios de salud occidentales en aquellos años hicieron posible un importante cambio en las políticas y estrategias de la OMS , hasta entonces caracterizadas por el colonialismo medico y tecnológico .

Se hicieron posible tanto la aparición de nuevos enfoques en algunos países aislados como Canadá , con el informe Lalonde como en Alma Atá ,en una reunión conjunta de OMS y UNICEF el inicio de la estrategia global de Salud para todos.

Salud para todos significaba en términos políticos un apoyo a la equidad y a los sistemas nacionales de salud , pero supuso también una verdadera revolución técnica al aceptarse implícitamente la orientación terapéutica medica como insuficiente .Las propuestas de reformar el énfasis en los servicios sanitarios hacia la atención primaria , el compromiso de democratización con la participación comunitaria , la acción intersectorial y sobre todo la orientación hacia la salud .

Es a partir de Alma Ata cuando empieza a hablarse de promoción de la salud al principio con el termino de “promoción primordial” como termino que se diferenciaba de el modelo medicalizado de Clark de prevención basada en la historia natural de la enfermedad , y que planteaba iniciativas previas a la prevención primaria se trataba de actuar sobre las causas de las causas ..La necesidad de un modelo de intervención mas amplio que la educación sanitaria resulta obvio en aquellos años .La importancia de las políticas y su análisis para la acción sanitaria se pone de manifiesto , hay un renacer de la percepción de la importancia del medio ambiente físico social y cultural , junto con una reivindicación política de disminución de la asimetría paretiana en el sector salud surgiendo la noción de “empowerment”.

DEFENSA DE LA SALUD , CAPACITACION Y MEDIACION

La Carta de Ottawa supone además del nacimiento de la promoción de la salud en un sentido amplio ,el inicio de un nuevo estilo de trabajo en Salud Publica que supera los problemas en décadas anteriores .Este marco puede resolver la vía muerta de intentar aplicar el higienismo a nuestros tiempos .Proponía la unión operativa entre información y acción , sugiriendo la incorporación de las tradicionales actividades de vigilancia epidemiológica , vigilancia de la salud publica en la función de defensa de la salud. Esto quiere decir que el profesional de salud publica ha de pasar de su actual status de subordinación administrativa en el Estado a tener una voz publica para defender la salud de la población o de un grupo .Esto supone no solo un cambio de status profesional sino también un cambio en la naturaleza de la información que recogemos. Una reunión de la OMS en Barcelona, en 1987 ,definió la naturaleza de esta nueva información que necesitamos como:

A)Capaz de estimular el cambio debido a su visibilidad política y a su impacto, sensibles a los cambios y permitir comparaciones.

B)Deben recogerse , usarse y entenderse fácilmente por la población y los decisores

C)Estar relacionadas con la promoción de la salud en el sentido de la definición de Ottawa.

Uno de los vehículos más interesantes en que ha cristalizado esta propuesta de Ottawa es en la realización de informes de salud periódicos. Estos informes proporcionan información asequible tanto a la población como a los decisores a través de los medios de comunicación de masas. Se crea así un marco de rendimient de cuentas público sobre las actuaciones y los programas , se pone a la salud y a las actividades de salud pública , tanto en la agenda de los políticos como en la de los intereses de los ciudadanos ayudando a crear un clima social favorable al desarrollo de políticas publicas saludables.

Como respuesta a los excesos paternalistas de la educación sanitaria y a sus efectos secundarios de culpabilizacion de las victimas , y reafirmando el derecho al control de su salud de los individuos y grupos surge en Ottawa la noción de capacitación. No se trata ya de decir a la gente lo que debe o no debe hacer , sino de capacitarlos para una gestión más autónoma de su salud y de la pérdida de la misma , incluyendo un uso más autónomo de los servicios sanitarios y la tecnología medica. La noción de capacitación esta firmemente anclada , tanto en la tradición de la educación sanitaria como en la incorporación a la misma de las ideas de Paulo Freire e Yvan Illich .El apoyo a la autoayuda , los autocuidados , las redes sociales , el reforzamiento comunitario son actividades claramente vinculadas con la función de capacitación.

Nancy Milio articulo en los años 80 otra idea clave , la de políticas públicas saludables , proporcionando un marco de referencia útil para la actuación intersectorial. Las decisiones de los individuos son las que conforman su situación de salud. Pero estas decisiones se producen dentro de un rango de opciones que a su vez esta establecido por las políticas públicas y corporativas. El tamaño del rango de opciones , es decir , el nivel de desarrollo condiciona la probabilidad de elecciones más saludables. En esta situación , conseguir que grupos de población numerosos adopten las opciones mas saludables supone desplazar todo el rango de opciones hacia el lado de la saludabilidad. Para ello es necesario conseguir que

se desarrollen políticas públicas saludables , que influyan en las políticas corporativas. Se define así la tercera función de la promoción de la salud establecida en la carta de Ottawa como mediación.

Podríamos decir en resumen que el objetivo de la promoción de la salud sería mediar en la puesta en marcha de políticas públicas saludables, utilizando herramientas aceptables en democracia y adecuadas a la sociedad de la información como son la defensa de la salud y el trabajo por un mayor grado de autonomía de grupos e individuos.

LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA. ENTORNOS SALUDABLES

En el proceso de clarificación de objetivos para la intervención en promoción de la salud la proximación por “entornos” se ha mostrado como útil.. Es el núcleo de trabajo de la mayoría de los proyectos actualmente en marcha como Ciudades Saludables , Escuelas Saludables , Hospitales Saludables ,Prisiones Saludables , Universidades saludables ,Lugares de trabajo saludables . Todos estos proyectos definen estos entornos no solo como localizaciones para la promoción de la salud sino como entidades sociales que cambian y pueden promover su salud. Se tiene en cuenta la influencia en el entorno y en la creación de sus problemas de salud de la relación entre el ambiente social y los factores personales. Un entorno es un sistema social y el objetivo de la intervención no son solo las personas sino las estructuras y patrones sociales que conforman el sistema social.

La aproximación por entornos puede considerarse que ha demostrado su capacidad de:

- 1.Movilizar apoyo político e introducir temas de salud en la agenda.
- 2.Crear cauces de participación y modelos de empowerment
- 3.Desarrollar amplísimas redes , literalmente mundiales , de colaboración , innovación e intercambio de experiencias.
- 4.Evidenciar algunos cambios positivos en la salud de las personas del entorno diana , aunque sin diseños experimentales.

CRITICAS A LA PROMOCION DE LA SALUD

Sin embargo la promoción de la salud , en la medida en que ha ido adquiriendo visibilidad ha sido objeto de críticas tanto a los valores que la sustentan , como a sus métodos y sobre todo a sus resultados.

El peligro de adopción de actitudes salutistas , consideración de la salud como valor supremo , es evidente en la medida en que la promoción de la salud pretende y consigue introducir en la agenda social cuestiones relacionadas con la salud .Que la salud es un valor importante resulta obvio , pero la respuesta a la pregunta de como de importante en comparación con otros valores sociales como la libertad o la equidad es mas difícil. Esta pregunta necesita de respuestas desde una perspectiva ética .Hasta ahora las relaciones de la

ética con las ciencias de la salud han estado circunscritas al terreno de la llamada Bioética o a cuestiones relacionadas con la investigación básica , clínica y epidemiológica ..Necesitamos una ética de la Salud Publica que responda a preguntas como la anteriormente citada y que permita la base de conductas profesionales aceptables.

También los métodos de promoción de la salud han sido criticados por su aproximación sistémica que resulta completamente ajena a la tradición experimental y cartesiana de la medicina. Este es el reflejo de un debate mucho mas amplio de interpretación de la salud desde las ciencias biológicas y las ciencias sociales y que , como recomienda Frances Baum al revisar este problema , debe de tenerse en cuenta tanto para evitar polarizaciones fundamentalistas como para avanzar en experiencias que sean aceptables para los que ahora tienen la confianza de la sociedad para actuar en sus problemas de salud.

La ausencia de evaluaciones , de aplicación del método experimental y de sustanciales mejoras en el estado de salud de las poblaciones son criticas también frecuentes a la promoción de la salud .Algunas de ellas son insolubles y tienen que ver con la imposibilidad y probablemente con la falta de necesidad de aplicar el método experimental como herramienta exclusiva de génesis de conocimiento , otras referidas a la ausencia en la literatura de evaluaciones no experimentales deberían definitivamente tenerse mas en cuenta si se quieren desarrollar y difundir modelos de buena practica sostenibles en el tiempo.