

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

*¡MANOS A LA SALUD!*



**Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad:  
Herramientas para la Promoción de la Salud**



## COMPILADORES

### Dr. Julio González Molina



Médico por la Universidad Javeriana, Colombia. Especialista en Epidemiología y Salud Pública, por la Universidad de Antioquia, Colombia, y en Epidemiología y Economía Clínica, por la Universidad de Pensilvania, USA. Consultor de Promoción y Protección de la Salud de la OPS/OMS - México.

### Mtra. Sofía del Bosque Araujo



Licenciada en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana, México. Especialista en Gerencia Hospitalaria y Dirección de Servicios de Salud por el HSMC / Universidad de Birmingham, UK. IHF/ODA. Maestra en Tecnología de la Educación por la Universidad de Salamanca, España.

### Lic. Ma. Teresa del Bosque de M.



Licenciada en Ciencias y Técnicas de la Información por la Universidad Iberoamericana, México. Especialista en Publicidad, Comunicación y Mercadotecnia Social aplicadas a la Promoción de la Salud. Consultora Independiente.

#### Concepto Portada:

*Ma. Teresa del Bosque de Madariaga*

#### Diseño Portada:

*Estrategia Imagen, S.C.  
Pablo Gómez Gallardo Latapí  
Radina de la Peña Solís*

#### Fotografía Portada:

*Pablo Gómez Gallardo Latapí*

Nuestra portada:



### MANOS A LA SALUD

*La misión del ser humano era  
cuidar la tierra  
y enseñorearse en ella.*

*Pero he aquí el yermo  
que ha creado  
su insensata incultura  
de inequidad y guerra:*

*Enfermedad,  
ignorancia y pobreza  
secan las venas del planeta  
y la vida  
se escapa por sus grietas...*

*La misión del hombre,  
primero olvidada, luego  
traicionada,  
hoy nos cuestiona y enfrenta...*

*Hombre de ayer niño mañana  
¡Despierta!*

*Sólo tu savia solidaria  
contiene el húmedo limo  
del sol quinto, nota eterna...  
¡Manos a la salud!*

*Siembra futuros  
de justicia, de esperanza,  
semillas de paz fraterna,  
que germinen hombres nuevos  
con corazón  
de carne y no de piedra.*

*María Teresa del Bosque de  
Madariaga*



# ¡MANOS A LA SALUD!

Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad:  
Herramientas para la Promoción de la Salud

¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud. Editado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. (CIESS) Coordinación de Investigación 1997, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, Representación en México.

Calle San Ramón s/n esq. San Jeronimo, San

Jerónimo Lídice, C.P. 10100, Méx. D.F.

Registro 3079.

Derechos reservados conforme a la ley.

Las opiniones contenidas en este libro son responsabilidad de cada autor. La reproducción parcial o total del contenido de esta obra sin fines de lucro está permitida, mencionando la fuente sin alteración alguna.

CATALOGACION EN PUBLICACION  
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.  
México (D. F.)

610

C163m

¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud. Comps., Sofía del Bosque A., Julio González M., Ma. Teresa del Bosque A. de Madariaga -- México: CIESS/OPS, 1998. 353 p. : ilus. ; 23 cm.

Bibliografía al final de cada capítulo. Notas al pie de la págs.

Contenido: Parte I: Contexto y Marco Teórico de la Promoción de la Salud. -- Parte II: Areas de Acción y Estrategias para la Promoción de la Salud. -- Parte III: Un Modelo Integral de Intervención Educativa.

SE/GHA

ISBN 968-6748-16-4

I. Comunicación. 2. Salud. I. Bosque Araujo, Sofía del. comp. II. González Molina, Julio. comp. III. Bosque Araujo de Madariaga, Ma. Teresa, comp. IV. Organización Panamericana de la Salud. V. Contexto y Marco Teórico de la Promoción de la Salud. VI. Areas de Acción y Estrategias para la Promoción de la Salud. VII. Un Modelo Integral de Intervención Educativa. VIII. t.

## CONTENIDO

---

PROLOGO.....	XI
Dr. José Luis Zeballos Zelada Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia	
PRESENTACION.....	XV
Dr. Julio González Molina Mtra. Sofía del Bosque Araujo Lic. María Teresa del Bosque A. de Madariaga	

### PRIMERA PARTE CONTEXTO Y MARCO TEORICO DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Capítulo I. Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: <i>El macro-contexto</i> .....	3
Sofía del Bosque Araujo	
Capítulo II. Marcos Conceptuales de la Promoción de la Salud: <i>Reflexiones para la práctica</i> .....	31
Juan Manuel Esteban Castro Albarrán	
Capítulo III. De la Higiene a la Promoción de la Salud.....	45
Julio González Molina	
Capítulo IV. El Resurgimiento de la Promoción de la Salud <i>¿Ave Fenix?</i> .....	59
Julio González Molina	
Capítulo V. Conceptos Clave de la Promoción de la Salud desde la Perspectiva de la Comunicación, la Mercadotecnia y la Publicidad.....	75
María Teresa del Bosque A. de Madariaga	
Capítulo VI. Un Modelo Integral de Promoción de la Salud: <i>Una visión integral</i> .....	90
Sofía del Bosque Araujo	
Anexo a la Primera Parte.- La Declaración de Jakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI.....	99
Helena Espinoza de Restrepo (Traducción libre)	



SEGUNDA PARTE  
AREAS DE ACCION Y ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

Capítulo VII. Prioridades Sociales, Institucionales y Gubernamentales. <i>“La Salud es benéfica: Tomar decisiones como si la salud importara”</i> .....	109
Trevor Hancock	
Capítulo VIII. Enfoque Gerencial: <i>El manejo del Cambio</i> .....	120
Sofía del Bosque Araujo	
Capítulo IX. La Promoción de Ambientes Saludables; <i>Una perspectiva psicosocial</i> .....	128
Marcela Acuña Rivera	
Capítulo X. Reorganización de los Servicios de Salud: <i>El caso de Tuxtla, Zapotitlan de Méndez, Puebla, México</i> .....	138
⊗ (Síntesis del trabajo de dicha comunidad, elaborada específicamente para esta obra por la Coordinación de Investigación del CIESS)	
Capítulo XI. Participación Social: <i>La esencia de una vida social salutógena</i> .....	144
Sofía del Bosque Araujo	
Capítulo XII. Redes Sociales, Apoyo y Salud: <i>Una relación promisoría dentro de un contexto de equidad</i> .....	168
Silvia Tamez González Nancy Molina Aréchiga Marco Antonio Zepeda Zepeda	
Capítulo XIII. Educación para la Participación en Promoción de la Salud .....	186
Dora Cardaci Rodríguez	
Capítulo XIV. Las Ciudades y Municipios saludables; <i>-Una Estrategia para la Promoción de la Salud-</i> .....	195
OPS/OMS: Consultores del Programa Regional de Promoción de la salud y Consultores en Promoción de la Salud de diversos países.	
Capítulo XV. Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad; <i>Herramientas aplicadas a la Promoción de la Salud</i> .....	212
María Teresa del Bosque A. de Madariaga	
Capítulo XVI. Evaluación de Proyectos de Municipios Saludables.....	277
Helena Espinoza de Restrepo	
Capítulo XVII. Investigación y Evaluación Cualitativa en la Mercadotecnia.....	283
María Teresa del Bosque A. de Madariaga	
Capítulo XVIII. Bioética, Tendencias y Corrientes Filosóficas.....	293
Martha Tarasco Michel	

TERCERA PARTE  
UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCION EDUCATIVA

Capítulo XIX. Un Modelo Integral de Intervención Educativa para la Promoción de la Salud - <i>Enfoque cognitivo, diseño curricular y estrategia didáctica en la enseñanza aprendizaje</i> .....	307
Sofía del Bosque Araujo	
Capítulo XX. Plan de Ejecución Promocional: <i>Sus elementos y forma de aplicarlo</i> .....	327
María Teresa del Bosque A. de Madariaga	

## PROLOGO

---

La Promoción de la Salud es hoy día uno de los temas apasionantes en el campo de la salud.

Aunque la Promoción de la Salud es tan antigua y trascendente como la misma medicina, su vigencia fue relegada a un segundo plano; varias son las causas de que esta disciplina, que en antaño tuvo una edad de oro, haya perdido prioridad durante muchos años y sólo hasta fechas recientes esté recuperando su antiguo prestigio.

Sin duda el estancamiento del enfoque de reformas sanitarias tuvo como causa principal la corriente biogénica y medicalizada de la salud desarrollada particularmente como consecuencia de formidables avances en la medicina, tales como el descubrimiento de los agentes microbianos causantes de enfermedad, procedimientos sofisticados y revolucionarios de diagnóstico y tratamiento, y medicamentos eficaces como los antibióticos que produjeron una desmedida confianza en la capacidad de la tecnología médica curativa.

Lamentablemente estos avances de la ciencia médica, si bien eficaces, han demostrado ser progresivamente costosos, y el modelo asistencial de la salud centrado en el tratamiento de la enfermedad no ha logrado por sí sólo resolver el creciente problema de insuficiente accesibilidad a los beneficios de la salud a grandes grupos de poblaciones; problema particularmente notorio en países de menor desarrollo.

Por otro lado, las transformaciones económicas y socioculturales, y el aumento de la expectativa de vida de la población están generando un incremento de problemas psicosociales y de enfermedades crónico-degenerativas cuyo manejo requiere, en buena parte de los casos, intervenciones médicas costosas y de largo plazo.

Los costos y la creciente marginalidad de grandes grupos de población, entre otros factores, obligaron a revisar los modelos de atención a la salud y a revalorizar y dar prioridad a la medicina preventiva como una estrategia costo-efectiva y de vasto alcance para el combate a las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Tampoco el enfoque preventivo por sí sólo basta para lograr la salud de los individuos, entendida la salud en el amplio concepto positivo con que la define la Organización Mundial de la Salud, esto es, como el logro de un completo bienestar físico, social y mental, y no solamente la "ausencia de enfermedad".



Tal definición implícitamente invita a reflexionar sobre los factores condicionantes y determinantes de la salud y a modificarlos positiva e integralmente.

Así la Promoción de la Salud adquiere nuevo auge como una propuesta transformadora, como una estrategia fundamental de la Salud Pública moderna que involucra al individuo y a su entorno social; como una fuerza capaz de generar cambios sustantivos desde las mismas bases político-sociales hasta el medio ambiente en el que el individuo se desarrolla.

La "Carta de Ottawa", punto obligado de referencia sobre la visión amplia de la Promoción de la Salud, propuso orientaciones estratégicas visionarias, entre ellas, el poder transformador del individuo y de la comunidad se traduce hoy en dos cauces fundamentales:

**El primero** se refiere a la necesidad de **empoderar a los individuos y a las poblaciones** para cambiar hábitos y conductas no saludables y convertirse de esta manera en corresponsables del cuidado de su salud, como el bien más preciado.

En efecto, el espíritu de la Promoción de la Salud enfoca tanto los determinantes individuales de la conducta humana, como valora y resalta los determinantes colectivos presentes en los ecosistemas y macrosistemas sociales.

Este concepto de determinantes colectivos ha llevado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a enfatizar el movimiento por una **política pública saludable** que permita a la gente empoderarse para tomar las decisiones que más le convengan para su salud.

**El segundo**, es la creación de espacios y entornos saludables como responsabilidad colectiva; no sólo como una necesidad urgente de preservar el medio ambiente evitando su deterioro, sino para contribuir al logro de mejor calidad de vida en su más amplia acepción.

En este sentido, la OPS vislumbra comunidades más sanas no como municipios que tengan necesariamente que tener los mejores indicadores en las estadísticas vitales, sino como **poblaciones comprometidas y participantes** con entornos más vivibles y humanizados, para convivir con el respeto a la diversidad, la búsqueda de la equidad y una cuidadosa atención al medio ambiente.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), por su parte ha acogido ampliamente los postulados de la Promoción de la Salud señalados aquí y los ha incorporado a su enfoque formativo y de investigación.

Bajo este enfoque actual de la Promoción de la Salud interesa una publicación como la presente que ofrece una visión amplia en la materia.

“MANOS A LA SALUD” es un libro que invita al lector a palpar, examinar y dar forma al contexto y marco teórico de la Promoción de la Salud, y que ofrece un enfoque integral desde las megatendencias de cambio y desarrollo, hasta sus estrategias y áreas de acción, con capítulos cuidadosamente elaborados por los autores y contribuyentes, quienes dedicaron su tiempo a una revisión prolija sobre el tema.

Esta obra compilatoria continúa con lo que ya es una tradición de la cooperación técnica entre la OPS y el CIESS de difundir el conocimiento en temas prioritarios de la Salud Pública. Con esta obra se acrecienta el acervo de publicaciones editadas entre las dos instituciones en los últimos años, y se realiza otro esfuerzo de trabajo conjunto. Estamos seguros tanto de su utilidad, como del deleite que producirá a los lectores.

**Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia**  
Director del Centro Interamericano  
de Estudios de Seguridad Social

**Dr. José Luis Zeballos Zelada**  
Representante de la OPS/OMS-México

## PRESENTACION

---

*"Manos a la Salud"* significa actuar en pro de la salud.

De ahí que el objetivo de esta obra es ofrecer al lector una visión integral de la promoción de la salud, motivándolo a participar y responsabilizarse de la salud individual y colectiva

La obra consta de tres partes: la PRIMERA, presenta la promoción de la salud en el megacontexto actual; relata sus antecedentes y su evolución teórico-conceptual; describe sus áreas fundamentales de acción; aborda el enfoque de la comunicación, la mercadotecnia y la publicidad, y desde ahí define algunos conceptos clave de la Promoción de la Salud.

Esta primera parte culmina con la integración de los elementos de la promoción de la salud en la propuesta de un modelo que se pone a la consideración al lector. Aquí, se incluye también la primera publicación en español de la Declaración de Jakarta, derivada de la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que tuvo lugar en Jakarta, Indonesia, del 21 al 23 de julio de 1997.

La SEGUNDA parte de la obra pone de relieve aspectos específicos de la práctica de la promoción de la salud; se ofrece una revisión general de las Áreas de Acción y las Estrategias para la Promoción de la Salud. Opiniones expertas, análisis críticos, experiencias ejemplares, estrategias descentralizadoras y herramientas probadas para promover la salud se ofrecen desde enfoques multidisciplinarios.

Un motivo esencial de la obra ha sido plasmar las experiencias de los cursos de promoción de la salud impartidos por el CIESS y la OPS/OMS-México, desde 1992 a la fecha. La TERCERA parte del libro cumple con este cometido: Un capítulo que se refiere a la estrategia pedagógica utilizada y otro que propone una metodología para la ejecución promocional, dan cuenta del enfoque y dinámicas con que se ha impartido el tema, y ofrecen material didáctico que el lector podrá utilizar y replicar.

Al editar la obra que aquí presentamos, los compiladores consideramos que el lector autorizado encontrará en sus páginas argumentos para una discusión fructífera y de avanzada sobre promoción de la salud. Por su parte, el lector apenas iniciado en el tema o con interés preciso de obtener una visión integral de la promoción de la salud podrá encontrar en el contenido de la obra un compendio de conocimientos



suficientes para introducirlo en el campo, guiarlo en la formación de un criterio básico y motivarlo a su práctica. El lector orientado hacia las tareas educativas hallará un auxilio específico para su desempeño didáctico: en los esquemas, ejercicios, cuestionarios y material de apoyo incluido en diversos capítulos.

Con todo, el propósito guía en la realización de la obra es exhortar al lector - cualquiera que sea su corriente de pensamiento, el sector al que pertenezca o credo en que comulga- a tomar parte en la imperiosa aventura de la promoción de la salud; a ser testigo de sus bondades y a colaborar con responsabilidad en la conquista de su propia salud y la de los demás. Hoy más que nunca se requiere la aportación de **TODOS LOS ACTORES SOCIALES**; es nuestro deseo que la información incluida en esta obra motive a que **TODOS** nos dispongamos a poner **MANOS A LA SALUD**.

Mtra. Sofía del Bosque Araujo  
Coordinadora de Investigación CIESS

Dr. Julio González Molina  
Consultor OPS/OMS-México

Lic. María Teresa del Bosque A. de Madariaga  
Consultora Independiente

# PRIMERA PARTE

## CONTEXTO Y MARCO TEORICO DE LA PROMOCION DE LA SALUD





## CAPITULO I

### MEGATENDENCIAS DE CAMBIO Y DESARROLLO EN LAS PROXIMIDADES DEL SIGLO XXI: EL MACRO CONTEXTO.

SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO\*

"EN EL FONDO,... EL IDEAL QUE INSPIRA Y RIGE LA VIDA [...] NO ES PRECISAMENTE EL IDEAL DE LA ABUNDANCIA O DEL BIENESTAR, SINO EL DE LA CIENCIA. [...] LO QUE FUNDAMENTALMENTE NOS INTERESA SON LOS EFECTOS A MEDIO Y LARGO PLAZO. ANOTEN: EL CONTROL DEL COSMOS, LA AUTOMACION, LA ILUMINACION PERFECTA DE LA MENTE, LA LONGEVIDAD INDEFINIDA, LA RECUPERACION DEL PASADO Y LA PLANIFICACION DEL PORVENIR, LA ABOLICION DE TODO CONDICIONAMIENTO HUMANO RESPECTO DE LOS AGENTES EXTERIORES, LA SUPRESION DE LOS ADVERBIOS DE LUGAR Y TIEMPO..."

JOSE MARIA CABODEVILLA

"LA VIDA ES EL LIBRO MAS PRECIOSO. DEBEMOS MANEJARLA CON AMOR, TENER CUIDADO DE NO ROMPER NINGUNA DE SUS PAGINAS, PARA PODERLA PASAR, CON NUEVOS COMENTARIOS, A OTROS QUE SABRAN DESCIFRAR LA LENGUA DE SUS ANTEPASADOS CON LA ESPERANZA DE HONRAR AL MUNDO QUE LE DEJARAN A SUS HIJOS"

JACQUES ATTALI

---

\* Coordinadora de Investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Coordinadora del Curso-Taller Promoción, Comunicación y Marketing en Salud CIESS/OPS.

## RESUMEN

El devenir histórico del Siglo XX y el horizonte que alcanzamos a ver nos obliga al abordaje de cualquier tema a partir de su recontextualización; de ahí la razón de ser de este capítulo inicial.

El impresionante avance tecnológico, las políticas macroeconómicas, la intensa migración mundial, el imperioso esfuerzo de instituciones orbitales por dominar el tiempo y el espacio, y el margen de respuesta o "*reacomodo*" por parte de la población, entre otras cosas, ofrecen un panorama donde "*El cambio es la única constante en un mundo de agitación*".

Una clara manifestación del ritmo agitado con que se desenvuelve el final del siglo XX y el advenimiento del siguiente, son las crecientes reuniones de nivel mundial con sus temáticas progresivamente entrelazadas y su impacto sobre los Estados Nacionales y las Regiones Geopolíticas; por ello, en este capítulo nos sirven como referencia.

Como en todas las civilizaciones pasadas, también el *nuevo orden internacional* trata de imponerse estableciendo medidas de control sobre aquellos elementos que significan su mayor amenaza. Desde luego, el sentido común fija nuestra atención particular en *la naturaleza física y limitada del agua*; sin embargo, de acuerdo con el pensar de algunos estudiosos y estrategias el factor medular de la sobrevivencia venidera estriba en el *manejo de la violencia*, porque el perfil del futuro que avizoramos tiene un gran margen de *incertidumbre* y porque en el horizonte se levanta un muro de separación mas severo que ninguno antes visto: el de *la inequidad*.

Las corrientes de cambio que estamos ya experimentando y que alcanzan todos los órdenes de la vida, entrañan la inquietud fundamental de cómo balancear la lucha por el poder y el crecimiento económico, con la autonomía que se le concede al individuo en el nuevo orden mundial y la anhelada justicia social; en su conjunto estas corrientes de cambio reciben hoy el nombre de MEGATENDENCIAS.

Tales megatendencias, sus encrucijadas y sus retos constituyen el contexto actual de la PROMOCION DE LA SALUD. Toda acción promocional y todo programa que por cualquier motivo se realice al margen de esta visión contextual estará, probablemente, destinada al fracaso, o a sumarse a la *feria de utopías* que ha conocido la humanidad; por el contrario, una promoción organizada a partir de la toma de conciencia de los problemas que encara este macro-contexto podrá adquirir el lugar relevante que le corresponde como factor de *contrapeso*, y repercutir en favor de la salud, la sobrevivencia y la paz.



## INTRODUCCION

La materia del presente libro es la Promoción de la Salud. Los fines conceptuales, didácticos y aplicativos de la obra obligan a una visión realista que propicie la reflexión profunda, el compromiso y el trabajo en equipo; creemos firmemente que conseguidos éstos, redundarán en mejores servicios de salud, mayor acceso a los mismos y condiciones prósperas de vida en la población.

Esta visión realista parte del estudio concienzudo del contexto; de esa "actualidad histórica" que, como propone *Lain Entralgo*, comienza para nosotros a raíz de la primera Guerra Mundial y adquiere complejidad creciente durante la segunda mitad del siglo XX.<sup>1</sup>

La Promoción de la Salud de hoy es así, consecuencia lógica de las corrientes de pensamiento que se han generado durante los últimos 50 años y del modelo sociopolítico y socioeconómico concurrente. El contexto de la Promoción de la Salud despeja hoy conceptos valiosos de la historia de la medicina y se inscribe en los propósitos de bienestar emitidos por la Organización Mundial de la Salud; incluye tanto nociones multiculturales acerca de la salud y la enfermedad, como remedios artesanales y empíricos para enfrentar la realidad mórbida; ofrece al análisis todos los modelos, por utópicos que parezcan, tanto como las circunstancias ineludibles que cualquier persona del planeta debe asumir; comienza con las corrientes de cambio que determinan las condiciones de la vida presente y se extiende hasta las incertidumbres del futuro.

Con raíces que se hincan hasta tiempos remotos, la Promoción de la Salud ofrece ahora una respuesta prometedora ante desajustes sociales económicos y políticos. Por ello, quien se aproxima a esta materia debe hacerlo con una clara conciencia de los sucesos de nuestro tiempo, de su origen y de sus posibles consecuencias. "El hombre -dice Ortega y Gasset- no es nunca un primer hombre; no puede empezar a vivir sino a cierto nivel de pasado acumulado. He ahí su único tesoro, su privilegio y su signo".<sup>2</sup> De ahí el que se introduzca este primer capítulo de índole histórico y contextual.

Ante el amplio margen que permite cualquier contextualización, este capítulo intenta sintetizar el entorno actual de la Promoción de la Salud considerando como punto de partida el período de 'la posguerra' y utilizando como medio de apoyo una síntesis esquemática de la movilidad internacional reciente. Esta síntesis se incluye como anexo.

El objetivo que se persigue es categorizar las fuerzas que determinan nuestra *actualidad*, de modo que resalte la razón de ser y el singular e importantísimo papel histórico que le corresponde a la Promoción de la Salud.

Siendo una estrategia mundial se ofrece un cuadro de rasgos contextuales que, en la primera parte del capítulo atañen a la sociedad global, aún cuando de hecho su vivencia y su experiencia concreta acontezca en diferentes lugares y en diferentes momentos con diferentes matices. La segunda parte del capítulo delinea los rasgos particulares del campo de la promoción de la salud. Estos rasgos contextuales de nivel global hoy denominados 'megatendencias' adquieren aquí la siguiente definición:

**Son Megatendencias las corrientes de cambio que alcanzan todos los órdenes de la vida y afectan a todos los seres humanos integrados al sistema vigente de relaciones internacionales, al modo de producción derivado de la Revolución Industrial y a los principios emanados de la Revolución Francesa.<sup>3</sup>**

### GESTACION DE LAS MEGATENDENCIAS ACTUALES

La historia ha corrido a gran velocidad durante los últimos 50 años y las estimaciones de crecimiento económico y desarrollo social han tenido que revisarse y reajustarse con prontitud alarmante.

El nacimiento de la teoría moderna del crecimiento económico durante el período de la posguerra, esto es del modelo de Harrod-Domar, se fundó en el principio del aumento del ahorro interno para con él crear un acervo de capital y acelerar el crecimiento económico. De acuerdo con este modelo sería fácil identificar las fuerzas productivas para apoyarlas y fácil también verificar si una política particular contribuía a impulsar el crecimiento o a obstruirlo. No obstante este modelo tan "claro", la realidad mostró que el crecimiento económico tenía como base muchos factores más, tales como el número de trabajadores, el mejoramiento de la calidad de la mano de obra, la asignación de recursos, los progresos técnicos y la acumulación misma del capital en determinadas manos.

Así, desde mediados de los años 50 se intentó ampliar este modelo a fin de que las políticas económicas fueran mas acordes con la realidad.<sup>4</sup>

Este gran esfuerzo de *analizar sobre la base de observaciones del mundo real* redundó en un enfoque mucho más comprensivo de las fuentes del crecimiento económico, sin embargo, el ambiente político que dejó la Segunda Guerra Mundial se fue haciendo cada día mas complejo hasta que a fines de los años sesenta la confianza en un crecimiento constante entró en franca crisis, para dar lugar a la Guerra Fría y a los "movimientos del '68".



En efecto, el gran conflicto bélico iniciado -a juicio de R. H. S. Crossman- por "el intento de dos naciones de imponer sobre los dos hemisferios sus propios sistemas imperiales", provocó una alianza mundial de "base ideológica endeble [que] se mantuvo unida sólo por la amenaza de los imperialismos alemán y japonés", pero cuya consecuencia profunda fue, por una parte, una organización económica de base bélica: guerra económica y economía de guerra, y, por otra, la liberación de "ciertas ideas nacionales, democráticas y socialistas entre los pueblos de las naciones vencedoras".<sup>5</sup>

Para las grandes potencias la guerra violenta había significado un desarrollo industrial magnífico y su fin exigía una reorientación económica de rendimientos similares. En contraste, "para una mayoría de los habitantes del mundo [la guerra y su estructura de alianzas] sólo constituyó un preliminar de la tarea positiva de emancipación." Crossman comenta que "los negros en Estados Unidos, los indonesios, los hindúes y los musulmanes en la India, los árabes en el Medio Oriente y los habitantes negros del África consideraban la guerra no como un medio de defender el *status quo*, sino de lograr su propia liberación nacional y social."<sup>6</sup>

Desde entonces, la concepción de un *gobierno mundial unificado* no era una propuesta académica y planificada, sino una de las dos únicas alternativas que dejaba la guerra. Un gobierno mundial o "sociedad de naciones", significaba el sacrificio de buena parte de las soberanías nacionales; la otra dividía las naciones en dos bloques centrados en Rusia y los Estados Unidos.<sup>7</sup>

Tomada la segunda disyuntiva, la preocupación primordial de las facciones se centró en controlar lo más posible los territorios y la vida de los enemigos, en el fondo por la ausencia de un rumbo claro respecto del porvenir y por una inmensa desconfianza recíproca entre las naciones. Desconfianza a la que se añadió la oposición drástica entre los principios del comunismo soviético y los del capitalismo norteamericano revestido de doctrina democrática. El mundo entró así en la fase de la llamada Guerra Fría.

La sustancia de la guerra fría fue una gran amenaza: la de la aniquilación total hecha posibilidad gracias a los avances técnicos y a la industria bélica, y sus expresiones más claras fueron, por parte de Rusia, la política rígida de Stalin basada en aprovechar las debilidades de occidente, y, por parte de Estados Unidos, la política de contención del comunismo integrada por una combinación de alianzas militares y de ayuda económica. El sistema de relaciones que dejaba la Segunda Guerra Mundial era el BINOMIO ECONOMIA DE GUERRA - GUERRA ECONOMICA.

Entre tanto, los pueblos que ya habían soñado con su liberación quedaban al margen de cualquier información que hiciera manifiesta la desconfianza entre las potencias mundiales; concientes, sin embargo, de que el progreso iniciado

con la Revolución Industrial amenazaba ahora con un aniquilamiento total. Esta conciencia premonitória sirvió de antesala a las "explosiones del '68".

"1968" -dice Claire Sterling- "...Fue claramente el año en el que una generación nacida después de la Segunda Guerra Mundial le declaró su propia guerra a la sociedad mediante una demostración de fuerza breve, pero asombrosa".<sup>8</sup> Este parteaguas de nuestra historia moderna y su cadena notable de manifestaciones violentas (Berkeley/Columbia, Tet, Vietnam, Primavera de Praga, Mayo de París, México Tlatelolco, Alemania Federal, Ejército Rojo del Japón; Turquía, España, Irlanda del Norte, China, Beirut, Río de Janeiro, La Habana...), señalaban la intolerancia de los sistemas sociales fundados en las relaciones económico-bélicas de la posguerra y sus consecuencias para el hombre de la calle, esto es: los secretos de Estado plagados de desconfianza, la amenaza de una guerra atómica y las oscilaciones pendulares entre el ambiente de guerra y de coexistencia pacífica.

Por ello, a partir del '68, la historia del siglo XX se caracterizaría por un magnífico e incesante juego de concesiones dentro de un mar de contradicciones socioculturales. Los esfuerzos tendrían que lograr acuerdos de nivelación entre los francos intereses de hegemonía internacional y la ya demostradamente amenazada estabilidad social, a fin de conservar la paz.

El resultado fue otro BINOMIO: el del IMPERIALISMO y la ESTABILIZACIÓN, que involucró al mundo entero y en función del cual se elaboraron, de una parte, las políticas económicas de alto crecimiento económico que dirigieron los siguientes 20 años de la historia y, del otro, las políticas de desarrollo social que definieron al Estado Benefactor. Esta mezcla hegemónico-catalizadora puede considerarse el segundo gran sistema de relaciones procedente de la posguerra; el reto sería mantenerlo estable.

La historia de la primera parte del binomio, el imperialismo, puede sintetizarse en tres grandes vertientes: a) el empeño insaciable por lograr un crecimiento económico expansivo, b) el conjunto de luchas armadas sucesivas que han modificado la división política y étnica del mapa mundial de manera vertiginosa y más violenta que nunca y, c) la INEQUIDAD creciente hasta adquirir dimensiones alarmantes de sobrevivencia, de impacto migratorio y de amenaza a la paz.

En este renglón cabe recordar posturas hegemónicas como la de la izquierda radical que se proponía establecer "una estrategia revolucionaria global para contrarrestar la estrategia mundial del imperialismo norteamericano",<sup>9</sup> políticas económicas multinacionales como el Plan Marshall<sup>10</sup> y, después, políticas de penetración y control estratégico como las de población.<sup>11</sup>

En cuanto a la segunda parte del binomio, la estabilización, destaca el interés por superar la óptica unilateral de privilegiar lo económico en la calificación del desarrollo para adquirir un enfoque más integral desde la mira del progreso social. Bajo esta mira sobresalen la fundación de organismos internacionales como la OTAN en el ámbito militar, esfuerzos como el de las Naciones Unidas para precisar componentes e indicadores del nivel de vida en todos los pueblos, la idea de programas de desarrollo integral y, más tarde, estrategias concretas entre las que se encuentran la Meta de Salud Para Todos en el Año 2000, la Estrategia de Atención Primaria a la Salud y la *Estrategia de Promoción de la Salud* reafirmada nuevamente en Jakarta, Indonesia en julio de 1997.<sup>12</sup>

Las últimas décadas del siglo XX aparecen enmarcadas por estos dos sistemas o esquemas de relaciones que se han mencionado: economía de guerra y guerra económica, e imperialismo y estabilización, cuya ambivalencia y contradicciones internas constituyen el antecedente de los procesos actuales llamados MEGATENDENCIAS y dan cuenta de las fuerzas que se debaten en la actualidad.

*En el campo específico de la salud* las décadas posteriores a las conflagraciones mundiales introdujeron a la noción de nosología y patología general las tres líneas fundamentales del pensamiento actual: la acelerada tecnificación, la antropologización y la socialización.

En el primer aspecto, la "aceleración de la historia" tuvo un impacto espectacular en la medicina pero también la tuvo en su contraparte, la enfermedad. "Aspectos enteros de la patología se desmoronan y desaparecen -señala P. Fréour- pero al mismo tiempo, como la ciencia introduce en las sociedades avanzadas técnicas y productos nuevos, es de temer que nuevas enfermedades se producirán y se desarrollarán: y esto es lo que estamos viendo".<sup>13</sup> Derivada de esta línea surgió la 'molecularización' de la medicina, su 'atomización' y posteriormente el desarrollo de las ingenierías entre las que destaca la ingeniería genética. Al mismo tiempo, se observa la reaparición de enfermedades que se creían controladas y otros flagelos nuevos, como el SIDA.

La línea de la antropologización, por su parte, surgió con la creación de la antropología médica (V.von Weizsäcker Alemania, 1928) que mira la salud y la enfermedad desde la naturaleza humana, y que con el tiempo adquirió enfoques diversos: fenomenológico-existencial, antropobiológico, marxista, teológico y científico-metafísico. De esta línea se desprendería posteriormente la Antropología Médica Cultural cuyo objeto de estudio es la conformación cultural de la salud y la enfermedad, y que ha tenido como ámbitos preferenciales el de la folkmedicina y el de los espacios transculturales.<sup>14</sup>

Por último, la línea de la socialización surge de la conciencia de que "son las «condiciones de vida» ofrecidas por una sociedad las que permiten, o no permiten, el desarrollo de tal o cual enfermedad física, somática o psíquica",<sup>15</sup> de la conciencia de que la enfermedad de los 'individuos' afecta también a toda la sociedad y de la conciencia de que la asistencia es un acto social. La respuesta organizada hacia esta conciencia tridimensional se expresa mediante la creación de instituciones que hacen predominar ciertos valores considerados "comunitarios" y en función de los cuales se normalizan tanto la asistencia a la enfermedad como las tareas de conservación de la salud.

Durante el período de la posguerra esta conciencia tuvo un gran impulso: la idea de una asistencia otorgada por organismos públicos pero sin injerencia en problemas de estructura y dinámica sociales cedió paso al punto de vista de una "óptima asistencia para todos los miembros de la comunidad, con el mínimo coste económico".<sup>16</sup>

Bajo este nuevo enfoque surgió el famoso Informe Beveridge de 1942, definitivo para toda la política social de la posguerra por su consideración de que la salud es de tal importancia, tanto para la familia como para la nación, que no se puede dejar al cuidado individual; por su recomendación de organizar un servicio total para todo el país que asegure a todo ciudadano el acceso a los servicios que necesite, y por su definición de los males sociales importantes: la necesidad, la enfermedad, la miseria y la ignorancia.<sup>17</sup>

A la propuesta de una organización nacional de la salud se sumó la petición de 'las naciones' de adoptar medidas de orden internacional para evitar y combatir las enfermedades y de crear para ello un organismo sanitario internacional. Surgió así la Organización Mundial de la Salud en 1946, que entró en funciones el 7 de abril de 1948, ahora bien, instaurados el nivel nacional y el orden internacional en la administración de la asistencia a la salud, estos niveles de decisión repercuten de manera definitiva sobre los de menor amplitud, esto es sobre el nivel regional y local. Cabe así señalar que su relación de 'acuerdo' con tendencias económicas y lineamientos de la política global puede engendrar tensiones y contradicciones difíciles de superar. En todo caso, habrá que comenzar por aceptar como una realidad que las megatendencias en el campo de la economía y la política tienen su correlativo en el campo de la salud.

## SITUACION ACTUAL

Una forma sencilla y sintética de apreciar la preocupación por llegar a un concierto mundial respecto al futuro de la humanidad o por lograr, al menos, ciertas bases universales de convivencia para el siglo venidero es asomarse al volumen creciente de reuniones internacionales: conferencias, cumbres,

sesiones, reuniones, etc. En ello, puede observarse claramente el interés por incorporar paulatina, pero constantemente, cuantas naciones y territorios sea posible, así como un progresivo entrelazamiento de los temas que se tratan.

En el fondo preocupa todo: desde el Estado altamente burocratizado y complejo y su proceso de transformación, hasta las manifestaciones espontaneas de insurrección; desde las causas de morbilidad prenatal, hasta el conjunto de derechos humanos que pueda defender a un anciano; desde la vida de las abejas o del ser mas simple, hasta las ingenierías mas avanzadas y la utilización de sus descubrimientos.

Una visión esquemática de la creación de instancias orbitales denominadas "organismos internacionales", de las reuniones mas importantes que se han realizado durante la década de los noventa y de la respuesta no gubernamental organizada, da cuenta de los puntos álgidos de la realidad actual y del alcance mundial de este proceso que pretende culminar con la instauración de *un Nuevo Orden Internacional*. -- ver cuadros anexos --

Como puede apreciarse, el punto focal de la gran movilización mundial es EL DESARROLLO, abordado sobre todo desde tres perspectivas: su fin último, o "desarrollo integral", hoy evocado con el término *equidad*; su expansión constante, o "desarrollo sostenido y sustentable", hoy sintetizado en el concepto *eficiencia*; y sus productos inmediatos y tangibles, o "desarrollo social", hoy consagrado en el anhelado *bienestar*, y expresado ya desde hace tiempo por indicadores de "nivel de vida", esto es, de bienes materiales en posesión y condiciones para su disfrute.

Paralelamente, en este recorrido de declaraciones, acuerdos, recomendaciones, tratados, etc., salta a la vista la atención primordial hacia ciertos sectores y asuntos que podrían considerarse *estratégicos*: el crecimiento demográfico, el medio ambiente, la infancia, la adolescencia, la mujer, el adulto mayor y las pensiones.

En fin, la síntesis de estos esfuerzos de 'acuerdo internacional' permite destacar el papel protagonista de las instancias internacionales oficiales y civiles en la búsqueda de una nueva *forma social* -como la denomina Jacques Attali-, en un momento en el que "El mundo nunca [había] estado tan esclavizado a las leyes monetarias" como ahora y en el que se debate la región cuyas coordenadas se convertirán en *el centro* de la nueva *forma comercial*, en una palabra, en el momento en que se da una nueva lucha por la hegemonía mundial.<sup>18</sup>

Y es que los mecanismos de "ayuda internacional", cuya expresión condicional son los programas de ajuste estructural, han conferido autoridad reverente a las instituciones financieras internacionales, de modo que se han consolidado fácilmente instituciones como el Fondo Monetario Internacional y el Banco

Mundial. Son estos organismos los que mantienen la rectoría de las políticas de crecimiento económico, de reforma al modelo de desarrollo y de refinanciamiento del mundo. Hoy, estas instituciones son también las mayores responsables del ambiente de incertidumbre en que se vive respecto del tan trillado nuevo orden internacional.

Hablar de la situación actual significa, por otra parte, referirse a la comunicación, al cambio y, de manera importante, a la aceleración de la vida y de la historia.

Como resume Attalí, "La historia se está acelerando. Lo que estaba más allá del alcance de la imaginación apenas ayer, ya ha sucedido hoy [...] El muro de Berlín se ha desmoronado; la fertilización *in vitro* ya es rutina y un camellero en el África del sub-Sahara puede llamar por un teléfono celular del tamaño de la palma de la mano a un conmutador en los suburbios de los Ángeles [...] el cambio es la única constante en un mundo de agitación".<sup>19</sup>

La comunicación por tecnología computarizada y vía satélite es ya de tal importancia, que podría decirse que la configuración del mundo venidero depende de la organización de los medios de comunicación, de su uso cotidiano y de su estructura de poder. Particular consideración tiene en este campo la línea de comunicación *internet* cuya dimensión impone otro sistema de relaciones; un sistema que parece sobrepasar a todos los anteriores y que ya hoy reclama *criterios de racionalidad* tanto para su orden intrínseco, como para su aprovechamiento. Ahora bien, ni la gran cantidad de reuniones de alcance mundial ni los avances espectaculares de las ingenierías, o de la comunicación han logrado resolver el problema de mayor magnitud hoy y de mayor trascendencia para el futuro: LA INEQUIDAD.

La Declaración de la Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague, Dinamarca, en 1995, precisa: "...en todos los países del mundo hay un aumento de la prosperidad de algunos, acompañado lamentablemente de un aumento de la pobreza extrema de otros". Esta situación resulta condenable desde cualquier ángulo de visión dado que "La riqueza total de las naciones se ha septuplicado en los últimos 50 años y el comercio internacional ha aumentado en forma aún mas espectacular".<sup>20</sup>

Algunos datos ofrecen evidencia suficiente de la desigualdad redistributiva a la que se refiere la llamada de atención de Copenhague: Según cifras del Banco Mundial para 1993, el ingreso per cápita en las economías de mercado consolidadas fue de 1.860 dólares, mientras que en los países de América Latina fue de 105 dólares, y del gasto en salud, que alcanzó la cifra de 1.7 billones de dólares, equivalente al 8% del ingreso mundial, se asignó el 87% a países desarrollados y sólo el 13% al resto del mundo.<sup>21</sup>

De acuerdo con información ofrecida en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1995, "...más de 120 millones de personas de distintas partes del mundo están oficialmente sin empleo y muchas más viven en una situación de subempleo, [y] más de 1,000 millones de habitantes del mundo viven en la pobreza extrema".<sup>22</sup>

Y los datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas muestran que "en el mundo en desarrollo, considerado en su conjunto, un 59% de las embarazadas reciben atención médica prenatal, [y] que sólo el 37% de los partos se realizan en instituciones médicas". Así mismo, "en las regiones en desarrollo el promedio de la tasa de mortalidad materna es de unas 420 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, en comparación con sólo 30 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos en las regiones desarrolladas [y aunque] en los últimos 20 años [...] la tasa mundial de mortalidad infantil ha disminuido en un tercio desde 92 hasta 62 defunciones por cada 1,000 alumbramientos la tasa de mortalidad en lactantes muestra una discrepancia existente entre países en desarrollo y desarrollados de 69 y 12 defunciones por cada 1000 alumbramientos, respectivamente."<sup>23</sup>

En definitiva, la inequidad es un problema tan grande que, como recalca Attalí, "separará al nuevo orden mundial tan obviamente como el muro de Berlín" y el riesgo de inseguridad será tan alarmante que "el próximo orden tendrá como base su habilidad para manejar la violencia".<sup>24</sup>

## LAS MEGATENDENCIAS ACTUALES

El reordenamiento mundial es un intento titánico, hasta cierto punto fantástico y misterioso y, a todas luces, vertiginoso, peligroso y *determinante*. En él se debate el "nuevo conjunto de ganadores y perdedores" del próximo milenio, que "determinará el destino de la humanidad".<sup>25</sup> Por ello es importante despejar con mayor especificidad las corrientes de cambio que están guiando a las naciones hacia el nuevo orden internacional.

Tales corrientes pueden agruparse según tres criterios: a) el nacimiento de una conciencia general de "hallarnos implicados en la trama de un destino histórico común";<sup>26</sup> b) algunos objetivos específicos que se alcanzan a percibir, o Megatendencias, y c) los cambios que de alguna manera anticipan el escenario del siglo XXI y que ya son una vivencia y una experiencia; aquí los hemos llamado Procesos de Megatransición. Los cuadros siguientes agrupan las Megatendencias Actuales, según los criterios apuntados.

## MEGATENDENCIAS ACTUALES

CUADRO No. 1

RASGOS DE CONCIENCIA GENERAL DE UN DESTINO CDMUN	
1.	EL TRANSITO DE LA VIVENCIA DE LA CRISIS COMO NOVEDAD A LA VIVENCIA DE LA CRISIS COMO HABITO.
2.	LA EXTREMADA SECULARIZACION DE LA EXISTENCIA HISTORICA. "SENTIDO LIGHT DE LA VIDA"
3.	EL ANHELO DE PLENITUD EN EL SABER CIENTIFICO Y LA CONCIENCIA DE LA PENULTIMIDAD DE ESTE.
4.	LA UNIVERSALIZACION DE LOS DOS GRANDES IDEALES REVOLUCIONARIOS DEL MUNDO MODERNO: LA LIBERTAD CIVIL [O] EFECTIVA POSIBILIDAD DE REALIZAR LA VIDA EN EL MUNDO DE ACUERDO CON LAS CREENCIAS PERSONALES, CUALESQUIERA QUE ESTAS SEAN, Y LA JUSTICIA SOCIAL [O] HABITUAL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO NATURAL A GOZAR EN MEDIDA SUFICIENTE DE TODOS LOS BIENES...
5.	LA PRETENSION DE HACER CALCULABLE EL FUTURO.
6.	LA ORGANIZACION GENERAL DE LA VIDA SEGUN EL MODELO URBANO.

Fuente: Laín Entralgo, Pedro: Historia universal de la Medicina. Tomo 7.

CUADRO No. 2

MEGAOBJETIVOS LATENTES	
1.	LA BUSQUEDA DE UN ESTADO UNIVERSAL.
2.	EL CONTROL DE LOS FENOMENOS POBLACIONALES.
3.	EL DESARROLLO INAUDITO E ILIMITADO DE LAS INGENIERIAS.
4.	EL USO DEL PODER DE LAS MASAS.
5.	LA RECOMPOSICION DE LA UNIDAD DOMESTICA.
6.	LA MILITARIZACION, A PESAR DE TODOS LOS ESFUERZOS DE DESARME.
7.	LA IRRUPCION DE UNA CULTURA NEW AGE.
8.	EL INDIVIDUALISMO A PARTIR DE UNA MAYOR AUTONOMIA DE LA PERSONA Y UNA MAYOR CAPACIDAD PARA ACEPTAR O RECHAZAR OPCIONES.
9.	LA TRANSFORMACION DEL MODO DE PRODUCCION VIGENTE.

Fuente: Del Bosque Araujo, Sofia: Material didáctico, 1995-1996

CUADRO NO. 3

PROCESOS DE MEGATRANSICION	
1.	REDEFINICION DE LOS ESTADOS-NACION, CON OSCILACIONES HACIA LA INTEGRACION Y LA FRAGMENTACION.
2.	GLOBALIZACION ECONOMICA, POLITICA Y CULTURAL.
3.	RECONCEPTUALIZACION DEL MEDIO FISICO, POR SU CAPACIDAD DE SUSTENTABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL CRECIMIENTO ECONOMICO.
4.	EMERGENCIA DE UNA NUEVA FUERZA DE TRABAJO Y DE NUEVOS CRITERIOS DE SELECCION.
5.	DOMINIO INDISCRIMINADO DE LA CAPACIDAD REPRODUCTORA DE TODA LA NATURALEZA.
6.	INFESTACION DE LA INFRAESTRUCTURA MODERNA DE COMUNICACION.
7.	REFORMA DE LA VIDA HUMANA Y DE LA PARTICIPACION CIVICA.
8.	SUBORDINACION DE TODO AL DESARROLLO PERSONAL, LA AUTODETERMINACION Y EL PODER DE ELECCION.
9.	INTEGRACION SOCIAL SELECTIVA Y PARTICIPACION SOCIAL SELECTIVA, MEDIANTE LA CREACION DE REDES.
10.	BUSQUEDA DE FORMAS INAGOTABLES DE REALIZACION PERSONAL Y TRANSPERSONAL, ASI COMO DE EXPANSION PLANETARIA BAJO EL PELIGROSO CONCEPTO UTOPICO DE LA PERFECTA AUTONOMIA DEL HOMBRE DE SU PERFECCION ILIMITADA, DEL RECHAZO A LA IDEA DEL MAL....
11.	PRESENCIA DE MARGINACION, INSEGURIDAD Y CONFUSION, JUSTIFICADAS COMO MALES TRANSITORIOS, EN EL TRANSITO HACIA UN NUEVO ORDEN INTERNACIONAL.
12.	LEGITIMACION DEL DERECHO DE DEFENSA DE LAS NACIONES, LA AUTODETERMINACION DE LOS PUEBLOS Y EL ACCESO AL ABASTECIMIENTO Y USO DE ARMAS.

Fuente: Del Bosque Araujo, Sofia: Material didáctico, 1995-1996



## RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN LAS MEGATENDENCIAS

Las corrientes de cambio enunciadas dejan como saldo del presente siglo serias encrucijadas. Ante ellas, la mirada expectante del hombre clama ante todo por un sano juicio. ¿Es negro el panorama venidero?, ¿Podrá alcanzarse sin violencia el nuevo orden internacional?, ¿Cómo será este nuevo orden?, ¿Cuál es el costo del nuevo orden mundial?

En respuesta a estas inquietudes ha cobrado importancia la complejísima labor de 'construcción de escenarios futuros'. Esta elaboración analítica se nutre del total de indicadores y acontecimientos que dan cuenta de las megatendencias actuales, y consiste en la ponderación de variables y fuerzas motrices del cambio a partir de preguntas clave como ¿Qué sucedería si, por ejemplo, tuviera lugar la integración hemisférica americana?, o, ¿qué consecuencias tendrían las limitaciones al libre tránsito de personas, de conservarse o, incluso endurecerse las medidas de presión fronterizas?

Entre las propuestas actuales, llama la atención una construcción de la Fundación Canadiense para las Américas que destaca para esta región dos variables: *clima económico internacional y del hemisferio, y gobernabilidad doméstica*.

La tesis central de este análisis puede sintetizarse en las siguientes ideas: ni Latinoamérica ni el Caribe ejercen control sobre el clima económico internacional, y "[...] como resultado de la liberalización de las economías, el destino de la región es altamente dependiente de los cambios económicos a nivel global. No obstante, [...] Los gobiernos y sociedades de la región no son impotentes cara a los desafíos externos. La gobernabilidad juega un papel importante. [...] la imaginación, el liderazgo, la participación y el sentido compartido de responsabilidad son requeridos más que nunca. Se necesitan gobiernos fuertes para capitalizar en la apertura de los mercados, y sociedades firmes para soportar los costos del ajuste".<sup>27</sup>

Bajo esta tesis, se proyectan 4 escenarios de acuerdo al comportamiento de los factores cruciales mencionados. Estos escenarios y su expresión gráfica son:

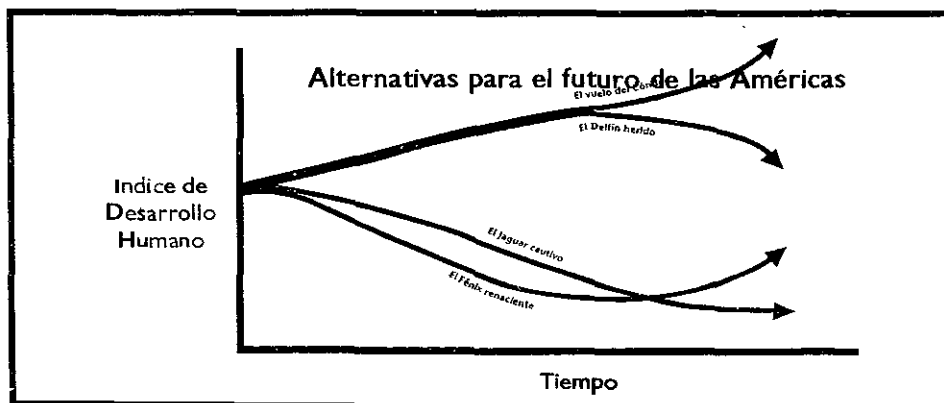
1. El **Vuelo del Cóndor** que implica gobernabilidad adecuada en un ambiente internacional favorable. En este escenario, la implantación del nuevo modelo económico y los ajustes crean condiciones difíciles, pero, al final, de forma lenta pero claramente, la región en su conjunto se dirige hacia un desarrollo que, para el final del período (1995-2005), parece ser, como nunca antes, sostenible y beneficioso para un mayor número de personas.

2. El **Delfín Herido** en el cual la gobernabilidad es deficiente a pesar de que el ambiente internacional es favorable. En este escenario, aumenta la dificultad de sostener el crecimiento económico porque el poder y la riqueza permanecen concentrados en pocas manos. El conflicto interno y externo sobre las políticas neoliberales conlleva a políticas incoherentes y a

menudo destructivas. Las reformas sociales no son implementadas, El gobierno no está a la altura del reto y el desorden invade todos los espacios sociales: las élites, el sistema judicial, los militares, los jefes de la mafia, las fuerzas policiales... El resentimiento social se deja sentir cada día más y la intervención de las fuerzas armadas se vuelve cosa normal, por lo que este sector reclama su tramo de reconocimiento. El resultado es un crecimiento económico lento y un desarrollo social limitado.

3. El **Jaguar Cautivo** en que tanto el ambiente internacional como la gobernabilidad son desfavorables. En este escenario, las discordias internacionales y los conflictos internos de los países de la región se potencializan recíprocamente, dando por resultado a nivel global, entre otras situaciones: "batallas de tarifas", parálisis de la Organización Mundial del Comercio y frustración de la integración comercial suscitada en la Cumbre de las Américas. A nivel nacional, el difícil clima internacional se proyecta en condiciones drásticas como el cierre de mercados de los países industrializados e, Irónicamente, un modelo impuesto esencialmente desde afuera, es invalidado por fuerzas externas. ...y las esperanzas del continente entero son borradas. Las consecuencias de dislocación interna de los países que no logran conservar algún mercado vital externo son terribles en términos de inequidad, pobreza, violencia y despotismo. El futuro parece ser el desencanto total de una mejor situación social, política o económica.

4. El **Fénix Renaciente** donde una gobernabilidad innovadora y responsable se enfrenta a un ambiente internacional difícil. En este escenario, la economía mundial se deteriora... desacreditando las políticas neoliberales, ...el sistema mundial de comercio se desploma y provoca en estados poderosos y transnacionales una confrontación desenfrenada. Nadie escapa al desastre que sigue. Los sectores formales: gobierno, inversionistas, sindicatos, y las instituciones, élites y voces otrora reconocidas no tienen capacidad de respuesta por lo que Todos los sectores miran hacia los militares. La desesperación parece arraigarse pero pequeños rayos de luz procedentes de lugares improbables perforan la penumbra. Muchos grupos y personas, cuyas voces nunca habían sido escuchadas, encuentran súbitamente una audiencia. Se trata de aquellos que han vivido por años y aún décadas la crisis... Para ellos el 'ambiente externo' ha sido siempre hostil, la violencia ha estado siempre presente y la pobreza es un reto diario. Para esos países y pueblos la supervivencia ha requerido siempre ingenio. Se desarrolla una forma de colaboración internacional que ni comienza ni termina con el comercio. ...las instituciones domésticas se abren a la participación... como resultado, necesidades básicas como educación y cuidados de salud toman precedencia sobre proyectos a gran escala. Poco a poco, de pedazo a pedazo, surge una realmente 'nueva' economía a nivel regional. En este escenario, fuertes identidades históricas resultan críticas para sobrevivir... una participación más amplia contribuye a la revitalización de las comunidades locales [y] la búsqueda de nuevas ideas lleva a la reconsideración de valores arraigados en las culturas...



"El éxito de los escenarios -advierte la Fundación- no está en su capacidad de 'predecir' el porvenir..., sino en su habilidad de estimular el debate; [su propósito] es desarrollar herramientas para hacer frente a situaciones complejas e inciertas. [Por ello, al comparar escenarios] hay que resistir la tentación de fundirlos en una única proyección que parezca ser la mas probable". No obstante, es particularmente interesante el escenario del *Fénix Renaciente* que se ve como un modelo alternativo; como *la semilla* a ser "plantada de aquí a diez años".

### MEGATENDENCIAS Y PROMOCION DE LA SALUD.

Como se ha dicho, las megatendencias afectan todos los órdenes de la vida, y la salud no ha sido una excepción. En 1993, la Declaración XVIII sobre Promoción de la Salud en las Américas alzó la voz al respecto: "Las políticas de ajuste económico, necesarias como condición para recibir créditos en el futuro, exigen considerables reducciones en el gasto público sectorial, con cortes desproporcionados en las asignaciones para educación, salud y servicios sociales".<sup>28</sup>

En el marco de una corriente mundial de sustitución de los paradigmas de la física por los de la biología, Ruelas y Alonso<sup>29</sup> distinguen 18 tendencias que dibujan un perfil del futuro cercano de la organización de la atención médica; estas tendencias se enlistan en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 4

1. LA "ACUMULACION EPIDEMIOLOGICA".	10. MAYOR NECESIDAD Y EXIGENCIA DE INFORMACION SOBRE EL DESEMPEÑO DE ORGANIZACIONES Y PROFESIONALES.
2. ENFASIS EN LA PREVENCION SOBRE LA CURACION.	11. CALIDAD Y EFICIENCIA COMO IMPERATIVOS.
3. DESARROLLO TECNOLOGICO HACIA EL NIVEL MOLECULAR Y HACIA PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS.	12. EL HOSPITAL DE HOY: DINOSAURIO DEL PARQUE JURASICO DE LA ATENCION MEDICA.
4. RESURGIMIENTO DE LA BIOETICA.	13. NECESIDAD DE COALICIONES DE PROVEEDORES.
5. AUMENTO DE LA VISIBILIDAD DE MEDICINAS ALTERNATIVAS.	14. PROFESIONALIZACION DE LOS DIRECTIVOS DE ORGANIZACIONES DE ATENCION MEDICA.
6. MAYOR EXIGENCIA DEL CONSUMIDOR.	15. INCREMENTO EN LAS TELECOMUNICACIONES Y LA INFORMATICA.
7. MODIFICACION DE LA MEZCLA PUBLICO-PRIVADA.	16. NUEVOS MATERIALES Y PRACTICA MEDICA.
8. INCREMENTO EN LA COMPETENCIA ENTRE ORGANIZACIONES Y ENTRE PROFESIONALES.	17. MODIFICACION EN EL PATRON DE EJERCICIO PROFESIONAL DEL MEDICO.
9. MAYOR REGULACION DEL MERCADO.	18. NUEVO BALANCE ENTRE ESPECIALISTAS Y MEDICOS GENERALES O FAMILIARES.

FUENTE: Ruelas Barajas, Enrique y Alonso Concheiro, Antonio: Tendencias a Futuro de la Organización de la Atención Médica en México, en: FUNSALUD: *Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas*. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1997. pp. 379-400

Con un enfoque sistémico, Frenk y Gómez Dantés<sup>30</sup> visualizan el futuro en dos escenarios opuestos: uno desintegrador, caracterizado a nivel global por "asimilación uniforme e insensible a historias y culturas locales", [y por] fundamentalismos excluyentes basados en el rechazo a las diferencias" a nivel de la nación-estado; y un escenario integrador que visualiza a nivel mundial una "globalización multicultural basada en valores universales y derechos humanos" [y un] pluralismo incluyente basado en el respeto a la diversidad", a nivel de la nación-estado.

En el marco de estos escenarios, el carácter global de la salud se manifiesta a juicio de estos autores en dos dimensiones fundamentales: "las condiciones de salud de las poblaciones [y] la respuesta social a dichas condiciones, tal como se le organiza mediante los sistemas nacionales de salud y el sistema mundial de salud".

Para comprender las condiciones de salud a nivel global, se propone un concepto clave: el de la transferencia internacional de riesgos y beneficios para la salud, ya que permite el análisis de procesos regionales como la migración, o el comercio de sustancias y tecnologías, y su impacto sobre la salud. De acuerdo con estos autores la reforma de los sistemas nacionales de salud, la reforma del sistema mundial de salud, el intercambio internacional de servicios de salud, el desarrollo conjunto de recursos humanos, y la investigación global, definen la respuesta social que se está gestando en el marco de la conformación de un nuevo orden mundial.

Desde el campo específico de la Promoción de la Salud, la Dra. Ilona Kickbusch,<sup>31</sup> Directora de la División de Promoción, Educación y Comunicación de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, ha señalado que "tenemos que tener en mente los enormes cambios que están enfrentando los países en todo el mundo: la globalización de los mercados, el potencial masivo de la tecnología de las comunicaciones, y la extrema velocidad a la que se está modificando nuestro ambiente físico y social, particularmente la rápida urbanización con sus enormes consecuencias ambientales y sus trágicos efectos sociales".

Esta misma autora comenta que un amplio rango de "nuevos actores se ha incorporado al campo de la Promoción de la Salud y [que] debemos estar preparados para trabajar con ellos, e incluso, cuando necesario, contrarrestarlos de manera apropiada". Como ejemplo señala que "Tres grandes industrias -a su juicio- tendrán influencia creciente sobre los patrones de salud sociales a nivel global: la industria del ocio y de los estilos de vida, la industria de la información y las comunicaciones, y la industria de la salud regenerativa [...] "En muchas partes del mundo -señala- la Promoción de la Salud es un gran negocio, bien sea utilizando la salud como un valor agregado a productos que de otra manera parecerían comunes, o bien ofreciendo servicios

específicos y productos que (supuestamente) aumentarán la salud personal o familiar [y recalca] Cantidades significativas se invierten en el mercado privado de la Promoción de la Salud, ya sea en magazines, accesorios, alimentos saludables, suplementos, artículos deportivos, ropa, videos, CDRoms, etc."

"No sabemos suficiente -agrega la Dra.Kickbusch- acerca de cómo este nuevo ambiente de bienes, servicios e información influya y estructure nuestras alternativas de salud [pero] De hecho, frecuentemente parece que organizaciones e individuos fuera del sector salud encuentran más fácil entender y aceptar propuestas de Promoción de la Salud, que el propio sector salud [...] Sin embargo -finaliza- las oportunidades de cooperación son enormes y debemos enfrentarlas con creatividad".

### **COROLARIO: LA PROMOCION DE LA SALUD, UNA MEGATENDENCIA DE ESPERANZA.**

La síntesis contextual presentada ofrece categorías de análisis interesantes para imaginar la situación de salud que podría prevalecer, según sucedan los acontecimientos a nivel global, y según sea la respuesta social de pueblos y naciones.

En el extremo mas optimista se dibuja un mundo con acceso equitativo a los servicios de salud, un desarrollo tecnológico que permita controlar la mayor parte de las enfermedades y una participación social amplia. En el extremo opuesto, se avizora un mundo antidemocrático y excluyente. La diferencia entre ambos derroteros significará una opción por valores opuestos: en el último caso, el egoísmo, la soberbia y la competencia tirana; en el primero y deseado, la tolerancia, la dignidad de la persona, la vida...

En todo caso, sin embargo, ante un futuro con presagios bipolares, y con un complejísimo entramado de determinantes de la salud, algunas cosas quedan en claro:

1.- La salud es un valor universal, a pesar de los múltiples factores que la amenazan y, por ello, adquiere un papel de cohesión social y "puede constituirse en una de las fuerzas que jueguen un papel constructivo en el proceso de integración global".<sup>32</sup>

2.- La fenomenología de la globalización y sus efectos sobre la salud, imponen por parte del sector salud una respuesta igualmente global: "queremos alcanzar ...una alianza global para la Promoción de la Salud; un nuevo tipo de red que complemente y enfatice las existentes que traen consigo socios públicos y privados".<sup>33</sup> "El reto para los años venideros estará en despertar el potencial

hacia la Promoción de la Salud inherente a muchos sectores de la sociedad, entre las comunidades locales y al interior de las familias".<sup>34</sup>

3.- Ante las tendencias demográficas, las enfermedades infecciosas nuevas y reincidentes, los factores transnacionales y su impacto sobre los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida, existe evidencia de que "la Promoción de la Salud trabaja [de que] Las estrategias de la Promoción de la Salud pueden desarrollar y cambiar los estilos de vida, y las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud."<sup>35</sup>

4.- "La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja y se divierte; es la interacción entre ambientes y gente, en el proceso de la vida diaria, lo que crea un patrón de salud..."<sup>36</sup> Ante esta realidad la Promoción de la Salud ha hecho su contribución estratégica y práctica más importante para el desarrollo de una nueva salud pública: la propuesta de *espacios saludables*. Esta propuesta permite acercar la salud a todos los ambientes, ofreciendo una respuesta integral en dos sentidos: entre los diversos niveles de integración social (individuo, familia, comunidad, sectores, nación, mundo) y mediante la aplicación de las cinco líneas de acción esenciales de la Promoción de la Salud (políticas públicas, ambientes sustentables, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y re-orientación de los servicios de salud)

En síntesis, la Promoción de la Salud aparece hoy como un catalizador de las amenazas de fines del siglo XX y como un faro que guía un nuevo entretejido de estructuras sociales más justas.

Ciertamente la sociedad contemporánea tiene rasgos que permiten calificarla de "compulsiva, permisiva, impersonal, totalitaria y anárquica",<sup>37</sup> y que "el derecho al placer y a la felicidad, el derecho a la elección puede ser un elixir tóxico".<sup>38</sup>

Interesa, sin embargo, un escenario de *Fénix Renaciente*, y la Promoción de la Salud es un instrumento idóneo para lograrlo, trabajando incansablemente, como ha propuesto Ilona Kickbusch por un escenario de "solidaridad intergeneracional y un compromiso de sustentabilidad".<sup>39</sup>

Promover la salud mediante la solidaridad y la alianza intersectorial es cumplir con un rol histórico en favor del desarrollo, la sobrevivencia y la paz.



## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Laín Entralgo, Pedro: *Historia Universal de la Medicina*, Tomo 7, p.VIII. Salvat Editores, Barcelona, 1975.
- <sup>2</sup> Ortega y Gasset: *La Rebelión de las Masas*, en Marcel Sendrail: *Historia cultural de la enfermedad*. Espasa Universitaria, Espasa Calpe S.A., Madrid, 1983. (Cita inicial).
- <sup>3</sup> Del Bosque Araujo, Sofía: *Humanismo y Sociedad*, en: Crónica Legislativa Año V/Nueva Época/Nº6/Diciembre 1995 - Enero 1996 H. Cámara de Diputados. Poder Legislativo Federal. México D.F. p. 31.
- <sup>4</sup> Harberger C. Arnold (Comp.): *El Crecimiento Económico en el Mundo*. Fondo de Cultura Económica. México, 1988. p. 11
- <sup>5</sup> Crossman: *Biografía del Estado Moderno*. Fondo de Cultura Económica, México, 1986.: p. 282
- <sup>6</sup> Ibidem, p. 282
- <sup>7</sup> Ibidem, p. 283
- <sup>8</sup> Sterling, Claire: *Terrorismo: la Red Internacional*. Lasser Press Mexicana S.A. México, 1982. p. 23.
- <sup>9</sup> Ibidem, p. 25
- <sup>10</sup> Crossman, Op. Cit. pp. 297-304
- <sup>11</sup> LaRouche H. Lyndon, Jr: *La Ciencia de la Economía Cristiana* Instituto Schiller Washington D.C. 1993, particularmente la Nota 4, p.p. 259-261
- <sup>12</sup> Crossman: Op.Cit. p.p. 304-ss; Ander Egg, Ezequiel Et.Al.: *Planificación del Bienestar Social*, Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1968, p.p.103-ss; OMS: *Salud para todos en el año 2000*, OMS: *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century*, July 1997. 6 p.
- <sup>13</sup> Sendrail, Marcel: Op.Cit., p. 414
- <sup>14</sup> Laín Entralgo, Pedro: *Historia Universal de la Medicina*, Tomo 7, p.VIII. Salvat Editores, Barcelona, 1975.
- <sup>15</sup> Sendrail, Marcel: Op.Cit., p. 414
- <sup>16</sup> Laín Entralgo, Pedro: Op.Cit. p.p. 414-425
- <sup>17</sup> Ibidem
- <sup>18</sup> Attalí Jacques: *Millenium. Winners And Losers In The Coming World Order*. Times Books, Random House Inc, 1991. En: ITAM: *Sistemas sociales y políticos, Interpretaciones y Perspectivas: Problemas de la Civilización Contemporánea II*, p.p. 47-84. ITAM, Departamento Académico de Estudios Generales, México, 1992.
- <sup>19</sup> Ibidem.
- <sup>20</sup> ONU: *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Declaración y Programa de Acción*. Organización de las Naciones Unidas. Copenhague, Dinamarca, 1995, ADD-1, p. 3
- <sup>21</sup> Invertir en Salud, Indicadores del Desarrollo Mundial. *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, Washington, D.C.
- <sup>22</sup> ONU: *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*: Op.Cit. p.p. 4-5.
- <sup>23</sup> FNUAP: *Informe: Estado de la Población Mundial*, 1995. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York, N.Y. EUA, 1995. p.p. 9-15
- <sup>24</sup> Attalí, Jacques: Op.Cit
- <sup>25</sup> Ibidem
- <sup>26</sup> Laín Entralgo, Pedro: Op.Cit., p. 3-4
- <sup>27</sup> FOCAL: *¿Cuál Futuro para las Americas? Cuatro Escenarios*. Fundación Canadiense para las Américas. 1995, 49p.
- <sup>28</sup> OPS/OMS: *Resolución XVIII: Promoción de la Salud en las Americas*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C., 1993, p 1
- <sup>29</sup> FUNSALUD: *Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas*. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1997. pp. 379-400
- <sup>30</sup> Frenk, Julio y Gómez Dantés: *Globalización y Salud*. En: FUNSALUD: Op. Cit. pp. 275-284

- <sup>31</sup> Kickbusch, Ilona: *Global Experiences in Health Promotion since the Ottawa Charter and Future Actions for International Collaboration based on Its Framework*. WHO: International Forum on Health Promotion '96, Tokyo, 1996. 29 p.
- <sup>32</sup> Frenk, Julio y Gómez Dantés: Op. Cit.
- <sup>33</sup> Kickbusch, Ilona: Op. Cit.
- <sup>34</sup> OMS: *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century*, July 1997. 6 p.
- <sup>35</sup> Ibidem.
- <sup>36</sup> Antonovsky, citado or Ilona Kickbusch en Op. Cit.
- <sup>37</sup> Llano Cifuentes, Carlos: *Los Fantasmas de la Sociedad Contemporánea*. Ed. Trillas, México, 1995. pp. 11-23
- <sup>38</sup> Attali, Jacques: Op.Cit
- <sup>39</sup> Kickbusch, Ilona: Op.Cit



# A N E X O S

## ANEXO No. I ORGANISMOS INTERNACIONALES DE ALCANCE MUNDIAL

SIGLAS	NOMBRE	SEDE
ONU	ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS	NUEVA YORK, USA
	SECRETARIA GENERAL DE LA ONU	NUEVA YORK, USA
	CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA ONU	NUEVA YORK, USA
	ASAMBLEA GENERAL	NUEVA YORK, USA
	CONSEJO DE ADMINISTRACION FIDUCIARIA	NUEVA YORK, USA
ECOSOC	CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL DE LA ONU	NUEVA YORK, USA
CIJ	CORTE INTERNACIONAL DE JUSTICIA	LA HAYA, SUIZA
CPA	CORTE PERMANENTE DE ARBITRAJE	LA HAYA, SUIZA
OMS	ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	GINEBRA, SUIZA
OPS	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	WASHINGTON, USA
CISS	CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL	MEXICO, MEXICO
FAO (OAA)	ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION	ROMA, ITALIA
OIT	ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO	GINEBRA, SUIZA
OACI	ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AVIACION CIVIL INTERNACIONAL	MONTREAL
OMS	ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	GINEBRA, SUIZA
UNESCO	ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA	PARIS, FRANCIA
UNICEF	FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA	NUEVA YORK, USA
ONUDI	ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO INDUSTRIAL	VIENA, AUSTRIA
PNUD	PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO	NUEVA YORK, USA
PNUMA ( UNEP )	PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL MEDIO AMBIENTE	NAIROBI, KENYA
FNUP	FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES DE LA POBLACION	NUEVA YORK, USA
OCNUAD	OFICINA DEL COORDINADOR DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AYUDA EN LOS DESASTRES	GINEBRA, SUIZA
CONUCYD (UNCTAD)	CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE COMERCIO Y DESARROLLO	GINEBRA, SUIZA

**ORGANISMOS INTERNACIONALES DE ALCANCE MUNDIAL**  
(continuación)

<b>SIGLAS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>SEDE</b>
ACNUR	ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS	GINEBRA, SUIZA
FIDA	FONDO INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA AGRICULTURA	ROMA, ITALIA
FMI	FONDO MONETARIO INTERNACIONAL	WASHINGTON, USA
BRF	BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO ( BANCO MUNDIAL )	WASHINGTON, USA
CFI	CORPORACION FINANCIERA INTERNACIONAL	WASHINGTON, USA
OMM	ORGANIZACION METEOROLOGICA MUNDIAL	GINEBRA, SUIZA
OIEA	ORGANIZACION INTERNACIONAL DE LA ENERGIA ATOMICA	VIENA, AUSTRIA
OMI	ORGANIZACION MARITIMA INTERNACIONAL	LONDRES, UK
PMA	PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS	ROMA, ITALIA
UIT	UNION INTERNACIONAL DE TELECOMUNICACIONES	GINEBRA, SUIZA
UPU	UNION POSTAL UNIVERSAL	BERNA, SUIZA
UTI	UNION TELEGRAFICA INTERNACIONAL	BERNA, SUIZA
OMT	ORGANIZACION MUNDIAL DE TURISMO	MADRID, ESPAÑA
CRUZ ROJA	FEDERACION INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA	GINEBRA, SUIZA
COI	COMITE OLIMPICO INTERNACIONAL	LAUSANA, SUIZA
AIF	ASOCIACION INTERNACIONAL DE FOMENTO	WASHINGTON, USA
GATT	ACUERDO GENERAL SOBRE ARANCELES ADUANEROS Y COMERCIO	GINEBRA, SUIZA
BID	BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO	WASHINGTON, USA
OCDE	ORGANIZACION DE COOPERACION Y DESARROLLO ECONOMICO	PARIS, FRANCIA
OPEP	ORGANIZACION DE LOS PAÍSES EXPORTADORES DE PETROLEO	VIENA, AUSTRIA

ANEXO No. 2

REUNIONES INTERNACIONALES DE ALCANCE MUNDIAL

NOMBRE	PUNTO FOCAL	LUGAR	AÑO
I Cumbre de los Pueblos Indígenas	Acuerdan líderes de 300 millones de indígenas defenderse en bloque	Guatemala	1993
Conferencia Mundial de Derechos Humanos de la ONU	Propuestas de cooperación de ONG's con gobiernos en materia de Derechos Humanos	Viena, Austria	1993
Reunión del GATT	Se propone impulsar oficialmente las platicas para la liberación comercial en el mundo	Ginebra, Suiza	1993
Reunión del Foro de Cooperación Económica Asia - Pacífico	Apuntalar su estrategia de liberalización	Seattle USA	1993
Reunión del FMI y el BM	Capital foráneo al tercer mundo	Washington DC	1993
Conferencia Mundial	Desarrollo sostenible de los pequeños Estados Insulares en desarrollo	Bridge-town, Sudafrica	1994
Conferencia Internacional	Población y desarrollo	El Cairo Egipto	1994
Reunión del Foro Económico Mundial	Análisis del TLC y de las relaciones comerciales de USA y su liderazgo global	Davos, Suiza	1994
Conferencia Mundial sobre la Salud	Salud. Tema básico: El SIDA	Yokohama Japón	1994
Cumbre Mundial sobre las Américas	Comercio entre los países de la región y su impacto mundial	Miami USA	1994
XIX Asamblea General de la Unión para la Conservación de la Naturaleza	Crear un santuario de ballenas	Buenos Aires	1994
Reunión en la sede de la ONU	Desarrollo sostenible	Nueva York	1995

**REUNIONES INTERNACIONALES DE ALCANCE MUNDIAL**  
(continuación)

NOMBRE	PUNTO FOCAL	LUGAR	AÑO
Sesiones del Comité Preparatorio de Hábitat II	Sobre asentamientos humanos	Nairobi, Kenya	1995
Reunión del Consejo del FMAM	Fondo para el Medio Ambiente Mundial	Washington USA	1995
Reunión del Grupo de Río de Janeiro	Planes de la Cumbre Mundial, sobre Desarrollo Social	Ginebra	1995
Reunión de los Estados partes en la Convención sobre la Mujer	Eliminar discriminación contra la mujer	Washington DC USA	1995
Reunión del Comité de los derechos del Niño	Derechos del Niño	Ginebra Suiza	1995
Principal acto de conmemoración del "Día Mundial del Medio Ambiente"	Unidad de los pueblos ante el problema	Pretoria Sudafrica	1995
Reunión de Verano del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas	Examen del Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social	Ginebra Suiza	1995
4ta. Conferencia Mundial Sobre la Mujer	"Acción para la igualdad, el desarrollo y la paz"	Beijing China	1995
Reunión del G-7	Los siete países más industrializados del mundo se reunieron para detener la caída del dólar	Washington DC USA	1995
IX Cumbre del Grupo de Río	Lucha contra la pobreza y la corrupción	Quito Ecuador	1995
Reunión Internacional de las Naciones Unidas sobre eliminación de minas	Iniciar una acción coordinada para incrementar la moral y la responsabilidad financiera de la comunidad internacional en materia de eliminación de minas (bélicas)	Génova Suiza	1995

**REUNIONES INTERNACIONALES DE ALCANCE MUNDIAL**  
(continuación)

NOMBRE	PUNTO FOCAL	LUGAR	AÑO
Conferencia Internacional Contra el Terrorismo	El terrorismo	Palestina	1996
IV Reunión Mundial de Directores de "Trade Points" (Puntos de Negocio)	Consolidar su Red, acordando estándares de intercambio de información, estableciendo su viabilidad financiera.	Midrand Sudafrica	1996
Congreso Internacional contra la Negligencia y los Abusos a la niñez	Foro de intercambio de información y experiencias sobre niñez en riesgo	Dublín Irlanda	1996
Reunión Mundial sobre Desarrollo Social	Búsqueda de acuerdos para mejorar la situación de los países mas pobres del mundo.	Copen- hague Dinamarca	1996
Reunión Internacional sobre el Uso de Internet en los Desastres y Epidemias	Aprovechar el potencial de Internet en el campo de las crisis de Salud Pública	Bogotá Colombia	1997
Foro sobre el estado del Mundo	Analistas y líderes de trascendencia mundial ofrecen propuestas para la confección del desarrollo de iniciativas concretas que incorporen las necesidades humanas fundamentales.	San Francisco USA	1997
Reunión Internacional Contra el VIH	Intercambio de conocimientos que favorezcan el desarrollo de una cura contra este mal.	San Francisco y Nueva York USA	1997

ANEXO No. 3  
ORGANISMOS CIVILES DE ALCANCE MUNDIAL

NOMBRE	FECHA DE CREACION	PROPOSITO	PRE-SENCIA
Oxford Comittee for Famine Relief (OXFAM)	1942 (U. K.)	Combatir la pobreza en el mundo y sus causas	120 Países
Save the Children	1919 (U. K.)	Proteger a la Niñez	50 Países
Médicos sin Fronteras	1971 (Francia)	Ayuda sanitaria voluntaria y eficaz	30 Países
Amnistia Internacional	1961	Proteger los derechos humanos	150 Países
Human Rights Watch	1978 (Finlandia)	Proteger los derechos humanos	Mundial
World Organization Against theTorture	1986 (Suiza)	Erradicar la tortura en el mundo	Mundial
March of Dimes	1938 (USA)	Apoyo en tratamiento y prevencion de defectos de nacimiento	15 Países
Children Television Workshop	1972 (USA)	Realizar Programas audiovisuales educativos para niños	Mundial
Children International	1936	Mejorar la calidad de vida de niños en pobreza	9 Países
International Standarisation Organisation (ISO)	1947 (Suiza)	Facilitar el intercambio de bienes y servicios por medio de la estandarización	110 Países
American National Standards Institute (ANSI)	1918 (USA)	Facilitar el intercambio de bienes y servicios por medio de la estandarización	Mundial
Health Volunteers Overseas	1986	Mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de salud	30 Países
Hellen Keller International		Promover el bienestar de los ciegos	Mundial
Freedom for Hunger	1946	Eliminar el hambre en el mundo atacando las causas de la pobreza	Mundial
Heifer Project International	1944	Eliminar el hambre en el mundo mediante la cria de animales domésticos	20 Países
International Rescue Committe	1933	Asitencia a refugiados	Mundial
SOS Children's Village	1961	Integrar a un ambiente familiar a niños sin padres	60 Países
Thecnoserve	1969	Apoyar la creación de "empresas" en comunidades pobres	24 Países
World Education	1957	Educar para erradicar las causas de la pobreza	Mundial

**ORGANISMOS CIVILES DE ALCANCE MUNDIAL**  
(continuación)

NOMBRE	FECHA DE CREACION	PROPOSITO	PRE-SENCIA
Committe to Protect Journalist	1981	Vigilar y protestar contra los abusos a periodistas en todo el mundo	Mundial
Freedom House	1941	Promover la democracia en el mundo	Mundial
Lawyers Committe for Human Rights	1978	Proteger los derechos humanos fundamentales	Mundial
Global Fund for Women	1987	Promover el desarrollo de la mujer	Mundial
Women's International Center	1982	Educación y reconocimiento a la mujer	Mundial
Global Volunteers	1984	Apoyar la paz mundial por medio del mutuo entendimiento	Mundial
The Biodiversity Forum	1995	Conservacion de la vida salvaje, habitat y diversidad biológica	Mundial
Biopolitics International Organisation	1985 (Grecia)	Preservación Bio-ambiental	83 Países
Globelearn	1993	Promover la educación de los niños en el contexto de la globalización	Mundial
World Energy Efficiency Association	1993 (USA)	Asesorar y promover el uso eficiente de la energía	Mundial
Alianza Cooperativa Internacional	1895	Reunir, representar y servir a organizaciones cooperativas	180 Países
Earth Watch	1972	Apoyar los conocimientos científicos sin afectar la ecología	Mundial
Greenpeace	1971 (Canadá)	Crear un mundo verde y pacífico	Mundial
International Organisation for Migration	1951	Promover el respeto a la dignidad humana de los migrantes	Mundial
Carter Center	1982	Lanzar iniciativas de colaboración para solucionar problemáticas internacionales	65 Países
SIPRI	1958 (Suecia)	Centro Coordinador de Control de Armamento y Desarrollo Internacional	Mundial

## ORGANISMOS CIVILES DE ALCANCE MUNDIAL

(continuación)

NOMBRE	FECHA DE CREACION	PROPOSITO	PRE-SENCIA
World Wildlife Fund	1985 (USA)	Coadyuvar al desarrollo y mantenimiento de la flora y la fauna a partir de esquemas de desarrollo con protección al ambiente	Mundial
World's	1985 (USA)	El desarrollo ecológico a nivel mundial	Mundial
Club Rotario Internacional	1905 (USA)	Organización conformada por líderes y profesionales en materia de negocios, quienes proveen servicios humanitarios, ayudando a construir paz y bienestar en el mundo.	Mundial
International Federation of Sports Medicine	1958 (USA)	El intercambio de experiencias entre organizaciones nacionales de medicina deportiva e individuos ligados al tema.	105 Países
International Life Sciences Institute	1978 (USA)	Promover acciones de salud pública, generar información científica en materia de salud, alimentos, toxicología y medio ambiente.	Mundial
International Union for Health Promotion and Education	1951 (FRANCIA)	Establecer un puente efectivo entre las organizaciones e individuos ligados a la Educación y la Promoción de la Salud, impulsando la investigación y el desarrollo de una opinión pública informada en materia de vida saludable.	25 Países
The UKK Institute for Health Promotion Research	1980 (FINLANDIA)	Promover la Salud Pública impulsando hábitos saludables y las actividades físicas.	Regional (Europa)



## CAPITULO II

### MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCION DE LA SALUD: REFLEXIONES PARA LA PRACTICA.

JUAN MANUEL ESTEBAN CASTRO ALBARRAN\*

#### RESUMEN

A lo largo de este capítulo se plantea brevemente el origen de la práctica de la "Promoción de la Salud" y se revisan paradigmas que han sustentado su práctica a través del tiempo. El autor parte desde la época helénica clásica hasta los finales del presente siglo, destacando los diversos planteamientos que han resultado en varias concepciones y prácticas de la Promoción de la Salud.

Plantéa diferencias y oposiciones conceptuales y pragmáticas que se han presentado al respecto y establece tres vertientes fundamentales que coexisten y afectan tanto el enfoque como los mecanismos y prácticas promocionales: la visión higienista-preventiva, la epidemiológico-social, y la socio-sanitaria.

Expone también una *propuesta transformadora*, -capacidad y poder- para promover efectivamente la salud mediante la intencionalidad y la transformación. Concibe esta transformación como "*la capacidad que tiene el sujeto individual o colectivo para ejercer control real sobre su ambiente total*"; lo anterior tiene que ser fortalecido a través de *procesos tales como la abogacía, la movilización social y la construcción de ciudadanía*.



---

\* Profesor-Investigador. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México D.F.

## INTRODUCCION

Con la denominación de Promoción de la Salud, se ha pretendido caracterizar a algunos elementos de la Respuesta Social Organizada cuyo ámbito de acción se encuentra en los niveles más inespecíficos del proceso salud-enfermedad de la población. Se le ha evocado reiteradamente, como componente esencial de políticas, planes y programas de salud, atribuyéndosele un cierto carácter de "panacea". En los años recientes incluso se le ha elevado al rango de estrategia, lo que ha hecho surgir todo un movimiento mundial de promoción de la salud, respaldado por organismos internacionales, instituciones gubernamentales nacionales y diversas agrupaciones de la sociedad civil. Sin embargo, a pesar de su empleo generalizado, el concepto de Promoción de la Salud no necesariamente tiene los mismos significados para todos los que lo usan, y consecuentemente las prácticas cobijadas bajo el término tampoco son iguales.

En otras palabras, existen diversas interpretaciones acerca de la promoción de la salud, que provocan confusión y se traducen en diferentes cursos de acción, a menudo contradictorios. ¿Cuál es la razón de tales confusiones?, ¿es una propuesta orientada al desarrollo de estilos de vida individuales "saludables"?, ¿es una propuesta integral para la transformación de las condiciones de salud a nivel poblacional?

Con el presente trabajo pretendo dar respuesta a las anteriores interrogantes, teniendo como eje central de argumentación, la tesis de que los modelos teórico-conceptuales (o paradigmas) de la salud pública determinan las interpretaciones y las prácticas de la promoción de la salud. Concretamente plantearé que, en la actualidad, enmarcadas por tres diferentes modelos conceptuales, coexisten tres distintas propuestas en promoción de la salud, las cuales permean el discurso hegemónico y son empleadas discrecionalmente, a pesar de que en esencia son antagónicas. Para sustentarlo, trataré de abordar los elementos que caracterizan dichos modelos. No obstante que el objeto de trabajo está ubicado en la actualidad, y sus antecedentes más directos surgieron, al igual que la salud pública, paralelamente al desarrollo del capitalismo, iniciaré la argumentación con una somera descripción de algunas ideas y prácticas precursoras de la promoción de la salud en el marco de la Cultura Occidental.

Antes de dar comienzo a la reflexión, conviene hacer una precisión: el término PARADIGMA que emplearé a lo largo del ensayo, tiene para mí el significado de Modelo Teórico-conceptual compartido por un sector de la "comunidad científica", que regula y ordena la producción de ciencia normal dentro de una disciplina particular. En ese sentido retomo una de las formas más frecuentemente empleadas por Kuhn, dentro de la veintena de acepciones de la palabra que aparecen en su obra.<sup>(1)</sup>

## ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Aún cuando la idea de promover la salud está implícita en una serie de rituales sociales presentes desde la Comunidad Primitiva, y se manifiesta en diversos preceptos jurídico-religiosos en diferentes civilizaciones,<sup>(2)</sup> considero que una aproximación mas estructurada del concepto surgió en la filosofía Helénica Clásica, en la que la salud era concebida como la perfecta armonía entre el espíritu y el cuerpo. La actitud social hacia la salud, se reflejaba en dos prácticas diferentes, pero complementarias: la curación del enfermo (auspiciada por Panacea) y la procuración de la salud (auspiciada por Hygea). Ambas se encuentran plenamente desarrolladas en el Corpus Hippocraticum en particular en *De Aires, Agua y Lugares*, que no sólo es considerado el primer tratado sobre geografía de la salud, sino que además puede ser considerado como un precursor del pensamiento ecológico-preventivista del siglo XX.

Con Galeno, médico griego de la Roma Imperial, la Higiene obtuvo un mayor significado promotor de la salud, y simultáneamente un sentido profundamente clasista. De manera explícita, sólo los aristócratas podían aspirar a alcanzar la salud y mantenerse sanos, pues tenían la libertad, el tiempo y el poder para dedicarse al cultivo y cuidado de su cuerpo; no hacerlo era una verdadera irresponsabilidad. Ello puede observarse claramente en el siguiente párrafo de su obra:

“Tal como ha sido mostrado que hay gran diversidad de cuerpos, así también hay numerosas formas de vivir. En consecuencia, no es posible administrar cuidados corporales perfectos para todas las formas de vida, sino que lo mejor para la absoluta perfección no es aplicable a todos los modos de existencia. La vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación, e inevitablemente serán dañados por lo que hacen, y esto es imposible de cambiar [...] Pero para quienquiera que sea completamente libre [...] es posible sugerirle cómo puede gozar de la mejor salud, padecer un mínimo de enfermedades, y llegar a viejo más saludablemente.”<sup>(3)</sup>

El pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre “estilos de vida” y salud. La inserción de clase del médico del Pergamo le hacía percibir la determinación social de la salud como un “fenómeno natural”. En sus planteamientos pueden encontrarse implícitos conceptos tales como la “libertad de elección” y “estilo de vida”, que se emplean en algunas de las definiciones de la promoción de la salud “moderna”.

La Higiene de Galeno (sostenida como dogma en el medioevo), fue deslizándose a lo largo de la historia de la cultura occidental, paralela a las prácticas curativas de la enfermedad, pero bien diferenciada de ellas. De la

Escuela de Salerno, al Renacimiento, al Siglo de las Luces, al Siglo XIX, la Higiene fue practicándose como forma individual de moderar los excesos de la vida ociosa, como medio para alcanzar la armonía entre el cuerpo y el alma, como salvación ante las impurezas y el pecado, como conjuro de la peste, como expresión sofisticada de la perfección humana en la lucha por la prolongación de la vida.<sup>(4)</sup>

## LOS PARADIGMAS DE LA PROMOCION DE LA SALUD

En el contexto del surgimiento y desarrollo del capitalismo, en medio de las transformaciones de las fuerzas productivas y las relaciones sociales, en plena efervescencia de ideas revolucionarias, se generan nuevas y distintas formas de práctica social. Una de ellas, la *salud pública*, -convergencia de diversas tradiciones y acogida inicialmente al paradigma de la causalidad miasmática de la enfermedad-, impulsa el desarrollo de medidas de orden inespecífico (administración pública, legislación social y laboral, regulación sanitaria, urbanización, seguridad social) para procurar la salud de las poblaciones.<sup>(5)</sup> Aparece entonces el concepto de *promoción de la salud* como uno de los pilares de la acción en salud pública. Así, por ejemplo en la Inglaterra victoriana gran parte de las recomendaciones para la salud iban en sentido de desarrollar las condiciones de vida, de trabajo y ambientales y no sólo la prestación de servicios médicos.<sup>(6)</sup> Sin embargo, con el espectacular surgimiento y triunfo de la teoría microbiana de la enfermedad, en el último cuarto del mismo siglo, aquella incipiente visión quedó opacada en la práctica y por mucho tiempo relegada. El nuevo paradigma significó, por lo menos durante algún tiempo, la derrota y esclavitud de Hygea ante Panacea.

De acuerdo con el paradigma microbiano, la lucha por la salud sería en adelante tarea de los "cazadores de microbios". El fenómeno denominado por Foucault<sup>(7)</sup> medicalización, es decir, la apropiación por la medicina de las distintas esferas de la existencia humana, fue potenciada por el nuevo paradigma. La salud pública y la promoción de la salud fueron subordinadas entonces a la medicina, pues una vez identificado el agente causal, para tener salud (considerada como lo contrario a la enfermedad) deberían realizarse acciones públicas para controlarlo o eliminarlo. El simultáneo desarrollo de la farmacología y los procedimientos diagnósticos instrumentales, así como las contribuciones de la biología celular, la fisiología y la bioquímica, contribuyeron a reafirmar esa idea.<sup>(2)</sup>

A pesar de los éxitos iniciales, el flamante paradigma de la unicausalidad pronto resultó insuficiente para explicar la totalidad de los fenómenos relacionados con la salud humana. En el amanecer del siglo XX, aquella teoría comenzó a hacer crisis en los esfuerzos por explicar la génesis de las enfermedades

crónico-degenerativas y en general las no transmisibles. Quizá uno de los primeros ejemplos de dicha insuficiencia se encuentra en los estudios de Goldberger sobre la pelagra, quien al descartar la existencia de un agente causal único en la etiología de tal enfermedad, comenzó a postular la idea de la multicausalidad y a volver la mirada hacia los “factores inespecíficos”.<sup>(2)</sup>

El desarrollo de la psicología, la antropología, y en general de las Ciencias Sociales, contribuyeron a ampliar los marcos de explicación de la salud-enfermedad hacia otros modelos conceptuales.<sup>(8)</sup>

En tal proceso de transición, contextualizado por las ideas de democracia y bienestar de la posguerra, surge la conocida definición de salud de la recién creada Organización Mundial de la Salud y la consecuente identificación de la promoción de la salud como un elemento esencial de la práctica de la salud pública. Considerar a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afección”, representó el primer gran intento, en este siglo, por trascender el estrecho marco de lo biológico y buscar modelos interpretativos más globales. En cuanto a la promoción de la salud, Henry Sigerist, en 1945, adelantándose a los conceptos de medicina preventiva y niveles de prevención, la ubicaba como la primera de las cuatro grandes tareas de la medicina (seguida de la prevención de la enfermedad, la reparación del daño y la rehabilitación).

El historiador Henry Sigerist explicaba: “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.<sup>(9)</sup>

Años más tarde, bajo el concepto de medicina preventiva, se identifica a la promoción de la salud como el nivel más inespecífico y general de prevención de la enfermedad. Su ámbito de acción es, para Leavell y Clark, teóricos de la medicina preventiva, el período prepatogénico de la llamada “Historia Natural de la Enfermedad”.<sup>(10)</sup>

El paradigma que subyace en tal propuesta es el higiénico-preventivista. La enfermedad es la ruptura (derivada de algún estímulo patogénico) del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con (y en) el que interactúan. La promoción de la salud, de acuerdo con esta visión tiene que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente y, con acciones generales sobre el ambiente (el ambiente incluye lo social)<sup>(11)</sup>

Enmarcada en las entonces más recientes críticas al papel de la medicina en la salud,<sup>(12,13,14)</sup> y distanciándose de los niveles de prevención de la medicina preventiva surge en los años setenta, un concepto de promoción de la salud

orientado al cambio conductual personal cuya mas precisa definición "moderna" es: "el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de óptima salud".<sup>(15)</sup>

Hacia mediados de la misma década, en Canadá, se publica el llamado Informe Lalonde,<sup>(16)</sup> que hace un llamado de atención acerca de que la salud de las personas (ampliada a un llamado "campo de la salud") está influenciada por un amplio espectro de factores: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención a la salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población. La promoción de la salud se convierte en una estrategia institucionalizada que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas. El nuevo enfoque de la promoción de la salud representa un proceso que habilita a los sujetos en el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el auto cuidado, la mutua ayuda, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y creando ambientes favorables a la salud. El Estado se da a la tarea de poner en práctica una serie de acciones acordes con tales ideas. Fundamentalmente se avanza en tres direcciones: impulsando la participación de la población, fortaleciendo la provisión de servicios comunitarios de salud y estableciendo una política pública saludable.<sup>(17)</sup> Algo similar ocurrió en los EE.UU: en 1979, a partir del Reporte del Cirujano General: "Healthy People".<sup>(18)</sup>

Pese a sus esfuerzos por valorar y tratar de influir sobre factores sociales, la mayor contribución que ambos reportes tuvieron en la práctica de la promoción de la salud, fue la llamada de atención hacia el papel sustancial que los individuos tienen en la modificación de sus conductas personales para mejorar su estado de salud.<sup>(19)</sup>

Algunas de las razones por las que la implantación de la estrategia de promoción de la salud, en su acepción amplia, sufrió serias dificultades tuvieron que ver ya con aspectos ideológicos y políticos. Particularmente ello fue notorio en los EE.UU., en donde la distinción política de los conceptos de promoción (enfocado a aspectos conductuales) y protección (más relacionado con el ambiente), redujeron el espectro de la promoción de la salud a la búsqueda de cambios de comportamiento. Los dos acercamientos a la promoción de la salud, ubicados además bajo la tensión de dos modelos conceptuales contemporáneos sobre la salud-enfermedad: el Epidemiológico-Social<sup>(20)</sup> y el Socio-sanitario,<sup>(21)</sup> fueron discutidos en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Canadá, en 1986, quedando asentada en la llamada "Carta de Ottawa"<sup>(22)</sup> la más amplia visión sobre la promoción de la salud. Para su implantación se propusieron cinco "rumbos estratégicos":<sup>(23)</sup>

- 1) Formulación de políticas públicas saludables.
- 2) Creación de ambientes propicios.
- 3) Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- 4) Desarrollo de aptitudes personales
- 5) Reorientación de los servicios de salud.

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

Dos años después de Ottawa, en Adelaide, Australia, tuvo lugar una nueva conferencia de promoción de la salud, cuyo objetivo fue la operacionalización del primero de los rumbos estratégicos señalados arriba: la formulación de políticas públicas saludables. Ello se tradujo en recomendaciones sobre cuatro áreas de política, a todo los niveles de gobierno: apoyar la salud de las mujeres; acceso a la nutrición y alimentación saludables; reducción del cultivo de tabaco y de la producción, comercialización y consumo de alcohol, y creación de ambientes políticos de apoyo.<sup>(24, 25)</sup>

En 1991, en Sundsvall, Suecia, se abordó el rumbo de la creación de ambientes propicios, en el más amplio sentido: social, político, económico, cultural y físico. Para ello se identificaron como estrategias la defensa de la salud mediante la participación comunitaria; el empoderamiento de las personas para el control sobre el ambiente; la educación; el establecimiento de alianzas entre las campañas de salud y los grupos ambientalistas; la generación de procesos de mediación y negociación entre intereses opuestos en la sociedad que influyan sobre el acceso equitativo a los ambientes saludables.<sup>(26)</sup>

Finalmente en Santa Fé Bogotá, en noviembre de 1992, la Organización Panamericana de la Salud auspició una Conferencia Internacional, para definir el significado de la promoción de la salud para las Américas.<sup>(27)</sup> En ella se ratificaron los conceptos de Ottawa, dándosele un carácter urgente e impostergable a los conceptos de desarrollo, igualdad, equidad, concertación, sociedad civil y participación social amplia para el logro de la salud. Como sus predecesoras, la conferencia de Bogotá hizo insistentes llamados a la voluntad política para propiciar los cambios.

A partir de entonces, los señalamientos y recomendaciones han sido calificados de utópicos, idealistas, costosos e irrealizables (críticas similares a las que se ha

hecho a cualquier intento por separar la salud del dominio de la medicina). Hay un desfase evidente entre los llamados al nuevo orden económico internacional, la equidad y la justicia social y los nuevos derroteros que pretende seguir la salud en el mundo neoliberal.

Por otra parte, lejos de uniformarse la noción de promoción de la salud, coexisten diversas concepciones sobre el término, -ver Cuadro No. 1- que se reflejan en las formas en las que se pretende llevar a la práctica. De todas las visiones, al menos tres pueden distinguirse plenamente: a) la acepción preventivista (“histórica” en un sentido cronológico), acogida aún al paradigma higiénico-preventivista y ligada al concepto de “tríada ecológica”; b) la enfocada en los “estilos de vida individuales”, consumista, de sustento pragmático, difundida en las sociedades altamente industrializadas, apoyada en el modelo epidemiológico social, y c) la socio-sanitaria, basada en un nuevo abordaje de la salud como expresión del disfrute pleno de la vida, para todos, tarea en la cual el Estado debería comprometer firmemente sus esfuerzos.

La primera de ellas ha sido referida en párrafos anteriores al hablar del modelo higienista-preventivo. Mantiene su vigencia, en la medida que la salud pública sigue siendo conducida por los caminos de la medicina (sea preventiva o social), es decir siempre referida al objeto de estudio: la enfermedad. Promover la salud, desde tal enfoque significa *movilizar los recursos inespecíficos disponibles para evitar la enfermedad en general*. La solución a tal enigma es práctica: sanear el medio, educar para la salud, dar alimentación complementaria, favorecer ciertas prácticas individuales de higiene, etc. Organizar la atención médica de manera piramidal, rompiendo la cadena epidemiológica, colocando barreras inespecíficas, *previniendo, atendiendo, asistiendo*. Las prácticas de desarrollo de la comunidad de los años 60, en el marco de la Alianza para el Progreso y sus símiles contemporáneos han puesto énfasis en formas de promoción de la salud preventivistas.

La segunda subordina el bienestar al ámbito de las relaciones de mercado: para estar y mantenerse sano, hay que consumir estilos de vida individuales. El “estilo de vida sano” es una mercancía más, sujeta a “libre juego”. Es un “paquete” de satisfactores que pueden comprarse juntos o por separado, pero que para acceder a ello hay que ser, poder y tener. Comer alimentos “sanos y nutritivos”, ricos en fibra, magros, bajos en colesterol, hiposódicos, asépticos, rápidos, insípidos... “light”. Practicar ejercicios vistiendo y calzando indumentarias especiales, empleando tecnologías modernas para obtener “la figura perfecta”. Disfrutar del “poder de la compra” para practicarse sofisticados exámenes periódicos o adquiriendo seguros médicos de “amplia cobertura”. Adquirir publicaciones de divulgación de conocimientos para el autocuidado, la autoayuda la búsqueda informada de la atención médica. En síntesis, la edición siglo XXI de la Higiene de Galeno, para “aquéllos que pueden darse el lujo de elegir”.



CUADRO No. 1

MARCOS CONCEPTUALES DE LA PROMOCION DE LA SALUD

MODELO	DEFINICION	ENFOQUE	OBJETO DE TRANSFORMACION	AGENTE CAUSAL	MODO DE ACCION	PRACTICA	PROVEEDOR	SITIO	BASE INSTITUCIONAL
HIGIENISTA (GALENICO)	Sugerir una forma de vida que garantice padecer un mínimo de enfermedades y llegar a viejo sin limitaciones	Enfermedad	Individuo (Clase Dominante)	Estilo de vida	Unicausal	Naturismo Moderación Templanza	Médico El propio sujeto	Esfera Individual	Ninguna
HIGIENISTA-PREVENTIVO	Organización de recursos para el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes, disminución del contacto con el agente o eliminación del agente para prevenir la enfermedad	Enfermedad	Huésped	Agente patógeno (físico, químico, biológico)	Unicausal	Preventivista	Médico general Enfermera Promotor	Hogar Comunidad	Estado Comunidad Organizaciones de la "Sociedad Civil"
EPIDEMIOLOGICO SOCIAL	Arte y ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de óptima salud	Salud- Enfermedad	Individuo .Micro y Meso ambiente	Estilo de vida	Multicausal	Autocuidado	Especialista Psicólogos Psicoterapeutas Educadores	Familia Comunidad Centros deportivos Clubes	Estado Organizaciones privadas
SOCIO-SANITARIO	Proceso mediante el cual individuos, grupos sociales y la sociedad en general, desarrolla condiciones para el ejercicio de control sobre sus procesos vitales, para alcanzar la salud. Al combinar la elección personal con la responsabilidad social, propone actuar tanto sobre estilos de vida, como sobre condiciones sociales	Salud	Sujeto social Entorno (Ambiente físico y social, < micro, meso y macro>)	Condiciones de vida (estructura y relaciones sociales) Habilidades personales Estilos de vida	Multicausal	Capacitación Autocuidado Responsabilidad colectiva Política Pública Intervenciones sociales sobre el entorno	Sujetos sociales Grupos y Redes Promotores de salud Trabajadores sociales Profesionales de diversos sectores	Individuo Familia Sitios de trabajo Comunidad Municipio Ciudad País Ambiente	Estado Organizaciones civiles Grupos y redes

La tercera afronta distintos retos para la vida humana surgidos de la creciente inequidad social y de la deuda sanitaria acumulada. Se alimenta de los procesos de construcción ciudadana y de la búsqueda de la transformación social sin destrucción de los ecosistemas; del empoderamiento y la capacidad real de elegir; de la creación de oportunidades saludables al alcance de todos. Implica la construcción de una cultura de la salud, como forma innovadora de relación entre los seres humanos y con la naturaleza. A tal noción se le confiere un significado de práctica transformadora, pues implica el cambio en las condiciones de vida y de trabajo para hacerlas saludables. Está preocupada por la satisfacción a las demandas sociales básicas, entre ellas también la atención primaria de salud universal y la participación social efectiva en la planeación, organización y evaluación de los servicios. Requiere de la socialización del conocimiento, del fortalecimiento de los valores éticos, del respeto a los derechos humanos y de la formación de un espíritu solidario y de servicio social entre los miembros de la colectividad. Encuentra formas de realización en los procesos de educación popular<sup>(28, 29)</sup> y de investigación-acción participativa.<sup>(30,31)</sup>

### UNA PROPUESTA TRANSFORMADORA

Concebir a la Promoción de la Salud como "la capacidad que tiene el sujeto individual o colectivo para ejercer control real sobre su ambiente total",<sup>(32)</sup> implica las nociones de intencionalidad y transformación que son funciones exclusivas de la especie humana. Ejercer la capacidad de control depende de las posibilidades de tomar decisiones y ejecutarlas en el contexto de lo factible. Para ello es necesario elegir un objeto de transformación y un punto de partida. La promoción de la salud desde una perspectiva transformadora pretende la identificación de aquella porción de la realidad que se pretende transformar y sobre la cual se puede ejercer control real. El ambiente total es imposible de ser transformado en su conjunto por un sujeto concreto, sin embargo, para el mismo sujeto sí es posible identificar aquella porción que puede llegar a comprender y a modificar intencionadamente con los recursos a su alcance.

Promoción de la salud sugiere movimiento hacia la salud, construir el futuro en el presente y ello requiere de capacidad y poder. Mas la capacidad y el poder no pueden darse espontáneamente sin intencionalidad, y por tanto sin conciencia. De ahí que una propuesta transformadora de promoción de la salud tiene que partir de la conciencia sobre esa porción de la realidad que se quiere cambiar y sobre la capacidad potencial de cambio que el sujeto posee. La metodología de educación popular, aplicada a promoción de la salud, permite el desarrollo de ambos (conciencia y capacidad de cambio) simultáneamente, siguiendo un proceso de planificación. Al hablar de

planificación nos referimos al “proceso humano para el ejercicio de la libertad, que con base en una idea viable del futuro deseado, facilita la organización de los recursos, las acciones, los procesos colaterales y la toma de decisiones encaminadas a la consecución de esa idea”.<sup>(32)</sup> Es decir, ir desde la percepción superficial de la necesidad hasta la evaluación de los cambios producidos. Pero, a diferencia de otras propuestas, para ganar poder, para desarrollar la capacidad transformadora, el sujeto debe experimentar todo el proceso desde el principio al final. No puede programar sin hacer un diagnóstico, no puede tener el control sin conocer a fondo los procesos. El punto de partida en la educación popular, es el autorreconocimiento de su propia práctica, integrada por sus concepciones y saberes, las acciones que realiza y el contexto en donde se actúa. Un triple autodiagnóstico, síntesis de la confrontación de los tres elementos de la práctica.

El reconocimiento de las inconsistencias, de las insuficiencias, de las contradicciones hace posible la búsqueda de lo que se requiere conocer para poder transformar la realidad. Búsqueda orientada, consciente, que no pretende el conocimiento como una acumulación de datos para ampliar el acervo sino en función de su aplicación práctica. En el proceso educativo popular se autodiagnostica la práctica, sobre ella se construye teoría, la teoría se profundiza y se devuelve a la práctica con una intencionalidad transformadora.<sup>(28)</sup>

Bajo tales planteamientos, la promoción de la salud es una práctica de empoderamientos, de participación, de socialización del conocimiento, de movilización para la construcción social de la salud.

La promoción de la salud transformadora plantea sus acciones en cinco aspectos prácticos sobre los que se centra la movilización:

- La participación del sujeto en sus propios procesos.
- El desarrollo de aptitudes personales (mediante información, educación, capacitación y formación).
- La reestructuración y control sobre los servicios.
- La construcción de los ambientes sanos.
- La lucha por la formulación de políticas y legislación para la salud.

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

Finalmente, la propuesta alternativa de promoción de la salud que aquí se ha descrito se puede fortalecer a través de la realización de procesos de *abogacía (o procuración), movilización social y construcción de ciudadanía*. *Abogacía*

por la salud significa la acción de defender, respaldar públicamente, argumentar en favor de, procurar el logro de, para generar la voluntad política y el apoyo material hacia la causa pública de la salud. Movilización social implica el involucramiento amplio de sujetos sociales en la convocatoria, animación, expresión de la demanda, exigencia pública, gestión y búsqueda de recursos para la salud. La construcción ciudadana se entiende como el ejercicio consciente de los derechos y obligaciones de los sujetos individuales y colectivos en la democracia.

Diversas experiencias de grupos de salud popular en América Latina han mostrado las virtudes de modelos de promoción de la salud transformadores.<sup>(33,34,35,36,37,38)</sup> Sin embargo la gran mayoría de tales prácticas siguen desarrollándose de manera marginal, formando parte de sistemas de salud "subalternos". ¿Cómo retomar sus planteamientos y desarrollarlos a escala nacional, incorporados a los procesos de reforma del sector de la salud? ¿Como hacer que el discurso y la práctica de la promoción de la salud oficiales no se reduzcan al modelo de estilos de vida o de prevención de enfermedades?. Me parece que las respuestas a tales preguntas difícilmente se encuentran en el modelo económico y de política social que desde hace algunos años se ha adoptado en México y (salvo una digna excepción) en el resto de América Latina. Un modelo que, desde mi punto de vista, lejos de alcanzar la equidad, profundiza las desigualdades, y considera a la atención de la salud (entre otras necesidades esenciales) como una mercancía que se oferta y se consume. Las interrogantes finalmente, son contundentes desafíos para la Nueva Salud Pública.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kuhn, T. *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Fondo de Cultura Económica, Breviarios. México 1982.
2. Rosen, G. *A History of Public Health*. MD publications, New York, 1958
3. Galeno, C. *Opera Omnia*. Vol. VI: Citado por Sigerist H. en : *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI eds. México, 1981. Pp. 27 (selección mía).
4. Glasscheib H.S. *El laberinto de la medicina*. Ediciones Destino. Barcelona, 1964.
5. Castro-Albarrán JME. *La identidad de la Salud Pública: Retos y perspectivas*. Revista de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Vol. 4, No 1 (1994): 103-115.
6. Chawe S.P. *The origins and development of Public Health*. In: Holland, Detels and Knox. Oxford textbook of Public Health. Oxford University Press, New York. 1984.
7. Foucault M. *Historia de la Medicalización*. Educ. Méd. y Salud 1977, 11(1): 3-25.
8. Arredondo A. *Marcos Conceptuales en Salud Pública. Modelos, Paradigmas o Propuestas Disciplinarias*. Cuad. Méd. Soc 1993 XXXIV (2-3):29-36.
9. Sigerist HE *The University at the Crossroads: Adresses & Essays*. New York, Henry Schuman, 1946, p. 127.
10. Leavell HR, Clark EG: *Textbook of Preventive Medicine*. McGraw-Hill Book Company, 1959. p.p. 7, 20-21.
11. Leavell HR, Clark EG *Preventive Medicine or the Doctor in his Community*. New York, Mc. graw-Hill Book Company, 1958. p. 48.
12. Dubos, R. *El espejismo de la Salud*. Fondo de cultura económica, México, 1975. (Originalmente: *The mirage of health*. Allen, London 1960)
13. Illich Y. *Némesis Médica*. Joaquín Moritz/Planeta. México, 1984. (Originalmente: *Medical Nemesis*, Calder and Boyars Ltd. London, 1973).
14. Mckeown T. *El papel de la medicina ¿sueños, espejismo o némesis?*. Siglo XXI, México, 1982. (Originalmente : *The role of Medicine, dream, mirage or nemesis?* Nuttfield provincial hospitals, 1974)
15. O'Donnell M. *Definition of Health Promotion*. American Journal of Health Promotion. 1:4-5, 1986
16. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. A working document, Government of Canada. Ottawa. 1974.
17. Epp J. *Achieving Health for All: A framework for health promotion*. Health Education (Canada). No. 2, 1986, supplement.
18. Surgeon General: *Healty People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, D. C. Departament of Health, Education and Welfare, 1979.
19. Minkler M. *Health Education, Health Promotion and the Open Society: an Historical Perspective*. Health Education Quarterly Vol. 16(1): 17-30, Spring, 1989.
20. Cassel J. *Psychological processes and "stress". Theoretical formulation*. Int J. Health Services 1974, 4(3): 471-482.
21. Lewis A. *Health as a Social Concept*. British Journal of Sociology. 1953, 4: 109-124.
22. Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canada. 1986.
23. Beltrán LR. *La salud y la comunicación en Latinoamérica: Políticas, estrategias y planes*. OPS UNESCO. Reunión del comité asesor sobre políticas de comunicación para la

- promoción de la salud. Quito, Ecuador. Sept. 1993. Serie documentos de trabajo . Pp.51 y 52.
24. World Health Organization: *Working Group on Health Promotion in Developing Countries. A call for action: Promoting Health in Developing Countries.* Health Education Quarterly 1991, 18(1):5-15.
  25. World Health Organization. *The Adelaide Recommendations Healthy Public Policy.* 2nd International Conference on Health Promotion. April 5-9, 1988, Adelaide, Australia. WHO, Geneva, Switzerland, 1988.
  26. World Health Organization. *Healthy Environmente.* 3rd International Conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden. WHO, Geneva, Switzerland, 1991.
  27. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de salud de Colombia. Promoción de la Salud y Equidad. *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.* Santa Fé de Bogotá, Colombia. Noviembre de 1992.
  28. Nuñez C. *Educación para Transformar, Transformar para educar.* IMDEC, Guadalajara, Jalisco. 1987.
  29. Gajardo M (editora) *Teoría y Práctica de la Educación Popular.* International Development Research Center., Ottawa, Canada, 1983.
  30. Fals Borda, O. *Conocimiento y poder popular. Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia.* Siglo XXI. México, 1986.
  31. Castillo, A. (Comp.) *Investigación participativa: una Introducción.* UNESCO-CREFAL. México 1985.
  32. Chapela MC: *Glosario de términos utilizados en el diplomado en Promoción de la salud.* Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. Diplomado en Promoción de la Salud. México, D. F., 1994 mimeo., 15 páginas.
  33. Marshall, T. *De prácticas y caminos de salud popular en América Latina.* Consejo de Educación de Adultos en América Latina (CEAAL).Santiago, Chile 1987.
  34. Marshall T, Saenz M, Salinas J. *Participación en salud: lecciones y desafíos.* CORSAPS-CEAAL, Santiago, Chile, 1991.
  35. Van Dijk S, Durón S. *Participando : una experiencia de Educación Popular.* UAM-X México 1986.
  36. Sanginés, A. *Medicina liberadora. Teoría, Método y Práctica.* PRAXIS, Programa de Formación en la Acción y la Investigación Social, A. C. México, 1989.
  37. García Ramírez H. *Salud Conciencia y Organización.* Fomento Cultural y Educativo. A.C. México 1990.
  38. Werner D y Bower B. *Aprendiendo a Promover la Salud.* Fundación Hesperian y Centro de Estudios Educativos, A. C. México 1984.

## CAPITULO III

### DE LA HIGIENE A LA PROMOCION DE LA SALUD

JULIO GONZALEZ MOLINA \*

“SI CREEMOS QUE LOS HOMBRES COMO SERES HUMANOS, POSEEN DERECHOS QUE LES SON PROPIOS, ENTONCES TIENEN UN DERECHO ABSOLUTO DE GOZAR DE BUENA SALUD EN LA MEDIDA EN QUE LA SOCIEDAD, Y SOLO ELLA, SEA CAPAZ DE PROPORCIONARSELA.”

ARISTOTELES

“UN HOMBRE RACIONAL CAMBIA PARA ADAPTARSE AL MUNDO; UNO NO RACIONAL LUCHA POR AJUSTAR EL MUNDO A SU IDEAL Y PENSAMIENTO: EL PROGRESO DE LA HUMANIDAD DEPENDE DE LOS HOMBRES NO RACIONALES.”

B. SHAW.

“LA VIDA DE MUCHOS HOMBRES ES AFECTADA POR LAS PARTICULARIDADES DE SU OCUPACION, E INEVITABLEMENTE SERAN DAÑADOS POR LO QUE HACEN, Y ESTO ES IMPOSIBLE DE CAMBIAR. ALGUNOS VIVEN ASI A CAUSA DE LA POBREZA, OTROS POR LA ESCLAVITUD[...] PERO PARA QUIENQUIERA QUE SEA COMPLETAMENTE LIBRE, POR AZAR O POR ELECCION, ES POSIBLE SUGERIRLE COMO PUEDE GOZAR LA MEJOR SALUD, PADECER UN MINIMO DE ENFERMEDADES, Y LLEGAR A VIEJO MAS SALUDABLEMENTE.”

GALENO

---

\* Consultor en Promoción y Protección de la Salud. Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud.

## RESUMEN

Aunque el concepto de Promoción de la Salud está en constante construcción y evolución, se debe reconocer que tiene características paradigmáticas que lo distinguen claramente de otras estrategias relacionadas, tales como la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, y la atención primaria. El concepto se ha enriquecido en los últimos veinte años a través de experiencias en el terreno, propuestas emanadas de consensos, declaraciones y conferencias internacionales, siendo la primera de éstas la Conferencia de Ottawa cuya declaración ha sido "Credo" y fuente de inspiración y la más reciente la *IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Jakarta, 1997, cuya declaración reafirma principios, métodos y estrategias.*

La *Promoción de la Salud* en su sentido contemporáneo va mucho más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de la enfermedad; *se constituye en una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad; no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la población.*





## I.- UNA NUEVA SALUD PUBLICA, NO SOLO EDUCACION NI PREVENCIÓN.

En la definición de la Salud Pública, "ciencia y arte de promover la salud prevenir la enfermedad y prolongar la vida a través de los esfuerzos organizados de la sociedad, la "Promoción de la Salud" está claramente diferenciada de la prevención de la enfermedad; *ellas son cosas bien diferentes*, aunque objeto ambas de la salud pública y superpuestas en variedad de circunstancias .

El arte y la ciencia de promover la salud, puede rastrearse en nuestra cultura occidental desde la antigüedad, y sus raíces se reconocen en la propuesta de la práctica de la higiene simbolizada por la diosa Higeia y en las propuestas en el cuerpo Hipocrático, y en la higiene de Galeno, aunque bien vistas las cosas, *el concepto contemporáneo es de desarrollo relativamente reciente*.

El concepto no significa lo mismo para todos; es entendido con inusitada frecuencia en forma incompleta y/o distorsionada; ésto a pesar del volumen grande de literatura técnica escrita, especialmente en los últimos quince años, y del llamado de atención que sobre este punto han hecho varios de los líderes de la Salud Pública tales como Milton Terris y Trevor Hancock.

A pesar de su mención frecuente y que a menudo se le presenta como una solución teórica a diferentes tipos de crisis, como la originada en los costos de la atención médica, no deja de sorprender que en las discusiones sobre la reformas al sector salud, se le haya dejado relegada, o se le vea desde una perspectiva parcial, tomándosele en alguna ocasiones como equivalente a la educación en salud o a la prevención de la enfermedad.

Varios autores han llamado "una nueva salud pública" al ejercicio moderno de la Promoción de la Salud.

Esta nueva salud pública no se limita a modelos simples de intervención unicausal sino que, se acoge a las intervenciones que incidan tanto en las causas mediatas e inmediatas, directas e indirectas, de la salud y la enfermedad. *Un principio fundamental en la promoción de la salud es el reconocimiento de que los determinantes de la salud más importantes, están fuera del contexto de la atención médica y del sector salud propiamente dicho*. Consecuente con esta realidad, y posición doctrinaria, se propone una construcción social de la salud, a través de estrategias que comprenden a múltiples sectores, incluido el propio sector salud.

Diferentes realidades, entre otras *los costos elevados y ascendentes de la atención médica*, los recursos limitados que se dispone para atender los diferentes sectores sociales, las inequidades de la atención existentes, pero sobre todo *el alcance*

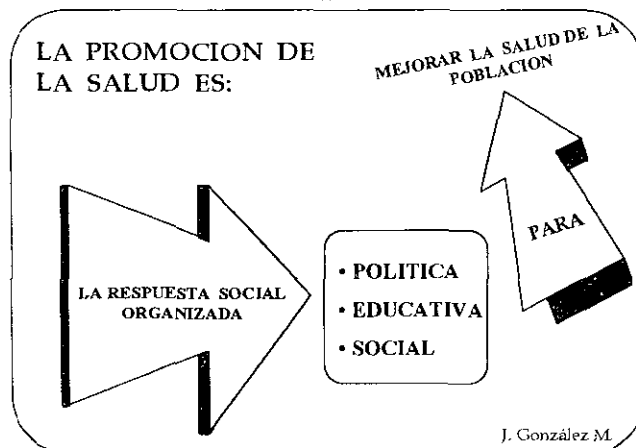
*limitado del modelo médico para dar salud*, hicieron que la Promoción de la Salud se volviese a destacar en la agenda de la salud pública, luego de permanecer relegada por mas de cien años bajo el predominio de las ideas mecanicistas sobre el fenómeno salud/enfermedad. Valorada y Comprendida, *debería figurar destacadamente en todas las propuestas sanitarias de reforma*; se antoja que su genuina práctica es un prerrequisito, para lograr accesibilidad y equidad en los servicios de atención.

Se debe reconocer que el concepto está aún en construcción y evolución; pero éste tiene características paradigmáticas, que lo distinguen claramente de otras estrategias como la educación, la prevención y la atención médica. El concepto se ha enriquecido en los últimos 20 años a través de experiencias en el terreno, propuestas emanadas de consensos, declaraciones y conferencias internacionales; la primera de estas conferencias fue la de Ottawa 1986 y la mas reciente la *IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Jakarta, 1997, cuya declaración reafirma y consolida principios, métodos y estrategias planteados previamente.*

## II LA OMS Y CANADA ABOGAN POR UNA PROMOCIÓN INTEGRAL.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, concibe a la Promoción de la Salud como, "la acción social, educativa y política que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brinda oportunidades y poder a la gente para que ejerzan sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y su bienestar".

Gráfico No. 1



Vista así, la Promoción de la Salud se presenta como un *proceso de activación de las comunidades*, dirigentes políticos, profesionales y población, en favor de políticas, sistemas y modos de vida saludables que se llevan a cabo por medio de la *abogacía, empoderamiento* de la población y *construcción de un sistema de soporte social* que permita a la gente vivir más sanamente.

*La Carta de Ottawa*, producto de la *I Conferencia Internacional de Promoción de la salud en 1986*, afirma que 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;*" a través de su ejercicio las comunidades estarán en mejores condiciones de tener un mayor control sobre los "Determinantes de la Salud" y de este modo incrementar el nivel de salud y bienestar de la población.

Los principios y estrategias propuestas en la Carta de Ottawa, enriquecidos con nuevos aportes de diferentes grupos han servido de inspiración y se han convertido en la propuesta moderna de mas aceptación sobre la Promoción de la Salud; de hecho hay quienes dividen la historia de la salud pública en dos épocas: la era antes y la era después de Ottawa. Esta Carta propone cinco estrategias para involucrarse activamente en la Promoción, las cuales deben adaptarse en conjunto con los programas, a las necesidades y posibilidades específicas de cada país y región.

### III MANOS A LA OBRA: PRACTICA DE LA PROMOCION DE LA SALUD.

El hecho de que los determinantes comunes de la salud/enfermedad puedan agruparse en grandes categorías ha servido *para dirigir y ordenar las acciones de promoción* a tales categorías comunes, con distintos énfasis dependiendo de las propias circunstancias de la población.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a) Acciones dirigidas a los <i>factores personales y determinantes biológicos de la salud / enfermedad</i>.</li><li>b) Acciones para mejorar los <i>estilos de vida</i>.</li><li>c) Acciones para mejorar los <i>espacios físicos y socioculturales</i>.</li><li>d) Acciones para mejorar <i>condiciones de vida</i> tales como el empleo, ingresos económicos, vivienda, educación.</li></ul> |
|--|

Dirigir las estrategias y las acciones hacia la transformación de estos determinantes comunes, constituye un enfoque de promoción que ha sido útil para la elaboración de programas de promoción. *La importancia relativa de cada una de las categorías varía notablemente entre los países, ciudades, y estratos poblacionales.* Mientras que en nuestros países en desarrollo por lo general las transformaciones de las condiciones de vida ocupan la mayor importancia, en otros países la transformación

de los estilos de vida son los determinantes seleccionados con mayor frecuencia por programas y proyectos.

En el enfoque de Promoción, no sobra insistir, la Salud se considera en términos positivos y dentro de una concepción holística y ecológica.

Por esto las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, se dirigen a la modificación de los espacios físicos y sociales, que a su vez, se reconoce están determinados por el contexto político, cultural y económico. Bajo este enfoque se *“redimensiona el papel del sector salud enfatizando la necesidad de conformar alianzas con otros sectores para buscar mejores niveles de salud”*.

Las cinco grandes áreas estratégicas de la promoción postuladas por Ottawa son:

- a) La elaboración de políticas saludables.
- b) El fortalecimiento de la organización y participación comunitaria.
- c) El desarrollo de habilidades personales.
- d) La creación de ambientes saludables.
- e) La reorientación de los servicios de salud.

Estas estrategias fundamentales requieren para su cristalización de metodologías y programas en los diferentes niveles de la organización sociopolítica y administrativa.

Algunas de estas áreas estratégicas han sido objeto de análisis por subsecuentes Conferencias Internacionales, de las cuales han emanado recomendaciones específicas. En la *Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida* se refuerza el área fundamental de las políticas públicas saludables, y en la *tercera en Sundsvall, Suecia*, se identifican muchos ejemplos exitosos sobre metodología y programas aplicados que hacen viable la creación de ambientes saludables. Recientemente se ha celebrado la *Cuarta Conferencia Internacional en Jakarta, Indonesia, 1997*, que ha reflexionado sobre estrategias y nuevas alianzas requeridas, que garanticen y motiven la adopción de la Promoción de la Salud en el nuevo siglo, como un *asunto y responsabilidad, que concierne a todos*.

#### IV LAS CINCO ESTRATEGIAS DE ACCION

Para activar la promoción de la salud se requiere hacer uso de las cinco *estrategias claves*:

## I.- CREACION DE POLITICAS SALUDABLES

Para muchos es la piedra angular de la promoción de la salud y se dice que no fue coincidencia que se listase como la número uno en las estrategias propuestas por Ottawa.

Las políticas públicas saludables se originan en todos los sectores relacionados con la salud y no se refieren exclusivamente a las políticas del sector sanitario.

Tienen el propósito de ordenar y conjuntar la acción de los diferentes sectores sociales hacia el objetivo común de producir salud; ello requiere mediar y concertar con los diferentes sectores y organismos responsables de formular políticas las cuales, es bien sabido, en muchas ocasiones atentan contra la salud.

La trascendencia de esta estrategia se infiere, al reconocer que *la salud está más relacionada a procesos políticos y sociales que al desarrollo de servicios médicos curativos*. Así para asegurar una acción efectiva en salud se debe abogar para que el nivel político tenga en cuenta las repercusiones en la salud, de los diferentes sectores, promocionando decisiones que estén acordes con los principios de salud y bienestar.

*Las políticas saludables, se traducen en leyes, planes, programas, normas, decretos y reglamentaciones*, dirigidos a facilitar y favorecer las elecciones de las opciones que propicien la salud. Sus beneficios dependerán en buena medida de su aplicación real, para lo cual es necesario eliminar los obstáculos que impiden su adopción.

De otra parte *la propia política del sector sanitario debe ser consecuente con los principios que inspiran la promoción*, evitando contradicciones al interior del Sector en la adjudicación de prioridades y presupuestos, formas de trabajo y de asociación.

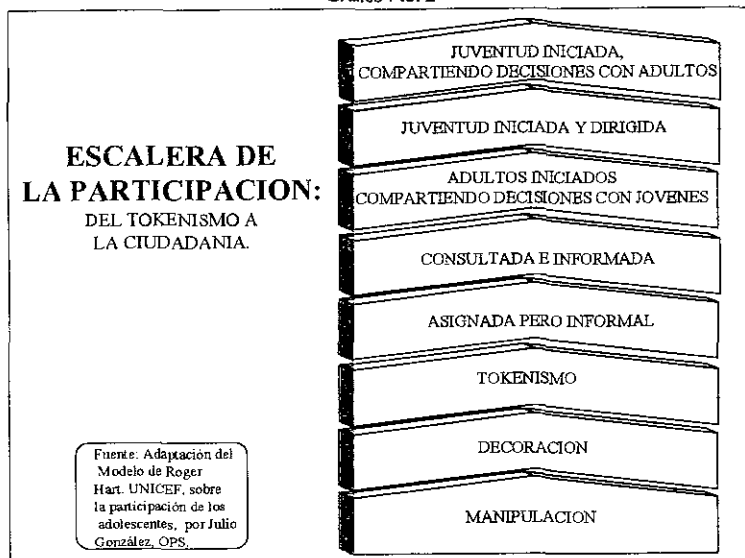
Esta política del Sector debe garantizar el trabajo coordinado con las instituciones y la comunidad, y promover acciones dirigidas a fortalecer y crear los factores salutogénicos y no sólo a controlar los factores de riesgo para enfermar.

## 2.- FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACION SOCIAL

El desarrollo de la participación genuina de la ciudadanía en todas las etapas de los programas diseñados para promover la salud, se considera como *una de las estrategias indispensables para obtener éxito e impacto*. El proceso de producción de salud tiene en cuenta que la población es el principal actor que se constituye en el sujeto y no solo objeto del proceso. En este aspecto R. Hart ha descrito la escalera de la participación, (gráfico No. 2) donde ilustra diferentes categorías de participación y de no participación; En el peldaño mas bajo de la escalera que se debe ascender para llegar a la genuina participación se encuentra la

manipulación, seguida de la decoración y del “tokenismo”; luego se asciende por diferentes grados de participación hasta llegar a un nivel máximo en donde la comunidad tomaría las decisiones y las compartiría con los dirigentes. También se debe recordar la conjugación del verbo “participar” para no hacerlo en los términos incorrectos de yo participo, tu participas, el participa, nosotros participamos, ...ellos deciden...

Gráfico No. 2



En la participación social los *componentes del cuerpo social toman parte en la construcción y producción de la salud*, en la que intervienen además del sector salud los otros sectores relacionados, públicos o privados y especialmente, la población en forma individual u organizada.

Aunque la participación social en salud se aprende participando, (lanzarse a la piscina) se requiere del *desarrollo sistemático de actividades que permitan* a los ciudadanos, grupos e institucionales, tener los *conocimientos, la capacidad, la información y el poder* suficiente que facilite dicho proceso.

### 3.- FORTALECIMIENTO DE DESTREZAS Y POTENCIALIDADES INDIVIDUALES.

La palabra “*empoderar*” que según el diccionario de la lengua estaba en desuso, fue retomada apropiadamente en la literatura de la promoción, para describir el *proceso mediante el cual los individuos, -y la población colectivamente- fortalecen*, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para que tomen decisiones informadas acerca de su salud.

Se requiere para lograrlo de una *nueva socialización del conocimiento técnico científico* en salud; *la educación lo facilita*, dando lugar a la adquisición de habilidades que permitan la toma de decisiones en favor de la salud y resistir las presiones del medio. Este empoderamiento será por lo tanto uno de los factores que propicie la participación social. *Resulta por lo tanto fundamental insistir en la trascendencia del Sistema Educativo formal y del Sistema de Comunicación Social en la promoción de la salud.*

#### 4.- CREACION DE ENTORNOS SALUDABLES

La creación de mejores ambientes sanitarios constituyó el *objetivo principal del movimiento sanitarista del siglo pasado*, del cual se requiere retomar múltiples lecciones olvidadas.

La estrecha relación entre la salud poblacional y su entorno global constituye la base para la concepción socio-ecológica de la salud.

Esta relación, se sabe, determina en gran medida el nivel de salud de una población. Resultan insuficientes los esfuerzos que se realicen para mejorar la salud, atendiendo sólo a la transformación de los comportamientos individuales, sin considerar el ambiente total en que esos mismos individuos se condicionan y se desarrollan.

La mejoría de la salud requiere de espacios que la promuevan; que brinde posibilidades para realizar las elecciones saludables y condiciones que favorezcan la salud en un entorno global saludable. Se entiende por entorno global, el total, de aquellos aspectos identificables del ambiente físico químico, psicosocial y económico que influyen la salud.

El Estado y los ciudadanos en todos sus niveles de acción, tienen la responsabilidad de actuar en forma apropiada para asegurar un medio ambiente global saludable y sostenible.

Así, se pone de relieve que la constitución de espacios saludables como el centro comercial, el centro de recreación, la vivienda, la empresa, la escuela, el vecindario, el municipio, deben formar parte de los programas de Promoción de la Salud exitosos.

#### 5.- REORIENTACION DE LOS SERVICIOS

*Tradicionalmente* los servicios de atención de la salud han tenido una *clara orientación curativa*; se reconoce que muchas de estas acciones curativas son de *escaso impacto* y otras son *poco costo-efectivas* cuando se las compara con otras acciones del mismo sector salud.

La prevención primaria y también la prevención secundaria reciben poca atención de los profesionales proveedores de los servicios médicos, lo cual refleja en parte la *orientación prioritariamente curativa de la educación médica*. Los aspectos psicosociales de la atención no han recibido aún la debida importancia, a pesar del conocimiento de que muchos de los condicionantes de la accesibilidad a los servicios descansan en aspectos de esta naturaleza, tal como la presencia de redes sociales de apoyo.

A pesar de la abogacía en favor de la atención primaria y de la participación ciudadana en la organización de los servicios asistenciales aun no se hace un progreso significativo.

Todo lo anterior enunciado sobre los servicios de atención a las personas, *constituye un reto para la reorganización de los servicios médicos*, los cuales deben jugar un papel más activo y directo en la Promoción de la Salud, de manera que trascienda la sola responsabilidad de proporcionar servicios clínicos curativos y contemple aspectos educativos y socio-culturales de la población.

## V HERRAMIENTAS INDISPENSABLES PARA APLICAR LA PROMOCIÓN.

a) **TRABAJO INTERSECTORIAL.** Para formular y conducir las políticas públicas saludables, así como para la ejecución de los planes de salud pública, se requiere además de la acción del Sector Salud como rector de las acciones vinculadas a la producción social de la salud, la participación de los otros sectores públicos y privados cuyas decisiones tienen efecto sobre la salud. *En la promoción de la salud los conceptos de transdisciplinariedad e intersectorialidad tienen plena vigencia.* No se concibe una lucha contra el tabaquismo, causa número uno de mortalidad prevenible en el mundo, o de promoción de la actividad física en vía de ejemplo, sin la participación de sectores como finanzas, comunicación, transportes, agricultura, educación, medio ambiente, trabajo y salud.

b) **LA EDUCACION FORMAL E INFORMAL.** Es entendida como un *proceso de transformación* no solo de los comportamientos individuales sino de transformaciones colectivas, a partir de la información, formación, acción y reflexión sobre los determinantes de la salud.

La presencia de un sector educativo de calidad y su acceso a él, por parte de la población, es uno de los componentes deseados requerido para una buena salud a través del desarrollo de aptitudes personales, comportamientos y estilos de vida saludable, que faciliten la participación consciente y responsables de los individuos en el control de los factores que promueven su salud, así como para la movilización



de la opinión de comunidades, líderes y dirigentes que lleven a la creación de ambientes saludables.

La Promoción de la Salud invoca la intervención de los *dos componentes tradicionales de la educación* para propiciar cambios positivos y permanentes en los estilos de vida de los individuos y la comunidad:

- 1) La educación formal en toda su extensión, preescolar hasta la formación universitaria.
- 2) Educación no formal, en lugares de trabajo, comunidad y por medios masivos de comunicación.

Estas acciones educativas de participación y comunicación social, se constituyen en herramientas fundamentales.

c) **LA MERCADOTECNIA EN SALUD.** Los programas y métodos de la mercadotecnia social, como el uso de la comunicación social, buscan además de educar e informar, *que la salud tenga un atractivo social y político*; que se perciba como un *factor de desarrollo social y económico*, promovido a través de técnicas modernas. Los nuevos roles de la *mercadotecnia en salud* la convierten en un componente clave: un *instrumento de cambio*.

Es ideal y deseable *que la salud se promueva* atrayendo recursos financieros y humanos, mejorando la imagen, abogando por la causa *por el mayor número posible de canales de comunicación existentes y socialmente aceptados*. Además, el desarrollo de acciones educativas en salud por la televisión, la radio, periódicos, revistas, permitiría llegar a grupos de personas que no son accesibles por los sistemas de educación formal, influyendo en sus conocimientos, actitudes y comportamientos.

d) **PARTICIPACION SOCIAL, DESCENTRALIZACION.** La introducción de la propuesta participativa surge en la década de los cuarenta; la experiencia de los "grass root movements" en Estados Unidos es un antecedente importante. La razón de la insistencia en la participación ciudadana a pesar de sucesivos fracasos, corresponde a la intención de superar los errores que impidieron anteriormente el éxito. Se dice que *la Promoción de la Salud se inicia y termina en la comunidad*. La *primacía de la descentralización* y la *prioridad de lo local* son conceptos que teóricamente *contribuyen a la participación*. Desde los niveles locales, se facilita un *papel protagónico de la gente* y las instituciones, en la creación de políticas, en la planificación de acciones y en el desarrollo de proyectos de salud. Estos fundamentos han sido tenidos en cuenta para la propuesta en marcha en varios países del programa de Municipios saludables, impulsados por la OMS en Europa y la OPS en América Latina.

e) HOSPITALES Y CENTROS PROMOTORES DE LA SALUD. Al hospital promotor de la salud y centros de Atención saludables se les ve como aquellos que *además de los cuidados de alta calidad* también asumen una entidad corporativa para comprometerse con la promoción de la Salud y el desarrollo de estructuras y culturas salutogénicas, incluyendo participación activa de pacientes y trabajadores para desarrollar en la comunidad y en sus propios ambientes, ambientes globales sanos. Este concepto es de origen reciente, y *está en desarrollo creciente*.

Como corolario debemos insistir que la *Promoción de la Salud* en su sentido contemporáneo va mucho mas allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de la enfermedad; *se constituye en una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad*; no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino *una respuesta de los diferentes sectores* relacionados con la salud, *dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la población*. La promoción de la salud, aunque indispensable para mejorar la salud de la población no puede ser vista como una panacea, y solución para todos los problemas del sector salud. Melquíades dijo a José Arcadio Buendía cuando la imaginación desahogada de éste, le llevo a pensar que el imán llevado por los gitanos a Macondo podía desentrañar todo el oro de la tierra: "PARA ESO NO SIRVE". Lo mismo pasa con la promoción de la salud: No sirve para todo.



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA;

1. *Adelaide Conference Health Public Policy*, Adelaide, South Australia, April 1988.
2. *Bridging the Gap: Science and Policy in Action*, International Heart Health Conference, Declaration of the Advisory Board, Victoria, Canada, May 28, 1992.
3. Epp Jake. *Achieving Health for All: Framework for Health Promotion*. Minister of Supply and Services in Canada. 1986.
4. *Health Promotion: Concepts and Principles*. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen 9-13 July 1984. ICP/HSP 602 M01.4005F.
5. Kickbush I. *Global Experiences in Health Promotion since the Ottawa Charter*. International Forum on Health Promotion in Mega Cities. Tokio, 1996.
6. Lalonde. M.: *A New Perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services 1978.
7. López Fernández Luis/Aranda José Manuel. *Promoción de la Salud: un enfoque en salud pública*. Junta de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública 1994.
8. MacKeown T. *Introducción a la medicina social*. México: Siglo XXI, 1981.
9. MacKeown T. *El papel de la medicina. ¿Sueño, Espejismo o Némesis?* México: Siglo XXI, 1982.
10. Ministerio de Salud de Colombia; OPS. *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Santa Fe de Bogotá, Nov 1992, Colombia.
11. Nutbeam Don. *Health Promotion Glossary*. Key Documents: 4a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia, 1997.
12. OMS. *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata. Ginebra: OMS, 1978.
13. OPS/OMS. *División de Promoción y Protección de la Salud* (Misión, ejes estratégicos, estructura y funciones). Washington, D.C.; OPS, 1995, 9 p.
14. OPS/OMS. *Orientaciones Estratégicas y programáticas 1995 - 1998 / "Salud para todos y por Todos*. Documento Oficial, 269" Washington, D.C.: OPS, 1995.
15. OPS/OMS, *Plan de acción regional para la Promoción de la Salud*. Washington, D.C.; OPS, 1995, 27 p.
16. OPS/OMS. *Promoción de la Salud en las Américas*. Washington, D.C.; OPS, 1995, 21P.
17. OPS/OMS. *Promoción de la Salud una Antología*. Publicación Científica No 557. Washington D.C., 1996.
18. *Ottawa Charter for Health Promotion Health and Welfare Canada*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
19. PAHO. *El Movimiento de Municipios Saludables en América*. Washington. D.C.: PAHO. 1992.
20. Pederson A; O'Neill M; Rootman I: *Health Promotion in Canada*. Provincial, National and International Perspectives. W.B. Saunders Canada, 1994. .
21. Promoción de la Salud. *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Santa Fe de Bogotá, Noviembre 1992.
22. Restrepo, Helena E., *La Promoción de la Salud en la OPS*, Washington D.C.: PAHO 1992.
23. Sigerist Henry. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI Editores. 3ª edición, 1987.
24. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*, Sundsvall Sweden, June 1991.
25. Terris, Milton, *Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory*, Washington, D.C.: PAHO, 1992.
26. Terris, Milton, *Confusion Worse Confounded: Health Promotion and Prevention*, Journal of Public Health Policy, Vol. II, No. 2, 1990, pp 144-145.

27. Testa Mario, Et Alter. *Pensar en Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Pùblicaçión No. 21, 1989.
28. *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21 Century*. 4ª Conferencia Internacional de Promocion de la Salud, Jakarta, Indonesia July 1997.
29. *¿What is Health Promotion?* JPHP, Editorial Volume 7, Number 2. 1986.
30. WHO-IEA. *Measurement in health promotion and protection*. WHO Regional Publication European Series No. 22, Copenhaguen: WHO/EURO, 1987.
31. WHO. *International Conference on Health Promotion Healthy Public Policy: Strategies for action*. Adelaide: Commonwealth Department of Community Services Health Australia, 1988.
32. WHO-Roe Health Promotion: *Health promotion. A discussion document on the concept and principles*. ICP/HSR 602. Copenhaguen: WHO/EURO, 1984.
33. WHO. World Health Organization. *Health Promotion and Comunity action; for health in developing countries*. WHO. Geneve. 1995.

## CAPITULO IV

### EL RESURGIMIENTO DE LA PROMOCION DE LA SALUD: ¿AVE FENIX?

JULIO GONZALEZ MOLINA\*

"NO SE PUEDEN DESCUBRIR NUEVOS  
HORIZONTES SI NO PONEMOS LA MIRADA  
FUERA Y LEJOS DE LA PLAYA".

ANDRE GIDE

"LA VIDA SOLAMENTE PUEDE SER  
ENTENDIDA MIRANDO HACIA ATRAS,  
PERO DEBE SER VIVIDA MIRANDO HACIA  
ADELANTE".

KIERKEGAARD

" [...] PERO YO CREO QUE QUIENES, POR  
AMBICION Y ARDOR, HAN ELEGIDO ALGUNA  
FORMA DE VIDA TAN COMPROMETIDA POR  
LAS OCUPACIONES, QUE SU TIEMPO LIBRE ES  
ESCASO PARA CUIDAR SUS CUERPOS, SON  
ESCLAVOS VOLUNTARIOS DE DUROS AMOS."

GALENO

---

\* Consultor en Promoción y Protección de la Salud. Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud.

## RESUMEN

Este capítulo brinda una visión panorámica del desarrollo conceptual de la estrategia de la Promoción de la Salud a través de la historia, desde sus antecedentes remotos de la edad de oro Griega (Hygeia y Panakeia) en nuestra cultura occidental, las normas religiosas de la mayoría de los cultos, la propuesta de la higiene de Galeno, hasta los desarrollos más recientes propuestos en la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Jakarta, Indonesia, 1997.

El lector no familiarizado previamente con el concepto y enfoque de la Promoción de la Salud, podrá con esta revisión breve y amena, disponer de una síntesis de las principales contribuciones que han modelado el concepto actual, ubicarse respecto a los principios básicos vigentes que se recomiendan para la aplicación de la promoción, enterarse sobre las transformaciones conceptuales que se han sucedido así como de las posibles deformaciones o confusiones; y finalmente de las acciones concretas y los lineamientos previstos para los primeros años del siglo venidero.



## I. ORIGENES Y EVOLUCION.

Aunque la Promoción de la Salud en su sentido contemporáneo se construye en los últimos 25 años, sus raíces se reconocen desde la antigüedad, y su discurso no es uno completamente nuevo; de hecho es el viejo discurso de la salud pública renovado y adaptado a los nuevos retos y circunstancias.

En busca de sus inicios es preciso resaltar que la higiene como práctica dirigida a permanecer sano jugó un papel muy importante en la antigüedad. La experiencia enseñó a la gente a hacer cosas que eran saludables y a evitar otras que eran nocivas para la salud. Los cultos antiguos prescribieron normas que impulsaban a la gente a prácticas saludables y mantenerse limpia en lo físico y en lo espiritual. En la edad de oro de la ciudad/estado griego la higiene era aristocrática, para los ciudadanos libres; la práctica de Asclepios médico divinizado por los sacerdotes de Epidauro y muerto por rayo de Zeus ante las pretensiones de resucitar los muertos esta simbolizada por varias de sus hijas siendo las más famosas Hygeia y Panakeia. Ellas representaron filosofías distintas: Panakeia realiza curaciones extraordinarias y representa la *búsqueda de la Panacea en el ejercicio médico*; Hygeia en cambio enseñó que viviendo con moderación se podía *permanecer sano*; su memoria dio el nombre a la *Higiene* y representa la *prevención y la promoción de la salud*. Se aboga para que en los tiempos contemporáneos Higeia y Panakeia se aproximen y representen una práctica no en conflictos antagónicos sino complementaria.

Galeno, siglo II de nuestra era, fue un seguidor de las enseñanzas de Hipócrates; la Higiene de Galeno es una obra altamente aristocrática como lo fue en su momento la higiene de los griegos en su época clásica; él afirmó que su libro era para los griegos y para quienes los emularan, no para los bárbaros. En este libro Galeno resumió y sistematizó la higiene conocida por Griegos y Romanos; que desde nuestra perspectiva moderna corresponde a la práctica de estilos de vida saludables. Señala el fin de una época pues el Cristianismo venía transformando el mundo occidental; ahora lo que cuenta es el alma y los cuidados del cuerpo aparecen ridículos; como consecuencia, la influencia de la doctrina Galénica en la Edad Media fue insignificante. En el Renacimiento la búsqueda de una larga vida, -Paracelso, Cornaro- fue una característica vigorosa. La higiene no progresó en este período a pesar que muchos de los ideales griegos fueron revividos; y no fue así nos dice Sigerist, porque el ideal educativo no fue el Platónico sino el procedente de Quintiliano, el Homo Cicerónico, unilateral, que tendía a desarrollar la capacidad mental del hombre y su pericia retórica, descuidando el cuerpo.

Peter Frank ( 1745-1821) es el pionero de la Medicina Social; él estudió la influencia del entorno social sobre la salud del individuo y las condiciones sociales bajo las cuales la gente vivía, abogando vigorosamente en favor de reformas no solo sanitarias sino también sociales y económicas. Llegada la revolución industrial se reclamaron cambios fundamentales en salud Pública y en una nueva dirección: La Sanitaria.

## EL SIGLO XIX: GRANDES REFORMAS SANITARIAS.

### LA VIEJA SALUD PUBLICA PROMOCIONA LA SALUD

Gran número de historiadores y de ensayos muestran cómo la promoción de la Salud es parte de una tradición muy rica de la Salud Pública que ha reconocido una relación existente entre política, poder y salud.

Rudolph Virchow, en Silesia; Johann Peter Frank, director de salud pública en Austria, y Edwin Chadwick, el padre del movimiento Inglés de Salud Pública hacen parte destacada de esta tradición.

Rudolph Virchow líder en el movimiento de reforma de salud, recomendó al gobierno de Silesia en 1848 en un informe -T. Hancock dice que podría llamarse hoy en día un Informe de Promoción de la Salud- que para controlar la epidemia en las minas de carbón de la alta Silesia debía fomentarse la prosperidad, la educación, la libertad y la plena democracia; el informe no fue bien recibido, tampoco lo fue la obra de Frank, y las recomendaciones, como sucede modernamente, no se siguieron. Es en esta época cuando Virchow escribió que "la medicina es una ciencia social y que la política no es más que medicina en gran escala" y que la reforma médica que se proponía era una reforma de la ciencia y de la sociedad.

Bajo la influencia del pensamiento mecanicista y de los descubrimientos y avances en distintos campos de la biología especialmente en la bacteriología, se paso a un predominio de un pensamiento unicausal y medicalizado que tuvo como consecuencia una esperanza desmedida en la tecnología médica y un descuido grande en el enfoque sanitarista y de la promoción durante el final del siglo pasado y la mayor parte del presente siglo.

## EL SIGLO XX: EN LOS AÑOS SETENTA RESURGE LA PROMOCION.

*La promoción de la salud* contemporánea ha ido ganando defensores, adeptos y prestigio; su desarrollo no ha sido fácil y periódicamente se observan demoras y aún retrocesos; *y ha sufrido de interpretaciones equivocadas* y de distorsiones en su quehacer; en ocasiones *se le ha tomado como equivalente a la educación* en Salud y en muchas ocasiones *se confunde su quehacer con la prevención* de la enfermedad. Durante los años 70 la promoción resurge como Ave Fénix pero en la práctica solo fue programada y aplicada de forma parcial; en esos años la promoción fue equiparada casi totalmente a las actividades dirigidas a modificar los estilos de vida no saludables causantes de muerte y enfermedad en los países en desarrollo; pero en los años 80 de la primera conferencia internacional de promoción de la salud surge la *Carta de Ottawa* que se convirtió en fuente de inspiración y nuevo credo para quienes vienen invocando la importancia de la *promoción de la salud para el logro de un desarrollo humano digno.*



Actualmente la promoción de la salud se propone como una estrategia integral promisoría plena de potencialidades para crear poblaciones más saludables a través de programas concretos dirigidos a las transformaciones de las condiciones de vida, de las formas de vivir y del entorno global que propicie la salud y facilite la elección de las opciones saludables.

Se reconoce, no obstante que la Promoción de la salud corresponde a una estrategia vieja pero renovada, que su paternidad/maternidad es canadiense, cuando se la conceptúa como una estrategia constituida por componentes complementarios, tales como la estrategia de las *políticas saludables*, la *participación social*, el *empoderamiento* de la comunidad *a través de la educación y de la comunicación*, la *transformación de los ambientes*, y la *reorientación de los servicios de salud*.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, y Ottawa han dado la siguiente descripción de la promoción la cual ha sido ampliamente aceptada: La acción social, educativa y política dirigida a incrementar el nivel de salud de la población; como un proceso de activación de las comunidades, dirigentes políticos, profesionales y población, en favor de políticas, sistemas y modos de vida saludables el cual se lleva a cabo por medio de la abogacía, empoderamiento de la población y construcción de un sistema de soporte social que le permita a la gente vivir sanamente.

Así descrita, la *Promoción de la salud* se la concibe como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades pueden ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su nivel de salud. Desde esta visión la salud no se entiende, como tradicionalmente ha sido considerada, como un estado de ausencia de enfermedad y a esta última como un problema de origen exclusivamente biológico., sino que se la identifica con la conocida afirmación del Director de la OMS en 1988: "la salud es un producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica".

#### INFORME LALONDE, CANADA, 1974.

Suele ser considerado como el punto de partida del desarrollo moderno del concepto de Promoción de la Salud.

Este informe es el primer documento oficial de Gobierno en reconocer que la Salud dependía en mayor grado de diferentes campos, que de la prestación de los servicios de salud: "Hasta ahora la mayoría de los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud se han enfocado a la organización del cuidado médico, a pesar de que cuando identificamos las actuales primeras causas de muerte y enfermedad, encontramos que sus raíces están en los otros tres componentes del concepto:

Biología humana, medio ambiente y sobre todo estilos de vida; es obvio por lo tanto, que las vastas sumas de dinero que se han estado gastando tratando enfermedades, han podido gastarse mejor previniéndolas”.

A raíz de este conocido documento, la promoción de la salud se desarrolló como una estrategia de información y educación para la transformación de los estilos de vida asociados con las causas mas frecuentes de muerte. A pesar de que el Informe llamaba a la acción en los diferentes campos determinantes de la salud, la acción se dirigió en la práctica a la modificación de los estilos de vida. A esta tendencia de la promoción se la ha conocido como la "conductualización" de la promoción, por el sobre énfasis puesto en la responsabilidad de los individuos en su elección de estilos de vida; en esta corriente se llegó a "culpabilizar a la víctima" de su propio destino.

### LA DECLARACION DE ALMA ATA, 1978.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma Ata, Unión Soviética; con asistencia de delegados de 134 naciones, se gestó la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 la cual fue adoptada posteriormente en la Asamblea Mundial de la OMS en 1981. La innovación principal fue la de reafirmar que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano fundamental. La declaración reconoce las desigualdades existentes en el estado de salud, y postula la atención primaria como estrategia necesaria para reducir las inequidades, la cual debe contar como componentes prioritarios la promoción y prevención; la participación comunitaria y la acción multisectorial.

### INFORME DEL CIRUJANO GENERAL, GENTE SANA, EN PROMOCION Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. 1979.

Identifica los principales riesgos de salud para la población de USA y hace una clara diferencia entre acciones para **PROMOVER** la salud, aquellas dirigidas a cambiar estilos de vida y, **PROTECCION** de la salud como las acciones dirigidas al medio ambiente físico; de nuevo como en el Informe Lalonde el énfasis se coloca en la *transformación de los estilos de vida para prevenir la enfermedad*, orientación que predominó hasta la Declaración de Ottawa, 1986.

El valor de dichas orientaciones radicó en la trascendencia que se les dió a los otros campos de la salud, diferentes a los centros de atención médica, tales como los factores económicos y sociales, al ambiente y estilos de vida, como determinantes del nivel de salud, apartándose en su momento, del modelo médico biológico predominante.

La nueva salud Pública es la expresión de esta renovada comprensión de que las intervenciones fuera del campo tradicional del sector de la salud son claves para mejorar el nivel de salud.

### INFORME BRUNDTLAND

En 1983 se estableció la comisión mundial de ambiente y desarrollo, dirigida por la primera ministra noruega, Gro Harlem Brundtland; en 1987 se publicó su documento final **"NUESTRO FUTURO COMUN"** el cual contiene la propuesta **de combinar la economía y la ecología para obtener un desarrollo sostenible.**

En esta propuesta se encuentran conceptos e ideas que se reflejaron en la propuesta de ciudades saludables, que viene siendo impulsada por la OMS en Europa y por la OPS en la Región de las Américas.

### JOURNAL OF PUBLIC HEALTH POLICY; EDITORIAL DE MILTON TERRIS. 1986.

Este autor en este editorial y en otros varios ensayos, reiteradamente ha llamado la atención sobre la confusión existente acerca del concepto de la promoción de la salud. Atribuye parte importante de esta confusión al informe del Cirujano General de USA sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; critica Terris que dicho informe, enfocó la promoción de la salud como una modificación de los estilos de vida para la prevención de la enfermedad. Dice Terris que la principal consecuencia de la confusión semántica es el descuido de la verdadera Promoción de la Salud.

En artículos posteriores escritos en los años 90, Terris insiste en la confusión reinante sobre el término promoción de la salud y achaca ésto en parte a la no consideración de las causas generales como determinantes fundamentales de la salud, sin tener en cuenta que **causas generales y específicas actúan juntas en una red de causalidad.**

También es Terris quien llama la atención sobre el uso del concepto de Promoción de la Salud y afirma, que a su entender fue el gran historiador médico **Henry E. Sigerist** el PRIMERO en usar el término de **Promoción de la Salud**, en el año 1945, al definirla como **una de las cuatro grandes tareas de la medicina.**

El llamado de Sigerist sobre la promoción de la Salud se vino a repetir 40 años después en la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud, y en la definición vigente de las funciones de la salud Pública.

## LOGRO DE LA SALUD PARA TODOS: UN MARCO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD.

Jake Epp Ministro de Salud y bienestar de Canadá, con ocasión de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Ottawa, 1986, presentó un documento como líneas de acción para alcanzar la equidad en salud. En él presenta como meta el logro de la salud para todos y como reto el reducir las inequidades, el aumentar la prevención, y fortalecer la capacidad de confrontación a las situaciones de estrés.

Como mecanismos de la promoción se propone al autocuidado, la mutua ayuda, y los ambientes saludables; y como estrategias de implantación el fomentar la participación, fortalecer los servicios comunitarios, y coordinar la política pública saludable.

Epp sostiene que esta propuesta, llamada "Promoción de la Salud" es una integración de varias arenas y representa una expansión del uso tradicional del término Promoción de la Salud. Enfocamos dice él, la Promoción de la salud como un *complemento y fortalecimiento del sistema de atención de la salud.*

### LA PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1986; CARTA DE OTTAWA.

Marca un hito en la promoción de la salud. A partir de ella cobra mayor importancia e interés por parte de los gobiernos y se inician cambios trascendentales para ponerla en práctica. Se dice que la Carta de Ottawa divide en dos la Historia Conceptual de la Promoción de la Salud.



La Carta de Ottawa retomó nuevamente algunos de los alcances que le había dado Henry Sigerist; quien en 1945 introducía el concepto de Promoción de la Salud, y

afirmaba que se promovía la salud entre otros, a través de la educación, el empleo, la buena vivienda, la recreación y el descanso.

La Carta de Ottawa parte de una concepción socio ecológica de la salud y de sus factores determinantes. Coherentemente, entonces, *las acciones para promover la salud no pueden dejar de lado el reconocimiento multicausal de la salud* y por tanto, además de la promoción de *comportamientos individuales sanos* deben dirigirse esfuerzos a la modificación del *ambiente global*, que a su vez se encuentra determinado por el *contexto político, cultural y económico*.

La Carta redimensiona el papel del sector salud enfatizando la necesidad de vincularse con otros sectores para buscar mejores niveles de salud.

Para hacer operativa la Promoción de la Salud la Carta propone cinco áreas de acción:

- a) La formulación de *políticas saludables*.
- b) La organización y *participación comunitaria*.
- c) El *desarrollo de aptitudes personales y cambios de comportamiento*.
- d) La creación de *ambientes saludables*.
- e) La *reorientación de los servicios de salud*.

#### SEGUNDA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. ADELAIDA, 1988.

En Adelaida, Australia, se retoma el tema de las "*Políticas Públicas Saludables*" propuesto como la estrategia numero uno por Ottawa. Se definen las condiciones para una política pública orientada hacia la salud y se enfatizan como *areas de acción* de dichas políticas, el *apoyo a la salud de las mujeres*, la *alimentación* y la *nutrición*, las *restricciones para reducir el consumo del alcohol y del tabaco*; estas metas deben lograrse a través de la creación de ambientes que apoyen la salud, del desarrollo de nuevas alianzas, y dando máxima prioridad a la cooperación internacional en salud Pública.

#### TERCERA CONFERENCIA INTERNACIONAL SUNDSVALL. SUECIA 1991.

La creación de los *Ambientes Globales Saludables* fue el motivo de esta Conferencia.

Hace un llamado para *que las poblaciones se involucren activamente* en el desarrollo de ambientes propicios para la Salud. Se refiere no sólo al ambiente

físico, sino que proclama el ambiente global o total, que *incluye los ambientes sociales, económicos y políticos que propicien la salud en lugar de perjudicarla.*

La conferencia identifica muchos ejemplos para la creación de ambientes saludables, que pudieran ser utilizados por dirigentes políticos, planificadores y activistas en el sector de la salud y del ambiente. Utilizando ejemplos, la Conferencia identifica cuatro acciones claves para promover los ambientes de apoyo a la salud:

- Fortalecimiento de la **Abogacía.**
- Empoderamiento de los individuos y las comunidades.
- Construcción de **Alianzas.**
- Mediación y **Negociación.**

La conferencia reconoce que **TODA PERSONA TIENE UN ROL EN LA CREACION DE LOS AMBIENTES SALUDABLES Y SOSTENIBLES.**

#### OPS. CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA DE 1990.

En 1989 se difundió el documento "Un Llamado para la Acción" de un grupo de trabajo de la OMS, en el cual se discutieron los principios de la Promoción de la salud enfocados desde la perspectiva de los países en desarrollo. La respuesta de la OPS al "Llamado a la Promoción de la Salud" se institucionalizó en la OPS en las orientaciones estratégicas y las orientaciones programáticas para el cuatrienio 1991-94.

En la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 los Gobiernos de la Región de las Américas adoptaron la Promoción como una de las orientaciones estratégicas básicas para el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Sin duda esta ubicación de la promoción de la salud ha sido un gran pilar de apoyo para las acciones de la OPS en los países donde durante la década de los 90 esta tratando de influenciar en políticas, planes y programas. El movimiento de municipios saludables que se está desarrollando en Latino América y que cuenta con el apoyo de la OPS, es uno de los proyectos de promoción de la salud que mejor reflejan las orientaciones, estrategias y las nuevas modalidades de trabajo de la OPS.

Las líneas de acción ratificadas posteriormente por los Cuerpos Directivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, requieren apoyar el fortalecimiento del sector salud para dirigir procesos intersectoriales que.. "promuevan el desarrollo cabal y el aprovechamiento pleno de las capacidades humanas mediante el fortalecimiento de la salud positiva entre las naciones miembros"..., reconociendo que es en el nivel local donde principalmente deben ponerse en práctica las actividades que

promuevan una cultura de la salud. En las líneas de acción, el valor de los principios y estrategias formulados en la carta de Ottawa resalta claramente.

#### 1992; DECLARACION DE SANTA FE DE BOGOTA.

Fue convocada por la Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de ajustar las recomendaciones de las conferencias y documentos de la promoción, a las condiciones sociales y culturales de Latino América. Aquí se plasman nuevamente los postulados enunciados en Ottawa y se hace un llamado a los Gobiernos y sociedad civil para el combate a la pobreza, a la violencia, la desigualdad y la *búsqueda de la Equidad*. Esta última se definió por el Director General y la Directora de Promoción de la Salud de la OPS, como el principal objetivo y quizás el *principal medio para hacer posible la Promoción de la Salud*, y condición necesaria para el desarrollo y la justicia.

#### CONFERENCIA DEL CARIBE INGLES EN PROMOCION DE LA SALUD. PUERTO ESPAÑA. TRINIDAD. 1993.

Esta fue la primera Conferencia de Promoción de la Salud en el Caribe de habla Inglesa; Participaron representantes de 19 países del área. Proclamó sus acuerdos a través de la *Carta del Caribe*.

En ella se reconoció la complejidad de la relación entre la salud y los determinantes sociales, económicos y conductuales. Reconoce que la EQUIDAD es la consideración mas importante para las decisiones en salud. Plantea enfoques estratégicos similares a los de Ottawa y Santa Fé de Bogotá adaptados a las peculiaridades de los países del Caribe inglés.

#### CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SALUD CARDIOVASCULAR. VICTORIA, CANADA, CERRANDO LA BRECHA: CIENCIA Y POLITICA EN ACCION. 1992.

Proclama que el enfoque de Salud Pública, *Promoción de la Salud*, es claramente la *estrategia prioritaria* para detener el crecimiento de las *enfermedades cardiovasculares* las cuales se han constituido en la *causa mas importante de mortalidad* en la mayoría de los países del mundo.

Hace un llamado para cerrar el vacío existente entre la ciencia y la acción ya que las enfermedades, como las cardiovasculares, son altamente prevenibles; pero para lograrlo es necesario que la sociedad tenga acceso a una vida positiva y saludable, a un aire libre de contaminación, buena nutrición, actividad física regular y un ambiente de vida y trabajo apropiado.

La política de la salud cardiovascular propone un enfoque basado en **Cuatro Aspectos:**

- a) Mejoramiento de los hábitos alimentarios.
- b) Erradicación del consumo de tabaco.
- c) Aumento de la actividad física en todos los grupos de población.
- d) Atención de factores psicosociales.

### LAS CIUDADES Y LOS MUNICIPIOS SALUDABLES.

La idea de un movimiento de ciudades saludables y conformación de una red, se expuso en *Toronto en 1984* en la Conferencia "*Mas allá de la atención médica*", en una serie de talleres dedicados a discutir la propuesta; esta Conferencia donde participaron varios de los futuros líderes de la promoción de la salud, T. Hancock, L. Dhul, N. Milio y otros, se considera piedra angular en la génesis del movimiento de *Ciudades Saludables* que se inició más tarde en Europa bajo la dirección de la OMS. En la creación del Movimiento de las Ciudades y Comunidades Saludables la Asociación Canadiense de Salud Pública, El Gobierno de Canadá, la OMS en Europa y la OPS en Latinoamérica han tendido un rol preponderante.

La OMS introdujo en Europa el proyecto de Ciudades Saludables, como una estrategia de aplicación de los principios de salud para todos en el nivel local. Casi simultáneamente se iniciaba el movimiento de Ciudades y Comunidades Saludables en Provincias del Canadá, con el respaldo de la Asociación Canadiense de Salud Pública.

El movimiento se inició después de debatir la idea en una conferencia en Lisboa, Portugal, en 1986; iniciaron 11 ciudades europeas, pero ya en la primera fase del proyecto, la OMS trabajó con 35 ciudades Europeas; el movimiento global ha crecido permanentemente. Además de la red de Ciudades Saludables de la OMS en Europa, constituida actualmente por 37 Ciudades, funcionan por lo menos 24 redes nacionales en ese continente, y está en operación el movimiento en todos los continentes donde igualmente funcionan redes nacionales y subnacionales. En América Latina el movimiento se desarrolla con fuerza diferente en los diversos países, con el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud.

Más de 1000 ciudades en el mundo están trabajando en los principios de Promoción de la Salud bajo el movimiento de las Ciudades Saludables.

### HACIA EL SIGLO XXI. NUEVOS ACTORES.

La Directora de la División de Promoción de la salud de OMS en diferentes presentaciones, ha hecho recientemente un llamado a reflexionar sobre el gran



número de nuevos actores que han ingresado al campo de la salud, lo cual hace necesario estar preparados para trabajar con ellos o, cuando sea necesario, contrarrestar su influencia de una manera planificada y preparada.

Las oportunidades de cooperación son muy grandes y deben ser negociadas con imaginación y creatividad. En muchas partes del mundo la Promoción de la Salud es un enorme negocio, sea que se utilice la salud directamente, o se le de a la salud un valor agregado para promocionar productos y servicios. Es crucial expandir el concepto de soporte de espacios saludables más allá de los sitios tradicionales e institucionales, para llegar efectivamente a donde la gente vive en las sociedades de consumo.

Los retos futuros de la promoción de la salud están en explorar e identificar los nuevos caminos de cooperación que, dentro de los límites éticos, se deben tomar para cumplir con las responsabilidades contraídas con la salud y tener el valor para enfrentar las viejas presiones que continúan oponiéndose a la salud.

#### CUARTA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD JAKARTA, INDONESIA, 1997.

La conferencia de Jakarta, "Nuevos actores para una nueva era: Promoción de la salud para el siglo XXI", contó con el auspicio de la OMS y en ella participaron representantes de 76 países. *Es la primera vez que en una de estas conferencias internacionales se involucra al sector privado*, hecho que refleja el *propósito de ampliar el rango de actores y recursos* para afrontar los determinantes de la salud en el siglo XXI.

La Declaración de Jakarta reafirma de nuevo que **ES LA POBREZA LA MAYOR AMENAZA PARA LA SALUD DE LAS COMUNIDADES** y como en las declaraciones previas sobre la Promoción, hace explícitos los prerequisites para la salud. Manifiesta que existe evidencia convincente de que la promoción de la Salud es una estrategia que funciona para alcanzar la equidad y modificar los determinantes que afectan la salud, reafirmando la trascendencia de las cinco estrategias postuladas en la Carta de Ottawa.

Sin embargo declara que *se requieren nuevas respuestas y formas de acción*. El reto para los próximos años es incorporar el potencial para la promoción de los muchos sectores de la sociedad, de los municipios y comunidades locales y de las familias. Existe clara necesidad de romper los límites tradicionales entre sectores gubernamentales, entre gobierno y sociedad civil, entre el sector público y privado.

Hace un llamado para la *creación de nuevas alianzas* entre todos estos sectores para acelerar el progreso de la promoción y señala prioridades para estas coaliciones, tales como el *crear conciencia sobre los determinantes de la salud*,

*movilización de recursos, aumento de la transparencia y rendimiento de cuentas* en las acciones, soporte para el desarrollo de la colaboración y de las redes de promoción y varias otras.

Al ofrecer una visión de la promoción de la salud para el próximo siglo, señala el impacto significativo que los factores transnacionales tienen sobre la salud, tales como: la globalización de la economía, los mercados financieros y comerciales y el acceso a las nuevas tecnologías de comunicación; algunas con gran potencial para la salud como el desarrollo de las comunicaciones y otras con un impacto negativo como el mercadeo internacional del tabaco.

La *Conferencia de Jakarta* finalmente postuló *cinco áreas prioritarias* para el desarrollo de la Promoción de la Salud:

1. Promover la *responsabilidad* social de la salud.
2. Incrementar la *inversión* para el desarrollo de la salud
3. Expandir y consolidar *alianzas* por la salud
4. Incrementar la capacidad comunitaria y el *empoderamiento* individual.
5. Asegurar una *infraestructura* para la promoción de la salud.



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. *Adelaide Conference Health Public Policy*, Adelaide, South Australia, April 1988.
2. *Bridging the Gap: Science and Policy in Action*, International Heart Health Conference, Declaration of the Advisory Board, Victoria, Canadá, May 28, 1992.
3. Epp Jake. *Achieving Health for All: Framework for Health Promotion*. Minister of Supply and Services in Canadá. 1986.
4. Evans R; Barer M; Marmor T. *Por qué alguna gente esta sana y otra no*. Ediciones Diaz de Santos 1996.
5. *Health Promotion: Concepts and Principles*. A Selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen 9-13 July 1984. ICP/HSP 602 M01.4005F.
6. International Forum on Health Promotion. *Healthy Cities in Megacities*. Tokio 1996.
7. Lalonde. M.: *A New Perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services 1978.
8. López Fernández Luis / Aranda José Manuel. *Promoción de la Salud: un enfoque en salud pública*. Junta de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública 1994.
9. Mac Keown T. *El papel de la medicina. ¿Sueño, Espejismo o Némesis?* México: Siglo XXI, 1982.
10. Nutbeam Don. *Health Promotion Glossary*. Key Documents: 4a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia, 1997.
11. OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata. Ginebra: OMS, 1978.
12. OPS/OMS. *Lineamiento metodológico para la ejecución de un análisis sectorial en promoción de la salud*. Washington 1995.
13. OPS/OMS. Orientaciones Estratégicas y programáticas 1995 - 1998 "Salud para todos y por Todos. Documento Oficial, 269" Washington, D.C.: OPS, 1995.
14. OPS/OMS: Ministerio de Salud Colombia. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, Nov 1992.
15. OPS/OMS División de Promoción y Protección de la Salud (Misión, ejes estratégicos, estructura y funciones). Washington, D.C.; OPS, 1995, 9 p.
16. OPS/OMS. *Promoción de la salud en las Américas*. Washington, D.C.; OPS, 1995, 21P.
17. OPS/OMS, *Plan de acción regional para la promoción de la salud*. Washington, D.C.; OPS, 1995, 27 p.
18. OPS. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud una Antología*: Publicación Científica No 557. Washington D.C., 1996.
19. *Ottawa Charter for Health Promotion Health and Welfare Canada*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
20. PAHO, *El Movimiento de Municipios Saludables en América*, Washington, D.C.: PAHO, 1992.
21. Pederson A. O'Neill M, Rootman I. *Health Promotion in Canada*. Provincial, National and International Perspectives.. W.B. Saunders Canadá, 1994.
22. Promoción de la Salud, Declaration of the International Conference of Health Promotion, Santa Fe de Bogotá, Noviembre 1992.
23. Restrepo, Helena E., *La Promoción de la Salud en la OPS*, Washington D.C.: PAHO 1992.
24. Sigerist Henry. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI Editores. 3ª edición 1987.
25. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, Sundsvall Sweden, June 1991.
26. Terris. Milton, *Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory*, Washington, D.C.: PAHO, 1992.

27. Terris, Milton, *Confusion Worse Confounded: Health Promotion and Prevention*, Journal of Public Health Policy, Vol. II, No. 2, 1990, pp 144-145.
28. *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21 Century*. 4<sup>a</sup> Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Jakarta, Indonesia, July, 1997.
29. *¿What is Health Promotion?* JPHP, Editorial Volume 7. Number 2. 1986.
30. WHO. World Health Organization. Health Promotion and Community action; for health in developing countries. WHO. Geneve. 1994.
31. WHO-Roe Health Promotion: Health promotion. A discussion document on the concept and principles. ICP/HSR 602. Copenhagen: WHO/EURO, 1984.
32. WHO International Conference on Health Promotion Healthy Public Policy: Strategies for action. Adelaide: Commonwealth Department of Community Services Health Australia, 1988.
33. WHO-IEA. Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Publication European. Series No. 22, Copenhagen: WHO/EURO, 1987.
34. World Health Organization. Twenty steps for developing a healthy cities project. WHO, Regional Office for Europe. 1992.
35. World Health Organization. Working Group in Health Promotion in Developing Countries. A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries. Health Education Quarterly 1991; 18 (1) 5-15.

## CAPITULO V

### CONCEPTOS CLAVE DE LA PROMOCION DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMUNICACION, LA MERCADOTECNIA Y LA PUBLICIDAD

MARIA TERESA DEL BOSQUE A. DE MADARIAGA\*

"LA EXISTENCIA DE UN CIERTO GRADO DE DESIGUALDAD NO ES, POR LO TANTO, INHERENTEMENTE INMORAL; LO QUE ES INMORAL ES UN SISTEMA QUE ETERNIZA LA MALA DISTRIBUCION DE AQUELLOS RECURSOS QUE CONFIEREN PODER".

ALVIN TOFFLER

"ESTA ES LA CAJA. EL CORDERO QUE QUIERES ESTA DENTRO"  
ANTOINE DE SAINT EXUPERY

"CREO EN MI SIGLO CON TODA MI MODERNA TERNURA".

EMILE ZOLA

---

\* Consultora Independiente. Especialista en Promoción, Comunicación, Mercadotecnia y Publicidad aplicadas a la Salud.

## RESUMEN

La Promoción de la Salud -como conjunto de políticas, estrategias, planes y acciones encaminadas a actualizar las posibilidades de salud integral del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente- es vista en este capítulo bajo la perspectiva de la comunicación, la mercadotecnia y la publicidad.

Desde ahí, la autora aborda cuatro conceptos que considera fundamentales para promocionar tanto los bienes y servicios del sector salud, como una cultura salutógena, mediante la creación o reforzamiento de políticas, espacios y conductas saludables.

Los cuatro conceptos -en su opinión pilares de la acción promocional- son:

## a) COMUNICACION

**Interpersonal:** Su manejo adecuado es determinante en los procesos de abogacía y mediación; optimiza el empoderamiento individual y facilita la autogestión.

**Grupal:** Resulta fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria, integración interdisciplinaria y colaboración intersectorial.

**Masiva:** Despierta interés, concientiza y persuade; crea opinión e imagen y predispone al público hacia conductas saludables. Es fundamental para reforzar o identificar los estilos de vida.

b) **DETERMINANTES DE SALUD:** Estos incluyen, por una parte, las condiciones de vida (o realidad vivencial concreta) y, por otra, los estilos de vida (o respuesta individual y/o social a una realidad determinada).

c) **EMPODERAMIENTO:** Proceso de *transferencia de autoridad/responsabilidad* que potencia los efectos de la promoción, detonando mayores grados de participación y colaboración individual, comunitaria e intersectorial.

d) **ESPACIOS SALUDABLES:** Son *resultados concretos* de acciones promocionales integrales (Ejemplo: Municipios Saludables).



## LA COMUNICACION Y LA PROMOCION DE LA SALUD

El proceso de intercambio de información capaz de generar retroalimentación modificando a los sujetos participantes, constituye el fenómeno conocido como comunicación.

Dicho proceso supone un *emisor* y un *receptor* que se interrelacionan en un *momento común*, mediante un *código* aceptable para ambos y a través de un *conductor* disponible.

Este fenómeno tan cotidiano de intercambios modificantes es el motor que genera el cambio en la naturaleza y también en la cultura, la ciencia y la civilización.

Entre seres humanos, la comunicación adquiere una dimensión de *intencionalidad* que la convierte en *objeto moral*, máxime cuando la intención concreta del emisor (persona física o moral) es modificar o impulsar opiniones, intereses y conductas en una dirección específica, como es el caso de la comunicación en tanto que *herramienta de promoción, publicidad o educación*.

Vemos pues que en la promoción de la salud cuya meta final es, por una parte, crear o favorecer condiciones políticas, económicas, sociales y ambientales salutogénicas (es decir, tendientes a la construcción de Infraestructuras de Equidad\* capaces de fundamentar y sostener el desarrollo saludable e integral de individuos y comunidades), y por otra, orientar a la población hacia estilos de vida saludables, *el carácter ético de la comunicación es indiscutible*.

En este sentido vale la pena una reflexión: la manipulación de las conductas humanas sea a nivel personal, grupal o masivo, quebranta dos cualidades y derechos de toda persona: su grado de conciencia y su libertad. Por lo tanto y *aunque la salud, la equidad y la justicia son fines nobles, la manipulación conductual no se justifica* (por ejemplo, el uso de publicidad o propaganda subliminal).

Los límites entre la manipulación conductual y la sana orientación son fácilmente reconocibles si analizamos la promoción a partir de dos normas fundamentales:

a) que los procesos, programas y/o conductas promovidas se ajusten a los valores y patrones culturales de la comunidad, y sean factibles b) que los beneficios derivados no sacrifiquen al individuo en aras de un bien común abstracto (Marx), ni fomenten la libertad ideal o absoluta del individuo, a costa de los derechos de terceros (Hegel).

\* Término acuñado por la autora.

Respecto a las modalidades o tipos de comunicación y su utilidad en el ámbito de la promoción, el siguiente cuadro presenta una relación resumida y clara:

MODALIDAD DE COMUNICACION	ATRIBUTOS BASICOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	AREAS DE APLICACION EN LA P.S.
INTERPERSONAL (Se establece entre dos personas físicas o morales)	Credibilidad y persuasión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abogacía</li> <li>- Mediación</li> <li>- Asesoría</li> <li>- Retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas Públicas: creación o apoyo a legislación o normatividad, vía negociación</li> <li>- Ambientes Saludables: desarrollo de infraestructuras de equidad</li> <li>- Colaboración intersectorial</li> <li>- Obtención de recursos e incremento de participación</li> <li>- Investigación: refine de programas y materiales</li> </ul>
GRUPAL (Un emisor interactúa con varios receptores)	Facilitación y Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profundizar conocimientos</li> <li>- Desarrollo humano</li> <li>- Participación Social</li> <li>- Colaboración Intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigaciones de mercado</li> <li>- Monitoreo de líderes comunitarios y de opinión pública</li> <li>- Concientización y persuasión comunitarias</li> <li>- Desarrollo de habilidades personales</li> <li>- Capacitación profesional y/o técnica</li> <li>- Integración de equipos</li> <li>- Creación, desarrollo y monitoreo de programas de acción social</li> <li>- Coordinación de programas promocionales</li> </ul>
MASIVA (Los medios masivos impactan multitudes)	Empatía y Persuasión  Liderazgo y Masificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abogacía</li> <li>- Modelaje</li> <li>- Motivación</li> <li>- Participación masiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concientización y persuasión masiva</li> <li>- Orientación de la opinión pública</li> <li>- Desarrollo de estilos de vida saludables</li> <li>- Reforzamientos positivos de imagen sectorial, institucional, etc.</li> </ul>

Tanto a nivel interpersonal, como grupal o masivo, la comunicación parte del supuesto de una reconocida *capacidad de percepción de la realidad* por parte de todos los actores que intervienen; y la acción promocional es posible gracias a su *facultad para actuar sobre ella*, conciente y libremente (empoderamiento).



Por otra parte, la comunicación ejerce una "función de espejo" de la realidad percibida. Esto, gracias al uso y manejo de las habilidades específicas del comunicador, que le permiten tomar un rol de "termómetro de opinión", para implementar programas y campañas promocionales bien integradas, convincentes y efectivas.

La tarea global del comunicador-promotor de la salud, estriba en descubrir los indicadores más sensibles y representativos de la realidad (determinantes de la salud), construir parámetros de fácil medición, aplicar las técnicas de comunicación más apropiadas, evaluar los resultados mediante la investigación cuantitativa y cualitativa, y explicar los procesos de la comunicación en y para la promoción de la salud.

Vemos pues que la comunicación, en sus diversas modalidades, es una herramienta valiosa y efectiva al servicio de la promoción de la salud; sea para el desarrollo de habilidades personales o para la persuasión encaminada a modificar los determinantes de la salud, es necesario entender y conocer a la mayor profundidad posible sus elementos constitutivos (emisor, receptor, mensaje, canal y lenguaje), tomando en cuenta que la comunicación no es un proceso lineal finito sino dinámico y heurístico.

### DETERMINANTES DE LA SALUD: PUNTO DE PARTIDA DE LA MERCADOTECNIA SALUTOGENA

Los determinantes de la salud incluyen por una parte las *condiciones de vida* y por otra, los *estilos de vida*.

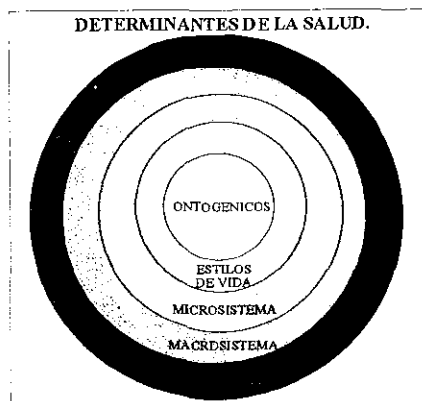
Las *condiciones de vida* constituyen la realidad en que vivimos; son el resultado de las circunstancias biológicas, socioeconómicas y físicoambientales, en las que cada individuo y comunidad se desarrollan.

Las condiciones de vida son variables en el tiempo y el espacio; y puesto que la promoción de la salud busca mejorarlas es necesario aterrizar sus acciones en realidades concretas, para que pueda realizarse.

Sólo partiendo del análisis profundo y veraz de una realidad concreta, mediante el discernimiento equilibrado y bien fundamentado, pueden definirse las estrategias promocionales adecuadas a cada caso en particular.

Los *estilos de vida* son "modos de vivir basados en patrones de comportamiento que están determinados por la interacción de las

características personales de cada individuo, su integración social y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales".<sup>1</sup>



Fuente: Adaptación de Dahlgren y Whithend por Dr. Julio González

En mercadotecnia y publicidad se entiende el concepto de estilos de vida como *parámetros para investigar y segmentar mercados en base a sus actitudes, intereses y opiniones*. También se refiere a la tipificación de esquemas conductuales como modos de respuesta a realidades específicas, y se utiliza para identificar grupos poblacionales que incorporan el uso o consumo de ciertos bienes o servicios a su *modo de vivir*.

Para efectos de este trabajo diremos que como punto de partida previo a cualquier acción promocional es imprescindible descubrir y priorizar los *Determinantes de la Salud* para definir qué factores han de modificarse o reforzarse a fin de mejorar la salud de una población específica. Este enfoque metodológico implica *un proceso constante de discernimiento y toma de decisiones*, desde la focalización de un problema de salud, la planeación de una estrategia concreta, el proceso de instrumentación, hasta la medición o monitoreo de resultados.

Además de un claro discernimiento que permita priorizar tanto los problemas y necesidades como los recursos y los mecanismos de solución, es necesario tomar en cuenta el *importante papel de la comunicación social como detonador de la motivación conductual* (principalmente las técnicas de la publicidad que pueden aplicarse tanto a procesos promocionales como educativos).

El papel de *la mercadotecnia también es muy relevante* ya que sus técnicas de investigación de mercado y administración de recursos permiten, por una parte, conocer la *percepción de necesidades* y la *actitud* poblacional hacia

<sup>1</sup> Don Nutbeam: Health Promotion Glossary (Pre-publication), OMS. 1997.

ellas, y por otra, *instrumentar* adecuadamente aquellas acciones y programas promocionales, que optimicen la integración del individuo, su comunidad y, finalmente, todos los sectores de la sociedad, en una búsqueda ordenada y conjunta de mejores condiciones de vida. Esta búsqueda habrá de manifestarse en la creación de *Infraestructuras de Equidad*, esto es, *acciones intersectoriales solidarias, tendientes a la distribución ampliada de recursos y oportunidades que se traducen en programas integrales de participación social*, por ejemplo "Municipios Saludables".

Dada la relevancia de los procesos de priorización para el éxito de las estrategias y programas promocionales de salud, presentamos a continuación un método de análisis y priorización de eventos o alternativas, con base en su frecuencia y viabilidad de cambio.

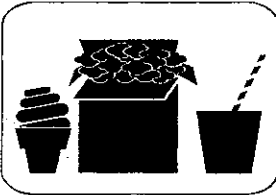
**EJERCICIO DE PRIORIZACION Y DISCERNIMIENTO APLICADO A LA PROMOCION DE UN CAMBIO CONDUCTUAL.**

Análisis gráfico de vulnerabilidad al cambio de 4 aspectos que influyen en una conducta determinada.

Situación "A" o REAL: Adultos diabéticos con hábito de comer golosinas a cualquier hora.

Objetivo: Descubrir el aspecto más vulnerable por su frecuencia y modificabilidad.

Análisis: ¿Cuál de los aspectos que se enumeran a continuación resulta más determinante o influyente respecto del hábito de comer golosinas a deshoras.



A.- Conducta familiar

B.- Normas

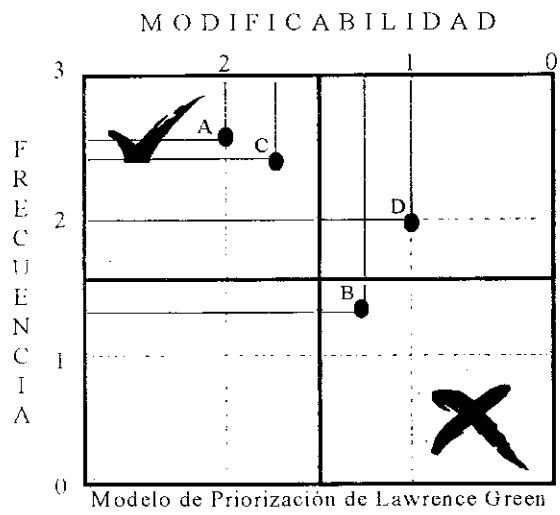
C.- Recursos

D.- Presiones externas

ASPECTOS	Fr. *	Mod. *
A.- Ejemplo familiar que se vive	2.7	2
B.- Norma social vigente (no entre comidas)	1.3	1.3
C.- Recurso para obtener golosinas	2.5	1.8
D.- Presión externa (reuniones y publicidad)	2.0	1

\* Fr.= Frecuencia; Mod.= Modificabilidad

Datos aportados en investigación en el grupo de diabéticos



Los aspectos más susceptibles de ser modificados y al mismo tiempo los más relevantes por su frecuencia se sitúan cerca del vértice 3 (superior izquierdo). Aquellos que caen en el cuadrante inferior derecho se consideran poco influenciables, por lo que no se recomienda trabajar sobre ellos. En el caso anterior el aspecto que resultó más relevante fue el ejemplo familiar, dado lo cual la estrategia de comunicación y promoción se orientaría hacia él.

Estrategia recomendada (oportunidad):

Concientizar al diabético del ejemplo recibido en casa y motivarlo a ser original (no imitar conductas dañinas para él).

Interesarlo en obtener otros satisfactores con sus recursos.

Situación "B": RESULTADO ESPERADO: Adultos diabéticos empoderados que limitan su consumo de golosinas, conciente y libremente.

Los procesos para modificar las condiciones y los estilos de vida, son lentos y reditúan resultados a mediano y largo plazo.

### Modelaje y Estilos de Vida Aplicados a la Promoción de la Salud

Para que un estilo de vida sea adoptado por una determinada población existen condiciones "*sine qua non*":

1. Que se apoye en patrones culturales y valores del "grupo meta".
2. Que presente una realidad modificable y alcanzable.
3. Que proponga una conducta concreta, posible y atractiva.

La aplicación de la acepción mercadotécnica y publicitaria del concepto "estilos de vida" en la promoción de la salud, permite sintetizar factores generales, como geográficos, demográficos y psicográficos, con aspectos tan individuales, complejos y profundos como los nexos emocionales, los valores interiorizados, el grado de educación formal, el ambiente físico y el entorno cultural; todo en prototipos o modelos de fácil aceptación popular, que permiten a la población visualizarse a sí misma integrando en su modo de vivir cotidiano las actividades o patrones conductuales que se desea promocionar.

Los *modelos* o "*ejemplos vivos*", pueden ser reales o sintéticos pero en cualquier caso su imagen debe proyectar sinceridad.

Veamos en primer término los *modelos reales*. Este tipo de modelo surge de las comunidades mismas y es el principal canal para lograr una participación social en cualquier proyecto de Promoción de la Salud.

*Son personas físicas que existen en la vida real, cuyo empoderamiento natural o adquirido les permite ejercer liderazgos diversos en sus comunidades.* Su esquema conductual corresponde, o se aproxima, al que se desea promocionar y son consideradas personas respetables; deben estar convencidos de los resultados de la promoción y dar testimonio vivencial. Es posible y recomendable que ellos mismos hayan sido ya objeto de dicha promoción, adoptando e integrando ciertos hábitos o conductas a su rutina existencial. También es conveniente que en caso de que no ejerzan algún tipo de liderazgo en su comunidad, lo asuman en beneficio de la participación social.

Descubrir este tipo de modelos debe ser una labor continua y bien coordinada, desde que se planea y diseña el programa hasta que se termina, y más allá. Los modelos de la vida real son los promotores que finalmente mantendrán vivo el interés y posibilitarán la continuidad de las mejoras propuestas por el programa de promoción.

En cuanto a *los "modelos sintéticos"*, son -como su nombre lo indica- *fabricados* para efecto de comunicaciones específicas.

Sus características de imagen deben corresponder a las del segmento de mercado que se desea impactar, y en este sentido podemos decir que son modelos que se eligen y se *aleccionan de acuerdo a un patrón demográfico y psicosocial obtenido mediante investigaciones cuantitativas y cualitativas del mercado.*

Su tipo físico, vestimenta, actitud, modo de hablar y expresión corporal deben corresponder al grupo meta que representa; en la medida que esto suceda, el modelo será creíble e interpretado como veraz.

A este respecto es indispensable la *discusión ética* emanada de las preguntas:

- a) Los modelos y estilos de vida que presentan los medios masivos ¿son aceptados porque se basan en la vida real?
- b) ¿La publicidad y los medios masivos empujan la realidad hacia ciertos intereses, opiniones y actividades, mediante modelos y estilos de vida que difunden y presentan como atractivos?

Y de lleno en el ámbito de la Promoción de la Salud podemos plantear las preguntas mucho mas concretas:

- a) Los estilos de vida que proponemos a través de la Promoción de la Salud ¿fundamentan y refuerzan los valores culturales, socio políticos, psicológicos y espirituales del grupo social al que se intenta promocionar?
- b) ¿Es recomendable difundir modelos adoptados por países desarrollados y empujar en esa dirección, aunque ésto signifique debilitar o desarraigar valores psico-socio-culturales existentes?

La respuesta es importante como punto de partida ya *que define la postura personal -y en su caso institucional-* y marca una línea de acción que afecta no solo el manejo del modelaje en los programas de promoción sino la concepción misma de la salud integral. Todo programa de modelaje en la Promoción de la Salud implica una postura ética a este respecto.

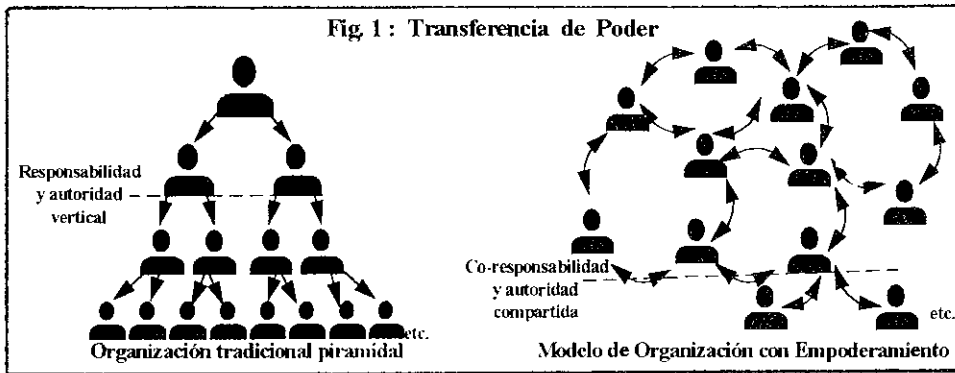
### EMPODERAMIENTO: ¿ESPIÑA MEDULAR DE LA PROMOCION DE LA SALUD?

Actualmente podemos afirmar que el empoderamiento constituye la espina medular de la promoción de la salud, ya que fundamenta su 'modus operandi' en la transmisión del poder y la responsabilidad individual y comunitaria.

En este contexto podemos definir empoderamiento como *el proceso de justicia conmutativa que transfiere autoridad al individuo para que asuma su responsabilidad ante la salud y controle -hasta donde le sea posible- las condiciones que le afectan.*

Es decir, que para la promoción de la salud, empoderamiento significa el proceso por el cual *la gente aumenta su control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.*

Para entender el proceso de empoderamiento nos remitimos al siguiente esquema, de origen estructural organizacional:



El empoderamiento aquí se refiere a un cambio organizacional fundamental en el que la relación autoridad-decisión se modifica radicalmente a partir del factor responsabilidad. Veamos por qué:

Mientras que las organizaciones tradicionales funcionaban con base a modelos piramidales donde la autoridad y el control se ejercían verticalmente y de arriba hacia abajo, *el empoderamiento plantea* estructuras tipo "red de átomos", donde los integrantes se unen por *colaboración bilateral* para constituir equipos que a su vez se enlazan mediante *líneas de responsabilidad y procesos de delegación definidos*.

En esta red el control y la autoridad ya no se ejercen de arriba hacia abajo, sino que se reparten proporcionalmente a la autoeficacia y autoeficiencia de los integrantes.

Desde la óptica promocional el empoderamiento es el motor del desarrollo de capacidades y habilidades personales y el detonador de la participación social.

Aplicar el empoderamiento a la reorganización de los servicios de salud existentes resultó un proceso natural y necesario, acorde a las tendencias de descentralización y desconcentración de autoridad, recursos y metas específicas de equidad y desarrollo.

### **VENTAJAS DEL EMPODERAMIENTO**

- Reingeniería de los Servicios de Salud.
- Mayor flexibilidad estructural.
- Mecanismos de gestión adaptables.
- Procesos de mejora continua.

**Mejores organizaciones e instituciones:**

- Personal enfocado a la excelencia.
- Con sentido de misión.
- Orientado al servicio.


Podemos distinguir entre *un empoderamiento individual y otro social*; individualmente se refiere a la *capacidad y habilidad personal para actuar sobre las condiciones de vida propias*, haciéndolas más favorables a la salud concreta del individuo; incluye los cambios de opiniones, valores, actitudes y conductas que proyectan un cambio en el estilo de vida particular.

El empoderamiento social implica *acciones de participación colectiva* o comunitaria tendientes a influir sobre los llamados "determinantes de la salud" *que afectan las condiciones de vida* de dicha comunidad; se traducen concretamente en programas integrados de participación social que buscan promover políticas saludables, espacios saludables, ambientes y ecosistemas saludables, y por supuesto esquemas conductuales que sean adoptados por la comunidad.

#### OBSTACULOS AL EMPODERAMIENTO

- **Formalidad excesiva que frena la espontaneidad y critica duramente cualquier expresión poco convencional.** Ejemplos clásicos de este tipo de estructura son los bancos, los hospitales o los despachos de abogados.
- **Rigidez burocratizada con líneas inequívocas de autoridad vertical, poca colaboración horizontal y responsabilidad personal muy limitada.** Obstruye la eficiencia y le asusta el cambio. En el Sector Público se observa este fenómeno con frecuencia.
- **Actitudes de conformismo e indiferencia.**
- **Resistencia al cambio.**
- **Inseguridad en el desempeño personal.**
- **Oxidación o pérdida de la capacidad creativa.**

A continuación le proporcionamos un cuadro con las características idóneas para facilitar el empoderamiento de su equipo de trabajo.

POSIBILITANDO EL EMPODERAMIENTO (CARACTERÍSTICAS DESEABLES)		
PERSONALES	 LLEVA A:	PROFESIONALES
Autoestima		Actitud propositiva
Vida con Sentido		Sentido de misión
Buena Comunicación		- Colaboración - Delegación - Actitud participativa
- Objetividad - Flexibilidad - Visión		Adaptabilidad
Capacidad de compromiso		Responsabilidad
Actitud de Servicio		Capacidad de Facilitación
Respeto		Autoridad Compartida
Creatividad		Innovación




## ESPACIOS SALUDABLES: UNA VISION INTEGRADORA

Los espacios saludables son aquellos *lugares concretos con ambientes favorables a la salud*, incluyen el hogar, la escuela, la oficina o fábrica, las calles, hospitales, parques, en fin: el entorno donde viven las personas; en él se dan condiciones de vida que *sustentan y apoyan las conductas saludables*, tanto individuales como colectivas.

Tener claro el concepto Espacios Saludables permite al comunicador promocional, educador o mercadólogo definir ámbitos de acción concretos en base a los cuales puede diseñar programas específicos que empaticen con los segmentos de población incluidos en ese Espacio (mercados o grupos meta).

*Operativizar* los programas de promoción de la salud para crear espacios saludables, implica además, *definir el grado y tipo de participación deseable de los diversos actores que se relacionan en cada espacio* (como se puede apreciar en el próximo cuadro).

ESPACIOS	ACCION PROMOCIONAL INTEGRAL	ACTORES PARTICIPANTES
INTIMO: PENSAMIENTO Y SENTIMIENTO	 <p>P = Políticas A = Ambientes saludables D = Desarrollo personal A = Acción comunitaria R = Reorganización de servicios de salud</p>	INDIVIDUO
PERSONAL: RELACION INDIVIDUO - AMBIENTE FISICO Y RELACIONES INTERPERSONALES		INDIVIDUO FRENTE AL TU SOCIAL
COMUNITARIO: FAMILIA, ESCUELA, FABRICA, OFICINA, TRANSPORTE PUBLICO, HOSPITAL		GRUPOS DE PEQUEÑA DIMENSION
SECTORIAL		GRUPOS INTEGRADOS POR UNA ACTIVIDAD ECONOMICA FUNDAMENTAL
MASIVO		TODOS LOS ANTERIORES

Como vemos en el cuadro anterior, la integralidad es requisito fundamental de la salud individual y social, ya que cada uno de los espacios afecta a los demás. De ahí la importancia de este concepto y su aplicación concreta vía acciones promocionales complementarias e integradoras.

Cada espacio saludable que se genera repercute de inmediato en su entorno, acercándonos más a la meta "salud para todos" propuesta desde 1978 en Alma-Ata para las estrategias de Promoción de la Salud.



El esquema anterior muestra cómo la salud de la persona, célula social básica, afecta la salud de los grupos en los que participa, y éstos a su vez, fortalecen o debilitan la salud de la población en general.

Las líneas representan los recursos políticos, económicos y sociales; los vértices los mecanismos de solidaridad y colaboración que permiten el apoyo intersectorial público y privado, para ir tejiendo una red de infraestructuras de equidad, justicia y paz (triángulos cerrados), que permitan un desarrollo sustentable de la salud.

Esta realidad de interacciones e intercambios es el punto de partida para operativizar las estrategias de Promoción de la Salud; caer en cuenta de su relevancia social como productora de espacios saludables permite que a modo de un rompecabezas se integre la salud de todos los sectores de la población en un Megaespacio Saludable.

En el área de la comunicación, la mercadotecnia y la publicidad, se necesita analizar y concretar canales, modos y medios capaces de concientizar, despertar interés, unificar criterios y opiniones, y proponer formas de colaboración que involucren a todos los sectores en acciones promocionales, primero encaminadas a construir infraestructuras y espacios saludables, y luego, a promover estilos concretos de vida saludable.

Digamos en resumen que todo lo anterior supone múltiples y complejas formas de integración. De ahí que aunque la persona y su desarrollo integral son el punto de partida para las acciones promocionales, es necesario tener un panorama completo de

las condiciones y estilos de vida de la población, áreas de riesgo y oportunidad, factibilidad de apoyos y recursos, y sostenibilidad de los programas promocionales; todo para facilitar su planeación, ejecución, coordinación, monitoreo y evaluación final.

Todo comunicador-promotor de salud debe ser consciente de que promover hogares, saludables, escuelas, fábricas oficinas, municipios, ciudades, países y continentes saludables requiere un gran esfuerzo por concientizar, persuadir y motivar. Una vez iniciada la acción ésta genera una reacción en cadena que, aunque a ritmos variables, siempre multiplica los espacios saludables y contagia estilos de vida saludables.



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y RECOMENDADA

1. Campero, Alberto. *Libertad y Derecho*. Ed. JUS, México, 1951.
2. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS, Canadá, 1986.
3. *Communication: Concepts and Perspectives*. L. Thayer, Spartan Books, Washington D.C.
4. *Cursos sobre Promoción, Comunicación y Marketing en Salud*. Sofía del Bosque y María Teresa del B. de Madariaga. México, Guatemala, Costa Rica, Ecuador, Panamá. 1992-1997.
5. *Declaraciones de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud*. OMS/OPS, Alma Ata URSS, 1978.
6. *Declaración de la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. OMS/OPS Jakarta, Indonesia 1997.
7. Fridman, Andres. *La Esencia del Marketing de Servicios*. Eds. Macchi, Buenos Aires, 1996.
8. García Alonso, Luz. *Ética o Filosofía Moral*. Ed. Diana. 1993.
9. Kotler P, Roberto M. *Mercadotecnia Social*. Estrategias de cambio conductual. Ed. Diana.
10. *New Players for a New Era*. Health Promotion Glossary, OMS, Jakarta, Indonesia, 1997.
11. Peters T. Waterman R. *In Search of Excellence*. Warner Books, 1984.
12. Savater, Fernando. *Ética para Amador*. Ed. Ariel S.A., Barcelona, 1991
13. Scott C. Jaffe D. *Empowerment. Cómo otorgar poder y autoridad a su equipo de trabajo*. Grupo Ed. Iberoamérica S.A. de C.V., 1994.
14. Terris, Milton. Conferencia "Conceptos sobre promoción de la salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública". Journal of Public Health Policy. 1992; 13 (3) 267-276.
15. Toffler, Alvin. *El cambio del Poder*. P & J Editores, Barcelona. 1990.
16. Trejo G, Jones C. *Contra la Pobreza. Por una estrategia de política social*. Ed. Cal y Arena. 1993.
17. Vernaux, F. *Filosofía del Hombre*. Ed. Herder. 1970
18. Westphalen M. Piñuel J. *La Dirección de la Comunicación*. Eds. Del Prado, Madrid, 1993.
19. Zeballos, José. *Salud y Desarrollo Sustentable*. OPS/OMS-México, 1996.

## CAPITULO VI

### UN MODELO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD: UNA VISION INTEGRAL

SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO\*

EL TESTIMONIO DE MI CONCIENCIA  
ES PARA MI DE MAYOR PRECIO QUE  
TODOS LOS DISCURSOS DE LOS  
HOMBRES.

CICERON

LA DICHÁ DEL HOMBRE CONSISTE  
EN OBSERVAR LAS REGLAS Y  
CONDICIONES POR LAS CUALES  
SE CONSIGUE EL BIEN DE TODOS  
LOS HOMBRES  
LEON TOLSTOI

---

\* Coordinadora de Investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Coordinadora del Curso-Taller Promoción, Comunicación y Marketing en Salud CIESS/OPS.

## RESUMEN

Un MODELO es una figura o representación ejemplar, que se propone para ser imitada en la ejecución de una obra, trazo, edificación, tarea o conducta.

El adjetivo INTEGRAL se refiere a las partes que componen un todo y se aplica para designar la agregación e interrelación entre esas partes. La configuración del todo, a su vez, acusa ciertas regulaciones, o plan maestro, que orienta la organización hacia fines específicos.

El MODELO que aquí se presenta reúne aportaciones de varias fuentes. La experiencia de utilizarlas de manera agregada e interrelacionada ha resultado de gran utilidad, tanto para fines didácticos en cursos de Promoción de la Salud como en la aplicación de programas concretos, ya que permite mostrar la complementariedad de sus elementos: los agentes promotores, su ámbito doméstico, el nivel local y regional de trabajo, las instituciones, las corrientes actuales de pensamiento, el entorno físico, el contexto social, el marco operacional y el apoyo instrumental. De hecho, este modelo ha servido de base para el diseño curricular del curso: Promoción, Comunicación y Marketing en Salud, impartido en el CIESS con la colaboración de la OPS/OMS.

Tras la adquisición de una visión holística de la promoción de la salud, los participantes a un curso en esta materia deben "ubicarse" dentro del modelo, caracterizar su rol profesional, ajustar el modelo a su realidad y trazar su ruta de desarrollo promocional.

La aplicación didáctica de este modelo se ha llevado a cabo mediante una Estrategia Pedagógica y un Plan de Ejecución Promocional que se describen en la Tercera parte de este libro.



## INTRODUCCION

Un **MODELO** es un sistema de relaciones construido de manera deliberada con el fin de explicar un fenómeno, o bien de que sirva de ejemplo a seguir.

Un modelo muestra regularidades en el comportamiento del fenómeno y proyecta un ordenamiento ideal de sus elementos; por ello ha de fundamentarse siempre en la descripción de las relaciones reales que existen entre ellos.

En el ámbito de la promoción de la salud se han construido diversos modelos. Todos ellos significan un enriquecimiento paulatino en la comprensión de los factores determinantes de la salud: biológicos y psicológicos; factores relativos al medio natural y socio-cultural, y últimamente factores de orden valorativo.

No existe la panacea; un modelo es una figura que nos sirve de referencia durante un tiempo limitado, y en condiciones específicas.

Tampoco existe un modelo absolutamente original; desde la consideración de la promoción de la salud como una de las cuatro operaciones básicas de la medicina hasta nuestros días, los modelos han ido surgiendo en atención a las fortalezas y debilidades de los ya existentes.

El modelo que aquí se presenta destaca tres planos de la acción promocional: el *individual o testimonial*, el *instrumental* que enuncia los mecanismos de acceso a la salud y el *social* que refleja la acción promocional por sus resultados tangibles. La riqueza del modelo está en su *concepción integral* y en que considera a *la persona* el eje rector de la salud.

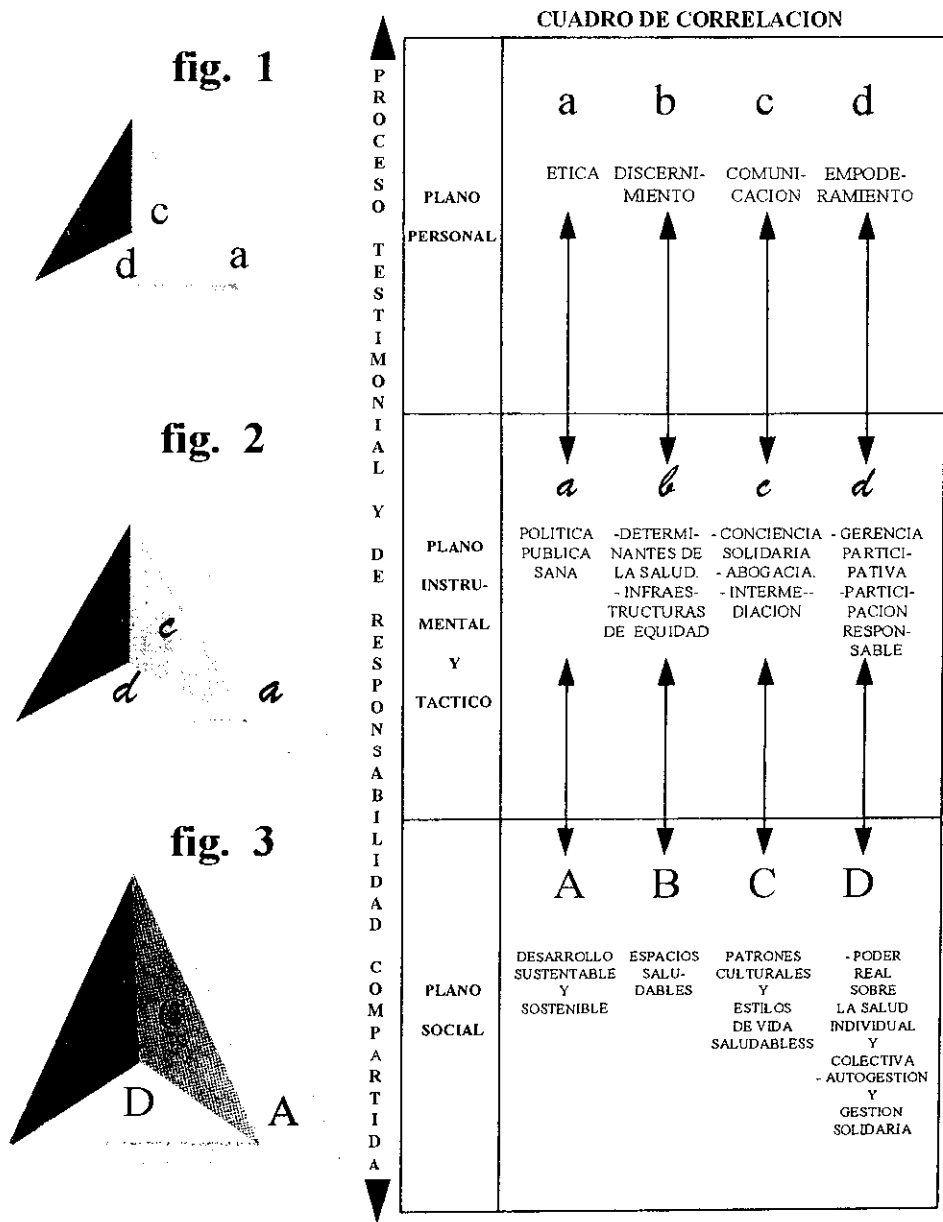
## COMPONENTES DEL MODELO

Este modelo surge de una doble necesidad: por una parte, la de destacar al eje rector de la salud de los años venideros y, por otra, la de definir su relación con los diversos actores sociales.

En el marco de los procesos de cambio que estamos viviendo actualmente (ver Capítulo I de esta obra), surge *la persona* como un eje "vivo" de la promoción de la salud. Como un rector pensante, con conciencia acerca de su situación de salud y capaz de respuesta volitiva y ética; con libertad de elección de un estilo de vida y responsabilidad participativa. Un actor del escenario de la salud con **facultad de empoderamiento** y discernimiento ante opciones diversas.

Es así que en este modelo *la persona* figura en el plano medular. *La persona* es el motivo, el protagonista y el beneficiario fundamental de la promoción de la salud. Este elemento sustancial del modelo ha sido representado con las letras: "a", "b", "c" y "d", en el Cuadro de Correlación (Fig.1).

**MODELO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD**



La relación entre individuo y sociedad se da en diversos niveles de integración: familia, escuela, oficina, empresa, fábrica, clubes y asociaciones diversas. Es innegable la proyección de cada persona y el impacto "aumentativo" de su acción en la vida comunitaria, en el orden público y en el equilibrio ecológico. Surge así el plano de lo político, lo económico y lo sociocultural.

Ahora bien, construir la salud a nivel social impone el fortalecimiento de todas las relaciones e intercambios y el establecimiento de mecanismos que permitan: elaborar una política sana, identificar los determinantes de la salud, crear infraestructuras de equidad, desarrollar la conciencia solidaria acerca de la salud, practicar la abogacía y la intermediación entre todos los actores sociales y generar la deseada participación solidaria.

Construir la salud social presupone, en fin, una trama compleja y casi infinita de quehaceres y responsabilidades que garanticen los recursos y los servicios que exige la promoción de la salud. Este es el *plano instrumental y táctico* del modelo, y que se ha representado con las letras: "a", "b", "c" y "d" (Fig.2).

Por último, el modelo representa con las letras: "A", "B", "C" y "D" el *plano de la realidad social*, en el que se plasman los productos positivos de la acción individual y colectiva en favor de la salud (Fig.3).

La promoción de la salud, se ha dicho en diferentes foros, ha demostrado ser una estrategia altamente equilibradora de los efectos negativos que producen los cambios en el entorno político, económico y social actual. Con esta convicción, el modelo proyecta un escenario social cuyas áreas críticas han sido transformadas por el impacto de la promoción de la salud, es decir, por el testimonio y la responsabilidad compartida.

- ◆ Cuando el comportamiento de las personas es ético y las instancias grupales promueven una política pública sana, se hace realidad el desarrollo.
- ◆ Donde los individuos y los grupos definen los determinantes de su salud con sano discernimiento y crean infraestructuras de equidad, se hace realidad un ambiente saludable en todos los espacios donde transcurre la vida.
- ◆ Si se aprovecha el inmenso potencial de la comunicación humana para el desarrollo de una gran conciencia solidaria y se optimizan las capacidades de abogacía e intermediación para el enaltecimiento de la salud como un valor esencial de todos los actores sociales, surgen patrones culturales y estilos de vida verdaderamente saludables.
- ◆ Cuando legítimamente se transfiere el poder para que individuos y grupos efectivamente participen en la gerencia de la salud, se logra la real autogestión.

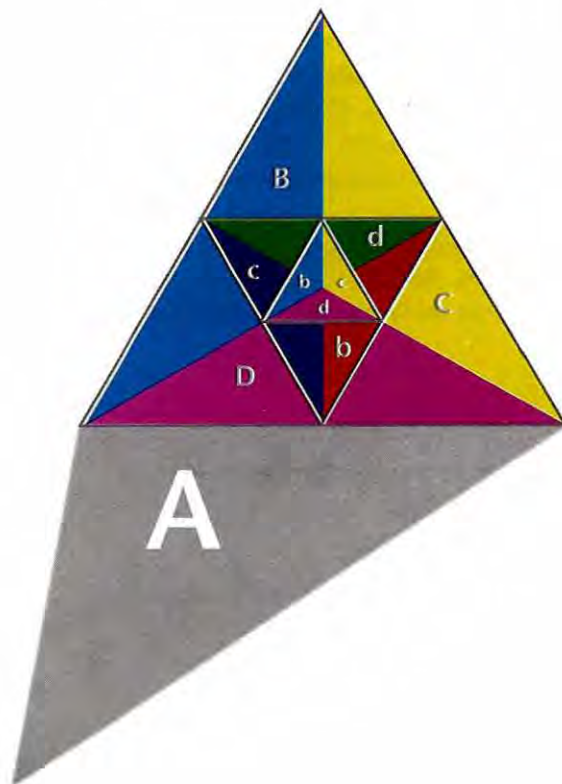


Las figuras 1, 2 y 3 esquematizan el conjunto de relaciones que constituye, en definitiva, un proceso testimonial y de responsabilidad compartida.

En la figura 4, se integran los tres planos resaltando con el triángulo más pequeño la posición medular de *la persona*; con el triángulo intermedio la gran trama de *combinaciones instrumentales y tácticas*, y con el triángulo mayor la gran *estructura social* donde la salud adquiere su máxima expresión. Todo prisma triangular tiene cuatro caras; en nuestro modelo las caras correspondientes a la base de cada pirámide ("a", "a" y "A") se proyectan en sombra. El contenido de estas "bases piramidales" no ha sido casual; los elementos que representan se consideran, en efecto, los fundamentos del modelo en las tres escalas.

### MODELO INTEGRAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

fig. 4: VISION INTEGRADA



La puesta en práctica del modelo exige un **METODO**; la integración de las tres escalas de realización humana en la salud exige un orden. Por ello, los tres planos promocionales descansan sobre un **PLAN DE EJECUCION PROMOCIONAL** que disponga el ser y hacer en salud según objetivos concretos y evaluables. Este método es el elemento realimentador del modelo y se describe en la última parte de este libro.

### NOTA METODOLOGICA Y BIBLIOGRAFICA

Para la construcción del modelo se consideraron variadas fuentes, entre ellas se citan a continuación las mas importantes:

- Conceptos de Promoción de la Salud de Henry E.Sigerist y de Primitivo de la Quintana.<sup>1</sup>
- Modelo promocional y enfoque de riesgo de Tannahill, Et.Al.<sup>2</sup>
- Enfoque político y concepto de Intervención Integrada de Hancock.<sup>3</sup>
- Informe Lalonde y Carta de Ottawa.<sup>4</sup>
- Perspectivas provinciales, nacionales e internacionales de la promoción de la salud en Canadá, de Pederson, O'Neill y Rootman.<sup>5</sup>
- Instrumentación de la Promoción de la Salud, avalada y difundida por la OMS/OPS; en especial las consideraciones de Itona Kickbusch y de la Declaración de Jakarta.<sup>6</sup>
- Consideraciones axiológicas de Laín Entralgo, Tannahill, Et.Al.; Pieper, Llano Cifuentes, García Alonso, Jacinto Chozas,<sup>7</sup> y un estudio reciente sobre actitudes y valores de la población mexicana.<sup>7</sup>



## REFERENCIAS

1. Sigerist H. *The University at the Crossroads: Adresses & Essays*. New York, Henry Schuman, 1946, p. 127./ De la Quintana, en: Laín Entralgo, Pedro: *Historia Universal de la Medicina*, Tomo 7. Salvat Editores, Barcelona, 1975.
2. Downie, R.S.; Fyfe, Carol, and Tannahill, Andrew: *Health Promotion Models and Values*. Oxford University Press, 1990.
3. Hancock, Trevor: Prioridades Sociales, Institucionales y Gubernamentales. "La Salud es Benefica: Tomar decisiones como si la salud importara. Artículo incluido en esta obra.
4. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Government of Canada. Ottawa. 1974./ Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canada, 1986.
5. Pederson, Ann; O'Neill, Michel; Rootman, Irving: *Health Promotion In Canada*. W.B. Saunders Canada, 1994.
6. Kickbusch, Ilona: *Global Experiences in Health Promotion since the Ottawa Charter and Future Actions for International Collaboration based on Its Framework*. International Forum on Health Promotion '96 Tokyo, WHO, 1996./ *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century*. WHO, 1997.
7. Lain Entralgo, P. Op. Cit./ Downie, R.S.; Fyfe, Carol, and Tannahill, Andrew Op. Cit./ Pieper, Josef: *Las Virtudes Fundamentales*. Ediciones Rialp, Madrid, 1990./ Llano Cifuentes, Carlos: *Los Fantasmas de la Sociedad Contemporánea*. Ed. Trillas, México. 1995. pp. 11-23/ García Alonso, Luz: *Ética o Filosofía Moral*. Ed. Diana, México, 1986./ Choza, Jacinto: *La Realización del Hombre en la Cultura*, Ediciones RIALP, S.A., Madrid, 1990./ UNAM: *Los Mexicanos de los Noventa. Una Encuesta de Actitudes y Valores*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM; con asesoría técnica de la Presidencia de la República Mexicana. México, 1997: - Todavía Inédito-.

# ANEXO A LA PRIMERA PARTE

## LA DECLARACION DE JAKARTA SOBRE PROMOCION DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI\*

Traducción libre de  
HELENA ESPINOZA DE RESTREPO<sup>1</sup>

### ANTECEDENTES:

La 4a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud -*Nuevos Actores para una Nueva Era: Dirigiendo la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI*- tiene lugar en un momento crítico en el desarrollo de estrategias internacionales de salud. Hace casi 20 años que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud hicieron un compromiso ambicioso para lograr una estrategia global de *Salud para Todos*, con los principios de atención primaria a través de la *Declaración de Alma-Ata*. Han pasado diez años de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá, que dio lugar a la publicación de la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* la cual ha sido fuente de inspiración y ha guiado la Promoción de la Salud desde entonces. Varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes avanzaron en la clarificación de la relevancia y significado de las estrategias claves en Promoción de la Salud incluyendo política pública saludable (en Adelaida, 1988), y ambientes favorables para la salud (en Sundsvall, 1991).

La 4a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Jakarta es la primera que se hace en un país en desarrollo<sup>2</sup>, y la primera que involucra al sector privado en apoyo a la Promoción de la Salud. Ofrece una oportunidad para reflexionar sobre lo aprendido en cuanto a la efectividad de la Promoción de la Salud, para reexaminar los

---

\* Nota de la traductora: La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Jakarta, Indonesia, tuvo lugar del 21 al 23 de julio de 1997.

La versión que se traduce fue obtenida en la WEB en agosto 15, 1997. Dirección de web: <http://rubble.ultralab.anglia.ac.uk/Declare.htm>

<sup>1</sup> Consultora independiente en Salud Pública y Promoción de la Salud. Ex-directora de la División de Promoción y Protección de la Salud en OPS/OMS.

<sup>2</sup> Nota de la traductora: en Santa Fe de Bogotá, Colombia se realizó la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y Equidad en noviembre de 1992 con asistencia de representantes de 21 países de América Latina, Canadá y España. En junio de 1993 se realizó en Puerto España, Trinidad y Tobago, la Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe de habla inglesa.

determinantes de la salud, y para identificar las orientaciones y estrategias que se requirieren para dirigir los desafíos que trae promover la salud en el siglo XXI.

### LA PROMOCION DE LA SALUD ES UNA INVERSION VALIOSA

La SALUD es un derecho humano básico y además esencial para el desarrollo social y económico.

Cada vez más, la Promoción de la Salud es reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud. Es un proceso de fortalecimiento de la gente para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. La Promoción de la Salud, a través de inversiones y acciones, actúa sobre los determinantes de la salud para crear la máxima ganancia de salud de la población, para contribuir significativamente a la reducción de inequidades en salud, para asegurar los derechos humanos, y para construir capital social. La meta final es incrementar la esperanza en salud, y estrechar la brecha en salud entre países y grupos.

La Declaración de Jakarta sobre Promoción de la Salud ofrece una visión y un objetivo (foco) para la Promoción de la Salud en el nuevo siglo. Ella refleja el firme compromiso de los participantes de la 4a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud para atraer el rango más amplio posible de recursos para atacar los determinantes de la salud en el siglo XXI.

### DETERMINANTES DE LA SALUD: NUEVOS DESAFIOS

Los prerequisites para la salud son la paz, la vivienda, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de las mujeres,<sup>3</sup> un ecosistema estable, la sostenibilidad en el uso de los recursos, la justicia social, el respeto por los derechos humanos y la equidad. Pero sobre todo, la pobreza es la gran amenaza para la salud.

Las tendencias demográficas tales como la urbanización, el aumento de la población anciana y la prevalencia de enfermedades crónicas, el incremento del sedentarismo, la resistencia a los antibióticos y a otras drogas comunes accesibles, el aumento de la drogadicción y la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de cientos de millones de personas.

---

<sup>3</sup> Nota de la traductora: en la nueva edición del Diccionario de la Real Academia Española aparece "empoderar" igual a "apoderar" y una de las acepciones de apoderar es "hacerse poderoso o fuerte"; no obstante, el significado del término en español no es exactamente igual a "empowerment" del inglés, que implica la creación de condiciones que hagan posible que los grupos más marginados adquieran poder para transformar sus condiciones de desventaja; para fines prácticos en esta traducción usaremos empoderamiento para empowerment.

Las enfermedades infecciosas nuevas y las re-emergentes, y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental requieren de respuestas urgentes. Es vital que la Promoción de la Salud evolucione para enfrentar los determinantes de la salud.

Los factores transnacionales también tienen un impacto significativo en la salud. Ellos incluyen la integración de la economía global, el comercio y los mercados financieros, el acceso a los medios y a la tecnología de la comunicación, como también la degradación ambiental debida al uso irresponsable de los recursos.

Estos factores modelan valores, los estilos de vida a lo largo de la vida, y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos tienen un gran potencial para la salud, como es el caso del desarrollo de la tecnología de la comunicación, pero otros, como el comercio internacional del tabaco, tienen un impacto negativo muy grande en la salud.

### LA PROMOCION DE LA SALUD HACE UNA DIFERENCIA

La investigación y los estudios de casos alrededor del mundo proveen evidencia convincente de que la Promoción de la Salud sirve. Las estrategias de Promoción de la Salud pueden crear y cambiar estilos de vida, así como las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud. La Promoción de la Salud es un enfoque práctico para alcanzar mayor equidad en salud.

Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son esenciales para el éxito:

- Construir política pública saludable.
- Crear ambientes favorables de apoyo.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reorientar los servicios de salud.

Existe evidencia clara actualmente que prueba que:

- Los enfoques integrales para el desarrollo de la salud son los más efectivos. Aquellos que utilizan la combinación de las cinco estrategias son más efectivas que los enfoques uniestratégicos.
- Hay espacios que ofrecen oportunidades prácticas para la implementación de estrategias integrales. Estos incluyen mega-ciudades, islas, ciudades, municipalidades, y comunidades locales, sus mercados, escuelas, lugares de trabajo, y establecimientos de atención médica.
- La participación es esencial para mantener los esfuerzos. La gente tiene que estar en el centro de la acción de Promoción de la Salud y de los procesos de decisión para ser efectivos.

- El aprendizaje de salud impulsa la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para alcanzar la participación efectiva y el empoderamiento o “ganancia de poder”<sup>4</sup> de la gente y las comunidades.

Estas estrategias son elementos centrales de Promoción de la Salud y relevantes para todos los países.

### NUEVAS RESPUESTAS SON NECESARIAS

Para enfrentar las amenazas emergentes para la salud, se necesitan nuevas formas de acción. El reto para los próximos años será liberar el potencial de Promoción de la Salud inherente a muchos sectores de la sociedad, dentro de las comunidades locales y las familias.

Existe una necesidad clara de romper con ataduras tradicionales dentro de sectores gubernamentales, entre organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, y entre los sectores público y privado. La cooperación es esencial. Específicamente esto requiere de la creación de nuevas alianzas para la salud en igualdad de condiciones para los diferentes sectores a todos los niveles de los sistemas de gobierno en las sociedades.

### PRIORIDADES PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI

#### I.- PROMOVER LA RESPONSABILIDAD SOCIAL POR LA SALUD.

Los que toman decisiones deben comprometerse firmemente con la responsabilidad social. Ambos, el sector público y el privado deberían promover salud insistiendo en políticas y en prácticas que:

- Eviten los daños a la salud de otros individuos.
- Protejan el ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos.
- Restrinjan la producción y el comercio de productos inherentemente dañinos y sustancias como tabaco y armamentos, como también las prácticas no saludables del mercado.
- Proteger ambos, al ciudadano en el lugar del mercado y al individuo en el lugar de trabajo.
- Incluir evaluaciones de impacto en la salud enfocadas a la equidad como parte integral del desarrollo de política.

---

<sup>4</sup> Agregado por traductora

## 2.- INCREMENTAR LAS INVERSIONES PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD

En muchos países, la inversión corriente en salud es inadecuada y a menudo inefectiva. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud requiere de un verdadero enfoque multisectorial, incluyendo recursos adicionales para educación, vivienda así como para el sector salud. La mayor inversión para salud, y la reorientación de las inversiones existentes -tanto dentro como entre países- tiene el potencial de hacer avanzar significativamente el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.

Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos tales como las mujeres, los niños, los ancianos, los indígenas, los pobres y las poblaciones marginadas.

## 3.- CONSOLIDAR Y EXPANDIR NUEVAS ALIANZAS PARA SALUD

La Promoción de la Salud requiere de alianzas y pactos<sup>5</sup> entre los diferentes sectores a todos los niveles de gobierno y sociedad, para salud y desarrollo social. Las alianzas y "pactos" existentes necesitan fortalecerse y deben explorarse potenciales para construir nuevos.

Las alianzas ofrecen beneficios mutuos para salud a través de compartir experticia, destrezas, y recursos. Cada socio debe ser transparente y rendir cuentas; deben basarse en principios éticos compartidos, comprensión mutua y respeto. Las guías de la OMS deben adoptarse.

## 4.- INCREMENTAR LA CAPACIDAD DE LA COMUNIDAD Y CREAR PODER EN LOS INDIVIDUOS (EMPODERAR)

La Promoción de la Salud es llevada a cabo *por y con* la gente. Ella mejora la habilidad de los individuos para tomar acción, y la capacidad de los grupos, organizaciones y comunidades para influenciar los determinantes de la salud.

Mejorar la capacidad de las comunidades para la Promoción de la Salud requiere de educación práctica, capacitación en liderazgo, y acceso a recursos. Empoderar a las personas demanda un acceso más consistente y confiable a los procesos de decisión, y destrezas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio.

Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser "amarrados", "para un uso más efectivo"<sup>6</sup> (harnessed) con formas innovadoras.

## 5.- ASEGURAR UNA INFRAESTRUCTURA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

Para asegurar una infraestructura para la Promoción de la Salud, deben buscarse nuevos mecanismos de financiamiento a nivel local, nacional y global. Se deben

<sup>5</sup> Agregado de traductora

<sup>6</sup> Agregado de traductora



desarrollar incentivos para influenciar en las acciones de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, las instituciones educativas y el sector privado para asegurar que la movilización de recursos para la Promoción de la Salud se maximicen.

Los “espacios para salud” (settings for health) representan la base organizacional de la infraestructura requerida para la Promoción de la Salud. Los nuevos desafíos de la salud implican la necesidad de crear nuevas y diversas redes para lograr la colaboración intersectorial. Tales redes deben proveer asistencia mutua dentro y entre países y facilitar el intercambio de información sobre cuáles estrategias son efectivas en dichos espacios.

La capacitación y la práctica de liderazgo local debe promoverse para apoyar las actividades de Promoción de la Salud. La documentación de experiencias en Promoción de la Salud a través de la investigación y los informes de proyectos deben fortalecerse para mejorar la planeación, implementación y evaluación.

Todos los países deben desarrollar los entornos políticos, legales, educativos, sociales y económicos apropiados que son indispensables para la Promoción de la Salud.

### LLAMADO PARA LA ACCION

Los participantes se comprometen a compartir los mensajes claves de la Declaración con sus gobiernos, instituciones y comunidades, para poner en práctica las acciones propuestas, e informar posteriormente a la 5a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.

Con el fin de acelerar el progreso hacia la Promoción de la Salud global, los participantes endosan la formación de una alianza global de Promoción de la Salud. La meta de esta alianza es avanzar en las prioridades para Promoción de la Salud expresadas en esta Declaración.

Las prioridades de la alianza incluyen:

- Incrementar la conciencia sobre los determinantes de la salud.
- Apoyar el desarrollo de mecanismos de colaboración y de redes para el desarrollo de la salud.
- Movilizar recursos para Promoción de la Salud.
- Acumular conocimiento sobre las mejores prácticas.
- Fortalecer el aprendizaje compartido.
- Promover la solidaridad en las acciones.
- Impulsar la transparencia y el rendimiento público de cuentas en Promoción de la Salud.

Se hace un llamado a los gobiernos nacionales para que tomen la iniciativa de impulsar y patrocinar las redes para Promoción de la Salud dentro y entre los países.

Los participantes de Jakarta 97 piden a la OMS que liderée la construcción de una alianza global de Promoción de la Salud y dé los medios a los estados miembros para que implementen los resultados de la Conferencia de Jakarta. Una parte clave de este rol de la OMS es involucrar a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, bancos de desarrollo, agencias de Naciones Unidas, cuerpos interregionales, agencias bilaterales, cooperativas y movimientos laborales, como también al sector privado en impulsar la acción en las prioridades de Promoción de la Salud.



# SEGUNDA PARTE

AREAS DE  
ACCION Y  
ESTRATEGIAS  
PARA LA  
PROMOCION  
DE LA SALUD

## CAPITULO VII

### PRIORIDADES SOCIALES, INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES. “LA SALUD ES BENEFICA: TOMAR DECISIONES COMO SI LA SALUD IMPORTARA”\*

TREVOR HANCOCK\*\*

#### RESUMEN

El artículo propone para el alcance del DESARROLLO HUMANO una interacción concertada entre la Economía, el Medio Ambiente y la Convivencia Social, de tal manera que se tenga como resultado una economía próspera que defienda y respete el medio ambiente y propicie relaciones sociales justas y equitativas. El medio ambiente viable debe tener dimensión humana, es decir, ser “vivable” y habitable. La implicación del modelo propuesto es que las decisiones económicas no son las únicas importantes y por el contrario deben ser secundarias con base en su contribución al desarrollo humano.

La importancia de las políticas públicas y la participación de todos los sectores de la sociedad para el logro de los objetivos de la Promoción de la Salud, mediante procesos de empoderamiento, es destacada por el Dr. Hancock, quién parafraseando a Benjamin Ward Richardson afirma que “la salud de la población es una riqueza de su nación”. Si lo anterior fuera cierto, la Promoción de la Salud tendría un papel estelar en el mundo contemporáneo, tan preocupado por las economías y los procesos de poder.



---

\* Este título es una adaptación del famoso libro de Fritz Schumacher “Small is Beautiful: Economics as if People Mattered”.

\*\* Consultor independiente. Especialista en Salud pública.

Hace más de cien años que Benjamin Ward Richardson -un líder en el movimiento Británico de la Salud Pública- puso en el asta bandera de su diario "El Samaritano" el lema siguiente: "*La salud de una nación es una riqueza de la nación*". Bueno, eso pudo haber sido su modo de sentir, pero hay poca evidencia de que fuese ampliamente compartido por los industriales o los economistas ya sea en sus días o en los nuestros. Desde hace muchos años, la salud de una nación ha sido juzgada por el tamaño y crecimiento de su economía -comúnmente medida por el Producto Interno Bruto (PIB)-. Pero como los economistas "verdes" o alternativos nos han estado señalando por mas de 20 años, *el producto nacional bruto es un indicador muy malo de la salud de una nación*; de hecho ni siquiera es buen indicador de la economía (Henderson, 1980; Ekins, 1986; Daly y Cobb, 1989).

Felizmente, parece que el mensaje ya se está filtrando. El Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas ha publicado durante algunos años su Índice de Desarrollo Humano. El índice está basado en la longevidad (esperanza de vida al nacer), logro educativo y estándar de vida medidos por el PIB per capita real. El Reporte de Desarrollo Humano también incluye muchos otros *indicadores* tales como *equidad social, esperanza de vida, niveles de alfabetización, grados de militarización y respeto a los derechos humanos* (PNUD, 1995). Hasta el Banco Mundial ha sido afectado: En Septiembre de 1995 introdujo un *nuevo índice de la salud nacional* que incluye el *capital natural* (recursos ambientales), *activos producidos* (fábricas, infraestructura, activos -lo que usualmente mide el PIB-, *recursos humanos* (gentes educadas, sanas y productivas) y *capital social* (familias, comunidades, instituciones). Además, el Banco Mundial reconoce que los activos producidos representan solamente un 20 % de la riqueza nacional mientras que el capital natural representa otro 20% y el 60% restante lo representan los recursos humanos y el capital social (Henderson, 1996).

Por mi parte, la salud humana ha sido desde hace mucho el foco de mi atención. Estaría de acuerdo con Benjamin Ward Richardson en declarar que la salud de una nación o de una comunidad es la riqueza de la nación o de la comunidad.

A pesar de mi formación médica, desde hace tiempo he reconocido que la salud humana no es el resultado primario del sistema de salud pública sino de un amplio rango de factores ambientales, sociales y económicos. Más recientemente he llegado a reconocer que *la salud -o bienestar- es solo un aspecto del desarrollo humano, aunque es muy importante*.

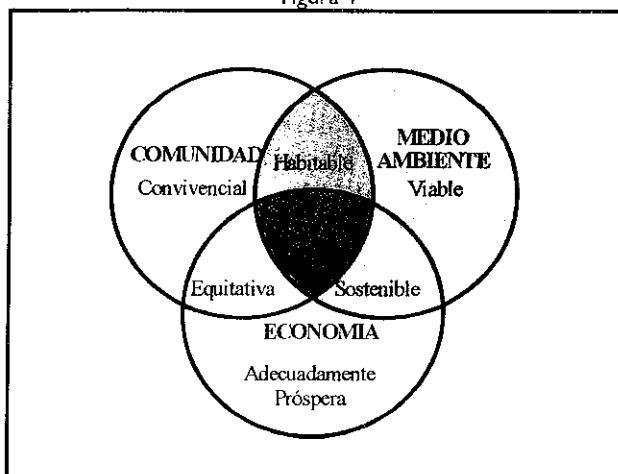
Mis puntos de vista pueden resumirse en la declaración siguiente de la Asociación Canadiense de la Salud Publica (1992), en cuyo desarrollo colaboré:

“El desarrollo humano y la obtención de potencial humano requieren de una forma de actividad económica que sea ambiental y socialmente sostenible en ésta y en futuras generaciones”.

En esta definición hemos separado deliberadamente la palabra “desarrollo” de la palabra “económico”, para aclarar que no es la economía la que deba desarrollarse sino más bien que la actividad económica es simplemente un medio -y no el único- para alcanzar el fin, que es el desarrollo humano. Además la actividad económica debe ser aceptada solamente si es sostenible ambiental y socialmente. Lo que quiere decir que *la actividad económica no debe destruir ni el medio ambiente ni el capital social y humano*, que son los cimientos de nuestra sociedad. Si destruye o reduce el medio ambiente y el capital social y humano, tal actividad económica es insostenible a largo plazo y debe cambiar.

Este enfoque al desarrollo humano y de la salud puede resumirse en el modelo mostrado en la figura 1 que presenté por primera vez en el simposium UNESCO/OIT/OMS en la Universidad de Roskilde en 1995 y que ha sido usado subsecuentemente en una versión reformada por el Consejo del Primer Ministro en Ontario (Hancock 1995a; Consejo del Primer Ministro, 1995). Este modelo aclara las *relaciones entre los ambientes sociales y físicos, la actividad económica y el desarrollo/salud humanos*, que procedo a explicar.

Figura 1



*Salud del Ecosistema, el medio ambiente sano, viable:* La salud humana y el desarrollo dependen fundamentalmente de la salud del ecosistema -el planeta- del cual formamos parte. Los cambios masivos y globales del clima, el agotamiento de los recursos naturales, los ríos y arroyos contaminados, la extinción acelerada de especies este y otros signos de *la declinación de la*

*salud del ecosistema* también son indicadores de la declinación de la salud que finalmente *amenaza nuestra propia sobrevivencia* como una especie, y la sobrevivencia de muchas otras especies.

*Bienestar Social, convivencia comunitaria:* Como animales sociales, nuestra salud depende de la salud del grupo del cual somos miembros. Podemos depender de ese grupo -ya sea familia, tribu, aldea, comunidad o sociedad- para la protección, para el contacto social, para la nutrición. *Si nuestro grupo social no es saludable* -o esta empobrecido, desunido, dividido o es maltratado- entonces *difícilmente estaremos sanos nosotros mismos*.

*Prosperidad Adecuada, economía próspera:* Como el lema de Benjamin Ward Richardson sugiere, la salud y la riqueza están relacionadas. No Hay duda de que la riqueza individual y nacional predicen, hasta cierto punto, la salud individual y nacional. Pero mientras *que los grupos más ricos son generalmente más sanos que los grupos pobres*, la evidencia sugiere que sobre el PIB de más de \$5,000 per capita (aproximadamente el nivel de Costa Rica, Fiji, Polonia o Brasil) los aumentos subsecuentes no tienen mucha relación con la esperanza de vida. Sin duda, la evidencia sugiere que, por arriba de un cierto estándar de riqueza material, es más importante la riqueza relativa que la riqueza absoluta (Wilkinson, 1994).

*Habitabilidad de la Comunidad:* Aunque la salud del ecosistema es importante, los humanos también habitan en ambientes construidos, -y así lo han hecho por miles de años-. *En el siglo XXI* seremos finalmente una especie urbana verdadera *-más del 50 % de nosotros habitará en asentamientos urbanos-*, por lo que *el diseño del ambiente construido tiene una enorme importancia*. Necesitamos agua limpia y una eliminación adecuada de las aguas negras; habitaciones y calles seguras; vecindarios que fomenten la interacción social; protección contra incendios e inundaciones.

*Equidad:* Si la economía es para apoyar el desarrollo humano, debe ser socialmente sostenible. Uno de los indicadores más importantes de una economía socialmente sostenible es el grado de equidad en la comunidad - la medida como la riqueza, los recursos y el poder estén distribuidos equitativamente dentro de la sociedad. *La evidencia sugiere que la esperanza de vida es mayor en países con una mayor equidad social* (Wilkinson, 1994) y no debemos olvidar el aforismo de Raymond Aron que dice *"cuando la desigualdad se vuelve demasiado grande, la idea de comunidad se vuelve imposible"*.

*Sostenibilidad Ambiental:* La Economía también debe ser ambientalmente sostenible. *Una economía que debilita la salud del ecosistema también debilita la salud humana.*

Adoptar un modelo tal como el que aquí se propone, tiene importantes implicaciones para la reforma del cuidado de la salud, para la manera en que estructuraremos y gobernemos nuestras sociedades, sobre las decisiones y las acciones que tomemos. Brevemente exploraré cada una de ellas.

## LA REFORMA DEL CUIDADO DE LA SALUD O ¿REFORMA PARA LA SALUD?

La reforma para el cuidado de la salud es un tópico importante en todos lados. Globalmente, el reporte del Banco Mundial de 1993 "Invirtiendo en la Salud" mencionó la necesidad de reformar el cuidado de la salud tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados. En países desarrollados, el sistema para el cuidado de la salud consume entre el 6 y el 14 % del PIB y por lo tanto es un sector económico significativo. Si vemos la reforma al cuidado de la salud a través del lente del modelo en la figura 1, posiblemente la cosa más importante que podemos decir es que, en términos de la salud de la población -ésto no es particularmente importante-. Por otra parte, *cualquier sector de la economía que siendo de grandes proporciones es relativamente ineficiente como sucede en la mayoría de los países es claramente improductivo y no económico.* Uno de los aspectos fundamentales de la reforma que se derivan del modelo y que forman una parte importante del reporte del Banco Mundial, es que *el sistema para el cuidado de la salud debe ser adecuado en vez de excesivo* (así como la economía debe ser adecuada en vez de ser excesiva) *y debe ser equitativo.* En otras palabras, la reforma al cuidado de la salud debe asegurar primero que la salud pública básica y el cuidado primario de la salud sean asequibles a todo ciudadano antes de avanzar a servicios de alta tecnología y alto costo.

Pero, aunque sea muy bueno el sistema para el cuidado de la salud, no puede proporcionar buena salud. Por lo tanto debemos cambiar nuestro enfoque de la reforma para el cuidado de la salud a la reforma para la salud.

¿Cuales son los cambios ambientales, sociales, políticos, culturales y económicos que necesitamos hacer en nuestras comunidades y en nuestra sociedad para mejorar la salud de la población como un todo y la salud del segmento menos sano de la población en particular? Esto es lo que yo llamo "Reforma para la salud".



Es un tópico mucho más importante que la reforma para el cuidado de la salud aunque todavía es poco reconocido en general por las comunidades, gobiernos o sociedades.

## EJERCICIO DEL PODER Y REFORMA PARA LA SALUD.

*El Ejercicio del Poder no es lo mismo que Gobierno.* El Gobierno es la estructura para tomar decisiones e implementarlas que consiste de gobiernos electos (¡o no electos!) y sus burocracias. Por otra parte, *el Ejercicio del Poder es el proceso por el cual una sociedad o una comunidad llega a decisiones y las elige.* Mientras que el gobierno es una pieza importante en el proceso del Ejercicio del Poder, otros sectores -el sector de negocios, asociaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y ciudadanos individuales- son piezas importantes en el proceso de toma de decisiones. ¿Cuales serían las implicaciones para el ejercicio del poder y el gobierno si tomáramos seriamente el modelo de la figura 1?

La primera implicación es que *no podemos seguir actuando como si las únicas decisiones que importan son las decisiones económicas.* Sin duda las decisiones económicas *tendrían que volverse secundarias con base en su contribución al desarrollo humano* y al grado de que sean sostenibles por el medio ambiente y la sociedad. Tendríamos que medir el proceso por alguna forma de índice del desarrollo humano en lugar del PIB.

Tendríamos que considerar los impactos a la sociedad y al medio ambiente de las decisiones económicas en lugar del impacto económico de decisiones sociales y ambientales.

Necesitaríamos estructuras y procesos que aglutinaran los sectores ambientales, sociales y económicos en un proceso conjunto para tomar decisiones. Esto significaría la *participación de un amplio rango de "recopiladores de opinión"* que representarían a todos los sectores de la sociedad y tendríamos que desarrollar estas estructuras y procesos no solo a nivel nacional sino también a nivel provincial o estatal y local.

Sin duda, la evidencia sugiere que es más factible crear formas innovadoras del ejercicio del poder a nivel comunitario primero, ya que hay muchos más gobiernos a este nivel -con mayor potencial para experimentación- y están más cerca de las discusiones que afectan la vida diaria de los pueblos. He argumentado (Hancock, 1990) que una "política pública saludable" el desarrollo de política pública en sectores ajenos a la salud es buena para la salud es probablemente más fácil a nivel local, aunque también hay razones por las que

podría ser más difícil (ver tabla 1). La experiencia en el proyecto OMS Ciudades Europeas Saludables reportado a mediados de 1990 indica que *para las ciudades proyectadas en Europa el enfoque de las Ciudades Saludables necesitará un cambio mayor en la forma de manejar las ciudades*. Tendrán que cambiar el estilo antiguo de administración a un nuevo estilo más consistente con la idea de promoción de la salud. Es un estilo que enfatiza “*el poder con*” en lugar de “*el poder sobre*”; la negociación en lugar de directivas, procesos en lugar de estructuras, colegialidad en lugar de jerarquías, colaboración en lugar de competencia, enfoque holístico en lugar de sectorial, estrategias “*ambos /y*” en lugar de “*uno u otro*” y “*gana-gana*” en lugar de “*gana-pierde*”.

TABLA 1

POLITICA PUBLICA SALUDABLE A NIVEL LOCAL	
MAS FACIL DEBIDO A:	MAS DIFÍCIL DEBIDO A:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intimidad local, redes sociales, a escala humana.</li> <li>• Lazos más estrechos entre quienes establecen las políticas y los afectados.</li> <li>• Las burocracias más pequeñas pueden agilizar la respuesta y ser más sensibles a las necesidades locales.</li> <li>• Quienes elaboran las políticas viven donde trabajan y por lo tanto son directamente afectados por sus propias decisiones.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Gobierno Central</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controla decisiones mayores, especialmente las económicas.</li> <li>• Resistencia y hasta oposición al poder local.</li> <li>• “Descarga”-delegación de la responsabilidad con recursos/poder inadecuados.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Gobierno Local</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de jurisdicción/poder</li> <li>• Falta de recursos/experiencia</li> <li>• “Echar la culpa” argumentando falta de poder y culpando al gobierno central</li> </ul>

También he discutido (Hancock, 1995b, 1996) que el enfoque de comunidades sanas tiene implicaciones significativas para el ejercicio del poder, la estructura y funcionamiento del gobierno local (ver tabla 2).

De hecho, *vemos estas formas innovadoras del ejercicio del poder emergiendo en algunas de las comunidades que siguen el movimiento de las comunidades saludables.*

TABLA 2

**COMUNIDADES SALUDABLES - IMPLICACIONES PARA EL GOBIERNO**

- *El propósito del gobierno:* El propósito central del ejercicio del poder - y de los gobiernos - es, o debería ser, mejorar el desarrollo humano de la población.
- *La proposición al gobierno:* Tenemos que desarrollar una propuesta holística para el gobierno y para el ejercicio del poder que reconozca que todo está conectado a todo lo demás.
- *El nivel al que ocurre el gobierno:* El nivel al que ocurre el gobierno de las ciudades está moviéndose hacia arriba al nivel bioregional y hacia abajo al nivel vecinal.
- *La estructura del gobierno:* De modelos disciplinarios del siglo XIX y con sectores verticalmente separados a un modelo del siglo XXI con mesas redondas de "tomadores de múltiples opiniones".
- *El proceso democrático del gobierno:* La propuesta para la ciudad/comunidad sana es fundamentalmente acerca de la democracia necesitamos movernos mucho más hacia la democracia participativa.

**COMUNIDADES SALUDABLES Y EMPODERAMIENTO:**

El movimiento de comunidades saludables es la aplicación a nivel local de los principios de promoción de la salud, que se define como: *"El proceso de facultar al pueblo para incrementar el control y mejoramiento de su salud"* (OMS, 1986). Por lo tanto la promoción de la salud -y las comunidades sanas- *significa fundamentalmente un Empoderamiento*; facultar al pueblo para ganar más poder y control sobre sus vidas y las circunstancias y eventos que afectan su vida y su salud. Tal Empoderamiento es uno de los cambios importantes en el ejercicio del poder que debemos alentar, facultando a los pueblos para influir sobre factores ambientales, sociales y económicos que se imponen en sus vidas.

La evidencia y la experiencia del movimiento de comunidades saludables sugiere que el involucrar a los pueblos en decisiones que afectan su salud y bienestar -y

la salud y bienestar de sus hijos- producen mejores decisiones: ambiental, social y económicamente sanas. Es vital reconocer que *tal Empoderamiento es para los gobiernos* -como ya se ha notado-, *un cambio en el énfasis de PODER SOBRE* (donde dirigen y controlan las vidas de sus ciudadanos) a *PODER CON* (donde comparten el poder y el control con sus ciudadanos). Los Gobiernos -al menos los electos democráticamente- no tienen poder por derecho -solo tienen ese poder que los ciudadanos independientes voluntariamente les otorgan- y que esos ciudadanos les pueden quitar cuando sea necesario.

Como esta descubriendo la gente en muchos países y comunidades, hacer cosas por el pueblo y para el pueblo -sin tomarlo en cuenta- es una forma de desempoderarlo, reduciendo la autonomía de individuos y comunidades e incrementando su dependencia (ver por ejemplo McKnight, 1995). Encontrar el balance adecuado entre la provisión de servicios y la autonomía de incentivos -y el balance adecuado entre independencia e interdependencia- es uno de los mayores retos al ejercicio del poder a los que nos enfrentaremos en el siglo XXI.



## REFERENCIAS

1. Alexander, Christopher et al (1987). *A New Theory of Urban Design*. Oxford: Oxford University Press.
2. Bain, John (Director of Planning, Sault Ste Marie, Ontario). Presentation at First Annual Conference, Ontario Healthy Communities Coalition, November 1994.
3. Bamberton Code - South Island Development Cooperative, 550-2950 Douglas Street, Victoria, B. C. V8T 4N4.
4. *Building Healthy and Sustainable Communities Together* (1994) Toronto: Ontario Social Development Council.
5. Calthorpe, Peter (1993) *The Next American Metropolis* Princeton: Princeton Architectural Press.
6. Canadian Institute of Planners (1990) *Reflections on Sustainable Planning* Ottawa: CIP.
7. Canadian Public Health Association (1992) *Human and Ecosystem Health*. Ottawa, CPHA.
8. CEED (1994) *Seaton: Phase Three Design Exercise* Toronto: CEED (c/o Dunlop Farrow Architects, 450 Front Street West, Toronto, Ontario).
9. Cereseto, S. and Waitzkin, H. (1986) Economic development, political-economic system and the physical quality of life. *Am. J. Public Health*, 76(6) 661-6.
10. City of Toronto, Healthy City Office (1994) *The State of the City* Toronto: City of Toronto.
11. Doering, Ronald (1994) Sustainable communities: progress, problems and potential (Editorial) *National Roundtable Review* (Sustainable Communities - Spring 1994).
12. Draper, P. and Harrison, S. (1990) "Prospects for healthy public policy". In Draper, P. (Ed) *Health Through Public Policy*. London: Greenprint.
13. Duany, Andres and Plater- Zyberk, Elizabeth (1992) *Towns and Town Planning Principles* Cambridge MA: Harvard University Graduate School of Design.
14. Hancock, Trevor (1994a) *Creating Healthy and Sustainable Communities: The Challenge of Governance* Keynote presentation. Conference on Health and the Urban Environment (The British Council and the Public Health Alliance - Proceedings forthcoming from The British Council, Manchester).
15. Hancock, Trevor, (1994b) "A healthy and sustainable community: the view from 2020." In Cordia Chu and Rod Simpson (eds), *The Ecological Public Health: From Vision to Practice*. Brisbane: Faculty of Environmental Sciences, Griffith University and Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto, pp. 245 - 253.
16. Hancock, T. (1993) Health, human development and the community ecosystem: Three ecological models. *Health Promotion International* 8(1): 41-47.
17. Hancock, Trevor and Duhl, Len (1986) *Healthy Cities Promoting Health in the Urban Context*. Copenhagen: WHO Europe.
18. Healthy Communities Parksville (1993) *Community Visions* (City of Parksville, Box 1390, Parksville, B. C. V9P 2H3, Canada).
19. Healthy Communities Parksville (1994) *Municipal Decision Making: A Multi Stakeholder Model* (City of Parksville, Box 1390 Parksville, B. C. V9P 2H3, Canada).
20. Hygeia Consulting Services and REIC Ltd (1994) *Changing Values- Changing Communities: A Guide to the Development of healthy and Sustainable Communities* (Final Draft, submitted to Canada Mortgage and Housing Corporation, Ottawa) Toronto: Hygeia Consulting Services and REIC Ltd.
21. IUCN (1980) *World Conservation Strategy*. Geneva, IUCN
22. Jacobs, Jane (1984) *Cities and the Wealth of Nations*. New York: Random House

23. Katsof, Ellis (1992) *Planning for Healthy Communities: Integrating Land Use and Human Services Planning* (Director, Community Services Division, Social Services Department, Regional Municipality of Halton, 1151 Bronte Road, Oakville, Ontario, Canada L6M 3L1
24. King, Stanley et al (1988) *Co-Design: A Process of Design Participation* Scarborough, Ontario: Nelson Canada
25. Marmot, Michael (1994) Social Differentials in Health Within and Between Populations *Daedalus* 123 (4): 197 - 215
26. Nozick, Marcia (1992), *No Place Like Home: Building Sustainable Communities*. Ottawa: Canadian Council for Social Development
27. Oberlander, Peter (1988) A Healthy Public Policy for Healthy Communities *Can J Public Health* 76 (Suppl 1): 63 - 66
28. Osberg, Lars (1990) *Sustainable Social Development* (Mimeo) Department of Economics, Dalhousie University, Halifax, N, S
29. Osborne, R. and Gaebler, T. (1991) *Reinventing Government*. Reading, MA: Addison-Wesley
30. *Plan Canada* 29 (4) July 1989 - a special edition on healthy communities
31. Putnam, Robert (1993) *Making Democracy Work* Princeton: Princeton University Press
32. Rogers, Joann (1986) Good Health at low cost *RF Illustrated*. New York, Rockefeller Foundation
33. Roseland, Mark (1992), *Toward Sustainable Communities*. Ottawa: National Roundtable on Environment & Economy.
34. Royal Commission on the Future of the Toronto Waterfront (1992) *Regeneration*. Toronto: The Commission.
35. Tsouros, Agis (Ed) (1990) *The WHO Healthy Cities Project: A Project Becomes a Movement*. Copenhagen: WHO Europe
36. University of British Columbia Task Force on Healthy and Sustainable Communities (1994) "Tools for sustainability: Iteration and implementation" In Chu, Cordia and Simpson, Rod (Eds) *Ecological Public Health From Vision to Practice* Brisbane: Faculty of Environmental Sciences, Griffiths University and Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto.
37. Wates, Nick & Knevtit, Charles (1987) *Community Architecture*. London: Penguin.
38. WCED (1987) *Our Common Future*. Oxford: Oxford University Press.
39. World Bank (1993) *Investing in Health* (World Development Report) Oxford: Oxford University Press.
40. WHO (1988) *The Adelaide Recommendations: Healthy Public Policy*. Copenhagen: WHO Europe. (Also in *Health Promotion* 3(2), 183-6, 1988).
41. WHO (1990) *Potential Health Effects of Climatic Changes* Geneva: WHO.

## CAPITULO VIII

### ENFOQUE GERENCIAL: EL MANEJO DEL CAMBIO

"HACER UN PROYECTO O UN PROGRAMA ES PARTIR DE UN JUICIO. UN JUICIO ACERCA DE LA SITUACION EXISTENTE, PARA DISCERNIR ACERCA DE LO QUE SE HA DE CAMBIAR. ESTE PUNTO DE PARTIDA ES UN JUICIO DE VALOR, UN JUICIO MORAL QUE SEÑALA LO QUE ESTA BIEN Y LO QUE ESTA MAL"

CARMEN VIQUEIRA LANDA

"LA ORGANIZACION VERDADERAMENTE IMPORTANTE TRASCIENDE, ...LA CREATIVIDAD ES SU PUNTO FUERTE. SU EFICACIA DEPENDE DE ...DOS COSAS...: UN CONOCIMIENTO RICO DEL MUNDO DE LAS ORGANIZACIONES Y UNA PROPENSION A JUGAR CON ESE CONOCIMIENTO DE MANERA CREATIVA."

HENRY MINTZBERG

"LA PRODIGALIDAD DEL PRINCIPE SE CORRIGE TENIENDO EN EL MANEJO DE LA HACIENDA MINISTROS ECONOMICOS, COMO LA AVARICIA TENIENDOLOS LIBERALES."

SAAVEDRA FAJARDO

---

\* Coordinadora de Investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Coordinadora del Curso-Taller Promoción, Comunicación y Marketing en Salud CIESS/OPS.

## RESUMEN

El *enfoque gerencial* de la Promoción de la Salud es fundamental a dos niveles: el "manejo" del cambio, y la orquestación de esfuerzos, procesos y recursos.

El presente capítulo es una breve exposición acerca de este enfoque, y ofrece una síntesis de los elementos básicos en la gerencia de un programa de Promoción de la Salud.

La *gerencia*, como se entiende aquí, es el *análisis de la situación presente, la concepción de una situación futura y el diseño de una ruta de acceso* a mejores condiciones de vida. Esto supone considerar al ser humano como principio y fin de toda acción organizada, vetando la acepción del concepto "recurso humano" que reduce a las personas a la categoría de insumo.

*Promover la salud desde un enfoque gerencial*, es lograr una configuración organizacional eficiente y persuasiva a partir de la responsabilidad pública, y es también conocer la naturaleza de las fuerzas que intervienen en la salud, reconociendo la capacidad integral de las personas para influir en ella, participando plenamente en la vida económica.

El éxito en la promoción de la salud es directamente proporcional al *diagnóstico* que se hace de la realidad saludable de una población dada; a la capacidad para *manejar*, a partir de ella, elementos generadores de un nuevo impulso transformador; y a la *creatividad* para construir escenarios de gestión con menores niveles de resistencia al cambio y elevados niveles de negociación y conciencia solidaria.





## DESARROLLO

GERENTE: del latín *gerens, gerentis*, y de *gerere*, dirigir, es el que conduce y firma con arreglo a una constitución o marco normativo;<sup>[1]</sup> tiene, pues, dos funciones claras: *conducir y responder por el rumbo de una organización, o en menor escala de un proyecto o de un programa.*

Más allá de la definición anterior de enciclopedia existen diversos conceptos de lo que es la gerencia, cuyas diferencias se acentúan según se usen en un contexto técnico-administrativo, o desde las disciplinas socio-políticas.

En beneficio de la Promoción de la Salud conviene proponer un *perfil gerencial de Funcionario Promotor\** con capacidades que presuponen los dos contextos antes mencionados:

*Bajo la mira técnico-administrativa*, el directivo responsable de programas de Promoción de la Salud, tiende a *considerar a las personas en función de lo que pueden producir*, esto es, como insumos para la salud, y su *interés fundamental* está en *reunir y ordenar* cuantos *recursos* pueda alcanzar.

*Desde el enclave sociopolítico*, el "funcionario promotor" tiene ante sí personas diversas, con necesidades disímiles y con un potencial inmenso para procurarse recíprocamente mejores niveles de salud. En este caso, el directivo es *responsable de efectuar cambios y mostrar resultados* de su gestión; su objetivo fundamental, entonces, consiste en reducir los riesgos a que conllevan la desorganización y la dispersión social de energías y recursos para la salud. Sus *metas básicas* se centran en la *reducción de barreras para el cambio, la movilización organizada y la ejecución oportuna de las iniciativas.*

Pero, desde ambas posiciones el directivo tiene en sus manos y por sobre todo, el desafiante porvenir.

El porvenir es siempre un escenario imaginario; un horizonte que se alcanza sólo cuando se poseen *cualidades de visionario y explorador*; cuando se es capaz de transformar la consistencia ilusoria del futuro en un proyecto verosímil; cuando de 'jefe burocrático' se pasa a ser un *gerente*.

El rol gerencial consiste, así, en "transportar" las condicionantes de la salud de su estado actual a un estado deseado.

*Desde el punto de vista técnico-administrativo*, existen hoy día suficientes medios para que el gerente ordene, distribuya y controle los insumos, por lo que puede decirse que en su aspecto metodológico e instrumental sus

\* Término acuñado por la autora.

*funciones* están *tecnológicamente soportadas* y pueden realizarse de manera competente.

Desde la perspectiva sociopolítica, en cambio, no existen recetas ni métodos fijos. El gerente tiene que hacer un *esfuerzo permanente* para sintetizar la realidad presente -reuniendo para ello toda la información que pueda- y ha de *crear y recrear constantemente situaciones deseadas* por él, por toda su organización y por aquellos a quienes sirve y por quienes tiene sentido que la organización exista.

Esto, sin embargo, no es fácil; significa, como persona, alcanzar un perfil: el de "funcionario promotor", e implica, como *rol organizacional*, un constante ir y venir entre su idea y la de todos los actores, para *provocar al cambio y a la transformación social*.

Dicho lo anterior puede decirse que es *Funcionario Promotor* con visión gerencial quien posee *destrezas esenciales para*:

Desde el *punto de vista técnico administrativo*:

- Obtener una radiografía del contexto,
- Elaborar un diagnóstico profundo y detallado de las condiciones de salud presentes,
- Discernir acerca de lo que se debe y puede cambiar,
- Analizar comprometidamente la organización a la que él mismo pertenece,
- Descubrir la naturaleza de las fuerzas que intervienen en la salud,
- Diseñar una estrategia de cambio,
- Planear y dominar el cambio.

En otros términos, es un *buen gerente* el que tiene *capacidad para juzgar* en cuatro instancias: *explicativa, normativa, estratégica y táctica operacional*.<sup>[2]</sup>

Desde el *punto de vista socio-político*:

- Mantenerse en movilidad constante -vertical y horizontal- dentro del sistema organizacional y en el ámbito total de la circunscripción a su cargo.
- Reconocer el potencial de todos los actores involucrados
- Negociar los intereses de todos ellos en provecho de todos ellos.

El gráfico siguiente muestra el doble rol de un gerente regional o municipal y las líneas generales de su pensamiento para con su equipo de trabajo, su organización y su comunidad. El gerente, como se ve en la ilustración, "anuda" en su propia función *roles de líder, integrador y conductor, al tiempo que de facilitador, desarrollador y controlador*; aunque las tareas precisas de cada

rol sean ejecutadas con el apoyo de muchas más personas, él es el responsable definitivo.



Adaptado de: ITS: *Strategies and Skills for Primary Health Care* [3]

Además de las destrezas técnico-administrativas y socio-políticas descritas, el gerente requiere una gran capacidad ejecutiva y una gran visión del futuro. Desde el *punto de vista operativo* se trata de:

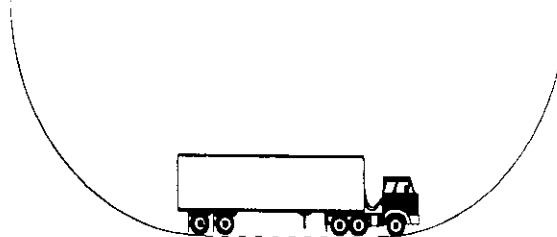
- Trazar una ruta de acceso para el cambio desde la situación presente hasta la situación meta.



SITUACION "A"  
REAL ACTUAL



SITUACION "B"  
DESEADA FACTIBLE



Meta Primordial del Gerente: Trazar Ruta de Acceso

¿Cómo definir la situación deseada? Esta pregunta tan delicada solo puede tener respuesta desde la plataforma pública. El futuro no se forma por capricho, sino con el aporte participativo, multidisciplinario y multisectorial. Todos los actores deben estar representados; todas las agrupaciones han de ofrecer sus alternativas del porvenir. Lograr esta intervención es la meta primordial del gerente y quien lo logra puede ya abocarse al diseño del futuro.

Por ello, desde el *punto de vista del desafío al futuro*, el gerente necesita:

- Despejar incógnitas medulares a partir del diagnóstico del presente,
- Descubrir factores comunes a todos los actores y su variabilidad,
- Intuír e investigar fuerzas de apoyo, restricción y oposición,
- Imaginar y construir un nuevo escenario de vida desde la Promoción de la Salud,
- **PERSUADIR.**

El porvenir, como se dijo, es algo imaginario, pero no ciego. El gerente ha de partir, necesariamente del conocimiento profundo de las organizaciones y de su macrocontexto. Este conocimiento es precisamente la plataforma sobre la cual se desarrolla su capacidad de *visionario*.

En este campo, existe información sùmamamente valiosa; en las referencias bibliográficas propias de este artículo y en las correspondientes a los demás capítulos de la presente obra se ofrece bibliografía fundamental de apoyo a tres niveles: macrocontexto, organizaciones y Promoción de la Salud

A partir de información como la contenida en la bibliografía de esta obra, el gerente debe jugar con sus propios indicadores y variables y construir nuevos escenarios posibles para el ámbito de su responsabilidad, con una gran visión macrosocial.

Otra cualidad del buen gerente es la de ser un *explorador creativo*. El conocimiento de las organizaciones tiene que servir para intentar una configuración mejor. Para este fin debe apoyarse en la experiencia tanto del sector gubernamental como en la del sector civil y revisar, sobre todo, las estrategias propuestas y los resultados obtenidos. Encontrará, sin duda, configuraciones organizacionales diversas, a partir de las cuales desarrollar su creatividad.

En este campo organizacional existe también información relevante. El gerente habrá de revisar aquella que se refiere a gerencia, administración, planificación programación, y reingeniería, particularmente la que se refiere a las reformas al sector salud, los procesos de descentralización y la relativa a los modelos de "atención gerenciada" cuyas características están siendo adaptadas al contexto

latinoamericano. Existe amplia bibliografía, por ejemplo, acerca de las "Organizaciones de Mantenimiento de la Salud", las "Organizaciones de Proveedores Preferenciales", sus "Enfoques de Mercadeo", las "Formas de Pago por Servicio y Mecanismos de Reembolso", los "Sistemas de Pago Prospectivo" y los "Sistemas de Acreditación de los Servicios de Salud".<sup>[4]</sup> Complementariamente, existe también vasta información acerca de los programas de Ciudades y Municipios Saludables y programas regionales de autogestión y atención simplificada.<sup>[5]</sup> El gerente ha de "jugar" con el conocimiento de todas las configuraciones organizacionales y construir un escenario novedoso y posible.

Tres cualidades más le permiten encarar el futuro: la *persuasión*, la *negociación* y la de *realización*. Para algunos, estas cualidades son básicamente personales, es decir, son más una facultad innata que una cualidad adquirible. Aún admitiendo esta postura, el gerente que las posee debe procurar su crecimiento constante en ellas y el que no se caracteriza por ellas ha de intentar adquirirlas.

Todos nos encontramos ante la necesidad de afrontar el futuro; éste es el mejor argumento y razón para la persuasión. El gerente hábil, descubrirá las necesidades, inmediatas de salud de algunos grupos de población, y las distinguirá de aquellas preocupaciones de mediano y largo plazo que atañen a otros. En todos los casos, la persuasión podrá fundarse en la posibilidad de "calcular" el futuro y discernir sobre cómo manejar sus condicionantes.

Todos sentimos que la satisfacción de nuestras necesidades es urgente, y todos sabemos que los recursos son limitados. Por ello, detectadas diversas necesidades el proceso de negociación es imprescindible, y aceptar ambas premisas es la base de un proceso de negociación fructífero. Un "secreto" en la negociación es el balance de fuerzas y el respaldo de los argumentos con datos verídicos; *la negociación, en última instancia, es un proceso de equilibrio de fuerzas y búsqueda de verdad.*

Por último, es necesario que se posea y manifieste una decidida capacidad de realización. El gerente puede poner "primeras piedras", pero es indispensable que ponga "la última". Por otra parte, todos sabemos que el gerente sólo hace muy poco; a todos nos gusta que lo que hacemos sea útil, y todos sabemos que el ser humano existe como ser económico al producir y al consumir. Una conciencia clara de la realización humana es fundamental aquí: el hombre se realiza en la cultura, luego entonces, el gerente ha de procurar una cultura organizacional para la realización.<sup>[6]</sup>

En conclusión, será mejor gerente aquel que teniendo las cualidades aquí mencionadas sea conciente de que *"El recurso esencial, el que va a dar la diferencia a largo plazo, ya no es el recurso material, el de la tierra o el de*

las materias primas cuyo acaparamiento ha sido objeto de tantas luchas; ya no es siquiera el recurso financiero, es el recurso humano, no por su número sino por su calidad, adaptabilidad y capacidad de desarrollo". Su construcción de un nuevo escenario será proporcional a su conciencia de que "Las organizaciones no deben ser el medio de hacer grandes cosas con hombres mediocres, sino el medio de que los hombres dejen de ser mediocres".<sup>[7]</sup> Es postura académica de quien esto escribe, que se reconsidere al hombre en tanto que fin de sus propias acciones, y se abandone su categorización como 'recurso' o insumo.



#### BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA

1. Montaner y Simón Editores: *Dic. Enciclop. Hisp-Amer.* Tomo. IX. Barcelona, 1892.
2. Matus, Carlos: Mención de Carlos Matus en: José María Paganini: *Programación en los Sistemas Locales de Salud.* OPS: Los Sistemas Locales de Salud, Conceptos, Métodos, Experiencias. Publicación Científica N° 519, 1990
3. ITS: *Strategies and Skills for Primary Health Care.* Industrial Training Service Ltd., Tropical Child Health Unit, Institute of Child Health, London, 1988.
4. OPS/OMS: *La Atención Gerenciada,* Bibliografía Anotada; Nuevas Modalidades de Organización de los Sistemas y Servicios de Salud en el Contexto de la Reforma Sectorial. OPS/OMS, HSP/SILOS-40 desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, 1995.
5. Paganini, José María y Capote Mir, Roberto, Ed.: *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias.* OPS/OMS, Washington, 1990; McMahon, Rosemary, Et. Al. *Administración de la Atención Primaria de Salud: Una Guía para Personal de Mando Medio.* Editorial Pax México, OPS, 1989; Werner, David y Bower, Bill: *Aprendiendo a Promover la Salud; Donde No Hay Doctor; Proyecto Prójimo.* Fundación Hesperian, U.S.A.; Centro de Estudios Educativos, México.
6. Chozza, Jacinto: *La Realización del Hombre en la Cultura.* Ediciones Rialp, S.A., Madrid, 1990.
7. Crozier, Michel: *El Crecimiento del Aparato Administrativo en el Mundo de la Complejidad: Del Estado Arrogante al Estado Modesto.* Centro de Sociología, Centro de Investigación Nacional, Francia, 1987/ México, INAP, 1989.

## CAPITULO IX

### LA PROMOCION DE AMBIENTES SALUDABLES; UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

MARCELA ACUÑA RIVERA\*

#### RESUMEN

A partir del concepto de sostenibilidad la autora nos centra en un examen sobre las interrelaciones entre medio ambiente, salud y desarrollo a causa de las transformaciones que se presentan en nuestras sociedades, en creciente ritmo de industrialización y urbanización.

Analiza el ambiente en su contexto total presentando sus diferentes componentes y diferenciando su sentido ecológico del psicosocial; enumera varias áreas de acción encaminadas al mantenimiento de recursos naturales, entre las cuales destaca las estrategias propuestas dentro del marco de la Promoción de la Salud.

De modo especial enfatiza seis aspectos para la búsqueda de ambientes saludables y la importancia de los ambientes "vivienda" y "escuela", por su potencial trascendencia para el desarrollo de las condiciones de salud del ser humano y los modos de interacción que pueda establecer él con sus ambientes.



---

\* Investigadora del Programa de Psicología Ambiental. Facultad de Psicología Ambiental, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Secretaría Particular de la Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México.

## EL DESARROLLO SUSTENTABLE

Desde siempre ha existido una relación entre la gente y su ambiente, en la cual la humanidad se ha beneficiado de la utilización y transformación de su entorno. Sin embargo, en las últimas décadas, el hombre ha modificado aceleradamente el equilibrio de la naturaleza, provocando situaciones que pudieran ser irreversibles. Esto quizá es debido a demandas de desarrollo basadas fundamentalmente en modelos de industrialización y patrones de consumo de la población que no son compatibles con el manejo racional de los recursos disponibles, y en donde las políticas económicas se imponen sobre las políticas ambientales, sin importar la sobre-explotación y disminución del recurso.

Ante tal situación, ha venido creciendo el interés por reorientar el uso y manejo de los recursos disponibles, de impulsar la creación y utilización de tecnología adecuada, de reorientar los valores y comportamientos de los sectores económico y social.

En este sentido, el desarrollo de una nación debería promover el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social, basándose en una política económica y ambiental cuyo objetivo fundamental sea el de cubrir las necesidades de la humanidad actual así como de las generaciones futuras. Es decir, *pretender el desarrollo sustentable a nivel local, regional y global.*

El desarrollo sustentable es el proceso a través del cual la explotación de los recursos, la dirección de las inversiones, la orientación del desarrollo tecnológico y el cambio institucional son llevados a cabo de una manera consistente al presente.

La meta fundamental del desarrollo sustentable es garantizar la supervivencia y el bienestar del ser humano así como de las especies que le acompañan, sin comprometer los recursos de las generaciones futuras.

La utilización del ambiente, tanto natural como construido "constituye el fundamento del proceso de desarrollo, y por ello el tema ambiental no puede estar ajeno a las preocupaciones de quienes orientan este proceso" (CEPAL, 1990). Sobre todo, si consideramos que el desarrollo tiene como uno de sus objetivos fundamentales el de satisfacer una creciente gama de necesidades o aspiraciones de una población dada, para lograr el nivel de bienestar y satisfacción deseado.

Hablar de ambiente y desarrollo implica hacer una consideración más: la salud, como factor que los afecta y que es afectada a su vez por estos. Por ejemplo, las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan los primeros lugares en los registros de morbilidad de los países en todas las etapas del desarrollo.



En la actualidad, padecimientos tales como las enfermedades cardiovasculares, renales crónicas, tumores malignos, diabetes mellitus, trastornos mentales y neurológicos, accidentes y conductas violentas, se presentan cada vez más en los países de América Latina y el Caribe como parte del proceso de urbanización e industrialización y del impacto que éstos tienen sobre el estilo de vida y el ambiente. Sin embargo, estas consecuencias en salud son revertidas en el proceso de desarrollo, ya que dificultan y detienen el proceso. Es así que se afirma que salud, ambiente y desarrollo se afectan mutuamente, produciendo un complejo proceso de interacción que debe ser atendido simultáneamente (OPS, 1992).

Queda claro, así, que la relación desarrollo-ambiente tiene un tercer vértice: la salud, como factor que contribuye al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de la población, y que establece como una de sus políticas fundamentales el mejoramiento y la protección del ambiente (Brañes, 1994).

Aunque desde la antigüedad, en el campo de la salud se ha considerado la variable ambiental, no es sino hasta la conceptualización de Promoción de la Salud expresada en la Carta de Ottawa (1986) que se plantea la necesidad de considerar al ambiente total como un elemento que actúa en favor o en contra de la salud, y en el cual la creación de espacios saludables requiere de especial atención.

Posteriormente, en las Recomendaciones de Adelaida (Australia, 1988) y en las Declaraciones de Santa Fé de Bogotá (Colombia, 1992), el ambiente es considerado como un factor trascendental para el bienestar y la salud de la población, contribuyendo así al desarrollo de una nación.

### AMBIENTE GLOBAL SALUDABLE: COMPONENTES BASICOS

Sin embargo, es importante considerar al ambiente en todas sus dimensiones y no como tradicionalmente se le ha considerado, sólo en términos de sus propiedades naturales. Deberán identificarse los elementos que forman parte del ambiente, aquéllos que le dan identidad propia y lo definen.

Bajo esta perspectiva es que se habla de tres componentes básicos del ambiente:

1. El componente *natural*, que hace referencia a los recursos naturales disponibles en una comunidad o nación (biodiversidad, agua, geografía, calidad del aire, otros), y la forma en la que el hombre los utiliza, considerando el impacto en el recurso. Las condiciones ambientales pueden generar un número importante de riesgos para la salud humana, como la

contaminación de las aguas y del suelo, que tienen una estrecha relación con las enfermedades gastrointestinales. La contaminación atmosférica por su parte, provoca enfermedades respiratorias cada vez más frecuentes, así como padecimientos de la piel.

2. Los aspectos *construidos* del ambiente, en donde el diseño de los espacios en los que vivimos también afecta nuestro comportamiento, facilita o inhibe cierto tipo de conductas, haciendo más probables unas que otras. Por su parte, la contaminación visual y auditiva, características de las poblaciones más urbanas, son causa de trastornos orgánicos y psicológicos asociados, por ejemplo, el estrés (Brañes, 1994). La mala urbanización, el hacinamiento y los accidentes, afectan también el bienestar físico, mental y social del individuo, así como la propagación de cierto tipo de padecimientos transmisibles. Todo ello producto de un ambiente construido que no se encuentra en armonía con quienes lo habitan.
3. El componente *psicosocial*, que hace referencia a las formas de relación en la población, a la comunicación, los valores, costumbres, tradiciones y cultura, que definen a la comunidad de la que se trate. Asimismo, se consideran las actitudes, los conocimientos, la motivación y los hábitos existentes. El ambiente psicosocial debe ser considerado para describir y explicar las dimensiones conductuales, tanto del individuo como del grupo al que pertenece.

La conducta saludable y favorable al ambiente puede ser afectada por los valores, conocimientos, actitudes y creencias del individuo, así como por variables de personalidad. Considerando los procesos básicos del pensamiento y de la adquisición del conocimiento, el individuo desea comprender e interactuar con sus alrededores, sin embargo, la participación activa de las personas depende de varios factores: la evaluación que la persona hace de su entorno, de cómo comprende y responde al fenómeno, de la capacidad que el individuo cree que tiene para realizar cierta acción favorable al ambiente (en sentido estricto, se hablaría de la posibilidad que se tiene para controlar el ambiente), de las alternativas que tenga para el mismo problema, de la conciencia de grupo para actuar en favor de su comunidad y de lo que implique el problema a nivel individual, entre otros. Estos aspectos influirán en mucho su actitud y su comportamiento en relación al ambiente. Ante un ambiente deteriorado existirán menos posibilidades de mantener la conducta deseada, de igual manera, si la persona no valora su ambiente como dañado, no cambiará su comportamiento para mejorarlo. No debe perderse de vista que en la relación hombre-ambiente, estos elementos interactúan en el mismo tiempo y espacio, creando un complejo proceso de relación que deberá ser analizado antes de cualquier intervención. Así, el ambiente no sólo sirve de escenario para el comportamiento, sino que también lo afecta, por lo que el ambiente representa:

1. Un proveedor de recursos saludables presentes en el ambiente en el que uno se desenvuelve, que fortalece todas aquellas acciones tendientes a mejorar y mantener la salud. En este sentido, *el ambiente se reconoce como un medio para la existencia, pérdida y recuperación de la salud.*
2. Una fuente proveedora de seguridad o peligro, en términos de las consecuencias de desastres naturales y tecnológicos que afectan a la salud. Por otra parte, *un ambiente deteriorado puede facilitar la aparición de comportamientos tales como la violencia y la inseguridad*, disminuyendo la efectividad de las acciones en favor del bienestar individual y social.
3. Un facilitador del comportamiento saludable, ya que *el ambiente deberá fortalecer todas aquellas acciones que se implementen para favorecer la salud.*

Bajo esta perspectiva, y retomando la conceptualización de Brañes (1994), un ambiente saludable podría definirse de la siguiente manera:

*" Conjunto de elementos físicos y sociales que interactúan entre sí y con el hombre, que afectan positivamente el bienestar y la salud física y mental, tanto del individuo como de las colectividades ".*

### INTERACCION HOMBRE-MEDIO AMBIENTE

Al considerar el factor de interacción entre el hombre y el ambiente, no estamos hablando de un determinismo ambiental, ni tampoco de una relación unidireccional, sino de un proceso dinámico, transformador y único, que cambia con el tiempo (Fig. 1).

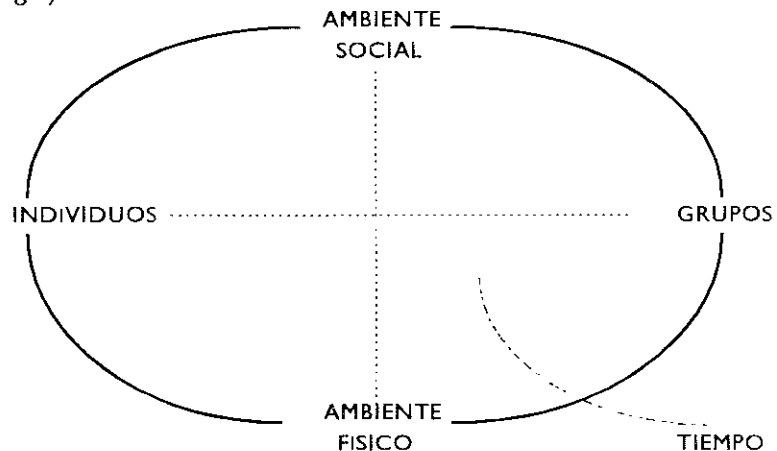


FIGURA 1. Proceso de interacción hombre-ambiente.

Al considerar simultáneamente las formas de interacción hombre-ambiente representadas en la figura 1, surgen cuatro modos de relación (Stokols, 1978):

MATRIZ DE INTERACCION HOMBRE-AMBIENTE			
FASES DE INTERACCION	FORMAS DE INTERACCION		
		COGNOSCITIVO	CONDUCTUAL
	ACTIVO	<i>Interpretativo</i>	<i>Operativo</i>
	REACTIVO	<i>Evaluativo</i>	<i>Responsivo</i>

Estas cuatro modos de interacción pueden explicarse de la siguiente manera:

1. *Modo Interpretativo (activo-cognoscitivo)*, que implica la representación cognoscitiva de los individuos sobre el medio ambiente. Es decir, cómo valoran su ambiente, cómo lo experimentan, qué piensan de él. Es importante mencionar que en este modo de transacción entran en juego las experiencias y conocimientos que el individuo posee, así como sus valores y creencias.

2. *Modo evaluativo (reactivo-cognoscitivo)*, que implica la evaluación del ambiente con base en estándares de calidad preestablecidos, es decir, con base en una norma o indicador generalmente externo al individuo, que le indique la calidad de su ambiente, y que contrasta con su valoración cognoscitiva. Por ejemplo, el IMECA es un índice que proporciona información sobre la calidad ambiental en la Ciudad de México, y aún cuando el individuo esté enterado diariamente sobre este aspecto, hará un balance entre lo que él percibe y lo que se le informa, pudiendo en ocasiones predominar su valoración ambiental sobre el IMECA.

3. *Modo operativo (activo-conductual)*, que implica una penetración o un impacto directo del individuo sobre su ambiente. En este modo se podrían considerar las conductas ambientalmente relevantes de un individuo o grupo. A partir de los modos de transacción anteriormente descritos, la persona estará en posibilidades de emitir una respuesta hacia su medio.

4. *Modo Responsivo (reactivo-conductual)*, que involucra los efectos del medio ambiente sobre la conducta y bienestar del individuo.

Como se puede observar, los dos primeros modos de transacción implican la interpretación cognoscitiva o interna del individuo con base en él mismo y en la norma del grupo al que pertenece, para después de esta valoración interna actuar en su medio, ya sea favorable o desfavorablemente. Sin embargo, el ambiente también tiene un papel activo en la interacción, ya que el modo responsivo se refiere a la forma en la que el ambiente impacta al individuo o grupo, como resultado de la acción de este último.

El reto significativo de nuestros tiempos sería el de impulsar y mantener ambientes saludables, que contemplen la interacción hombre-ambiente en sus cuatro modos de transacción y que contribuyan al desarrollo local, municipal y regional. Bajo esta perspectiva, los programas de intervención ambiental deberían considerar la interacción hombre-ambiente como su objeto de cambio, y no solamente uno de los dos componentes: el comportamiento humano o la condición ambiental, ignorando que la forma y direccionalidad de las relaciones giran alrededor de un patrón dinámico (Acuña, 1991).

Así, buscar ambientes saludables implicará al menos seis aspectos prioritarios:

- **Crear programas** económicos, educativos y sociales, de uso, protección y mejoramiento ambiental que involucren en la toma de decisión a toda la población. Se hace necesario generar y apoyar programas de desarrollo en los que participe la comunidad en su diseño y ejecución, con el fin de crear condiciones que propicien el bienestar y la salud entre los individuos (Stokols, 1992, Leff, 1990). La población debe saber los beneficios que tendría de esa participación, no se trata de colmar o calmar su conciencia, sino de abrir distintos canales de consulta y de participación, para que puedan tener control de sus propias iniciativas y actividades.
- **Desarrollar estrategias** que propicien cambios en el comportamiento individual y social.
- **Impulsar la investigación y la creación de tecnología apropiada**, y no sólo su importación, que en muchas ocasiones ha mostrado un impacto negativo en el ambiente.
- **Desarrollar mecanismos de evaluación** que permitan retroalimentar el proceso de intervención en todos sus niveles, considerando a todos los usuarios involucrados.
- **Conjuntar esfuerzos** tanto de la iniciativa privada como gubernamental, incluyendo las universidades.
- **Asegurar la disponibilidad** de recursos naturales y el mantenimiento adecuado de la calidad ambiental tanto para la población actual como para las futuras.

Además, se habrá de considerar la transacción o *interacción dinámica* que existe entre individuos (aspectos biológicos y psicológicos), grupos y medio sociofísico (recursos naturales, edificios, cultura, historia, economía, educación, otros).

## PROMOCION DE ESPACIOS SALUDABLES

Es en este punto donde se fortalece el papel de la Promoción de la Salud, mediante la cual se habrá de proveer a la población de conocimiento relevante

y fomentar el desarrollo de habilidades que conduzcan a la creación y mantenimiento de ambientes y conductas favorables, impulsando la participación organizada de la sociedad y promoviendo estilos de vida saludables. Hecho que tendrá un impacto directo sobre la calidad de vida y desarrollo general de una nación.

Además habrán de retomarse las estrategias fundamentales de la Promoción de la Salud en la consecución de ambientes saludables, básicamente la educación para la salud, la comunicación educativa, la participación social y la creación de políticas públicas que favorezcan la creación de espacios saludables.

Si se considera que el ser humano siempre está en contacto con su ambiente, lo ideal es que todos los lugares en los que habita sean saludables y le proporcionen bienestar.

## DOS CASOS CONCRETOS: LA VIVIENDA Y LA ESCUELA

La vivienda es un espacio primordial que tiene diferentes valoraciones o representaciones para el hombre: significa refugio y seguridad ante factores naturales (clima, lluvia), u otras especies; provee de privacidad, identidad y comodidad; genera un sentimiento de pertenencia, tiene que ver con la historia, la tradición, la cultura de quienes la habitan; es un ambiente en donde se llevan a cabo relaciones familiares y sociales. Además, dentro de la vivienda se realizan un sinnúmero de actividades: higiene personal y de la casa, estudio, juego, descanso, preparación de alimentos, comer, vestir, dormir, ver televisión, convivir, entre otras muchas.

Hablar de salud mental dentro de la vivienda también es importante en la concepción de ambientes saludables. Si la vivienda proporciona tranquilidad, satisfacción, privacidad, intimidad, seguridad, etcétera, quienes allí viven tendrán más y mejores capacidades para desarrollarse sanamente.

En este sentido, los programas dirigidos al mejoramiento de la vivienda no sólo deberán considerar la fachada externa, las instalaciones hidráulicas y sanitarias, y algunos hábitos de higiene relacionados con el individuo y la preparación de alimentos, por ejemplo. También habrán de tomarse en cuenta las características físicas de la vivienda, las relaciones familiares que ahí se presentan, las costumbres y tradiciones del grupo social, los valores y la cultura a la que pertenecen. Todos estos elementos intervienen para hacer de la vivienda un espacio saludable.

Refiriéndonos a los espacios educativos y específicamente al entorno social, éste no sólo provee de conocimientos de manera formal, sino que también se configura de alguna manera el comportamiento de los diferentes usuarios que ahí confluyen. Es decir, existe una serie de elementos biológicos, físicos, psicológicos y sociales que influyen en el bienestar y la salud de la comunidad escolar, así como en la adopción de conductas saludables y seguras: iluminación, ventilación, ruido, mobiliario, materiales, distribución de espacios, señalización, interacción social, comunicación, seguridad, instalaciones eléctricas y sanitarias, áreas verdes, disposición de desechos, alimentos que allí se consumen, entre otros tantos factores.

Para mejorar la calidad de vida de la comunidad, también habrá de mejorarse la calidad ambiental. que en la escuela necesariamente deberá comprender aspectos arquitectónicos del edificio escolar en su conjunto, el acondicionamiento ambiental, la creación de ambientes estimulantes y acogedores, agradables para el niño y el docente, la satisfacción dentro de la escuela, su función educativa, el ideal de hombre que se desea transmitir, y en donde el modo idóneo de formación dentro de la escuela habrá de procurar que el hombre se mantenga en equilibrio y armonía con su ambiente, hecho que redundará en su salud física y mental.

La escuela, por su función y características, se convierte en un lugar idóneo para promover la salud. Es aquí donde se promueven hábitos, valores y conocimientos, que lograrán una permanencia casi infinita en la vida de un ser humano. El fomento del autocuidado, la adopción de conductas saludables y la creación de un ambiente saludable, son producto de una educación integral que nos conduce a alcanzar un ambiente individual y social, no sólo dentro de las escuelas saludables sino también en la familia y en la sociedad.

### **A MANERA DE CONCLUSION**

La conceptualización de la Promoción de la Salud ofrece alternativas de solución que buscan modificar las condiciones y los estilos de vida imperantes. Pretende el autocuidado y la responsabilidad compartida en la procuración de la salud y no sólo en la disminución de la enfermedad. Sin duda, el análisis del comportamiento humano es una clave importante para lograrlo.

La búsqueda de ambientes saludables desde la Promoción de la Salud, no sólo habrá de implicar acciones que vayan en un sólo sentido, es decir, en modificar algunos aspectos del ambiente natural o construido, como lo sería el disminuir la contaminación ambiental o el mejoramiento de las fachadas de una vivienda; es importante plantear la modificación del comportamiento pero no sólo como acciones de enseñanza-aprendizaje, sino considerando la interacción entre el

hombre, como individuo y parte de un grupo, y el ambiente sociofísico, así como su transformación con el paso del tiempo.

Cabe mencionar que este tipo de programas requieren de la colaboración intersectorial e interdisciplinaria para asegurar un mayor impacto y permanencia en las acciones; programas en donde la población participe desde su planeación, para que se apropie del proyecto y se considere como una parte importante en la búsqueda de espacios que favorezcan su salud y bienestar.



## REFERENCIAS

1. Acuña, M. (1991). *La Psicología Ambiental: Un nuevo enfoque en escenarios laborales*. Tesina para obtener el Título de Licenciado en Psicología. Documento inédito. Facultad de Psicología. UNAM.
2. Aragonés, J.I. (1990). Conservación de recursos naturales: agua, suelos y energía. En R. de Castro, J.I. Aragonés y J.A. Corraliza (eds.): *La conservación del entorno*. España: Junta de Andalucía. 69-89 pp.
3. Brañes, R. (1994). *Manual de Derecho Ambiental Mexicano*. México: FCE. 792 pp.
4. Holahan, C. J. (1994). *Psicología Ambiental, un enfoque general*. México: Limusa. 467 pp.
5. Jiménez, F. (1986). Problemas sociopsicológicos del medio urbano. En F. Jiménez y J.I. Aragonés (comps.): *Introducción a la Psicología Ambiental*. España: Alianza Editorial. 177-199 pp.
6. López, I. (1986). Efectos sociopsicológicos del ruido. En F. Jiménez y J.I. Aragonés (comps.): *Introducción a la Psicología Ambiental*. España: Alianza Editorial. 127-146 pp.
7. OPS (1986). Carta de Ottawa.
8. OPS (1988). Recomendaciones de Adelaida, Australia. Una Política en favor de la Salud.
9. OPS (1992). Dedaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud y Equidad.
10. OPS (1992). *Promoción de la Salud*. Washington D.C.: OPS.
11. Pol, E. y Morales, M. (1986). El entorno escolar desde la psicología ambiental. En F. Jiménez y J.I. Aragonés (comps.): *Introducción a la Psicología Ambiental*. España: Alianza Editorial. 284-301 pp.
12. Proshansky, H., Ittelson, W., y Rivlin, L. (1978). *Psicología Ambiental. El Hombre y su entorno físico*. México: Trillas. 875 pp.
13. Rodríguez, F. (1986). La influencia de los factores físicos ambientales. en el comportamiento. En F. Jiménez y J.I. Aragonés (comps.): *Introducción a la Psicología Ambiental*. España: Alianza Editorial. 116-125 pp.
14. Rodríguez, M. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: Editorial Síntesis. 15-51 pp.
15. Sangrador, L. (1986). El medio físico construido y la interacción social. En F. Jiménez y J.I. Aragonés (comps.): *Introducción a la Psicología Ambiental*. España: Alianza Editorial. 147-174 pp.
16. Stokols, D. (1978). Environmental Psychology. *Annual Review of Psychology*. 29, 253-295.
17. Stokols, D. (1991). Designing Health Promotive Environments. En J. Urbina, P. Ortega y Bechtel, R. (1991). *Healthy Environments*. EDRA 22 Proceedings. USA: EDRA. 3-188 pp.



## CAPITULO X

### REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

- SINTESIS\* DEL PROYECTO GANADOR  
1996 HEALTHIER COMMUNITIES AWARD  
EL CASO DE TUXTLA, ZAPOTITLAN  
PUEBLA, MEXICO -

#### RESUMEN

The Health Care Forum (Foro del cuidado de la Salud) es una organización internacional que tiene como aspiración "...crear comunidades más saludables comprometiendo a sus líderes en la construcción de nuevas visiones y modelos para el cuidado de la salud individual, organizacional y comunitaria.". Una iniciativa muy importante del Foro consiste en aportar anualmente, con el apoyo de la farmacéutica Hoechst Marion Roussel, tres premios al "...esfuerzo de las comunidades mundiales por mejorar sus condiciones de salud".

Durante tres años (1994, 1995, 1996) tres comunidades mexicanas del estado de Puebla han sido distinguidas con este premio en la categoría internacional.

Lo que a continuación se ofrece es una versión sintetizada del proyecto ganador en el año de 1996 desarrollado en Tuxtla, Zapotitlán en el Estado de Puebla, México.

Este proyecto adquiere una particular importancia ya que las condiciones de la comunidad en que se desarrolló son de extrema pobreza, entre sus importantes logros destacan: la fundación de un centro de salud que es accesible a todos los residentes, la reducción en gran parte de su rango de mortalidad infantil, y una iniciativa para dotar con agua potable a todos los habitantes.

Estos logros resaltan el papel de la reorganización de los servicios de salud desde la comunidad misma y demuestran claramente que aún en medio de circunstancias muy difíciles hay espacios para la creatividad y la Promoción de la Salud.



---

\* Síntesis realizada por el Equipo de investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, bajo la coordinación de la Mtra. Sofía del Bosque Araujo.

## INTRODUCCION:

El proyecto de Comunidades Saludables que aquí se sintetiza fue llevado a cabo en el poblado de Tuxtla Municipio de Zapotitlán de Méndez, Estado de Puebla. Las Autoridades de la localidad realizaron un informe compuesto por siete puntos en los cuales describen los métodos y estrategias desarrolladas para alcanzar las metas y objetivos fijados. Este informe sirvió de base para el presente resumen.

En primera instancia se presentan los datos generales de la localidad, posteriormente los objetivos y por último el desarrollo de los siete puntos que componen el informe.

## DATOS GENERALES:

La localidad de Tuxtla, esta regida por una Junta Auxiliar. Este poblado pertenece al Municipio de Zapotitlán de Méndez, Estado de Puebla, México; limita al norte con el Municipio de Ixtepec, al sur con San Miguel del Progreso, al oeste con Nanacatlán y al este con San Martín Ixtepec.

La extensión territorial es de 9.4 Km y la altitud de 700 Mts. sobre el nivel del mar. Cuenta con un clima predominantemente calido-húmedo con una temperatura promedio de 32° c. al año. La vía de acceso con la que cuenta la población es de terracería.

La población es de 2053 habitantes, de los cuales 1053 mujeres y 1005 hombres conforman 388 familias con 5.3 integrantes en promedio. El 90% de la población es de origen totonaco, y con alto índice de analfabetismo.

En la actualidad la población cuenta con una preprimaria, una primaria y una telesecundaria, así como con un grupo de alfabetización para adultos.

Los servicios médicos son proporcionados en una Unidad Auxiliar de Salud atendido por un médico y una enfermera pasantes de Servicio Social.

En la vegetación existente predomina el encino, el ocote, el cedro, y la caoba. Por lo que respecta a la fauna consiste en pequeños mamíferos como liebres, zorrillos, tigrillos, etc., así como aves de corral y mamíferos domésticos.

Los productos cultivados principalmente son el maíz, el frijol, el café y el chile para autoconsumo.

## OBJETIVOS:

- Identificar la problemática en materia de bienestar social, educación y salud.
- Formar Comités de Salud.
- Fomentar la participación de las Instituciones comprometidas con el proyecto.

## PUNTOS QUE INTEGRAN EL INFORME:

### 1.- PRINCIPIO PARA LA INICIATIVA DE COMUNIDADES SALUDABLES.

Definición de *Comunidad Saludable*:

*"Es aquella que lucha en forma organizada, por tratar que sus habitantes alcancen un mejor bienestar social, de educación y salud".*

*Identificación del Problema:*

El estado de salud y calidad de vida en la comunidad.

*Fijación de Metas:*

Atacar en primera instancia los problemas de salud y educación.

*Organización:*

"Se forma un grupo especial de acción, seguimiento y evaluación denominado *Comite de Salud*". Estará encabezado por el Presidente Auxiliar Municipal y con la asesoría y coordinación del personal de la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA)".

### 2.- INDICADORES CLAVES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

Los indicadores claves de salud y calidad de vida revisados fueron:

- Servicios con los que cuenta la comunidad.
- Condiciones de sus viviendas.
- Alimentación.
- Principales causas de morbilidad.
- Atención médica existente.

### 3.- PRINCIPIOS DE ORGANIZACION Y ROLES DE CADA GRUPO DE TRABAJO

Para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad fue necesaria la participación de toda la población para lo cual se formaron Comités y Grupos integrados por personas con vocación de servicio y facultades de gestión ante las autoridades pertinentes.

Se formaron doce Comités para atacar cada uno de los problemas identificados como prioritarios en la comunidad, a saber: Salud, Proconstrucción, Educación Preescolar, Educación Primaria, Educación Telesecundaria, Escuela Digna, Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA), Solidaridad, Mejoramiento Moral, Civico y Material, Agua Potable, Sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Auxiliar Municipal y Procampo.

"Este esfuerzo está representado por el Comité de Salud y la Autoridad de la Junta Auxiliar, que junto con el personal institucional de la SSA, maestros y demás comités, analizan los problemas de la comunidad, establecen prioridades y proponen soluciones para resolver estos problemas".

### 4.- RESUMEN DEL PLAN DE ACCION COMUNITARIA (3 A 5 AÑOS) PARA MEJORAR EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

Los logros obtenidos por el Plan de Acción Comunitaria para Mejorar el Estado de Salud y Calidad de Vida fueron los siguientes:

- **Abastecimiento de agua a nivel domiciliario** con un *avance del 80%*. Meta que se alcanza con la aportación de la mano de obra de la comunidad y el 20% del costo de los materiales.
- Eliminación de desechos a base de **letrinización** con una *meta alcanzada del 65%*, así como la asignación de un lugar para el depósito de basura.
- El problema de la **alimentación** se atiende con la venta de leche a bajo precio a través de la agencia: Leche Industrializada, de la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (LICONSA), la adquisición de un molino de nixtamal y una maquina tortilladora con fondos municipales; dotación de despensas y semillas para sembrar hortalizas a familias de escasos recursos por parte del DIF; se gestionaron 24 becas mensuales de Solidaridad de \$125.00 y una despensa al mes a niños que cursan la primaria.
- **Educación:** se contruyeron 4 aulas para jardín de niños, se amplió con 6 aulas la primaria y 3 aulas la telesecundaria. Se solicito ante el INEA la capacitación de promotores capacitadores para la educación de adultos y analfabetas.

Algunos proyectos a futuro son:

- Solicitar el equipo necesario para la Unidad de salud
- Construir otro tanque de almacenamiento de agua y organizar su distribución domiciliaria.
- Construir drenaje y pavimentar las calles.
- Techar la escuela primaria con loza de concreto y crear areas recreativas.

#### 5.- COMO EL PLAN ACOGE INDIVIDUOS, ORGANIZACIONES Y COALISIONES CONTABLES PARA ALCANZAR LAS METAS DESEADAS.

"Debido a que el desarrollo de una comunidad es tarea social que requiere de decisión, colaboración, esfuerzo y organización, consideramos que la participación de cada uno de los habitantes de la población influye en los logros que podamos alcanzar".

Las distintas Instituciones que apoyan los proyectos lo hacen respetando las organizaciones creadas por la comunidad.

Por lo que respecta a la comunidad, ésta siempre acude a los llamados de sus dirigentes para analizar, opinar y tomar acuerdos colectivos a los proyectos presentados.

#### 6.- COMO LAS ACCIONES LLEVADAS A CABO PUEDEN SER SOSTENIDAS EN EL FUTURO.

Los puntos que se deben considerar para la continuidad de las acciones son las siguientes:

- El respeto de la instituciones y autoridades a las opiniones de la propia localidad.
- Gestionar los proyectos con anticipación ante las autoridades o las instituciones pertinentes.
- Aportación de mano de obra y materiales de la región por parte de la comunidad.
- El dominio del dialecto hablado en la comunidad por parte de los dirigentes para establecer una comunicación eficiente y promover la participación ciudadana.
- La renovación de los Comités al vencimiento de sus periodos comprendidos de 2 años.

## 7.- DOS INICIATIVAS INNOVADORAS Y COMO PUEDEN SER REPLICADAS EN OTRAS COMUNIDADES.

Primera: La *construcción de la Casa de la Salud* con aportaciones del gobierno federal; la mano de obra y un porcentaje del material, incluyendo el necesario para su ampliación, será puesto por la comunidad, misma que se encargará de su mantenimiento continuo. "El logro de éste servicio ha permitido abatir un poco el índice de mortalidad, sobre todo en niños menores de 5 años, según datos del registro civil".

Segunda: El tendido de la *red de distribución de agua potable* a nivel domiciliario con las mismas características de aportación que la primera iniciativa. Con esta obra se pretende disminuir las enfermedades diarreicas que afectan a la población.



## CAPITULO XI

### PARTICIPACION SOCIAL: LA ESENCIA DE UNA VIDA SOCIAL SALUTOGENA

SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO\*

"BUENO; AHORA QUE YA NOS HEMOS VISTO EL  
UNO AL OTRO -DIJO EL UNICORNIO-, SI TU CREES  
EN MI, YO CREERE EN TI. ¿ACEPTADO?"

LEWIS CARROL

POR LA PARTICIPACION, "...LA LIBERTAD...SE  
DESARROLLA EN SU REALIDAD HUMANA MAS  
PROFUNDA: COMPROMETERSE Y AFANARSE EN  
SOLIDARIDADES ACTIVAS Y VIVIDAS."

JUAN PABLO II

---

\* Coordinadora de Investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Coordinadora del Curso-Taller Promoción, Comunicación y Marketing en Salud CIESS/OPS.

## RESUMEN

PARTICIPAR es tener parte, es INTERVENIR. Significa contribuir de algún modo a que suceda algo.

La participación ha sido un tema inquietante siempre. Su estudio ha sido objeto de muchas disciplinas y, con todo, parece inagotable puesto que su origen y su mecanismo desencadenante siguen teniendo facetas aún enigmáticas.

¿Se participa por influjo de un líder carismático, por convencionalismo social, por imposición derivada de un sistema político, por estilo gerencial de "involucramiento" del personal, por imitación, por contagio de masas? *¿Por qué se participa?*

Como proceso histórico-social, la participación es un fenómeno indispensable para la vida; sin el concurso de las cualidades de muchos hombres la supervivencia habría sido imposible. Puede decirse que la participación surge de la experiencia misma del individuo acerca de sus propios límites, y de la necesaria complementariedad de la acción de los otros; adquiere sentido entonces la participación como necesidad radical del individuo y como intervención de impacto variable sobre los demás.

La participación se hace evidente en comportamientos observables de los diversos actores que integran una comunidad. En este sentido, la participación adquiere su carácter más complejo por la dimensión pública de las instituciones y porque la actividad corporada de las mismas no anula la responsabilidad personal, ni se pierde con ella el efecto de las acciones de nivel individual. Por el contrario, la acción individual se ve dotada de un potencial mayor: el que le imprime el fenómeno de "la unión", la socialización y la legitimación pública. *La participación, entonces, se vuelve cultura, política, y estrategia.*

La participación se explica como un acto voluntario derivado de la facultad de las personas para *comprometerse libremente* con una ideología, con un estilo de vida, con un patrón de valores, en fin, con el diseño del futuro que está a su alcance. Este es el sentido plenamente humano de la participación.

LA PARTICIPACIÓN ES UNA RESPUESTA LIBRE Y VOLUNTARIA DE INTERVENCIÓN sobre las circunstancias y las opciones que ofrece la vida natural y social.

Por último, la ética revela la dimensión moral de la participación: su contenido de bondad, su intencionalidad, su finalidad. El discernimiento ético permite ver la participación a la luz de los mínimos y máximos de bienestar que ofrece una sociedad y, por tanto, permite juzgarla en tanto que *experiencia de responsabilidad solidaria*.

El fin y razón de ser de la PROMOCION DE LA SALUD es cargar la balanza hacia el lado positivo y, en ello, la *participación* constituye *el alma* de la promoción de la salud. Tal es así que puede decirse que:



**El grado de salud de una población entre otras cosas, es directamente proporcional a su grado de participación.**

La búsqueda de la salud es uno de los fines más nobles del actuar humano por lo que, en teoría, resulta fácil imaginar a la población trabajando en tareas de salud pública. La realidad, sin embargo, dista mucho de esta postura imaginaria; en la vida cotidiana individual y colectiva la salud pública no ha sido suficientemente comprendida y no se han encontrado -la población misma no ha encontrado- canales adecuados de intervención por los cuales el valor que le conceden los individuos y las organizaciones a la salud se traduzca en condiciones de vida más saludables.

*Mecanismos de convivencia y respuesta organizada*, tales como los "sistemas sociales de referencia", las "redes sociales de apoyo", los grupos o "clubes de autoayuda", o los "sistemas de intermediación" resultan *estrategias importantes a considerar en la cruzada por la participación*. Su descubrimiento abrió un campo insospechado para la explicación de muchos fenómenos sociales, y su estudio en relación con la promoción de la salud promete una mejor fundamentación de las intervenciones organizadas, como los Municipios Saludables.

Estos mecanismos *significan experiencias de responsabilidad solidaria* en razón de las energías de apoyo que logran concentrar. De este modo, sus objetivos y los vínculos que generan para alcanzarlos implican ya la presencia de un patrón de "mínimos" y "máximos" de bienestar posibles. Pero, sobre todo, significan un conocimiento acumulado acerca del *concurso de voluntades públicas y privadas, indispensable en la promoción de la salud*. Por ello su fortalecimiento puede repercutir favorablemente en el establecimiento de parámetros de salud y en la movilización de recursos.

La participación social en el campo de la salud sigue siendo uno de los retos más importantes para alcanzar las metas marcadas de *equidad, acceso universal a los servicios y democratización de los procesos decisorios*.

**En definitiva, interesa el desarrollo de todas las potencialidades individuales -como condición esencial-, y el compromiso de todas las voluntades -como consecuencia- para elevar el nivel de salud de la población.**

El *marco de referencia* exige iniciativas públicas orientadas hacia la justicia conmutativa y distributiva. El *proceso*, un *continuum* permanente entre reflexión y responsabilidad creciente, apoyado con episodios motivacionales. El *fruto*, el *empoderamiento* ante condiciones que amenazan o fomentan la salud. Y el *producto histórico*, la creación, desde el seno mismo de la cultura, de estilos de vida más saludables: una cultura saludable verdadera.

El énfasis aquí apunta hacia el proceso (del cual se presenta un modelo general), puesto que una fuerte convicción sustenta su disertación.

## DESARROLLO

Algunos principios guían este ensayo:

- La participación es trabajo.
- La participación tiene como valor intrínseco la esperanza.
- La Participación se Realiza en 2 Dimensiones: Testimonial y Solidaria.
- La Participación es Justicia: Justicia distributiva y justicia conmutativa.
- La Participación se materializa en compromisos específicos y se instrumenta mediante relaciones concretas.
- La Participación es cultura.
- La Participación, hoy, exige un hombre nuevo.

**PARTICIPAR.**- (del latín *participare*) etimológicamente significa tener una parte en una cosa, tocarle algo de ella, o entrar con otros a la parte en la distribución de ella.<sup>(1)</sup>

Como **PARTICIPIO PASIVO**, este verbo se aplica al que inconcientemente e involuntariamente participa pero "como **ADJETIVO** del hacer de los demás". Esta fuerte connotación da pie para describir la *actitud "inerte"* de muchas *personas que sin querer responsabilizarse de los resultados directos de alguna acción creen firmemente que su indiferencia no afecta a nadie*<sup>(2)</sup>. Por decirlo a manera de parábola, no se dan cuenta de los círculos concéntricos que produce una piedra al caer en el agua. En efecto, *su comportamiento aparentemente inocuo es en realidad como una pedrada de insociabilidad* que a la percepción de la comunidad produce más indiferencia, más coraje, y sentimientos de impotencia y resentimiento social.

Como **PARTICIPIO ACTIVO**, en cambio, se refiere al "...que por sus acciones más que expresar las ideas y pasiones de otros, es su ejecutor, intelectual o real". Los que caen bajo esta definición se reconocen por su *disponibilidad de apoyo*, su comprensión de las situaciones por la que atraviesa una comunidad y, fundamentalmente, *por sus hechos más que por sus intenciones*. Estos son los verdaderos **PARTICIPANTES**.<sup>(3)</sup>

¿Qué hace que una persona participe pasivamente en lugar de activamente? o ¿cuál es el origen del tránsito entre una y otra forma de participar?

La participación está relacionada con múltiples factores: entre otros la selección de "actores sociales relevantes", la instrumentación de procesos de cogestión, la "construcción de actores protagónicos" la búsqueda de "escenarios" que potencialicen la acción social, el intercambio de beneficios, sobre todo de tipo material o económico; la propuesta de objetivos atractivos,

la planeación ordenada y racional de apoyos para el bienestar, y, a nivel estructural, la mayor o menor intervención del Estado, la acción espontánea de "la gente".

*El proceso que va de la participación activa a la indiferencia* ha tratado de explicarse con múltiples argumentos: experiencias negativas que motivan la disolución de grupos que parecían estar fuertemente unidos; *promesas incumplidas* que conducen a la incredulidad y a la falta de confianza; o, en casos más extremos, la presencia de *altos niveles de represión* que amedrentan y diluyen el espíritu de unión y colaboración. Uno de los argumentos más trillados es "*la exclusión de las personas en los asuntos que les afectan*", es decir, el que "no se toma en cuenta la opinión de la gente".

Estos razonamientos, sin embargo, son apenas satisfactorios pues ante condiciones adversas similares, se dan también procesos opuestos, esto es, *trayectos de la indiferencia o la "tibia intervención" a la participación* apasionada. Aquí cabe preguntar ¿por qué la participación "se crece" en ocasiones en que parece no haber ni motivos ni circunstancias que lo ameriten?; ¿cómo, a pesar de muchas desilusiones, algunos hombres siguen sus ideales hasta la muerte y arrastran hacia sus metas a grandes masas de gente?; ¿por qué sortilegio participativo, en la historia de los pueblos un tema recurrente -la discriminación racial, por ejemplo- pasa del compromiso tenue de un grupo inquieto a la agenda pública de la generación siguiente?

En este caso, las explicaciones más frecuentes aluden a la *búsqueda de poder*, a la *voluntad política* -como si pudiera desarraigarse de la participación social-, al *fanatismo*, a la *manipulación* o, incluso, a la *sugestión colectiva*. En el fondo, parece que ni el comportamiento participativo, ni el renuente, y mucho menos el tránsito entre uno y otro han alcanzado a comprenderse a partir de los supuestos apuntados, tal vez porque se trata de formulaciones circunstanciales.

Otras perspectivas, proponen que *la participación procede de la esencia misma del compromiso humano*, esto es, de su *facultad de autodonación*, de su necesidad de *codependencia*, de su capacidad de *transformación de la realidad*, de su experiencia (memoria histórica individual y social) en *responder libre y voluntariamente* en asuntos de orden público, y de su *esperanza en un mejor mañana*. Desde ahí se intenta explicarla para desde ahí fomentarla.

## LA PARTICIPACION ES TRABAJO

Los procesos de participación más "taquilleros" hoy en día ofrecen dinámicas grupales de reflexión y de autoconocimiento individual que pretenden

configurar paulatinamente una conciencia de lo que significa existir y vivir a expensas de los bienes de la naturaleza.

Actualmente se ofrecen cursos, seminarios, conferencias, talleres, de diversa índole, sobre todo con enfoque ecologista, que tienen como fin principal elevar el nivel de la salud mediante la adquisición de una conciencia naturalista y convivencial.

Pero la participación derivada de esta lógica no basta, como tampoco han surtido el efecto deseado muchos procesos gubernamentales y diversas iniciativas del sector no gubernamental.

La salud pública continúa siendo para la mayoría de la gente un bien anhelado por todos pero "producto" de nadie, y es que la verdadera dimensión participativa -individual y pública- de la salud no ha sido bien comprendida, sobre todo en términos de la energía que supone su conservación y su mejoría. Esta energía es nuestra participación entregada como trabajo; sí, como *trabajo*.

"...se puede definir el trabajo como *actividad humana que transforma directa o indirectamente lo externo (el cosmos en general), y por la cual el hombre se transforma y se perfecciona a sí mismo en tanto que ser individual y social.*"<sup>(4)</sup> Puede considerarse a la *salud* como el *ámbito que queremos transformar* y a la *participación* como la *fuerza transformadora* de la salud y del promotor mismo.

Ante esta relación *ámbito-salud/participación-actividad transformadora*, aparentemente obvia, aparece la dificultad que implica el hablar de la participación como trabajo: "*que la persona experimente el ámbito como propio*".<sup>(5)</sup> Dicho de una manera coloquial, que el promotor de la salud pueda expresar el cumplimiento de una meta -por ejemplo de vacunación- diciendo *hemos* logrado un 20% más de cobertura.

Esa distancia que media entre la consideración impersonal de los hechos y la expresión que involucra al individuo es gran reto de la participación, pues más allá de cualquier remuneración material a cambio del esfuerzo invertido se trata de la *realización del hombre a través de su actividad transformadora*; la realización del trabajador de la salud en la experiencia misma de alcanzar la salud del público.

¿Cómo conseguir este nivel participativo? Una respuesta salta a la vista: la conciencia del hombre como un *ser inacabado* cuyo desarrollo y perfeccionamiento se da en el ejercicio de su actividad transformadora; en el ejercicio de su trabajo.

Si la participación que se requiere es una participación autónoma, constante, dinámica y con espíritu solidario, cívico y responsable, tal participación surgirá sólo de aquellas iniciativas en que los sujetos adquieran *conciencia plena de su condición inacabada y del significado de su trabajo como medio de autorealización*.

Podemos concluir que si comprendiéramos a cabalidad el valor de nuestro trabajo participaríamos incansablemente en la construcción de mejores formas de vida y no demoraríamos en comprometer y orientar todos nuestros esfuerzos en el logro de metas tan grandiosas como la de la salud, pues "...se existe tanto más personalmente... cuanto más y mejor sirve lo que uno produce".<sup>(6)</sup>

Trabajar para la salud significa ofrecer uno de los servicios más nobles, por lo que en él cuanto más y mejor se sirva, la persona más y mejor se realizará.

Una mención final desde el punto de vista económico resulta obligada ya que el trabajo enfrenta la crisis más grande de su historia: ¿acaso la de su desaparición...?

La '*revolución tecnológica*' en la computación, la digitalización, la robotización y las telecomunicaciones, ha derivado en lo que algunos llaman la "*decadencia de lo que hasta ahora entendíamos por trabajo*"<sup>(7)</sup> y que otros caracterizan por un proceso que va "de la explotación a la exclusión y de la exclusión a la eliminación" de los seres humanos en todos los sectores económicos.<sup>(8)</sup>

Al margen de las posiciones "sin salida" o ultra-realistas de algunos intelectuales, otros consideran que *esta circunstancia sociolaboral da pie a la reconstrucción de la vida civil y a la reconsideración del trabajo como servicio a la comunidad*.

"Si...los trabajadores se beneficiasen de los incrementos en la productividad, con menores jornadas laborales e ingresos adecuados, la consecuencia será la disponibilidad de mayor tiempo libre [que] podría ser empleado para reafirmar los lazos entre los diferentes miembros de la comunidad y rejuvenecer el legado democrático".<sup>(9)</sup>

Así pues, hoy como nunca antes, el volumen de desempleados, sus causas y sus consecuencias nos obligan a rescatar el valor trascendental del trabajo entendido como forma de autorealización personal en la realización social. "Si lo que la persona da -y en lo cual la persona también se da- no sirve para nada ni para nadie, la persona tiende a extinguirse en el ámbito económico, porque tampoco sirve para ella misma".<sup>(10)</sup>

Participar-trabajar para la salud puede considerarse hoy por hoy una verdadera oportunidad existencial pero, en el entorno económico, el trabajador ha de verse no sólo a sí mismo como un ser inacabado, sino también ver inacabados a los demás y ver su semejante necesidad de autorealización por la realización social.

Consciente de sí y de los demás en una convivencia económica y de sobrevivencia histórica, y consciente de que existen cambios importantes en el sistema sociolaboral, el trabajador (el miembro de toda comunidad) deberá hacer uso del '*trinomio*' *organización-información-comunicación*, para *discernir acerca de su hacer*. Al tiempo, los funcionarios del sistema sociolaboral deberán poner al servicio de los trabajadores todo el conocimiento posible en el uso de tal '*trinomio*', ya que entre ambos todos los intervinientes en los procesos de la salud podrán discernir y *saber qué es lo que pueden más y mejor hacer*. Esta apertura respecto del '*trabajo*' tiene un altísimo contenido de responsabilidad.

### LA PARTICIPACION TIENE COMO VALOR INTRINSECO LA ESPERANZA.

Una causa fundamental de incompreensión hacia la participación estriba en la limitación del hombre para ver la trascendencia de sus acciones; de su *trabajo*. El rango de visión que el hombre tiene respecto de los efectos de su esfuerzo es tan insignificante en relación con la historia humana que, en el fondo, esta "poquedad" lo agota, lo desanima y le desdignifica su participación.

La depresión y la amargura son acompañantes asiduos de la participación pasiva, esto es, de la vida sin entusiasmo y sin compromiso. Por el contrario, la participación dinámica y efectiva esta llena de poder de deliberación, de sano juicio y de esperanza en que los objetivos propuestos podrán alcanzarse.

Por ello es que aquí decimos que el *valor intrínseco de la participación es la esperanza*; esperanza en que el esfuerzo participativo se proyecta en un mejor estado comunitario y por él, otra vez, en nuevos procesos de autorrealización.

Pocos hablan desde esta perspectiva, es cierto, pero los que acuden asiduamente a clínicas de control del stress, los adictos a drogas variadas, los suicidas en potencia, y otros "antisociales", también son miembros de la comunidad; individuos que tenemos que "articular" y fuerza de trabajo que no podemos desaprovechar.

Estos individuos y su representación numérica creciente son muestra de la *necesidad social que existe de recobrar la esperanza*.

Así pues, a la luz de la esperanza *el trabajo* adquiere un sentido trascendente, esto es, regenerador -en una dimensión ético-jurídica; se le ve como "*actividad humana que transforma... lo externo..., y por la cual el hombre se transforma y perfecciona a sí mismo en tanto que ser individual y social*".<sup>(11)</sup>

A la luz de la esperanza el hombre, que no puede calcular el efecto histórico de su intervención si puede saber, con suficiente aproximación qué es lo que sirve más y mejor de entre lo que está en sus manos hacer y, de acuerdo a ello, si puede fundamentar sus proyectos y sus decisiones.<sup>(12)</sup> *A la luz de la esperanza el hombre puede encontrar su realización por la participación.*

### LA PARTICIPACION SE REALIZA EN DOS DIMENSIONES: TESTIMONIAL Y SOLIDARIA

En la dimensión personal, *la participación es acto libre y voluntario*; es testimonio. En la dimensión social, *es respuesta más que propuesta: es responsabilidad solidaria*.

Con frecuencia se escucha que la indiferencia o la pasividad derivan de programas e iniciativas incongruentes con las necesidades, los deseos o las prioridades de la población. Hoy se reconoce que en muchas propuestas "Se consideró que la población no podía o no tenía elementos para participar en la elaboración de políticas sectoriales, la planificación de acciones o el control y evaluación de las actividades"<sup>(13)</sup> Así mismo, se acepta que hubo "manipulación... para extender cobertura...", que la población "fue llamada a participar según necesidades y problemas identificados por la institución...; que se organizó a la comunidad según lo objetivos del programa [y] se excluyó en los momentos de la problematización y de las propuestas de solución."<sup>(14)</sup>

Estas experiencias, aparentemente desafortunadas, enseñan que el ser humano se comporta de manera más racional de lo que parecería, y que aún cuando se incorpore inicialmente por impresiones emocionales en alguna acción organizada, su compromiso progresa en razón directa de los resultados que avizora así como de la capacidad de elección que tenga -por cierto, cada día más amplia y significativa *socialmente*-.

Se acude ante el estímulo de un llamado atractivo: una *propuesta*; pero sólo se participa cuando se reconoce válida -racionalmente procesada- la propuesta: *respuesta*. Entonces, el ser humano toma una *decisión libre y voluntaria* de trabajar en un proyecto que precisa de su acción puesto que a su juicio tal

proyecto aparece como *respuesta lógica* a las necesidades, deseos, aspiraciones y prioridades que él, como probablemente muchos más, aprecia.

Los procesos que buscan la participación con justificaciones rebuscadas para convencer a la gente que su colaboración es necesaria, generalmene fracasan o consiguen una participación transitoria y parcial.

La búsqueda estratégica de la participación apunta hacia la **RAZON** como único elemento sustentable de la decisión personal, y hacia la **RESPONSABILIDAD**, como único argumento de apoyo a la acción colectivamente organizada.

*Razón*, porque sólo el entendimiento pleno de la existencia, de las circunstancias en las que se vive y del poder que posee el hombre para modificarlas da lugar a la acción deliberada y voluntaria; *responsabilidad*, porque "la única columna vertebral genuina de todas nuestras acciones, si van a ser morales, es la responsabilidad".<sup>(13)</sup>

Parafraseando una vez más, la participación es, en la dimensión personal, un *acto libre y voluntario* sustentado en la *razón* de ser en la vida política donde se realiza de modo serio la verdadera autonomía de los individuos,<sup>(16)</sup> y es, en la dimensión social: respuesta, esto es, *responsabilidad solidaria* porque en el contexto de la vida pública, la participación auténtica es "una opción por asumir responsabilidades y no sólo por defender derechos".<sup>(17)</sup>

De lo anterior se deriva que la participación se realiza, en primera instancia, como *testimonio* porque la primera forma de proyección es la ejemplar, es decir, la que se ofrece con la propia imagen, con la sola presencia, en el actuar cotidiano por el que el individuo se hace participante. Y se realiza, en seguida, como *comunidad participativa de derechos y obligaciones* porque el actuar solidario del hombre es capaz de *hacer coincidir progresivamente los intereses individuales y los de la colectividad* y de hacer efectiva así una convivencia pacífica entre el exigir y el dar. *Construir acaso un verdadero Estado de derecho.*

## LA PARTICIPACION ES JUSTICIA: DISTRIBUTIVA Y CONMUTATIVA.

En términos generales se entiende por justicia el "orden de proporción que deben guardar los hombres en sus mutuas relaciones" y "la medida de dar y exigir".<sup>(18)</sup>



¿Qué se da y qué se exige? Ya desde la constitución del Derecho Romano se consideraba que el dar y el exigir se refería, de entrada, a todo aquello que reclama en cantidad y en calidad de relación la vida del género humano, de donde se desprende claramente que *la participación, en el contexto de la salud pública, reclama 'tener parte' -léase acceso- a aquellos servicios que garantizan la reproducción de la vida.*

Del mismo modo, reclama la participación aquello que la autoridad pública *debe* a los individuos en razón de su rol de ciudadanos.

La sola ciudadanía concede un 'tener parte' en *todas* las operaciones e instancias conducentes al bien común. Reclama así la participación el derecho de los individuos a ser sujetos de responsabilidad solidaria; a ser comunidad.

En su *sentido cuantitativo*, la justicia encara la *distribución de los bienes*. Esta es la *justicia distributiva* por la que *participar* significa *exigir* unos *mínimos* -de salud en nuestro caso- y el *acceso a los recursos* que ello implica.

*El sentido cualitativo* de la justicia, de manera complementaria, se refiere a las *relaciones entre las partes* que integran la sociedad civil: los individuos, los diversos sectores y agrupaciones, y el Estado. Aquí, la *justicia* se hace *conmutativa* en tanto que la sociedad en su conjunto transfiere a los diversos actores sociales *derechos y dominios de autoridad en función del rol que a cada uno compete*. Adquiere entonces sentido prioritario el dar, en tanto que *invitación al mayor bienestar deseado* cuyo contenido real son los *máximos* de salud alcanzables.

LA PARTICIPACION, VISTA BAJO EL LENTE DE LA JUSTICIA ADQUIERE SENTIDO PLENO YA QUE REPRESENTA PARA LA POBLACION CIVIL SU "EMPODERAMIENTO".

Este concepto, cabe aclarar, en su connotación latinoamericana es mucho más que la adquisición de mayor espacio y peso público; denota el valor moral de la autoridad por el que *al poder concedido corresponde una disposición de servicio cuantitativa y cualitativamente simétrica*.

Cuando individuos, sectores sociales y Estado asumen el rol que les compete con responsabilidad solidaria, la población civil se *"empodera"* y se constituye una verdadera comunidad participativa.

Tal rol y modo responsable es:

- Los individuos adquieren el *hábito de la justicia* en tanto que virtud, es decir, libre y voluntariamente se obligan a sí mismos a dar de manera constante a cada cual lo que le pertenece y a vivir en armonía con los demás.

En otros términos, desarrollan "*la capacidad de deliberar y decidir según intereses comunes*".<sup>(19)</sup>

- Los sectores sociales optan por *intereses generalizables*, es decir, por aquellos que les *garantiza una interrelación armónica* con el resto de la sociedad.

Tal opción por la armonía les hace posible aplicar "*lo positivo del participacionismo, es decir, la irrenunciable noción de autonomía...*", su propia legitimidad y permanencia.<sup>(20)</sup>

- *El Estado*, lejos de confundirse en él lo público y lo político, se reconoce como *interlocutor necesario, catalizador y elemento de equilibrio* entre los diversos intereses que surgen en el ámbito social, en nuestro caso en el ámbito de la salud, desde el potencial del universalismo y la solidaridad que encierra la sociedad civil.<sup>(21)</sup>

Con base en esta caracterización de los diversos actores sociales, *la comunidad emerge como verdadero ambiente de correspondencia natural entre derechos y obligaciones* en todos los planos de la vida, y como atmósfera auténtica para la supervivencia, la convivencia y el bienestar.

**LA PARTICIPACION SE MATERIALIZA  
EN COMPROMISOS ESPECIFICOS  
Y SE INSTRUMENTA MEDIANTE  
RELACIONES CONCRETAS.**

La dimensión personal y la dimensión social de la participación, como hemos dicho, son un binomio indivisible.

Una forma esquemática de apreciar la correspondencia que existe entre ambas esferas aparece en el cuadro siguiente:

## CORRELACION PARTICIPATIVA ENTRE LOS PLANOS INDIVIDUAL Y SOCIAL

DIMENSION INDIVIDUAL	DIMENSION SOCIAL
<b>RAZON</b> Autorrealización (crecimiento personal -Trabajo-)	<b>DISPOSICION</b> Heterorrealización (transformación social -Trabajo-)
Decisión libre y voluntaria	Responsabilidad solidaria
<b>TESTIMONIO</b> Vida Generosa (referencia ética)	<b>INTERVENCION PUBLICA</b> Vida Democrática (contexto ético-jurídico)
<b>JUSTICIA DISTRIBUTIVA</b> -Autodeterminación- (preferente, no exclusivamente personal)	<b>JUSTICIA CONMUTATIVA</b> -Empoderamiento- (preponderante, no exclusivamente colectiva)
<b>COMPROMISOS/RELACIONES</b> Mínimos de salud, por obligación; Máximos de salud, por invitación - Construcción de canales sociales de intervención -	
<b>CULTURA</b> -VALORES, Tradiciones, Instituciones, HABITOS: "Donde hay razón, hay disposición" - Comunidad participativa -	

*El proceso de autorrealización personal aplicado al bien común da lugar a la justicia distributiva. Esta, a nivel individual consiste en un sano juicio moral que autolimita el ímpetu de acaparamiento y propicia la justa distribución de los bienes. El testimonio es una proyección viviente del nivel de autorrealización.*

La heterorrealización por la que el hombre transforma la realidad circundante es siempre reflejo del proyecto de vida que se tiene a nivel personal; si está imbuido de *responsabilidad solidaria desemboca en un proceso social de justicia conmutativa* por el cual se hace posible el "empoderamiento" fundamental de los procesos participativos. *Una comunidad participativa es una comunidad empoderada* y lo es, porque sus miembros son auténticos realizadores de sí mismos y de la realidad.

Pero la intersección entre estas dos dimensiones no es etérea. Se materializa mediante compromisos específicos y se instrumenta mediante relaciones concretas.

Una palabra "clave" en la participación es *compromiso*. Este concepto y acto pone en relación todos los elementos mencionados y los dinamiza creando así un proceso participativo que comienza con la activación de la facultad de

comprensión de los hechos y finaliza con el *empeño* de la voluntad política y privada por intervenir en ellos *hasta* lograr su modificación.

El compromiso es el mecanismo por el cual el sentido de autorrealización y la energía invertida en favor del bien común se convierte en *experiencia participativa*. El compromiso es el mecanismo que hace posible la expresión *HEMOS*.

Los dos *compromisos esenciales* de la participación en el campo de la promoción de la salud son: la *consecución de aquellos mínimos de atención que garanticen la satisfacción de las necesidades más apremiantes, y la búsqueda de aquellos máximos de salud que se ajusten a los principios universalmente aceptados de equidad y democracia*.

Otros *mecanismos de fortalecimiento* al compromiso son necesarios: mecanismos de integración social, de distribución de roles y tareas, de regulación y administración, en fin, de socialización.

Tales mecanismos *varían en el tiempo y en el espacio* en la medida en que las sociedades se distinguen unas de otras y se articulan entre sí, de donde resulta *absurdo tratar de imponer algunos como patrones de éxito*. La dinámica propia de las sociedades construye, modifica y sustituye permanentemente mecanismos de socialización, y la mejor forma de fortalecer el compromiso hacia la salud es integrar los razonamientos y valores de autorrealización a las formas de organización natural. De este modo se legitima el trabajo por la salud y sus nobles objetivos.

Ejemplos de estos mecanismos de participación son los "sistemas sociales de referencia" que han rendido grandes beneficios participativos en la fenomenología migratoria,<sup>(22)</sup> y las "redes sociales de apoyo", cuyo estudio ya se ha abordado respecto de la salud -en esta publicación se incluye un artículo específico del tema-.<sup>(23)</sup> El estudio de estos mecanismos toma mayor importancia cada día por las "energías de solidaridad" que logran acumular, y para los interesados en lograr *una participación solidaria en el campo de la salud es tema obligado*.

El argumento de fondo estriba en que *todo compromiso se contrae y se instrumenta en relaciones concretas: relaciones interpersonales, institucionales o macrosociales*, pero siempre relaciones sociales que caracterizan y legitiman los compromisos. Por ello, la búsqueda y conocimiento de las respuestas naturales de la población es la forma, quizás no mas breve, pero sí mas segura de construir canales adecuados de participación en salud, desde la estructura social misma.

## LA PARTICIPACION ES CULTURA.

Tradicionalmente, cultura es todo aquello que el hombre aprende por el hecho de vivir en sociedad, que transmite generacionalmente y que le da sentido a su comportamiento.<sup>(24)</sup>

"Todo aquello..." comprende ideas, tradiciones, instituciones y artículos materiales que de acuerdo a un proceso de adaptación los grupos humanos generan y desarrollan.

La expresión "...que el hombre aprende por el hecho de vivir en sociedad..." acusa un proceso socializador, en el que adquieren primacía: un *episodio de entrega de conocimientos y experiencias*; un momento de *reflexión y adaptación* de los contenidos a circunstancias específicas, esto es, un *descubrimiento de nuevos significados*, y el real aprendizaje o *puesta en práctica* del paquete ideológico y conductual entregado. Esta última fase es la que se percibe en forma de *hábitos*.

Finalmente, el poder de transmisión que se le ha adjudicado a la cultura denuncia una infinidad de procesos de comunicación por los que el individuo entronca con el grupo social al que pertenece, por los que se adjudican valores, y por los que estos valores se legitiman, se institucionalizan y se legalizan; en fin, se *adhieren* al hombre de un tiempo y un espacio determinado hasta caracterizarlo a él mismo, su generador.

La transmisión de la cultura cristaliza en el comportamiento *habitual*, siendo este comportamiento el que define y distingue las culturas.

En síntesis, es por la cultura que el hombre se hace hombre social, es decir, hombre con valores, hombre de normas y hombre de hábitos, y es por la cultura que adquiere sentido el comportamiento. *El hombre de cultura es el hombre que aparece con nombre y apellido, con lenguaje, con tradiciones y con un estilo de vida saludable o insalubre...; ...y este es el hombre que interesa convertir en auténtico participante...*

Ahora bien, así como el compromiso hace efectiva la experiencia participativa, la *cultura* es la unidad lógica y real entre la dimensión personal y la societal. En la cultura el hombre se realiza y por la cultura la sociedad evoluciona, porque en la cultura, y por ella, adquieren sentido las necesidades y las respuestas organizadas socialmente; organizadas desde la libertad.

¿Por qué desde la libertad?, porque *"Cultura se considera todo lo que no es producto espontáneo de la naturaleza, y dado que el hombre no se produce espontáneamente en la naturaleza en tanto que humano, y dado*

*que lo que la humanidad necesita para realizarse tampoco lo produce espontáneamente la naturaleza, hay que producirlo desde el otro factor que no es la naturaleza física (el cosmos material), y que es la libertad del hombre.*<sup>(25)</sup>

En la salud interesa una *cultura participativa* y, de acuerdo con lo expuesto hasta aquí, tal cultura *habrá de integrarse con valores, tradiciones, instituciones y hábitos participativos*, desde la libertad, esto es, que fundamenten y dispongan a la realización por la participación.

¿Que valores?.- Básicamente dos: el de la *libertad* como facultad de autodonación al servicio del bien común -la salud-, y el de la *responsabilidad* como capacidad de satisfacer las necesidades de manera organizada -*la Promoción de la Salud*-.

¿Qué tradiciones?.- El del *comportamiento generoso y autolimitativo* como recuperación del sentido de la ley moral -promover la salud con el propio testimonio-, y el de la *intervención pública ético-jurídica* como manifestación de vida democrática y eje de la vida comunitaria .

¿Qué instituciones?.- La de la legítima y garantizada *autodeterminación y autogestión*, y la de la auténtica y real autoridad para tomar decisiones públicas -*el Empoderamiento*-.

¿Qué hábitos?.- La búsqueda incansable de los *mínimos* de justicia y los *máximos* de bienestar, y la búsqueda permanente de canales y modalidades de intervención.

La adquisición de los valores, tradiciones, instituciones y hábitos antes mencionados no es cuestión fácil. Por ello se han buscado todos los apoyos que puedan encontrarse. Fincados en que la emergencia, la transmisión y la transformación cultural se traducen en múltiples procesos de comunicación, *las estrategias promocionales han aplicado al campo de la salud variadas técnicas de mercadotecnia, comunicación y publicidad*.

Entre estas técnicas las utilizadas con mas frecuencia son las de tipo *motivacional*. El fruto, cuando han sido aplicadas con rigor profesional y acercamiento a la realidad ha sido grande, expresado a nivel individual por un deseo profundo de *autorrealización en la participación*, un notorio ímpetu de *compromiso*, y la adquisición de hábitos y habilidades convivenciales entre las que destaca desde luego la *apertura a optar por "intereses generalizables"*

En el plano social, predominan tres frutos derivados del uso de las técnicas motivacionales: un campo insospechado de *nuevas posibilidades* y planes de trabajo; una *gran disposición de los sectores públicos* hacia el *pluralismo*, el

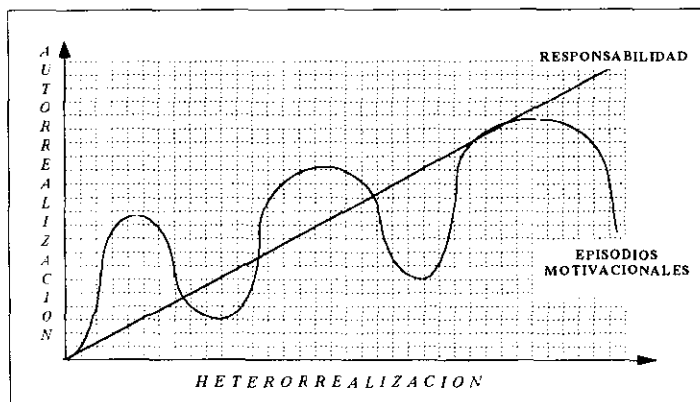
*empoderamiento* y la *justicia*, y un claro deseo de elevar promesas, planes y buenas disposiciones al rango de política pública.

No cabe duda hoy día, que el apoyo motivacional actúa eficazmente como acelerador, desinhibidor, propiciador y ambientador de la conducta participativa.

No obstante, los efectos motivacionales son siempre temporales. La participación auténtica exige una **RAZON** y argumentos que pasado el estímulo motivacional sigan siendo fuente de compromiso. La plena convicción del 'ser autorrealizándose por su intervención en favor del bien común', la decisión libre y voluntaria y la toma de poder real de la sociedad civil son los elementos capaces de generar una vida comprometida y verdaderos canales sociales de intervención.

Es la *responsabilidad solidaria*, apoyada por la motivación, la única *virtud* capaz de dar lugar a una *cultura participativa*.

Así, las iniciativas mas exitosas de participación en salud serán aquellas que conciban la motivación como episodios estimulantes en el curso progresivo de una creciente responsabilidad solidaria. Esta *relación entre motivación y responsabilidad* puede esquematizarse así:



Los *episodios motivacionales* se amplían e intensifican en el tiempo; sin embargo un componente de compromiso voluntario es indispensable. Este componente es la *responsabilidad*.

La motivación se despliega de manera episódica aunque la temporalidad de su efecto 'propulsor' se prolongue conforme aumenta la responsabilidad. Esta, a diferencia de la motivación, no es episódica, sino un proceso de ascenso constante y directamente proporcional a la voluntad de realización personal y social; proceso que desde luego se ve reforzado por los episodios motivacionales.

Se apuntó que el objetivo de la participación en el terreno de la salud, igual que en cualquier otro campo, es que los participantes "hagan suyo el ámbito" de modo que ante el cumplimiento de metas puedan exclamar HEMOS.

De acuerdo con los argumentos expuestos, este objetivo participativo solo puede realizarse en el proceso de construcción de una CULTURA PARTICIPATIVA, cuyos elementos y fases se han tratado de delinear.

Lo dicho hasta aquí, permite manifestar que *la relación entre entendimiento y disposición es innegable*. Cuando se dice que la participación en el campo de la salud ha pasado por momentos de manipulación, descrédito, corrupción, inconstancia o falta de direccionalidad, se hace evidente *que "se le ha sacado la vuelta" a la inversión en profundidad de los procesos participativos* y que, como consecuencia, la población continúa participando muy rápidamente en favor de la salud. Y es que, vale expresar como corolario, más allá de la construcción renovada de marcos conceptuales, de las transformaciones administrativas en los servicios, de los reconocimientos festivos o elocuentes de las agrupaciones locales, de la simplificación de mensajes, del protagonismo articulado, o de la negociación direccionada, *la situación actual exige otra cosa*.

En el contexto de cambios profundos de la economía, del sistema sociolaboral y de la esfera sociopolítica, *la participación en salud exige una cultura nueva y, supone un hombre nuevo*. Cultura por la disposición y hombre por la razón; por eso es que se ha considerado un principio en este ensayo que "DONDE HAY RAZON HAY DISPOSICION".

### LA PARTICIPACION, HOY, EXIGE UN HOMBRE NUEVO.

Pero, "*No hay hombre nuevo sin la conversión del corazón...* Sin la conversión del corazón de cada hombre concreto, sin su convicción sentida del propio valor y del de cualquier otro hombre concreto, el orden jurídico es impotente incluso para defender unos mínimos de dignidad"<sup>(26)</sup>

En un hombre nuevo con corazón nuevo "radica nuestra más profunda autonomía", cuyo fin es: "comprometerse y afanarse en solidaridades activas y vividas".<sup>(27)</sup>





## ALGUNAS DEFINICIONES DE REFERENCIA PARA EL LECTOR

AUTOR: MIDGLEY, JAMES. Enfoque: A mayor crítica de "los servicios sociales brindados por el Estado, ...mayor popularidad de enfoques alternos como el de la participación de la comunidad y la propuesta de responsabilidad de la misma por su propio bienestar". Obra: Op.Cit.

Concepto: Participación de la Comunidad

- Tiene como antecedente el concepto de desarrollo de la comunidad.
- Desde el ángulo ideológico, "se inspira en una mezcla de populismo, individualismo y anarquismo".
- Con base en Dakley y Cols.(1991), asienta que en las definiciones existen tres elementos característicos de la participación comunitaria: la *contribución*.- la participación conlleva al compromiso voluntario de trabajo, tiempo, dinero y recursos; la *organización*.- que no es un proceso fortuito y se requiere para "canalizar móviles de participación", y la *obtención de poder*.- para lo cual se "requiere autosuficiencia económica y ...la creación de instituciones que permitan a la gente local la toma de decisiones". Así mismo, habilidades y destrezas de negociación.

AUTOR: DE ROUX, GUSTAVO; PEDERSEN, DUNCAN; PONS, PEDRO Y PRACILIO, HORACIO. (Grupo de trabajo OPS). Enfoque: Comparativo en la historia y en las Formas de participación de los países americanos. Obra: Op.Cit.

Concepto: La Participación es un proceso complejo y difícil de definir.

- "...resulta difícil señalar sus partes o elementos constitutivos, delimitar los factores o hechos que la determinan [e] identificar los indicadores que permitan dimensionar su magnitud y extensión".
- "...Los éxitos han sido de impacto limitado y de corta duración".
- En asuntos de supervivencia "es tan antigua como la historia del hombre".
- En tanto que proceso estimulable desde afuera y movilización manipulada por agentes externos, es un concepto relativamente nuevo.
- En los 50<sup>as</sup> imperó la denominación de animación rural o desarrollo de la comunidad, que proponía la *transferencia* de nuevas tecnologías acompañadas de un estilo de vida occidental; las acciones estaban ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional, y ante las barreras naturales surgidas de ese hecho, la instrumentación generó nuevas estrategias bajo la forma de *líderes de opinión*, persuadidos por nombramientos como *socios para el desarrollo*.
- En los 60<sup>as</sup> más o menos sesenta países en Asia, Africa y América Latina tenían programas de desarrollo comunitario, la mitad de escala nacional.
- Para 1965, la mayoría de estos programas comenzaron a desaparecer, por la excesiva lentitud en materializar los resultados esperados y las resistencias encontradas.
- "En la década de los 70<sup>as</sup> se afirma la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad. Muchos proyectos reaparecen en el escenario latinoamericano en los que se reconoce la necesidad de colaboración entre el gobierno y sus instituciones, y la población.
- "No obstante, las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en salud. ...y si bien la gente participa algo más en las acciones (en dinero, mano de obra, o a través de la incorporación de trabajadores de salud como

*voluntarios*), su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades y los servicios de atención."

-Los servicios de salud a nivel local como parte de estructuras burocráticas excesivamente centralizadas, se constituyen en estructuras *antiparticipativas* "

- "Las estructuras entre el contexto sociopolítico, las estructuras socioeconómicas y los sistemas culturales son determinantes de las distintas formas de participación social".

**AUTOR:** ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (División de Sistemas y servicios de Salud). **Enfoque:** Evaluatorio. **Obra:** Evaluación para el Fortalecimiento de Procesos de Participación Social en la Promoción y el Desarrollo de la Salud en los Sistemas Locales de Salud.

**Concepto:** La Participación social es cogestión.

- " *La Participación Social en la cogestión de la salud* se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas a través de las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada."

**AUTOR:** WERNER, DAVID Y BOWER, DAVID. **Enfoque:** Educativo. **Obra:** Aprendiendo a Promover la Salud..

**Concepto:** Dos ideas antagónicas en los proyectos de desarrollo.

- " Si examinamos distintos proyectos de salud y de desarrollo, podemos ver que su enfoque hacia la participación de la comunidad varía entre dos ideas opuestas, la participación como manera de controlar a la gente y la participación como manera de que la gente gane control".

**AUTOR:** KROEGER, AXEL Y LUNA, ROLANDO. **Enfoque:** Distinguir entre una participación de la comunidad sustantiva y una instrumental. **Obra:** Atención Primaria de Salud: principios y métodos (comp). OPS. Ed. PAX. 1987.

**Concepto:** Participación de la Comunidad. Existen principalmente dos interpretaciones básicas de la participación de la comunidad: la "participación prescrita" y la "participación integral"

**AUTOR:** RED MEXICANA DE MUNICIPIOS POR LA SALUD. (Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán. Municipio de Zitacuaro). **Enfoque:** Municipios saludables. **Obra:** Zitácuaro: una Experiencia Municipal por la Salud. 1996.

**Concepto:** La Participación social es corresponsabilidad

- " La Participación Social no debe darse solamente como respuesta comunitaria a la oferta institucional, sino como una respuesta a la necesidad de cambio, surgida en ella misma, como resultado de la reflexión y el análisis de sus necesidades reales de salud. La participación social significa tomar parte, no solo ejecutar sino decidir responsablemente, como un derecho para impulsar el desarrollo humano y mejorar el crecimiento económico, como el más auténtico y perdurable, el que toca al hombre y lo moviliza hacia el logro de metas comunes."

"... El interés por la salud rebasa el ámbito sanitario para involucrar a la sociedad organizada con sus autoridades y sectores, en la construcción de condiciones adecuadas para el desarrollo del municipio e incorporar a la política de salud a todos los sectores sociales y económicos, sustituyendo el enfoque paternalista de los servicios, hacia un esquema de compromisos recíprocos entre la sociedad y las instituciones."

AUTOR: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfoque: Integral. Obra: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, 1990.

Concepto: La Participación comunitaria se distingue de la participación Social.

" La Participación comunitaria se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. ... se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas..."

" La participación social es un concepto más amplio, que se refiere a los procesos sociales a través de los cuales ...todos los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada....intervienen en las cuestiones de salud ... y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en practica las soluciones. La participación social es por naturaleza sistémica..."

AUTOR: CERQUEIRA, MARIA TERESA. Enfoque: Un nuevo concepto de apoyo a la táctica de los SILOS. Obra: La Participación Social en los Sistemas Locales de Salud, Un Modelo de Cogestión Para la Producción Social de Salud. En: Participación Social y Educación para la Salud. OPS, INNSZ, SS, ORLA/UIPES. México, 1993.

Concepto: La Participación social es sistémica.

El modelo de cogestión social introduce un nuevo concepto de participación social con las siguientes características:

"1. Los principios rectores son la democratización y la equidad en salud.... incorpora la negociación como instrumento de interacción entre actores sociales. Se reconoce la necesidad de construir protagonismo en los actores..."

"2. La población es comprendida como productos sociales [con] organizaciones "propias". La PS no se motiva, induce, organiza, sino que se interpretan formas y mecanismos que los conjuntos sociales han históricamente desarrollado, los cuales se apoyan y se fortalecen."

"3. El contexto del sector salud es concebido como un sistema amplio ... La PS se define... como el vínculo entre el poder político, el administrativo y el técnico."

"4.- El modelo apunta a la sostenibilidad de las acciones... mediante el fortalecimiento de organizaciones locales permanentes"

"5. Se fundamenta en un proceso de redistribuir y compartir el saber al interior de los grupos sociales"

APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE PARTICIPACION, ENUNCIADOS POR PERSONAL LIGADO A LA PROMOCION DE LA SALUD DE:

COSTA RICA:	ECUADOR:
"Participar es compartir un objetivo en común"	"Participar es el poder ejercer un rol activo o pasivo"
"Participar es Interactuar dentro de un proceso"	"Participación es la intercomunicación de ideas, pensamientos y acciones entre las personas"
"Participación es un conjunto de acciones que las personas están dispuestas a ejecutar por un fin común"	"Participar es emitir un juicio sobre un hecho determinado, orientado a un objetivo"
"Participación es Involucrarse y tomar posición en una actividad determinada; que persiga un objetivo"	"Participación es la integración objetiva de un grupo libre"
"Participar es tomar parte o intervenir en un acto o evento"	"Participar es dar de sí mismo, para compartir algo y aprender a recibir"
"Participación es la interrelación de los individuos para llegar a un objetivo"	"Participación es la intervención de una o más personas en una determinada situación"
"Participar es asistir a un determinado evento, ya sea social, familiar, político, deportivo, etc. Interactuar con los demás"	"Participar es actuar en una función común a un grupo"
	"Participar es un acto voluntario de unirse a otros para lograr un objetivo común o un bien común"
	"Participación es la acción de cumplir tareas definidas para un fin específico"

\* Nuestro agradecimiento a los participantes de los cursos de "Promoción, Comunicación y Mercadotecnia en Salud" de ambos países, por sus aportaciones durante los ejercicios referentes a este tema.

## REFERENCIAS

1. Montaner y Simon, Editores: *Diccionario Enciclopédico Hispanoamericano*, Tomo XIV, Barcelona, España.
2. Ibidem
3. Ibidem
4. Choza, Jacinto: *La Realización del Hombre en la Cultura*, Ediciones RIALP, S.A., Madrid, 1990.
5. Ibidem
6. Ibidem
7. Rifkin, Jeremy: *El Fin del Trabajo*, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. México, 1996.
8. Forrester, Viviane: *L'horreur Economique*, Fayard, 1996
9. Rifkin: Op. Cit.
10. Choza, Jacinto: Op.Cit.
11. Ibidem
12. Ibidem
13. Cerqueira, María Teresa: *La Participación en los Sistemas Locales de Salud Un Modelo de Cogestión para la Producción Social de Salud*, en: Participación Social y Educación para la Salud. OPS/OMS, INNSZ,SS, ORLA/UIPES. México, D.F., 1993.
14. Ibidem
15. Havel, Vaclav: *Comentario al Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, 1990*. En: Scott, Cynthia D. y Jaffe, Dennis T. Empowerment, Grupo Editorial Iberoamérica. México, 1993.
16. Cortina, Adela: *Ética y Democracia Radical*. Ed. Tecnos, Madrid, 1993.
17. Ibidem
18. Montaner Y Simon, Editores: *Diccionario Enciclopédico Hispanoamericano*, Tomo XI, Barcelona, España.
19. Cortina, Adela: Op.Cit.
20. Ibidem
21. Ibidem
22. González, Laura: *Ejidatarios, systems of intermediation and state resources*. En: Political Brokers, Ejidos and State Resources, The Case Of Arturo Quiroz Francia, a Peasant Leader From Guanajuato, Mexico. University of California, 1996.
23. Tamez, Silvia et al. *Redes Sociales, Apoyo y Salud: -Una Relación Promisoria dentro de un Contexto de Equidad-*. (en esta obra).
24. Aguirre Baztán, Angel, Ed.: *Diccionario Temático de Antropología Cultural* Editorial Boixareu Universitaria, España, 1993.
25. Choza, Jacinto: Op.Cit.
26. Cortina, Adela: Op.Cit.
27. Juan Pablo II: *Octogesima Adveniens*. Ed. Librería Parroquial, México, 1996.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Batten, TR. *Las Comunidades y su Desarrollo*. Fondo de Cultura Económica. México, 1969.
- Centro de Investigación y Orientación Social: *Comunión y Participación*. Ed. Guadalupe, B.A., Argentina, 1982.
- Cortina, Adela: *Hacer Reforma, La Ética de la Sociedad Civil*. Anaya, 1994/1995, (Librería CECADI, Jerte 10, 28005, Madrid. Tel: (3666688)
- Cortina, Adela. *Razón Comunicativa y Responsabilidad Solidaria*. (Epílogo de K.O.Apel). Ediciones Sígueme, Salamanca, 1995.
- Cortina, Adela. *Ética de la Empresa: Claves para una Cultura Empresarial*. Editorial Trotta, Madrid, 1994.
- Cortina, Adela. *Ética Civil y Religión*. PPC, Editorial y Distribuidora, S.A.
- Chinoy, Ely. *La Sociedad, Una Introducción a la Sociología*. Fondo de Cultura Económica, México, 1969.
- de Kadt, Emmanuel y Tasca, Renato: *Promover la Equidad*. Serie Salud en el Desarrollo. Washington, D.C., 1993.
- Downie, R.S.; Fyfe, Carol, and Tannahill, Andrew: *Health Promotion Models and Values*. Oxford University Press, 1990.
- Foster, GM. *Las Culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos*. Fondo de Cultura Económica. México, 1964
- Hobsbawn, Erik. *Historia Del Siglo XX*. Ed. Crítica, Barcelona, 1995.
- Kliksberg, Bernardo Comp.: *Pobreza: Un Tema Impostergable*. CLAD.FCE, PNUD, México, 1993.
- Lain, Entralgo: *Historia Universal de la Medicina*. Salvat Editores, 1975.
- OPS: *Sistemas Locales de Salud*. Publicación Científica N° 519. Washington, D.C., 1990
- OPS: *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, La Participación Social*. Washington, D.C., 1990
- OPS: *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*, Resolución XV-XXXIII, Consejo Directivo, Informe de Progreso. Washington, D.C., 1991
- OPS: *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, La Participación Social en el Desarrollo de la Salud*. Washington, D.C., 1993
- OPS: *Development an Strengthening of Local Health Systems, Social Participation Case Studies*. Washington, D.C., 1993
- OPS: *Promoción de la Salud: Una Antología*, OPS, Publicación Científica N°557, Washington D.C., 1996.
- Palerm, Angel. *Planificación Regional y Reforma Agraria*. Universidad Iberoamericana, Ed. Guernica, México, 1993.
- Pederson, Ann; O'Neill, Michel; Rootman, Irving: *Health Promotion In Canada*. W.B. Saunders Canada, 1994.
- Ruiz Giménez Aguilar, Juan Luis: *Trabajo Comunitario y Participación en Atención Primaria de Salud*. En: Ayuda Mutua y Salud, Boletín. Consejería De Salud, Madrid, 1995.
- Trejo, Guillermo; Jones, Claudio. Coords. *Contra la Pobreza*. Ed. Cal y Arena, México, 1993

## CAPITULO XII

### REDES SOCIALES, APOYO Y SALUD: UNA RELACION PROMISORIA DENTRO DE UN CONTEXTO DE EQUIDAD

SILVIA TAMEZ GONZALEZ<sup>\*</sup>  
NANCY MOLINA ARECHIGA.\*  
MARCO ANTONIO ZEPEDA ZEPEDA\*

#### RESUMEN

Es un hecho la aceptación generalizada de que existe una asociación entre ciertos factores de carácter psicosocial y la salud. Por ahora, la evidencia empírica permite plantear que sin duda el apoyo social incide en mayor o menor grado en todos los ámbitos de la enfermedad. Lo anterior, abre una amplia expectativa en términos de la utilidad que tendría la incorporación del apoyo social al interior de las estrategias de investigación, prevención y tratamiento de la enfermedad, y de promoción a la salud.

Desde la perspectiva de la promoción para la salud, el apoyo social puede representar un concepto clave en la reformulación de políticas y programas orientados a mejorar los problemas de salud de amplios sectores de la población.



---

\* Profesores-Investigadores. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México D.F.

## INTRODUCCION

Una paradoja se hace cada vez más presente en el ámbito de la salud en casi todo el mundo: mientras que por un lado disminuyen las tasas de mortalidad y aumenta la esperanza de vida, por otro lado hay un aumento creciente y sostenido en los índices de inequidad en salud.

El aumento acelerado de los niveles de pobreza y marginación, como se ha reportado reiteradamente en diversas publicaciones, tiene como uno de sus principales resultados el surgimiento de un perfil epidemiológico dominado por las enfermedades carenciales, de deficiencia sanitaria, padecimientos crónicos, accidentes y violencias. Este perfil, aunado al envejecimiento de la población, plantean serias dificultades a los sistemas de salud.

Esta situación ha propiciado que el interés de investigadores y diseñadores de políticas de salud se dirija cada vez con más fuerza hacia modelos de explicación y de medidas de solución, insertados en un contexto de interacción de factores ubicados en su mayoría en el campo de las ciencias sociales.

En este contexto se da la emergencia de diversos conceptos, dentro de los que destacan de manera importante el de redes de ayuda mutua y el de apoyo social, los cuáles plantean un camino promisorio en la explicación, prevención y tratamiento de una amplia gama de padecimientos.

## REDES SOCIALES Y APOYO SOCIAL

En 1976 fue publicado el artículo de J. Cassel titulado "La contribución del ambiente social a la resistencia del hospedero". En dicho artículo, tomando como base distintos estudios, el autor lleva a cabo una reflexión teórica sobre la problemática relativa a los vínculos y relaciones existentes entre el ambiente social que rodea a los individuos y su estado de salud, enfermedades y riesgos de morir; particularmente introduce la idea de la importancia que puede tener el apoyo social en el estado de salud (Cassel, 1976). Desde ese momento a la fecha, se han llevado a cabo numerosos estudios que pretenden conceptualizar los factores del ambiente social y en particular el apoyo social, así como, establecer los vínculos entre dichos factores y el estado de salud de los individuos (Orth-Gomér, 1988).

La gran mayoría de estos estudios, llevados a cabo en el área de la salud, se ubican o guardan alguna relación con la línea tradicional de investigación desarrollada dentro del campo de la sociología y antropología, relativa a las redes sociales y la conducta de los individuos (Mitchell, 1969). Así, en los



estudios de salud, es frecuente encontrar intentos de conceptualización sobre ayuda social desde la perspectiva de los modelos de redes sociales.

En términos generales, en los modelos de red, ésta es considerada como un conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo y en la que en cada nodo se encuentra otra persona con la que se mantiene algún vínculo con determinadas características.

Por otro lado, existe confusión en la definición de los conceptos de apoyo social utilizados. Como un ejemplo señalemos, que en los estudios de apoyo social y salud, frecuentemente se incluyen componentes de la red social en el concepto de apoyo social. Sin pretender resolver en este artículo esta compleja problemática, es conveniente recordar que algunos autores han señalado que el concepto de red social sirve para describir la estructura de los vínculos entre los individuos; en tanto que el de apoyo social se refiere al apoyo que es suministrado, precisamente a través de las conductas o acciones de los miembros que forman parte de una red (Mitchell, 1969).

Algunas de las características importantes propias de la red que han sido consideradas por los investigadores son: el *tamaño*, la *densidad* (magnitud en la que los miembros de una red pertenecen a otra red), el *contenido de los vínculos* (magnitud en la que las relaciones involucran más de un tipo de contenido o transacción), la *direccionalidad o reciprocidad* de las relaciones, la *durabilidad* de las relaciones, la *intensidad o cercanía emocional* de las relaciones, la *frecuencia* de los contactos, la *dispersión* y la *homogeneidad* de la red. Algunas de estas características han sido consideradas como estructurales y otras como de interacción (Israel, 1982).

Tal vez uno de los aspectos más importantes en los estudios de redes sociales son las *funciones* que la misma cumple y muy particularmente el suministro de apoyo social. Se considera que las funciones que puede cumplir una red tienen que ver, por ejemplo, con mantener la *identidad social del individuo*, la *obtención de nuevos contactos* sociales y el apoyo social, entendido como la *provisión de apoyo emocional, ayuda material, servicios e información* (Walker, et al., 1977).

El apoyo social ha sido conceptualizado de diversas maneras. Una idea básica que se encuentra en varios de los intentos de conceptualización es que el apoyo social debe considerarse como un proceso interactivo en el que puede obtenerse ayuda emocional, instrumental o financiera a partir de una red social (Bowling, 1991). Por ejemplo, Cobb (1976) define al apoyo social como la información que conduce al sujeto a creer que es querido, amado y estimado; que es miembro de una red de obligaciones mutuas. Thoits (1982), por su parte, lo considera como el grado en que las necesidades básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otros; en donde, las

necesidades básicas incluyen el afecto, la estimación o consentimiento, la pertenencia, la identidad y la seguridad. Otros autores lo han conceptualizado como el intercambio de recursos entre al menos un receptor y un proveedor de estos recursos, intentando ampliar el bienestar de los receptores (Suurmeijer, 1995)

Uno de los planteamientos que sintetiza mejor las diferentes visiones conceptuales de apoyo social es el de O'Reilly, quién lo define como:

**Proceso interactivo en el cual acciones o conductas particulares pueden tener un efecto positivo sobre el bienestar social, psicológico o físico de un individuo (O'Reilly, 1988).**

En términos generales, se asume que la presencia de relaciones personales cercanas con otros, el grado de integración del individuo con su entorno y el contar con ciertos recursos sociales y psíquicos permanentemente se encuentran relacionados positivamente con la salud de éste (Berkman, 1995).

A la diversidad conceptual se corresponde una diversidad en la manera en que se ha operacionalizado el apoyo social. A manera de ejemplo, mencionemos que algunas veces se pone el acento en el tipo de fuente que provee la ayuda sin considerar la ayuda suministrada; otras veces, por el contrario, se está más interesado en medir la ayuda suministrada (emocional, material, etc.) y no se da suficiente importancia a la fuente, etc.

Con el fin de superar estos problemas teóricos, en la literatura más reciente sobre el tema, aparecen clasificaciones complejas que combinan varias dimensiones del apoyo social. Suurmeijer y col., proponen una tipología que combina el tipo de apoyo con la temporalidad del mismo, sintetizado en dos grupos y cuatro dimensiones: apoyo emocional vs el instrumental y apoyo en situación de crisis (problema orientado) vs el apoyo de cada día (Suurmeijer, 1995; O'Reilly, 1988).

Un último aspecto a comentar en esta sección es lo relativo a la validez y a la confiabilidad de las mediciones de apoyo social. Frecuentemente el apoyo social se ha medido a través de cuestionarios o entrevistas. Una cuestión importante a resolver entonces es el tener claridad de lo que empíricamente se está midiendo y su correspondencia conceptual dentro del marco teórico de análisis utilizado. Este asunto nos plantea la necesidad de considerar la validez de la medición de soporte social en términos de un planteamiento teórico.

Adicionalmente, dado que el apoyo social se está midiendo a través de un instrumento, se nos plantea la necesidad de tomar en cuenta la confiabilidad de las mediciones que estamos obteniendo. Poco a poco dentro del campo de la

investigación sobre apoyo social y salud se ha ido prestando mayor atención a estos aspectos; optimistamente, podemos decir que hay avances al respecto, pero de ninguna manera la problemática está agotada.

## EL APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA SALUD

Dentro la teoría epidemiológica se ha planteado que las condiciones sociales, y particularmente, las relaciones que establecen los individuos con su medio ambiente juegan un papel sobre la salud de los sujetos y las comunidades. En este sentido, es común encontrar referencias al respecto en un amplio espectro de la literatura generada en relación con la causalidad de la enfermedad.

Es a partir de la década de los setentas que, con base en la teoría de la multicausalidad, se ha desarrollado un notorio interés en la investigación sobre la interacción del individuo y el ambiente social; específicamente, su impacto en las condiciones de salud.

Este interés se fundamenta en la teoría de que el medio ambiente social tiene un efecto sobre lo que se ha denominado la "susceptibilidad del huésped" a la enfermedad; es decir, se asume que ciertas experiencias parecen volver más vulnerables a las personas a un amplio rango de enfermedades (Cassel, 1976; Frost, 1937).

El apoyo social en relación con la salud ha sido investigado sobre todo tratándose de mortalidad y morbilidad. Pero también se han realizado estudios enfocados a circunstancias particulares de la vida, como el embarazo, la lactancia y la vejez.

Dentro del primer grupo de estudios, los de mortalidad, se destacan trabajos cuyos hallazgos concluyen que existe una asociación entre lo que se ha definido como pérdida o ausencia de apoyo social y un incremento del riesgo de muerte por diversas causas (Berkman y Syme, 1979; Blazer, 1982; House, *et al.* 1982; Orth-Gomér y Johnson 1987; Seeman, *et al.*, 1993). El estudio de la mortalidad por causa específica se ha centrado principalmente en enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares (Ruberman, *et al.*, 1984; Kaplan, *et al.*, 1988; Orth-Gomér, *et al.*, 1988).

En estos trabajos frecuentemente se han encontrado asociaciones entre bajos niveles de relaciones sociales, expresadas en número de contactos sociales, y por lo menos el doble de riesgo de muerte (House, 1982). También se han observado asociaciones entre la ausencia de vínculos sociales con núcleos

como la familia, los amigos, la comunidad y sus organizaciones, con muerte prematura independientemente del estilo de vida y el estado de salud original. Algunos otros aspectos evaluados han sido el estado marital y la pertenencia a asociaciones tales como iglesias (Berkman y Syme, 1979).

Con base en ese tipo de resultados, algunos investigadores han formulado dos teorías que explican la naturaleza de los efectos del apoyo social sobre la mortalidad. La primera es la *teoría del efecto indirecto*. Esta se fundamenta en la hipótesis de que *altos niveles de apoyo social contribuyen a mejorar el estado de salud de la población* a partir de un "control social" que promueve mejores conductas preventivas y prácticas adecuadas en salud. La segunda es la teoría del *efecto directo*. Esta considera que *el apoyo social tiene la capacidad de atenuar la respuesta neuroendócrina activada ante situaciones estresantes* (Orth-Gomér, 1987; Shye, *et al.*, 1995).

En el caso particular de estudios de mortalidad por enfermedades cardíacas, el análisis de la sobrevivida revela que la pérdida de apoyo social, es decir, el vivir solo y el no estar casado, elevan el riesgo de muerte posterior a la presentación de un infarto (Ruberman, *et al.*, 1984; Case, *et al.*, 1992; Berkman, *et al.* 1992; Eaker, *et al.* 1992). Con base en estos resultados se ha teorizado en torno al papel predictivo que asume el apoyo social en estos padecimientos (Orth-Gomér, *et al.*, 1988; Greenwood, *et al.*, 1995). Varios de los estudios han obtenido estos resultados habiendo controlado el efecto de variables tales como el sexo, la edad, la situación laboral, el divorcio, la exposición a eventos violentos, el retiro y las dificultades financieras.

Es importante resaltar que algunas investigaciones han ofrecido resultados contradictorios en lo que se refiere a la fuerza y dirección de la relación entre apoyo social y riesgo de mortalidad. Shye, en un estudio sobre diferencias de género, apoyo social y riesgo de mortalidad, encontró que el estado marital ejerce un papel protector sobre todo entre las personas del sexo masculino, a pesar de que estos presentan un mayor riesgo de mortalidad (Shye, *et al.*, 1995). Los resultados observados en el trabajo de Greenwood quien, además de analizar el apoyo social evaluó otras variables como el estado socioeconómico, encontró que la sobrevivida post-infarto no estuvo asociada con la pérdida de contactos sociales (Greenwood, *et al.*, 1995); ello ejemplifica algunas de las contradicciones que hay respecto de los planteamientos arriba mencionados.

En el segundo grupo, donde se ubican estudios de la relación entre apoyo social y la morbilidad, es posible detectar una extensa cantidad de trabajos de investigación que han abordado prácticamente todos los segmentos poblacionales en torno a padecimientos crónicos (enfermedades circulatorias y del corazón, artritis reumatoide, lesiones de médula espinal, enfermedades del riñón, cáncer, diabetes, algunas enfermedades metabólicas), morbilidad mental

(estres psicológico, depresión, enfrentamiento a eventos traumáticos, adicciones, problemas psiquiátricos y de la conducta), enfermedades ocupacionales (insatisfacción laboral, estrés psiquiátrico, desórdenes musculoesqueléticos), etc.

Al igual que para la mortalidad, los resultados de las investigaciones en morbilidad caracterizan al apoyo social como un factor que se relaciona positivamente con la salud (Suurmeijer, *et al.*, 1995).

En términos generales, los estudios sobre padecimientos crónicos encuentran relación entre apoyo social y el curso, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. De manera similar, los estudios de patología mental, y algunos de enfermedad ocupacional, que tienen al estrés como un factor común, muestran que hay relación entre el apoyo social y la prevención, causalidad y tratamiento de algunos cuadros patológicos.

En su conjunto, estos trabajos discuten el efecto del apoyo social sobre la morbilidad. El efecto directo se establece basado en la idea de que la pérdida o ausencia del apoyo social genera estrés; mientras que el efecto indirecto se sustenta en el papel amortiguador o atenuante que tienen las relaciones de apoyo social activas (Vilhjalmsson, 1993; Smith, *et al.*, 1993; Suurmeijer, *et al.*, 1995; Callaghan y Morrisey, 1993).

Estos resultados han dado lugar a que se caracterice de manera más precisa lo que significa apoyo social; de ahí que se hable de apoyo emocional, informacional e instrumental. *El apoyo emocional y, particularmente, la percepción que de él se tiene, es el más claramente relacionado con la salud.* El apoyo informacional, por su parte, aparece como capaz de modificar la severidad de la enfermedad. El apoyo instrumental, finalmente, se relaciona con resultados positivos cuando este se suministra en cantidades moderadas (McCull y Rosenthal, 1994; Eurelings-Bontekoe, *et al.*, 1995).

En este mismo sentido, algunos estudios de carácter prospectivo han permitido evaluar qué tan estables son las formas de apoyo social, y se ha encontrado que por lo general estas no presentan grandes modificaciones con el tiempo (Kelman, *et al.*, 1994; Eurelings-Bontekoe, *et al.*, 1995).

En el tercer grupo, la relación entre apoyo social y salud se ha estudiado también para ciertas circunstancias particulares de la vida como por ejemplo el embarazo, el parto, la lactancia y la vejez.

Los resultados de estos estudios muestran los alcances preventivos de esta variable. Langer y col. encontraron que sobre la base del reforzamiento del apoyo emocional y de la red de apoyo se logra un efecto protector en la salud del recién nacido en función de mejoras en los niveles de peso y la edad

gestacional (Langer, *et al.*, 1993). En este mismo sentido, Pérez-Escamilla en un estudio sobre determinantes de lactancia relaciona el alimento de pecho, y los beneficios que de éste se desprenden, con mejores condiciones de apoyo social. Finalmente, estudios en población de edad avanzada reiteran la relación entre apoyo social y salud, destacando que *los efectos positivos no sólo se dan en quien recibe el apoyo sino además en quien lo otorga*, a través de un mayor sentimiento de control personal, relacionado adicionalmente con menores niveles de sintomatología depresiva (Krause, *et al.*, 1992; Field, *et al.*, 1993).

Por otra parte, uno de los aspectos que más han motivado el desarrollo de investigaciones tiene que ver con la problemática relativa a en qué momento de la enfermedad y a partir de qué mecanismos el apoyo social tiene su mayor impacto.

Con relación al primer aspecto existen diversas posturas que ubican el apoyo social como elemento que se relaciona con la percepción, al influir éste en la detección, tolerancia, actitudes y conductas hacia la enfermedad; con la prevención a partir de los efectos protectores que tienen ciertos factores familiares; con la causalidad, la vulnerabilidad y el riesgo de enfermar; con la probabilidad de la curación al influir las actitudes hacia el tratamiento y, finalmente, con la toma de decisiones respecto a quien acudir y en qué momento.

En el segundo aspecto, la investigación en torno a los mecanismos de acción del apoyo social señala particularmente dos: los efectos del apoyo social sobre la respuesta neuroendócrina e inmunológica, activadas a partir de las condiciones socioambientales (Cohen, 1988; Kennedy, *et al.*, 1990; Ader, *et al.*, 1991; Seeman, Robbins, 1994). Estudios realizados en personas cercanas a enfermos crónicos, (familiares, cuidadores o que conviven con éstos), o en individuos que han tenido pérdidas importantes por muerte traumática del cónyuge han evidenciado asociaciones entre la pérdida o disminución del apoyo social y un descenso en la función inmune (Kiecolt-Glaser, *et al.*, 1984; Thomas, *et al.*, 1985; Kiecolt-Glaser, *et al.*, 1987; Baron, *et al.*, 1990).

En menor proporción, algunos investigadores han evaluado los vínculos entre las relaciones sociales y las alteraciones neuroendócrinas del estrés, encontrando que la calidad del apoyo emocional se asocia con niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol en orina, independiente de otras conductas o niveles de comorbilidad (Seeman, *et al.*, 1994). Algunos trabajos han demostrado que el aislamiento en combinación con ciertas condiciones socioambientales impactan los mecanismos de actividad cardíaca (Kamarck, *et al.*, 1991).

Estos dos aspectos son de suma importancia y sin lugar a dudas estarán marcando el camino de futuras investigaciones en torno al papel que desempeña el apoyo social con relación a la salud.

Como ya se ha planteado, la variabilidad conceptual y metodológica, la naturaleza del padecimiento y las características de la población que es objeto de estudio, han llevado, en no pocos casos, a la obtención de resultados contradictorios. Por ejemplo, desde el punto de vista conceptual, en la valoración cuantitativa del apoyo social en función de número de contactos, algunos autores asumen que valores altos en este rubro están asociados con una mayor probabilidad de apoyo social y por ende relacionados a una mejor salud. Para otros autores y concretamente en materia de salud mental, esta situación también puede incrementar la probabilidad de estrés interpersonal lo que puede incidir negativamente en la salud. (Cohen, Syme, 1985; Vilhjalmsson, 1993; Eurelings-Bonteckoe, 1995). Otras contradicciones en las asociaciones ya establecidas con anterioridad pueden ser encontradas en la literatura relacionada al tema.

## APOYO SOCIAL Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Como ya se mencionó anteriormente, el apoyo social y la salud pueden estar relacionados en casi todas las dimensiones sociales del campo de la salud. Así, la interacción entre el apoyo social y el uso de servicios de salud constituye uno de los ámbitos de estudio de esta relación (Infante, 1990).

En general, los estudios diagnósticos y predictivos sobre utilización de servicios de salud tratan de explicar las relaciones de los diferentes factores que interactúan entre dos eventos: presentación de síntomas y uso de servicios.

La utilización de servicios de salud implica de hecho un proceso de búsqueda de ayuda que incluye los siguientes elementos:

- a) Aparición de los síntomas o problema de salud
- b) Percepción sobre la magnitud o gravedad
- c) Búsqueda de apoyo de la red social (apoyo informal) y
- d) Búsqueda de atención profesional (apoyo formal) (Mckinlay, 1981; Mechanic, 1963; Infante, 1990, Andersen, 1973).

Tanto la identificación de una necesidad en salud como la forma de percibirla son elementos indispensables para que se inicie el proceso de búsqueda de ayuda. Sin embargo, este proceso puede o no desembocar en búsqueda de apoyo o de atención profesional.

Kroeger ubica a la red social de apoyo como elemento determinante en la búsqueda de ayuda, ya que funciona como mediadora entre los síntomas y la búsqueda de apoyo formal o informal (Kroeger, 1983). *Se considera que las redes de ayuda mutua y el apoyo que brindan influyen en todos los factores del proceso, ya que puede actuar en la identificación de las necesidades de salud, en las formas de percibirla y en la decisión de búsqueda de atención formal o informal.*

Ante la presencia de un problema de salud y el reconocimiento de la necesidad de ayuda existen diversas alternativas de acción. Se ha observado que el tipo de acción y, de hecho, la forma de resolver el problema se encuentran estrechamente vinculados con el apoyo de las redes sociales del individuo (Mckinlay, 1981; Polgar, 1963). Así mismo, la prevención, desarrollo y recuperación de la enfermedad también se han visto influidos por el apoyo social (Infante, 1988).

Cuando se analizan los procesos de búsqueda de ayuda con fines de explicar aspectos de utilización de servicios, es necesario hacer la distinción entre redes de ayuda y sistema de referencia (Infante, 1990). El sistema de referencia usualmente se limita a aquellos recursos de la red social que intervienen directamente en la búsqueda de ayuda ante una necesidad de salud. En cambio, la red existe independientemente de esta necesidad.

Freidson considera que todo proceso de búsqueda de ayuda involucra una red de consultantes formales e informales que son parte de la estructura de la comunidad y que en interacción con actores culturales conforman el "sistema social de referencia" (Freidson, 1978). Este "sistema" es determinante en la búsqueda de ayuda y en la solución que se le da al problema de salud. *El "sistema de referencia" es considerado como un subconjunto de la red social que se activa en los procesos de búsqueda de ayuda en casos de enfermedad.*

El "sistema social de referencia" tiene dos elementos: 1) número relativo de consultantes profesionales y no profesionales que existen entre la primera percepción del síntoma o la necesidad y la decisión de acudir al consultante formal y 2) congruencia entre la cultura del consultante formal y de la persona afectada. Estos aspectos abarcan el contenido y la estructura del sistema y han sido usados como variables para predecir las tasas de utilización de los servicios profesionales (Freidson, 1978).

No se sabe con claridad el papel que juega el apoyo social en la utilización de servicios de salud pues existen datos contradictorios en éste sentido. Hay estudios que reportan que cuando existe apoyo social la utilización de los servicios es mayor (Infante, 1990; IDRC, 1994) y en otras experiencias el



apoyo social satisfactorio se ha encontrado asociado con menor utilización (McKinlay, 1981; Halbertsma, 1970; Muller, 1980).

En un estudio exploratorio sobre utilización de servicios realizado en México, en población diabética, se encontró que la variable de mayor efecto directo en la utilización de los servicios de salud fue el apoyo social. Las variables educación y sexo también mostraron efecto directo importante pero menor que el del apoyo social (Zepeda, *et al*, 1996). En otro estudio sobre utilización de servicios y atención prenatal, se encontró que las mujeres embarazadas que contaban con redes sociales consultaban 3.3 veces más al médico que las que no tenían contactos sociales (Infante, 1990).

La apreciación de que el apoyo social se relaciona con menor uso de servicios de salud se ha derivado de estudios que incorporan el estado socioeconómico como una de las variables determinantes; esta relación se ha encontrado sobre todo para los sectores pobres de la población. (McKinlay, 1981; Halbertsma, 1970). Por su parte, en investigaciones realizadas desde la perspectiva antropológica, se enfatiza el papel fundamental que juega el sistema de percepción del individuo sobre su enfermedad y la utilización de los servicios de salud (Mercado, 1992; Forero, 1996).

Es probable que la diversidad de resultados se deba a una insuficiente contextualización de las diferentes situaciones, pero sobre todo a un marco conceptual de mucha riqueza que aún no alcanza su madurez.

## PROMOCION PARA LA SALUD Y APOYO SOCIAL

Desde la perspectiva de la promoción para la salud, las redes de ayuda mutua y el apoyo social brindan la posibilidad de acercarse a nuevos enfoques para el tratamiento y prevención de problemas de salud que aquejan a amplios sectores poblacionales.

La Carta de Ottawa, específicamente, considera que la promoción para la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y para ejercer un mayor control sobre los factores que la afectan. En el contexto de este propósito, el apoyo social y las redes de ayuda mutua constituyen elementos valiosos para esa mejoría y control de la salud por parte de diferentes grupos poblacionales (Carta de Ottawa, 1986).

Con el propósito de explorar esa contribución, y a partir de una visión amplia, Berkman (1995) considera que *el papel del apoyo social en la promoción para la salud se ubica en tres grandes ámbitos*. Presentados a manera de

interrogantes, éstos hablan de las cuestiones que deben resolverse por medio de la investigación:

a) <b>¿Cuál es el espectro de las enfermedades en las que el apoyo social y las redes de ayuda mutual tienen alguna influencia?, ¿esa influencia es determinante o sólo contribuyente en el surgimiento y evolución de padecimientos?</b>
b) <b>¿Cuáles son los mecanismos que específicamente vinculan condiciones socioambientales determinadas con eventos también específicos de morbilidad y mortalidad.</b>
c) <b>¿Pueden las intervenciones psicosociales alterar o modificar las redes y el apoyo, a fin de mejorar la salud?</b>

Estas interrogantes dan idea del carácter integral y complejo de la relación entre promoción para la salud y el apoyo social. Esta relación involucra la interacción de campos muy diversos del conocimiento y abre un reto importante en la investigación de los problemas colectivos de salud; al mismo tiempo, se contrapone a la visión meramente instrumental de la promoción para la salud. En este apartado queremos abordar el tercer interrogante, haciendo algunas consideraciones respecto a los programas de intervención. En términos generales las experiencias de intervención pueden clasificarse en tres tipos:

De automanejo, orientados a disminuir el impacto de enfermedades crónicas o incapacidades funcionales.	De modificación de la conducta a partir de grupos de apoyo formados por pacientes.	De apoyo y orientación a pacientes con infarto al miocardio, cáncer y accidente vascular cerebral.
--	--	--

Una de las principales premisas que guía los programas de intervención consiste en concebir al individuo enfermo o bajo riesgo, y a su red de relaciones, como un sistema interdependiente y dinámico en el que la mejoría e incluso el mantenimiento de la salud está influenciado no sólo por las conductas del individuo sino también por las conductas de las personas que le rodean.

Varios autores opinan que aunque el apoyo social, visto desde la promoción para la salud, debe reforzar el sentido de pertenencia y la confianza en los otros, debe propiciar de manera prioritaria la capacidad y la autosuficiencia de las personas para mejorar o mantener su salud. En este sentido, se considera que los programas deben tener como objetivo fortalecer las redes naturales de apoyo y no tanto la creación de grupos específicos de apoyo; éstos se consideran como una opción apropiada sobre todo para las personas solas.

Como vimos anteriormente, un gran número de evidencias empíricas, tanto de los estudios epidemiológicos como de los de intervención, muestran una relación positiva entre apoyo social y salud. Sin embargo, es conveniente reflexionar sobre algunos aspectos controversiales de dicha relación.

Por ejemplo, *varios autores señalan que la reciprocidad del apoyo está fuertemente asociada a la pobreza*, ya que las relaciones de ayuda e intercambio son recursos alternativos para enfrentar carencias, tales como la inseguridad económica, la débil vinculación institucional, la inserción inestable en el aparato productivo, etc. Se piensa que en esta situación surge la necesidad de crear una red social de ayuda mutua, que funciona como un sistema de "seguridad social" informal y que, desde el punto de vista de McKinlay, puede retrasar el uso de servicios formales de salud (McKinlay, 1976; Infante, 1990).

Desde esa perspectiva, *se corre el riesgo de incorporar los programas de apoyo social como instrumento para mejorar las condiciones de salud de los pobres, sin una base de equidad* en el acceso a los productos del bienestar social en general y de la atención médica en particular. Este peligro queda claro en el señalamiento hecho por Berkman quién afirma que si bien es importante que las reformas de salud promuevan el acceso universal a la atención médica, *el mejoramiento de los niveles de salud de las poblaciones vulnerables y de alto riesgo debe basarse en esfuerzos preventivos centrados en el apoyo mutuo y el fortalecimiento de los lazos familiares y sociales* (Berkman, 1995).

Pensamos que los programas de intervención basados en el apoyo social cumplirán eficientemente con sus objetivos en la medida que estén sustentados en una política de salud que se proponga como meta inaplazable disminuir las inequidades en el acceso a la atención médica. La mayoría de las experiencias que han pretendido desplazar este propósito por otro tipo de alternativas demuestran que:

La única manera de mejorar los niveles de salud de las poblaciones es avanzando en los objetivos de igualdad y equidad sociales.
--

## REFLEXIONES FINALES

Es un hecho que existe una asociación entre ciertos factores de carácter psicosocial y la salud. Por ahora, la evidencia empírica permite plantear que sin duda el apoyo social incide en mayor o menor grado en todos los ámbitos de la enfermedad. Lo anterior, abre una amplia expectativa en términos de la

utilidad que tendría la incorporación del apoyo social al interior de las estrategias de investigación, prevención y tratamiento de la enfermedad, y de promoción a la salud.

Desde el punto de vista teórico y sin negar la importancia que tienen los hallazgos referidos, es necesario no perder de vista que en las investigaciones acerca de la relación existente entre el apoyo social y los aspectos de salud frecuentemente se ha conceptualizado de manera diferente el apoyo social. Más aun, es necesario reconocer que aun existen dificultades tanto en la definición de los conceptos utilizados como en su operacionalización. Asimismo, hace falta darle mayor fortaleza a la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de información utilizados. Todo esto no niega la importancia de desarrollar este campo de investigación ni la importancia de los hallazgos encontrados, pero si obliga a ser cautos con las comparaciones y generalizaciones.

Finalmente, como ya se mencionó con anterioridad, desde la perspectiva de la promoción para la salud, el apoyo social puede representar un concepto clave en la reformulación de políticas y programas orientados a mejorar los problemas de salud de amplios sectores de la población. La eficiencia de iniciativas en éste sentido, dependerá en gran medida, de su inserción dentro de políticas que tiendan a lograr el acceso universal a la atención en salud y a la disminución de los índices de inequidad.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS\*

1. Ader R, Felten DL, Cohen N. *Psychoneuroimmunology*, 2nd Editions. New York, Academic Press, 1991.
2. Andersen R, Newman J. *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*. Milbank Memorial Fund Quart/Health and Society, 51:95-124, 1973.
3. Baron RS, Cutrona CE, Hicklin D, et al. *Social support and immune function among spouses of cancer patients*. J Pers Soc. Psycho 59:344-352, 1990.
4. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz IR. *Emotional support and survival following myocardial infarction: A prospective population-based study of the elderly*. Ann Intern Med. 117:1003-1009, 1992.
5. Berkman LF. *The role of social relations in health promotion*. Psychosomatic Medicine 57:245-254, 1995.
6. Berkman LF; Syme SL.; *Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am J Epidemiol 109:186-204 1979
7. Blazer DG. *Social support and mortality in an elderly community population*. Am J Epidemiol 115:684-94 1982.
8. Bowling A. *A review of quality of life measurements scales*. Open University Press, Great Britain, 1991.
9. Callaghan P, Morrissey J. *Social support and health: a review*. Journal of Advanced Nursing, 18(2):203-210, Feb. 1993.
10. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, 1986, Ontario Canadá.
11. Case RB, Moss AJ, Case N, et al. *Living alone after myocardial infarction*. JAMA, 267:515-519, 1992.
12. Cassel J: *The contribution of the social environment to host resistance*. Am J Epidemiol 104:107-123, 1976.
13. Cobb S. *Social support as a moderator of life stress*. Psychos Med., 38:300-314, 1976.
14. Cohen S. *Psychological models of the role of social support in the etiology of physical disease*. Health Psycho, 7:265-297, 1988.
15. Cohen S, Syme SL. *Issues in the study and application of social support*. *Social Support and health*. Academic Press, Orlando, FL. 1985
16. Eaker, DE.; Pinsky J.; Castelli WP. *Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20 year follow-up of women in the Framingham study*. Am J Epidemiol 135:854-64 1992
17. Eurelings-Bontekoe E, Diekstra RF, Verschuur M. *Psychological distress, social support and social support seeking: a prospective study among primary mental health care patients*. Soc. Sci. Med. 40(8):1083-1089, 1995.
18. Field D, Minkler M, Falk RF, et al. *The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age: a longitudinal study*. Journal of Gerontology. 48(1):P18-28, 1993 Jan.
19. Forero GLE. *Patrones de utilización de servicios de salud en el primer nivel de atención en Tláhuac -Una perspectiva cultural-*. Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, nov. 1996.

\* Agradecimiento. Hacemos público nuestro reconocimiento a Lilia Castillo por el apoyo brindado en la organización de las referencias bibliográficas.

20. Freidson E. *Client control and medical practice*. American Journal of Sociology, 65:374-382, 1960. In Mechanic D. *Medical Sociology*. New York. The Free Press, pp. 271, 1978.
21. Freidson E. *Patients views of medical practice*. New York. Russell Sage Foundation 1961. In Mechanic D. *Medical Sociology*. New York. The Free Press, pp. 271, 1978.
22. Frost WH: *How much control of tuberculosis?* Am J Public Health 27:759-766, 1937, en Berkman L.F. op cit.
23. Greenwood D, Packham C, Mui K. *How do economic status and social support influence survival after initial recovery from acute myocardial infarction?* Soc. Sci. Med. Vol. 40, No. 5, pp. 639-647, 1995. en Berkman L.F. op cit.
24. Halbertsma HA. *Working-class systems of mutual assistance in case of child-bird, illness and death*. Soc. Sci. Med. 3:320-328, 1970.
25. House JS, Robbins C, Metzner HL. *The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health study*. Am J. Epidemiol 116:123-40 1982.
26. Infante-Castañeda C. *Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud*. Salud Pública Mex., 30(2):175-196, 1988.
27. Infante-Castañeda C. *Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda*. Salud Pública Mex., 32(4):419-429, 1990.
28. International Research Center (IDRC). *Comparative Health Policies in Latin America*. Final Technical Report Phase I, Dic. 1994.
29. Israel BA. *Social Networks and health status; Linking theories, research and practice*. Patient Counseling Education, 4(2):65-79, 1982.
30. Kamarck T, et al. *Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model*. Psychosom Med. 52:42-58, 1991.
31. Kaplan, GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, Puska P. *Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland*. Am J Epidemiol 128:370-80 1988.
32. Kelman H, Thomas C, Tanaka J. *Longitudinal patterns of formal and informal social support in an urban elderly population*. Soc. Sci Med. 38(7):905-14, 1994
33. Kennedy S, et al. *Social Support, stress, and the immune system*. In Sarason IG, et al. (eds.), *Social Support: An interactional View*. New York, Wiley & Sons, 1990, 253-266.
34. Kiecolt-Glaser JK, et al. *Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students*. Psychosom Med. 407-414, 1984.
35. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, et al. *Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims*. Psychosom Med. 49:523-535, 1987.
36. Krause N, Herzog AR, Baker E. *Providing support to others and well-being in later life*. Journal of Gerontology. 47(5):P300-311, 1992 sep.
37. Kroeger A. *Anthropological and socio-medical health care research in developing countries*. Soc. Sci. Med. 17(3):147-167.
38. Langer A, Victoria C, Victoria M, et al. *The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: a social intervention evaluated through an experimental design*. Soc. Sci. Med. 36(4):495-507, 1993.
39. Lin CC, Ko NY, Tsai LC, Chen CH. *Assessing the effect of health belief, knowledge, and social support on compliance behaviors in chronic hemodialysis patients*. Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 11(8):470-480, 1995 Aug.

40. McColl MA, Rosenthal C. *A model resource needs of aging spinal cord injured men.* Paraplegia, 32(4):261-270, 1994 Apr.
41. McKinlay J. *The help-seeking behavior of the poor.* In: Kosa J, Zola IK, comp. *Poverty and health, a sociological analysis.* Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1976: 229.
42. *Social Network influences on morbid episodes and the career of help seeking.* In: Eisenberg L, Kleinman A. *The relevance of social science for medicine.* Dordrecht, Reidel Publishing, 12:85-93, 1981.
43. Mechanic D. *Some implications of illness behavior for medical sampling.* New England Journal of Medicine, 269:244-247, 1963.
44. Mercado MFJ. *Enfermedad, cultura y sociedad: la identidad cultural de las personas con diabetes del sector informal urbano.* Cuadernos Médicos Sociales 61:49-61, 1992 sep.
45. Mitchell JC. *The concept an use of social networks* in Mitchell JC (ed.) *Social network in urban situations: analysis of personal relationships in Central African Towns.* Manchester University Press, 1969.
46. Mueller DP. *Social networks: a promising direction for research on the relationship of the social enviroment of psychiatric disorder.* Soc. Sci. and Med. 14A:147-161, 1980.
47. O'Reilly P. *Methodological issues in social support and social network research.* Soc. Sci. Med. 23(3):337-344, 1988.
48. Orth-Gomér K, Uden AL, Edwards ME: *Social isolation and mortality in ischemic heart disease.* Act Med. Scand 224:205-215 1988.
49. Orth-Gomér K.; Johnson JV. *Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population.* J Chron Dis 40: 949-57 1987
50. Pérez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, et al. *Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico.* Soc. Sci. Med. 37(8):1069-1078, 1993 Oct.
51. Poigar S. *La acción médico - sanitaria en la perspectiva intercultural.* In Freeman, et al. (eds.) *Handbook of medical sociology.* New Jersey, Prentice Hall, pp. 397-419, 1963.
52. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, et al: *Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction.* N Engl J Med. 311:552-559, 1984.
53. Seeman TE, Robbins RJ. *Aging and hypothalamic-pituitary-adrenal response to challenge in humans.* Endocr Rev 15:233-260, 1994.
54. Seeman TE, Berkman LF, Kohout F, et al: *Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly. A comparative analysis of three communities.* Ann Epidemiol 3:325-335, 1993.
55. Shye D., Mullooly J., Freeborn D., Pope C. *Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort.* Soc. Sci Med. 41(7):935-947, 1995.
56. Smith CA, Smith CJ, Kearns RA, et al. *Housing stressors, social support and psychological distress.* Soc. Sci. Med. 37(5):603-612, 1993.
57. Suurmeijer TP, Doeglas DM, Briañon S, et al. *The measurement of social support in the European research on incapacitating diseases and social support: The development of the social support questionnaire for transactions (SSQT).* Soc. Sci. Med. 40(9):1221-1229, 1995.
58. Thoits PA. *Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress.* Journal of Health and Social Behavior. 23:145-159, 1982.

59. Thomas PD, Goodwin JM, Goodwin JS. *Effect of social support on stress-related changes in cholesterol level, uric acid level, and immune functions in an elderly sample.* Am J. Psychiatry 142:735-737, 1985.
60. Vilhjalmsón R. *Life stress, social support and clinical depression: a reanalysis of the literature.* Soc. Sci Med. 37(3):331-42, 1993.
61. Walker K, Macbride A, Vachon MLS, et al. *Social support networks and crisis of bereavement.* Soc. Sci. Med. 11:34-41, 1977.
62. Zepeda MA, Eibenschutz C, Tamez S., Bodek C., Molina N. *Estudio de utilización de servicios de salud en una población diabética del Distrito Federal.* Ponencia presentada en la 7ª Semana de Investigación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1996.



## CAPITULO XIII

### EDUCACION PARA LA PARTICIPACION EN PROMOCION DE LA SALUD

DORA CARDACI RODRIGUEZ\*

“CUANDO SE AFIRMA QUE LA EDUCACION POPULAR ES DIALOGICA, PARTICIPATIVA, CRITICA, INTEGRAL, LO QUE EN VERDAD SE ESTA AFIRMANDO ES QUE *DEBERIA SER* DIALOGICA, PARTICIPATIVA, CRITICA, INTEGRAL”.

ROSA MARIA TORRES

#### RESUMEN

La Doctora Cardaci analiza y cuestiona aquí las *tendencias y modelos educativos* que se han aplicado al campo de la salud, específicamente al de la promoción.

Presenta por una parte el *modelo “paternalista/asistencialista”* que, afirma la autora, presupone una participación pasiva de la población; por otra, se refiere a un *“idealismo pedagógico”* que se sustenta en la supuesta capacidad e interés de la población para auto-educarse respecto al cuidado de su salud.

Señala las dificultades de ambas posiciones y, aunque reconoce su complejidad, establece la *necesidad de métodos pedagógicos que armonicen los requerimientos sanitarios concretos con las posibilidades reales de participación de la población*. Métodos que motiven y orienten hacia estilos de vida saludables primero a los promotores de salud brindándoles simultáneamente conocimientos sanitarios fundamentales y habilidades de liderazgo y facilitación para que sean multiplicadores efectivos.



---

\* Profesora-Investigadora. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México, D.F. Integrante del Consejo de Administración de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

## INTRODUCCION.

En el discurso de las instituciones y de los profesionales del área de la salud hay coincidencia en plantear la *necesidad de promover la participación de las comunidades en la realización de actividades preventivas y particularmente en actividades de educación sanitaria.*

No existe igual coincidencia, sin embargo, en el terreno de la práctica ni en torno al marco conceptual que nos definiría qué es una comunidad, a qué nos referimos con participación y qué significa organizar a las poblaciones.

Los profesionales que llegan a las comunidades suelen clasificar previamente a los participantes en categorías tales como "organizados" y "no organizados", "jóvenes", "adultos" y "mujeres", "líderes" y "no líderes" atribuyendo a cada conjunto conductas y formas de pensar específicas.

Este proceder, da lugar a que se activen, sin tener conocimiento de ello, relaciones sociales que refuerzan las distinciones y jerarquías existentes en el medio popular.

Frecuentemente tenemos una forma incorrecta de relacionarnos con los grupos de población ya que no consideramos la especificidad de su cultura y reproducimos las relaciones autoritarias que cuestionamos teóricamente. Sustituimos el análisis de la realidad por teorías *aprendidas* que luego se proyectan sobre la realidad.

Esta disociación es particularmente grave por cuanto mientras nos auto-satisfacemos con la perfección de nuestros esquemas, *somos históricamente ineficaces* en cuanto esos esquemas no son elaborados desde una comprensión de la cultura y del nivel de conciencia de quienes son, en definitiva, los beneficiarios de ella.

No obstante que las cuestiones técnicas no son las que determinan en última instancia, la eficacia de un proceso educativo en salud en el que se participe masivamente, es innegable que dicho proceso requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos.

Cuando los técnicos, intelectuales y profesionales han abierto la posibilidad de poner estos conocimientos al servicio de las poblaciones, cuando han compartido su lenguaje con ella reconociendo la necesidad de su participación, se han generado muchas veces interpretaciones erróneas sobre el vínculo técnico - población. Sobre estas interpretaciones es importante hacer algunos señalamientos:

En un extremo ha venido configurándose una *posición paternalista - asistencialista* que resuelve la situación “dándole” a los grupos todo hecho.

Desde esta perspectiva y en el caso de un programa de prevención de enfermedades y eliminación de vectores, por ejemplo, se “le” organiza el proyecto a la población, se “les” seleccionan los contenidos, se “les” elaboran materiales, se “les” enseña qué tareas de limpieza realizar individual y colectivamente. Todo ello se lleva a cabo *en nombre de los intereses y necesidades de una población que no participa más que como receptora pasiva de decisiones y conocimientos que le vienen dados desde afuera.*

¿Qué se encontraría en el otro extremo de esta perspectiva?. En el otro extremo está una *posición idealista* que resuelve la situación afirmando que en *las poblaciones ya* existen, *ya* están dados los conocimientos y habilidades necesarios para que ellas *mismas definan y organicen automáticamente* su propio proyecto educativo en salud, para que elaboren sus propios materiales e incluso *se auto - eduquen.*

El primer *modelo*, que hemos llamado *asistencialista de participación comunitaria* se caracteriza por dos elementos centrales: por una parte, se sustenta en una enorme *desvalorización del conocimiento tradicional*. Esta situación se acompaña por la *no modificación de las condiciones* en que está situado el grupo o la comunidad que viven en el tradicionalismo, y, por tanto, de las condiciones que lo generan y regeneran.

El *fracaso de este modelo* condujo en numerosos casos a que se teorizase en torno al carácter “refractario al cambio” que tendrían las poblaciones, a su resistencia a modernizarse. (Parra y otros, 1994).

## TENDENCIAS EN EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

Mucho se ha dicho y escrito sobre las consecuencias del paternalismo y el asistencialismo en promoción de la salud.

Es por ello que profundizaremos especialmente en la segunda perspectiva que denominamos *idealista*.

Interesa profundizar en ello porque los propios protagonistas de la educación popular latinoamericana se encuentran desde hace algún tiempo inmersos en un *proceso de revisión de experiencias y postulados*. Se preguntan *cuánto de educativo, cuánto de popular y cuánto de participativo* ha tenido lo que han venido haciendo.

Cabe señalar que este movimiento de revisión crítica que ya se está dando en el terreno de la educación popular en general, recién comienza a iniciarse en el campo de la educación popular en salud latinoamericana.

Es importante subrayar, sin embargo, que en ciertos *países europeos* que llevaron adelante experiencias masivas de participación de las poblaciones en salud, *este proceso de análisis de lo actuado ha logrado enormes avances*.

En el caso de Italia, por ejemplo, desde la década de los años sesenta se operó el denominado "modelo obrero" surgido de movimientos de lucha espontáneos por la defensa de la salud en el centro de trabajo. La metodología adoptada en esta experiencia presupone la integración de los conocimientos derivados de la experiencia obrera con el saber técnico - científico de aquellos profesionales que contaban con la confianza de los trabajadores. (Biocca, 1990).

Este modelo, que tuvo como eje un componente de participación muy importante, ha venido siendo revisado *pues algunas de las dificultades que se han observado en los estilos de participación de los profesionales y los grupos de trabajadores son las siguientes:*

Una primera dificultad se refiere a la *actitud de los técnicos o profesionales del servicio sanitario* hacia el mundo laboral, hacia los obreros. Esta actitud se ha caracterizado por un cierto *respeto*, y hasta *temor*, a educar sujetos *adultos* portadores de un peso político muy relevante. De acuerdo a los protagonistas de esta experiencia, existió la idea de que el objetivo y la función del personal sanitario se referían a la ejecución de actos meramente técnicos como el medir factores de riesgo contando con la colaboración de la subjetividad obrera. (Biocca, 1990)

Esto se apoyaba sobre un supuesto erróneo, pues se consideraba a este grupo específico de población, a los trabajadores, como sujetos ya formados, capaces de organizar y utilizar correctamente la propia experiencia considerando que la "conciencia obrera" es por sí misma sinónimo de "conciencia sanitaria". (Briziarelli, 1986).

Vale la pena agregar que un segundo problema que resultó muy negativo para la operación del modelo fue la identificación mecánica entre los objetivos referidos al cuidado de la salud (*modificación de las condiciones*, del ambiente y de la organización del trabajo) *con objetivos más generales* que tienden al cambio social. Se cayó en la tautología de considerar que haciendo una cosa se estaba haciendo la otra *creyendo que para ambos tipos de fines valen los mismos medios*.

En muchas experiencias el profesional, el técnico, era prácticamente excluido pues se consideraba que solamente los trabajadores podían conocer y decidir. (Cardaci, 1992).

## EL ENTRENAMIENTO DE LOS PROMOTORES DE LA SALUD

Hechos estos señalamientos sobre cómo el modelo obrero en numerosos casos fue derivando en *posiciones romántico/idealistas* que interpretaron el proceso de *participación como centrado en el polo obrero con exclusión de los técnicos*, se hace necesario profundizar en la complejidad del vínculo profesionales de la salud/poblaciones.

Una de las líneas de trabajo que se han venido operando con mayor o menor éxito en nuestros países es la de *la preparación de personal de las propias comunidades* (llámense promotores, brigadistas, etc.) para lograr a través de ellos que los conocimientos y las acciones sobre saneamiento, control de vectores, etc., se “multipliquen”.

La idea del multiplicador, de la difusión exponencial de los conocimientos se ha venido retomando de las numerosas campañas masivas de alfabetización que se han emprendido durante este siglo en nuestro continente.

En las campañas de alfabetización el carácter de multiplicador se otorga fundamentalmente por la condición de alfabetizado, es decir, de sujeto que maneja la lecto - escritura y el cálculo con una habilidad tal que puede poner estas capacidades al servicio de los demás.

En el caso de los procesos de participación masiva para la alfabetización y en los que se busca la prevención y la educación sobre determinados aspectos de salud, no sólo se persiguen objetivos diferentes sino se trabaja también con base en contenidos muy diferentes.

En el primer caso, el alfabetizador domina probablemente aquella información y habilidades que busca sean adquiridas por el alfabetizando. Sin embargo, *en el caso de la educación en salud el futuro brigadista que seleccionamos no cuenta necesariamente con el bagaje de conocimientos y destrezas que deberá enseñar a la comunidad*. El trabajo previo de *formación del brigadista como futuro multiplicador es altamente complejo* ya que nos proponemos que enseñe a las poblaciones no solamente una serie de técnicas y rutinas específicas (como serían por ejemplo, las medidas para lograr la limpieza ambiental) pues buscamos, explícita o implícitamente, cambiar el *estilo de vida* de la gente. Y también, obviamente, el propio estilo de vida del futuro

brigadista en el que no están siendo incluidas las medidas para la prevención del dengue, del paludismo, de las enfermedades gastro-intestinales, etc.

Es difícil convencer a alguien de que deje un hábito ya que cuando se le dice que abandone algo aparentemente tan simple como un riesgo para la salud definido médicamente, en realidad se le está pidiendo que renuncie a algo altamente complejo de su vida que puede estar teniendo para él los más variados significados.

Una visión estrictamente médica de la promoción de la salud no toma en cuenta este tipo de factores. No toma en cuenta para nada el conjunto de motivaciones contradictorias que operan en la psicología individual y colectiva. Estas motivaciones contradictorias, si se consideran seriamente, pueden proporcionarnos explicaciones enriquecedoras sobre *cuáles son los costos personales y colectivos que se decide pagar al sostener conductas riesgosas para la salud, al conservar hábitos de higiene* que, desde la práctica y el saber médicos institucionalizados aparecen como “irracionales” o por lo menos, como “poco razonables”.

Otro de los desafíos a los que se ve enfrentado el educador en salud que busca la participación comunitaria y la multiplicación de conocimientos a través de la preparación de voluntarios o promotores, se vincula con la *búsqueda de una mayor horizontalidad y diálogo en la relación profesional-personal comunitario*. (Torres, 1989).

La complejidad de este vínculo ha conducido, en muchos casos, a una falta de especialización del educador y del proceso educacional.

El educador se transforma entonces, en un “proponente” de metodologías activas que sirvan a los grupos para llegar *por sí solos* al conocimiento.

Más aún, en muchos casos se produjo (y se sigue produciendo) una *tendencia anti-intelectual y anti-teórica* en la cual el educador se niega a sí mismo su papel de persona diferente al grupo o lo que es lo mismo, de agente externo.

Mucho más, se niega su papel de intelectual, esto es, de portador de conocimientos externos, de una teoría capaz de iluminar la realidad. *Se niega la conducción y la dirección que implica la palabra “educar” llegando a un “populismo” pedagógico en el que todos saben lo mismo.*

En vez de buscar e imponer una supuesta igualdad pedagógica, *se debería reafirmar y redefinir el rol específico de cada uno*. Por un lado, se debe *aceptar que el educador tiene y ejerce cierto poder*. A nivel teórico y

práctico es aconsejable hacer explícito este poder y *mostrar qué se hace con él, en vez de ocultarlo detrás de una falsa igualdad pedagógica.*

A lo que podemos y debemos aspirar no es a eliminar esa desigualdad por decreto, sino a *encauzarla*, depurándola progresivamente de sus componentes autoritarios. La práctica educativa cuando no toma en cuenta estos factores entra en un proceso repetitivo, en una sobre-estimación de lo metodológico restringiéndose a un conjunto de técnicas llamadas "participativas".

## CONCLUSIONES

Como señala una educadora popular latinoamericana:

"Cuando se afirma que la educación popular es dialógica, participativa, crítica, integral, lo que en verdad se está afirmando es que *debería ser* dialógica, participativa, crítica, integral". (Torres, 1989).

Lo *participativo* en muchos casos significa *que todos los participantes tienen que* dar su opinión, tienen que usar papelógrafos, tienen que ser actores en sociodramas. ¿El que prefiere leer un libro o un folleto por sí mismo o el que prefiere escuchar una charla de otra persona debe ser considerado como no colaborador, como individualista?

La interpretación de lo dialógico ha llegado en ciertos casos a tal extremo que, como decíamos, se niega el papel del educador como educador.

En el fondo se estaría haciendo más *animación que educación en salud. Lo pedagógico ha tendido a reducirse a lo estrictamente metodológico y ello, a su vez, a un problema de apropiación de técnicas "participativas"*

Así, se ha llegado a concebir que el "buen" educador en salud es aquél que maneja la mayor cantidad de técnicas "participativas"

Señalábamos anteriormente *que tendemos a sustituir el análisis de la realidad por teorías aprendidas* que luego se proyectan sobre la realidad. ¿Se supera esto con técnicas "participativas"?

El *eje central en la formación de promotores* o brigadistas no debería ser el formarlos para ser "animadores" sino el *capacitarlos para una lectura de la realidad* en contraposición a nuestra tendencia a proyectar sobre la realidad lo que hemos aprendido previamente.

Esta idea es simple en su enunciado pero muy compleja en su realización.

Un último problema propio de este tipo de trabajo de multiplicación y formación de multiplicadores en salud (y que se plantea en menor medida en las campañas alfabetizadoras) es la dificultad que se presenta en la relación entre este tipo de educación participativa y la entrega de conocimientos modernos o contenidos específicos.

Nos enfrentamos al desafío de cómo entregar contenidos e innovaciones que no siempre provienen ni están en la lógica de la cultura popular, conjugándolos en el rescate del conocimiento popular.

Esta dificultad lleva muchas veces a que se sobresimplifique y no se dé un nuevo y cada vez renovado "bagaje intelectual" a los participantes de los talleres y cursos de capacitación para que puedan volver a su quehacer cotidiano fortalecidos con nuevas ideas, nuevos conocimientos y nuevos análisis para reflexionar sobre su propio trabajo.

Otra manifestación de esta problemática es el *desajuste entre materiales educativos y posibilidades o expectativas reales de las poblaciones*. Exponentes de este desajuste son dos situaciones extremas: Aquéllos *materiales elaborados enteramente por las poblaciones que no expresan la complejidad del problema* de salud sobre el que se desea trabajar o aquéllos *materiales que se definen y llevan a las comunidades desde fuera* de las mismas y que, por este motivo, *les resultan ajenos, extraños*.

La validez de un material educativo, la garantía de su origen participativo y de su carácter popular, no viene dada ni por ser la gente exclusivamente quien lo elabore, ni por la alta calificación del equipo de planificadores y elaboradores de materiales que los aplica en una comunidad.

El camino es emprender la tarea educativa conjuntamente y, en contacto permanente, ambas partes ir propiciando las condiciones para que esta tarea conjunta, esta integración, sea cada vez más real y productiva.

Las acciones educativas en salud sobre aspectos específicos, para que logren ser exitosas, deben concebirse como un primer momento en el largo proceso de apropiación de los conocimientos a los que la gente nunca tuvo acceso antes. Al mismo tiempo, estas acciones deberían entenderse como una instancia capaz de *promover*, dentro y a partir del propio proceso, niveles cada vez mayores de *participación en la organización y gestión de un proyecto global de salud*.





## REFERENCIAS

- Becker, M, (1993), A. Medical Sociological Look at Health Promotion, *Journal of Health and Social Behaviour*. Vol. 34, 1-6.
- Biocca, M, (1990), *Esperienza di lotta contra la nocività in alcune aziende italiane*, Roma, CENSAPI.
- Briziarelli, L, (1986), Atteggiamenti e comportamenti dei lavoratori, *Paper presented to the seminar Health Behaviour Research: its Application in Health Promotion*, Pitlochry, Scotland, Feb. 9-11-96.
- Cardaci, D, (1992), Las ciencias sociales y la formación en educación para la salud, Washington D: C., PAHO, *Educación Médica y Salud*, Vol. 26 No. 1.
- Cardaci, D, (1992) Health Education: An Incentive to Community Participation?, in Healstead, S, (Ed.), *Dengue. A Worldwide Problem, a Common Strategy*, México, Rockefeller Foundation/Ministry of Health.
- Demo, P. (1990), *Investigación participante: mito y realidad*, Buenos Aires, Kapelusz.
- Ellsworth, E. (1995). Why this doesn't feel empowering? Working through the repressive myths of critical pedagogy, in: Stone, S, (Ed.), *The Education Feminist Reader*, New York, Routledge 300-327.
- Hagard, S. (1994), Health Promotion at Work, *Promotion and Education*, Vol. 1, No. 1,3-5.
- Parra, R. Rama, G, Tedesco, J, (1994), *La educación popular en América Latina*, Buenos Aires, Kapelusz.
- Scottish Health Education Group (1982), *European Monographs in Health Education Research*, Scotland, IUHE/Scottish Health Education Group.
- Torres, R. (1989), *Nicaragua: educación popular*, Managua, Línea Editorial.
- Van Dam, Ooijens, J, Peter, G. (1988), *Educación popular en América Latina: la teoría en la práctica*. La Haya, CESO.

## CAPITULO XIV

### LAS CIUDADES Y MUNICIPIOS SALUDABLES: UNA ESTRATEGIA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD\*

"MACONDO ERA ENTONCES UNA ALDEA DE VEINTE CASAS DE BARRO Y CAÑABRAVA CONSTRUIDAS A LA ORILLA DEL RIO DE AGUAS DIAFANAS QUE SE PRECIPITABAN SOBRE UN LECHO DE PIEDRAS PULIDAS, BLANCAS Y ENORMES, COMO HUEVOS PREHISTORICOS [...] LAS COSAS TIENEN VIDA PROPIA -PREGONABA EL GITANO CON ASPERO ACENTO-, TODO ES CUESTION DE DESPERTARLES EL ANIMA".

GABRIEL GARCIA MARQUEZ

"MUCHOS SE SORPRENDERAN AL SABER QUE LAS MAYORES CONTRIBUCIONES A LA SALUD DE LA NACION EN LOS ULTIMOS 150 AÑOS HAN SIDO HECHAS NO POR LOS MEDICOS NI LOS HOSPITALES, SINO POR LOS GOBIERNOS LOCALES".  
JESSIE PARFIT

---

\* Artículo preparado por el Programa Regional de la OPS de Promoción de la Salud, ajustado y resumido para esta publicación "Manos a la salud" por la Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. José Luis Zeballos Zelada, Representante y el Dr. Julio González-Molina, Consultor en Promoción de la Salud.

## RESUMEN

La respuesta latinoamericana a los planteamientos de la Promoción de la Salud se ha concretado en diversos proyectos entre los cuales se destacan los denominados genéricamente Ciudades y Municipios Saludables.

Este capítulo nos presenta el proceso, vivido internacionalmente, por el cual, países en desarrollo adoptan estrategias de Promoción de la Salud, orientadas a mejoras comunitarias a nivel local, que ya se habían demostrado exitosas en países desarrollados, fundamentalmente Canadá y Europa.

Este movimiento enfatiza el componente político local y los procesos de participación, que hacen posibles mejoras graduales y concretas en el amplio campo de la salud, entendido éste como el conjunto de condiciones ambientales, sociales, políticas y económicas, que permiten a un determinado grupo humano mejorar su calidad de vida y por lo tanto su salud. La participación política local y la colaboración intersectorial mediante el establecimiento de alianzas dentro y fuera del sector formal de salud son una constante en todos los casos.



## INTRODUCCION

En los países de América Latina, (AL), la propuesta de las Ciudades y/o Municipios Saludables (CMS) se ha extendido progresivamente; CMS representan una aplicación en el contexto local de las líneas de acción de la "Promoción de la Salud" (PS): Establecimiento de políticas saludables; la participación ciudadana; la creación de entornos favorables para la salud; la reorientación de los servicios de salud; y el empoderamiento colectivo e individual de sus habitantes.

Además de su vinculación con la salud pública, CMS han conectado con otros procesos en curso de democratización, municipalización, descentralización, y transformación de las estructuras del estado.

Los "Condicionantes" de la salud no pueden ser acometidos sólo desde la perspectiva de la atención médica. Por ello, los servicios de salud vienen asumiendo funciones progresivas en promoción de la salud que se añaden a su labor tradicional de prevenir y atender las enfermedades. La salud es un bien social al que contribuyen todos los sectores sociales y económicos y la estrategia de CMS integra los esfuerzos de los distintos sectores, incluyendo los específicos de salud.

CMS representan concreción en el nivel local de los postulados de la PS; esta estrategia dirige las intervenciones hacia los determinantes de la salud, más que a sus consecuencias o enfermedades.

Por último la PS persigue que las personas puedan mejorar sus condiciones de vida, mediante procesos que se establecen primordialmente a través de la acción intersectorial y la participación social.<sup>(1)</sup>

## RAICES E INICIOS DEL MOVIMIENTO

La consideración de la Ciudad como una unidad de análisis y de intervención en salud pública no es nueva, aunque nunca antes había tenido la extensión internacional de que ahora goza. En el Ayuntamiento de Exeter, en Inglaterra, se constituyó, en 1844, la Asociación por la Salud en las Ciudades, con el ánimo de difundir los resultados de los estudios sobre las condiciones de vida de amplios sectores de la población, e introducir con ello nuevas leyes que favorecieran mejoras de salud pública;<sup>(2)</sup> estos inicios coincidieron con los procesos de industrialización y de urbanización en Europa los cuales se asociaron a nuevos patrones de enfermedad y de inequidad. Los clásicos trabajos de Chadwick provienen de esa época y de esos mismo lugares.<sup>(3)</sup>

Las ideas sanitaristas ambientales que caracterizaron a la salud pública en el siglo XIX, prevalecieron hasta los descubrimientos bacteriológicos, y de vacunas y antibióticos en la primera mitad del siglo XX.

En la década de 1970-80 surge una contestación a la corriente mecanicista, siendo T. McKeown una de sus figuras más reconocidas al mostrar que las grandes reducciones de la mortalidad de las décadas anteriores, estaban asociados a cambios sociales y ambientales más que a los progresos terapéuticos.<sup>(4)</sup>

En el muy citado Informe de M. Lalonde<sup>(5)</sup> se propuso un nuevo enfoque en la salud pública de Canadá influido por las tesis de McKeown. La posterior iniciativa de Toronto fue básicamente una adaptación al nivel local de los planteamientos que el informe estableció para todo Canadá.<sup>(6)</sup> *La idea de una red de comunidades saludables, se expuso en la Conferencia de Toronto (1984: "Más allá de la Atención Médica")*, en una serie de talleres dedicados a discutir la propuesta; la Conferencia se considera *pedra angular en la génesis del movimiento* que ahora se difunde bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud, OMS y de la OPS.

La idea moderna de CMS partió de Toronto, donde se estableció un comité de planificación que publicó el informe "La Salud Pública en los 80" estableciendo líneas de acción política y social, y de desarrollo comunitario a nivel local en respuesta a los problemas más prevalentes de salud pública del momento.

El decenio de los 80' forma parte de la historia de la PS y de las CMS. En 1986, se celebró la Conferencia Internacional sobre PS, en la que 38 países proclamaron la *Carta de Ottawa*.<sup>(7)</sup> Fue sin duda, el comienzo del proceso de lo que hoy se conceptúa como PS. El marco de referencia de estos conceptos fue revisado en la *Declaración de Santa Fe de Bogotá*<sup>(8)</sup> y en la *Carta del Caribe*.<sup>(9)</sup> en la que se destacó el compromiso por la equidad de salud. También en 1986, en *Lisboa*, 21 ciudades europeas convocadas por la OMS, se comprometieron a promover la salud urbana, dando inicio al *movimiento Europeo de Ciudades Saludables*. A principios de los 90', la OPS tomó el liderazgo de impulsar el movimiento de CMS en AL.<sup>(10)</sup>

## QUE SON LAS CIUDADES Y LOS MUNICIPIOS SALUDABLES

Se han dado varias descripciones de CMS. El tiempo y la práctica han seleccionado aquéllas que reflejan la imagen de una Ciudad Saludable:

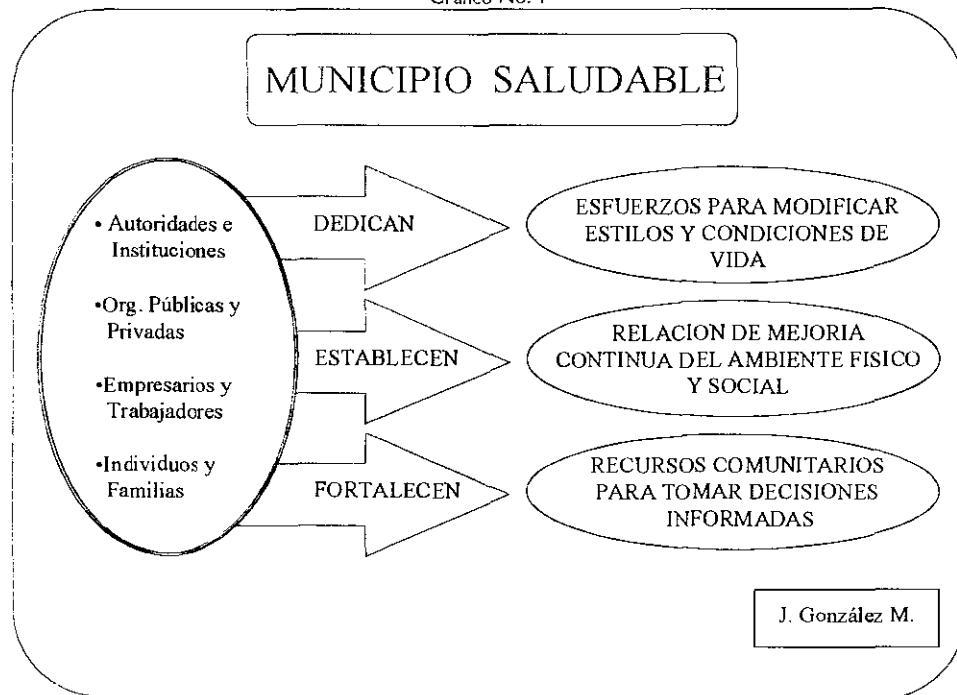
Una descripción conceptualiza a CMS "como aquellas que crean y/o mejoran constantemente sus ambientes -social y físico-, y despliegan los recursos comunitarios necesarios para ayudar a los ciudadanos a desarrollar, a través de la asistencia mutua, todas las funciones de la vida hasta su potencial máximo".<sup>(11)</sup> Se pone énfasis en la comunidad como ente capaz de autogestionar los determinantes de la salud, y en los términos "crear y/o mejorar", con la intención de aceptar cualquier situación como punto de partida, en tanto se active un proceso continuo de mejoría.

Otra descripción muy difundida ve a CMS como "en las que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, propietarios, empresarios y trabajadores, y la sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armónica con el medio ambiente físico y social, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia";<sup>(12)</sup> (gráfico No 1) el énfasis, recae en tres aspectos claves: primero, el valor de la cogestión social con una participación sin exclusiones; segundo, las condiciones de vida, el trabajo y la cultura como determinantes mayores de la salud bajo la perspectiva local; y en tercer lugar, hace especial referencia a la optimización de la comunidad como recurso.

Para la OPS/OMS, una comunidad empieza a ser saludable "cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes"; este enfoque destaca el compromiso explícito de sus líderes, por hacer que la agenda política gire alrededor del bienestar colectivo. El compromiso político es un reconocimiento de metas ante toda la población. Para evitar la tentación de anhelar sólo el beneficio político que proporciona el sello de CMS, la descripción incluye el requisito de "mejorar continuamente", lo cual implica acciones y resultados tangibles, aunque como apuntaron dos de los pioneros del movimiento, T. Hancock y L. Duhl, es algo que la gente comprende por intuición, sin explicaciones adicionales.

**CMS** recalcan el aspecto de "proceso de mejora" más que de "punto de llegada",<sup>(11,12,13)</sup> se enfoca al proceso más que a sus resultados últimos. Un municipio es saludable, con independencia de su situación de partida, si establece mecanismos que generen ganancias progresivas en su nivel de salud. Lejos de buscar la utopía lejana, pretende aplicar la "idea-fuerza" de **CMS**: mejorar en función de la realidad cercana a la mayoría de los municipios, que distan mucho de tener logros ideales de salud.

Gráfico No. 1



### CARACTERISTICAS DE LOS MUNICIPIOS SALUDABLES DE AMERICA LATINA

En América Latina se despliega una rica experiencia de **CMS**. Las peculiaridades del continente han supuesto una prueba para extender la estrategia inicialmente concebida para promover la salud en las ciudades de los países desarrollados.

El movimiento es autóctono y tiene vida propia; la **OPS** ha proporcionado instrumentos metodológicos e información científico-técnica y facilitado los intercambios entre países. Los proyectos en marcha en un buen número de países tienen algunas características comunes.

- 1.-Parten de iniciativas locales con fuerte compromiso político en ese nivel.
- 2.-Surgen para enfrentar problemas medioambientales, o a partir de proyectos integrales de control de enfermedades no transmisibles, como cardiovasculares, cáncer, accidentes.
- 3.-Favorecen la movilización y participación comunitaria.
- 4.-Disponen de una estructura organizativa (comités) de carácter intersectorial.
- 5.-Tienen un líder fácilmente reconocible.

Las cinco líneas de acción de la PS parecen aplicarse bien a través de la estrategia de CMS. Estos son algunos ejemplos:

- En "*Políticas Saludables*", algunos municipios, como el caso de Ciudad Barrios en El Salvador, han acometido problemas persistentes de recogida de basura, a través de normatización por el gobierno municipal, y la aportación de recursos materiales y humanos desde el conjunto de instituciones comunales. La ciudad de Cali en Colombia reguló la venta de bebidas alcohólicas para reducir la violencia; Manizales en Colombia y Santa Ana en El Salvador reglamentaron el uso de los espacios públicos publicitarios para que se incluyeran mensajes positivos de salud.
- La creación de "*Entornos Favorables*", es una de las áreas de mayor despliegue. Es de destacar, que muchos de estos proyectos dirigen las acciones hacia el desarrollo humano y no sólo al económico; una cooperativa de agricultores en Cuilco, Guatemala, se enfrentó al problema de la erosión y el deterioro del suelo colindante al río; la comisión multisectorial, decidió fomentar la apicultura y la reforestación de ese terreno como solución ecológica, al tiempo que aportaban otra opción alimentaria frente a los problemas de malnutrición del lugar.
- Con relación a la "*Reorientación de Servicios de Salud*", algunos municipios, como es el caso de Cienfuegos y otros en Cuba; de Sta. Catarina y otros en México, y Manizales en Colombia, han hecho hincapié en el fortalecimiento de las prácticas preventivas para mejorar la situación de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes.
- Los Comités Intersectoriales son estructuras básicas para la "*Participación Ciudadana*"; allí donde se constituyeron, la población participó en la toma de decisión y en la ejecución de los acuerdos. Frente al cólera y el dengue en varios países de Centro América, las Comisiones establecidas, han sido el lugar de encuentro y de negociación para que los Ayuntamientos y ciudadanía realicen educación sanitaria y comprometan recursos.
- En el "*Desarrollo de Habilidades Personales*", Municipios en México y Venezuela, Valdivia, Chile y Manizales, Colombia, han concretado programas entre los equipos de salud, educación y otras entidades -como la policía- para introducir temas en el curriculum escolar frente a problemas como la inseguridad vial, drogadicción, embarazo en adolescentes, y violencia, entre otros.

A pesar del avance de los proyectos CMS, no se puede extraer una receta única para todos los contextos. La sistematización hecha por La OMS<sup>(14)</sup> es un instrumento valioso como guía facilitadora en AL; el método para producir dicho documento consistió en analizar el proceso seguido por las primeras



experiencias de ciudades saludables de Europa, estableciéndose *cinco pasos o fases en el desarrollo de los proyectos*:

FASE I	Declaración de compromiso del gobierno local de avanzar hacia la meta de ser un Municipio Saludable.
FASE II	Conformación y puesta en marcha de un Comité Intersectorial.
FASE III	Elaboración de un diagnóstico con la participación ciudadana genuina.
FASE IV	Puesta en acción de un plan de salud consensuado estableciendo prioridades.
FASE V	Establecimiento de un sistema de información para la monitorización a nivel local.

El análisis del desarrollo del proceso en función de las cinco fases muestra que CMS en AL está en etapas muy diversas según los países; ésta es una *valoración cualitativa del seguimiento inicial de cada elemento del proceso*:

**FASE V:** El principal sistema de difusión de información que utilizan los proyectos son los contactos directos. La OPS es probablemente el canal más relevante entre los países. A nivel nacional, el procedimiento más efectivo lo constituyen las *reuniones periódicas de las Redes Nacionales* de CMS. En ellas, se presentan las iniciativas y se valoran sus resultados. En estos inicios, los proyectos no disponen de sistemas estandarizados de evaluación de sus experiencias.

**FASE IV:** Los proyectos son el resultado de una priorización de problemas, de una asignación de recursos, y de un reparto de funciones que bien puede englobarse bajo el término de *"plan de salud"*. Sería deseable que este plan tuviera la forma de un documento escrito como parte del proyecto; la norma en AL es que estos planes no están sistematizados por escrito o, si lo están, solo forman parte del *Plan Global de Desarrollo Municipal*.

**FASE III:** Los proyectos impulsan métodos de *diagnóstico participativo*<sup>(15, 16)</sup> integrando a líderes de diferentes sectores. La participación en el análisis de situación tiene una vertiente operativa además de ética: los grupos e individuos que aportan y escuchan mutuamente su visión de un problema, establecen más fácilmente compromisos para su solución.

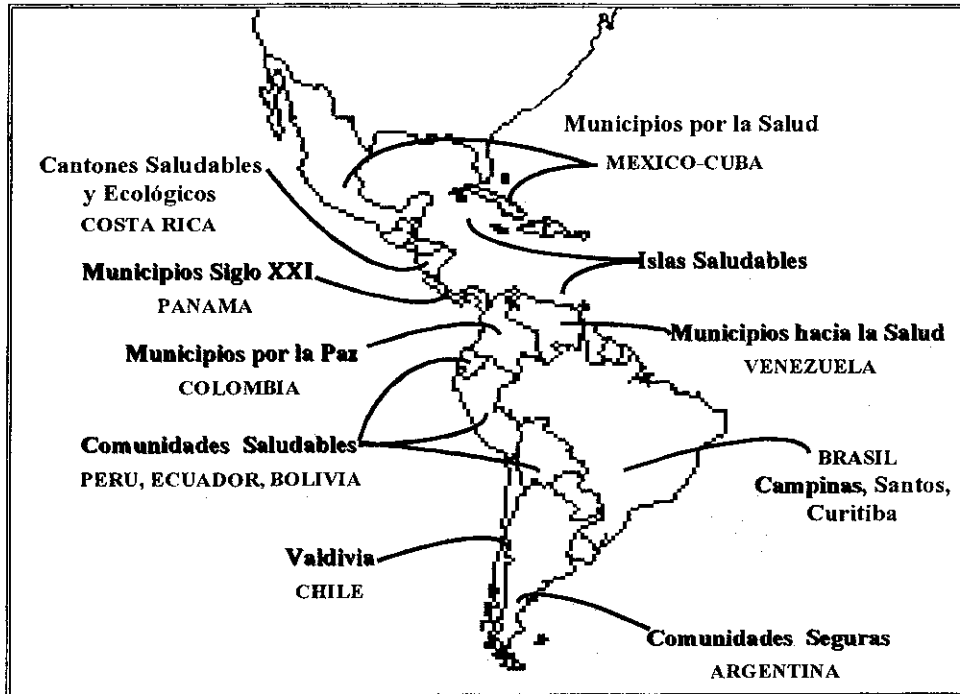
**FASE II:** Los *Comités Intersectoriales de salud* son estructuras que favorecen el desarrollo de la estrategia de Municipios Saludables, aunque no son la única alternativa. Existen ejemplos de comisiones participativas, bien constituidas en cuanto a su representación y capacidad de decisión, que han logrado grandes avances en corto tiempo. Es cierto, que muchos de los proyectos prefieren hacer uso de *mecanismos informales de comunicación* y de comisiones previamente configuradas para otros fines; Será preciso evaluar estas tendencias y los resultados que aportan cada una en favor de la participación y del desarrollo de CMS.

**FASE I:** CMS se diferencian de otros proyectos de salud en el involucramiento de los gobiernos locales. CMS son un *proyecto político de desarrollo humano local que tiene a la salud como idea motriz*, tal vez esta sea una razón por la que haya ganado tanta visibilidad política.

## CIUDADES Y MUNICIPIOS SALUDABLES EN MARCHA

La OPS ha promovido la iniciativa de CMS en AL; en la etapa inicial, concentró recursos en algunos proyectos con el propósito de que estos se constituyeran en proyectos demostrativos de los que se pudiera aprender sobre la marcha. Los que a continuación siguen, surgieron como pioneros dentro del movimiento de Municipios Saludables en AL.

Gráfico No. 2



### I. Cuba

*Cienfuegos* fue la ciudad de AL que adoptó primero institucionalmente la estrategia de CMS. El proyecto partió de una propuesta del sector salud presentada al Gobierno Provincial; ante el aumento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles se propuso abordar el problema implicando a todos los sectores de la comunidad. En 1992, el Gobierno Local proclamó su compromiso con CMS en el *Encuentro América-Europa sobre Ciudades y Municipios Saludables de Sevilla, España*. Entre sus actividades destacan, las acciones de mejora de la alimentación y nutrición, incluyendo a la industria alimentaria en la producción de alimentos más nutritivos y saludables; la confección de guías médicas para la prevención y diagnósticos de ECNT, el desarrollo de programas educativos a nivel de pre-escolar y enseñanza primaria, la elaboración de un proyecto de comunicación social, y actuaciones

específicas de mejora del entorno ambiental. La experiencia se extendió a otros municipios de Cuba que actualmente constituyen una red nacional de cerca de 50 municipios en las 13 provincias existentes.

## 2. Colombia

*Manizales*, ha desarrollado un fuerte compromiso político del gobierno local por la PS; activó su proceso en 1991, y condujo, en 1993, a la declaración de Manizales Saludable. Entre las actividades que vienen realizando destacan las de comunicación social e información pública dirigidas a reforzar modelos de comportamiento saludables y seguros; las intervenciones educativas en escolares y adolescentes; la acción intersectorial para el bienestar de los ancianos; la mejora de las condiciones de saneamiento ambiental; la adopción de estilos de vida sanos, especialmente dieta, lucha contra el tabaquismo, alcoholismo y drogas; la protección de los habitantes que viven en zonas de alto riesgo para deslizamientos; y la mejora de las calles y parques, mediante el programa "adopte una cuadra". El municipio de *Cali* tiene un proyecto integral de reducción de violencia con base en estrategias de "desarrollo, seguridad y paz". Es ilustrativo el Municipio de *Versalles* en cuanto a sus iniciativa de creación de microempresas comunitarias, el empleo de la comunicación social, canal de televisión "VersaVisión" propio de la comunidad, y en el nivel de participación comunitaria alcanzado. La llamada "Ley 100", ha reforzado notablemente el proceso de descentralización y de asignación de recursos al nivel municipal; este hecho puede hacer de Colombia uno de los países líderes en estrategias de salud desde el nivel local; el Ministerio de Salud de este país ha lanzado la iniciativa de una red de "*Municipios Saludables por la Paz*".

## 3. México

México ha tenido un desarrollo importante del movimiento que se denomina "*Municipios por la Salud*".<sup>(13)</sup> El movimiento se inició en 1993 con el liderazgo y conducción de la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, que consiguió extender la idea paulatinamente a más de 800 municipios hacia finales de 1997. México fue el primer país en construir en AL una "*Red Nacional de Municipios por la Salud*". La red aglutina municipios con diferentes enfoques y prioridades, pero todos se caracterizan por la intencionalidad de operacionalizar la promoción de la salud, el desarrollo social y el bienestar de la población, con responsabilidad compartida de los diferentes sectores sociales y claro liderazgo del Gobierno local. Los Presidentes Municipales se reúnen en certámenes anuales nacionales y regionales con el propósito de presentar el desarrollo de los proyectos y discutir temáticas de aplicación directa para sus municipios. Los campos de trabajo abarcan, el saneamiento básico y la mejora del medio; la búsqueda de condiciones mejores de empleo y trabajo; la mejora de la vivienda y desarrollo urbano; el fomento de los estilo de vida saludables; la seguridad y protección de

la población; la promoción y elevación del nivel de educación; y la atención a segmentos de población vulnerables y a los grupos socialmente desfavorecidos. Se han constituido varias redes Estatales algunas de ellas con un desarrollo muy dinámico, como es el caso de los Estados de Jalisco, Tlaxcala y Veracruz ; éste último cuenta en 1997 con casi cien municipios en su red.

#### 4. Venezuela

Venezuela inició en 1992, un proyecto de intervención en ECNT en dos Municipios; sus acciones se orientaron alrededor de estilos de vida y factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares y cáncer. Paralelamente el gobierno municipal de *Zamora*, en el estado de Falcón, hizo coincidir los procesos de descentralización y municipalización de la salud, con el de organización social; la Cámara Municipal decretó que 1992 fuera declarado como el *Año de la Salud en Zamora* integrado por las actividades de promoción de la salud que culminaron con el cierre de una fábrica cementera altamente contaminante, la construcción de un acueducto, la construcción de aceras, y el fomento de actividades preventivas desde los ambulatorios. Los equipos técnicos dirigieron sus esfuerzos para lograr que la comunidad se apoderara del concepto de salud y trabajara bajo el enfoque de la promoción de la salud. En 1997, se cuenta con cerca de 120 proyectos, varios con apoyo nacional e internacional. Se estableció la casa "*Zamora Municipio Saludable*" como sede del proyecto Zamorano y de la *Red Nacional de "Municipios hacia la Salud"* que engloba a los Municipios que se han unido al movimiento.

#### 5. Chile

*Valdivia*, surgió como proyecto de demostración de promoción de salud; ha tenido desde el principio el respaldo del gobierno municipal, y contado con un equipo propio para implementarlo. El proyecto fue orientado hacia la comprobación de la efectividad y eficiencia de la estrategia poblacional y multisectorial para la promoción de la salud, y para la prevención de factores de riesgo ligados a las ECNT especialmente del problema de accidentes de tránsito en el municipio. Los programas de comunicación y educación escolar han sido sus áreas de mayor desarrollo, aunque también se realizan actividades en el entorno laboral, así como de apoyo desde los servicios de salud, y de protección ambiental.

#### 6. Costa Rica

En Costa Rica, fue el *Cantón de San Carlos* el primero que adoptó un proyecto con las características de CMS. Este cantón, el más grande del país, ha desarrollado un importante proyecto con las características de la multisectorialidad, la participación ciudadana y la involucración de los políticos locales. El proyecto es multisectorial, con participación de organizaciones

cívicas y comunitarias junto con su cuerpo de Regidores, y del sector salud a través de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salud. Merece destacarse el liderazgo de la sociedad civil y el desarrollo conceptual y de organización de las trabajadoras sociales, quienes han incentivado el trabajo social en la generación de actividades en promoción de la salud. El movimiento se ha extendido y se ha conformado la *red de "Cantones Saludables y Ecológicos"* que reúne a buen número de municipios de dicho país.

## 7. Otros

Los ejemplos anteriores no agotan la riqueza del movimiento de CMS en la Región. Existen muchas experiencias que tienen origen en diversos proyectos de desarrollo humano y social. En esencia, integran los mismos elementos de compromiso político local, intersectorialidad, participación y empoderamiento de la comunidad, con énfasis en la prevención y la protección de las poblaciones en forma positiva, y no solamente la atención de la enfermedad. Un *denominador común* importante es la *búsqueda de la equidad en salud para un desarrollo social*.

En Brasil se destaca *Campinas*, por el papel desempeñado por la alcaldía liderando una movilización cívica de las instituciones públicas y privadas. Otras experiencias de algunos estados del nordeste y del sur (*Fortaleza, Curitiba, Santos*), también han destacado por el liderazgo de alcaldes y gobernadores, implementando proyectos integrales de salud y bienestar, con una movilización y participación social importante.

En Centroamérica, se consolidan varios proyectos de Municipios Saludables, como la "*Red de Municipios Siglo XXI*" en Panamá; *Cuicuilco* en Guatemala, *Santa Ana, Metapán, y Ciudad Barrios* en El Salvador; *Comayagua y Choluteca* en Honduras; *León y Nadaime* en Nicaragua. Finalmente, deben citarse a las *Comunidades Seguras*<sup>(19)</sup> como una de las modalidades de proyectos CMS; en estos proyectos con el compromiso político municipal, se trabaja en la reducción de accidentes y traumas, ampliando posteriormente su enfoque hacia propuestas más amplias de construir culturas que reduzcan el problema de la violencia de todo tipo; están *en desarrollo en Argentina*.

## LECCIONES Y PERSPECTIVAS

La iniciativa de CMS ha tomado fuerza en AL. A pesar de la incertidumbre asociada a todo cambio, éste suele plantear no sólo amenazas sino también oportunidades; en cierta medida, la incertidumbre puede ser atenuada a través de planes estratégicos que contemplen diferentes escenarios posibles. El

camino recorrido permite ya identificar algunas de las oportunidades y retos que se perfilan en su horizonte más inmediato.

OPORTUNIDADES	RETOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar procesos de descentralización y municipalización.</li> <li>• Influir en políticas locales de salud</li> <li>• Puerta de entrada y vehículo para temas globales de salud.</li> <li>• Favorecer la participación organizada de todos los actores sociales.</li> <li>• Reorientar los servicios de salud.</li> <li>• Uso de la Comunicación Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de sistemas de evaluación</li> <li>• Uso versus manipulación política</li> <li>• No medicalización del movimiento</li> <li>• Alianzas dentro y fuera del sector salud.</li> <li>• Satisfacción de necesidades de Capacitación a nivel local.</li> <li>• Consecución de recursos financieros.</li> </ul>

Cuadro 1. Oportunidades y retos del movimiento de Ciudades y/o Municipios Saludables, CMS.

El movimiento debe aprovechar su potencial como *instrumento para la descentralización del Estado*; en la actualidad, existe una corriente de descentralización de competencias sociales, políticas, y económicas hacia los niveles de gestión municipal la cual está siendo favorecida por organismos internacionales, entidades financieras, y por los propios gobiernos comprometidos con la democratización, y con la mayor eficiencia en la utilización de sus recursos. Las primeras experiencias en AL muestran, como resultado más inmediato, el aumento en la competencia del ente municipal en cuestiones de desarrollo local integral.

CMS es una estrategia, entre las pocas disponibles, *para influir en las políticas locales de salud*; es atractiva para los políticos locales quienes han asumido el liderazgo del movimiento; ha sido adoptado por políticos de diversas tendencias ideológicas y políticas, y es bueno que así sea para que su progreso no se vea afectado por las alternancias políticas de los gobernantes. La participación de otros actores sociales y económicos es la mayor garantía de estabilidad frente a estas alternancias. La politización del movimiento puede seguir proporcionando oportunidades para dar a la salud más espacio y más visibilidad ante los ciudadanos. Pero al mismo tiempo, existen riesgos asociados con la

politización partidista de una tendencia ideológica determinada, y de la utilización del título como imagen sin ir acompañado de actuaciones.

La experiencia muestra que es una puerta de entrada hacia temas globales de salud. De manera particular, puede posicionarse como un *vehículo para asuntos medio-ambientales* en el entorno local, como antes se dijo, la mejora del medio ambiente es el área más abordada por la mayoría de los proyectos actuales. Los temas más cercanos a la población y a sus gobernantes parecen relacionarse con la infraestructura básica, la planificación del uso de los terrenos públicos, el tránsito, y otros afines con impacto directo e inmediato en la salud y el bienestar de sus habitantes.

Es una *oportunidad para el avance en procesos de participación*. Gran parte de la esencia y el éxito de esta estrategia está condicionada por la participación de los sectores sociales y económicos en el proyecto. Aún asumiendo que estas iniciativas dispondrán de escasos recursos económicos para evidenciar logros en cortos espacios de tiempo el *mejor recurso con el que cuenta una comunidad son sus propios habitantes*. El proceso de cambio hacia un Municipio más Saludable pasa por la cooperación y el esfuerzo de las instituciones y ciudadanos sacando el máximo rendimiento de los recursos disponibles.

CMS son una *oportunidad para el sector salud* para progresar, sobre todo, en sus objetivos de promover políticas locales saludables, y de alcanzar niveles más efectivos de participación ciudadana. Los profesionales de la salud están llamados a jugar un papel relevante en las estructuras organizativas CMS. El movimiento debe conseguir un enfoque integral de la salud sin caer en la medicalización. Será preciso, promover estudios que permitan valorar la contribución del liderazgo del sector sanitario en el movimiento. Aún no está documentado el perfil técnico y humano que debe poseer el líder capaz de contagiar a sus convecinos con la idea de hacer que su municipio sea más saludable.

**El crecimiento del movimiento precisará del establecimiento de alianzas.**

La ubicación del proyecto bajo promoción de salud tiene defensores y detractores. Por un lado la salud en un sentido más integral, ligada al desarrollo humano, es un bien colectivo que difícilmente genera oposición. Pero desde el punto de vista político, existen casos significativos en los que el término "salud" ha sido cuestionado por deslucir el esfuerzo multisectorial al favorecer en exceso, políticamente hablando, el papel del sector salud. El tiempo irá mostrando la idoneidad del nombre del movimiento y sus atributos en función de sus alianzas.

Es previsible que se siga adoptando la creación de redes; están aportando tanto para el fortalecimiento del movimiento y su difusión, como para el aprendizaje mutuo; también ofrecen apoyo técnico y operativo. A través de las redes se produce la coordinación y el intercambio entre diferentes localidades y se facilitan las actividades de investigación y evaluación; parecen constituir un buen mecanismo de conexión con otros grupos internacionales, con lo que pueden llegar a ser un vehículo importante para la integración regional e inter-regional.<sup>(12)</sup>

CMS tienen mucho que enseñar; debe destacarse que están proporcionando un escenario para la puesta a prueba de los fundamentos de la PS. La evaluación es una de las áreas que precisa un desarrollo más urgente; se está promoviendo la creación de grupos de trabajo interesados en aplicar indicadores en los proyectos.<sup>(17,18,19)</sup> Existe consenso en dar prioridad a los indicadores de proceso en una primera etapa. La evaluación del impacto tendrá que ser efectuada en último término, en cada municipio teniendo en cuenta las prioridades definidas. Se está en la búsqueda de indicadores que sean útiles y asequibles para sus destinatarios. El mundo académico, las redes de Investigación y sus entidades patrocinadoras, tienen aquí un reto para la innovación y la investigación.

Queda mucho por documentar de la experiencia de CMS; muchos de estos proyectos han germinado al caer en el terreno abonado por otros similares, de ámbito más reducido, como PRODERE, DESEPAZ,<sup>(21)</sup> SMALP, Programa para el Desarrollo de la Salud Materno-perinatal-infantil (DESAPER)<sup>(22)</sup> y otros muchos sin nombre, pero arraigados en procesos de desarrollo local y participación comunitaria.

**El desarrollo de programas a nivel local conllevará nuevas exigencias técnico-administrativas.**

Se generará una demanda de capacitación de los cuadros locales a la hora de asumir mayores responsabilidades. Las organizaciones de ámbito superior tendrán que adecuar sus recursos y funciones para dar un apoyo eficaz a la gestión local. En el listado de demandas destacarán probablemente las relacionadas con aspectos gerenciales, técnicas de participación, comunicación, educación, investigación, evaluación, y sistemas de información.

El rol de la comunicación social en la difusión de la estrategia de CMS ha sido poco explotado. El mayor insumo en el proceso inicial es la "idea" de hacer del municipio un lugar más saludable y las ideas se transmiten a través de la comunicación. El apoyo a sistemas interactivos de información y de divulgación contribuirá a crear una línea de trabajo con proyección hacia el interior y el



exterior del movimiento, el cual tiene potencial de posesionarse mejor ante distintos públicos a través de planes de comunicación bien estructurados.

En suma, AL está modulando sus planteamientos de acuerdo a su momento histórico. *El proceso es autóctono*, pues *la Promoción de la Salud debe ser un medio para afrontar cuestiones mayores de ejercicio de ciudadanía, de participación y democracia, de civismo y convivencia, de equidad y justicia, y de salud y bienestar.*<sup>(23)</sup> Y estos, son valores sobre los que se construye la cultura y la salud de los pueblos.



## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones. Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficinas Sanitaria Panamericana, 1991.
2. Ashton J. *Los orígenes de Ciudades Sanas*: En: Ciudades Sanas, Masson S.A., BARCELONA I-I, 1993.
3. Chadwick E. *Report on the sanitary condition of the labouring populations of Great Britain, 1842.* Edimburgo: Edimburgh University Press, 1965.
4. McKeown T. *¿Sueño, Espejismo o Némesis?* En: El papel de la medicina. ¿sueño, espejismo o némesis? México, D.F.: siglo XXI editores. 1982: 169-185
5. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. A working Document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
6. Hancock T. *Desarrollo del Proyecto Ciudades Sanas en Canadá*. E: Ciudades Sanas, Masson S.A., BARCELONA, 1993: 43-48
7. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Health Promotion 1987; 1 (4):405-462.

8. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud y Equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, 1992.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Caribbean Health Promotion Charter*. First Caribbean Conference on Health Promotion. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, 1993.
10. Organización Panamericana de la Salud. *Municipios Saludables: una Estrategia de Promoción de la Salud en el contexto local*. Washington, D.C.: OPS, mayo 1992.
11. Hancock T, Duhl L. *Ciudades Saludables. El Fomento de la Salud en el Contexto Urbano*. Documento de trabajo para el Simposio de Ciudades Saludables. Lisboa, Portugal 7-11 abril, 1986.
12. Organización Panamericana de la Salud. *El movimiento del Municipios Saludables en América*. Washington, D.C.: OPS, agosto 1992.
13. Sotelo JM, Rocabado F. *Salud desde el Municipio: una Estrategia para el Desarrollo*. *Salud Pública de México* 1994; (36) 4: 439-446.
14. Organización Mundial de la Salud. *Veinte Pasos para Formular un Proyecto de ciudades Sanas*. Washington, D.C., OPS. Pub. No. HPP/HPS/95.3, 1995.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de el Salvador. *La Participación Social en los Sistemas Locales de Salud*. OPS/OMS, 1993.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación para el fortalecimiento de Procesos de Participación Social en la Promoción y el Desarrollo de la Salud en los Sistemas Locales de Salud*. Washington, D.C.: OPS, agosto 1994.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Comunidades Seguras, Una estrategia para la prevención de accidentes y violencias*. Washington, D.C.: OPS, febrero 1995.
18. Akerman Marco, *Construcao de Indicadores Compostos para projetos de Cidades Saudáveis: um Convite á Acao Transectorial*. Washington, D.C.: OPS, julio, 1995.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores para el Movimiento de Municipios por la Salud*. Washington, D.C.: OPS, abril 1995.
20. Contreras A, Restrepo H, López-Acuña D. *Lineamientos Metodológicos para la ejecución de un Análisis Sectorial* Promoción de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 1995
21. Concha A, Carrión F, Cobo G. *Ciudad y Vilencias en América Latina. Programa de Gestión Urbana*. Quito, Ecuador, 1994.
22. Ministerio de Salud Pública de Honduras, Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología, Universidad de Calgary, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. *Informe Nacional Final de la Evaluación Participativa del Proyecto "DESAPER"*. Ministerio de Salud Pública de Honduras: Honduras, 1994.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington, D.C.: OPS, 1996. Publicación Científica 557.

## CAPITULO XV

### MERCADOTECNIA, COMUNICACION Y PUBLICIDAD: HERRAMIENTAS APLICADAS A LA PROMOCION DE LA SALUD.

MARIA TERESA DEL BOSQUE A. DE MADARIAGA\*

"UNA EDUCACION DESDE LA CUNA HASTA LA TUMBA... QUE CANALICE HACIA LA VIDA LA INMENSA ENERGIA CREADORA QUE DURANTE SIGLOS HEMOS DESPILFARRADO EN LA DEPREDAACION Y LA VIOLENCIA, Y NOS ABRA AL FIN LA SEGUNDA OPORTUNIDAD SOBRE LA TIERRA QUE NO TUVO LA ESTIRPE DESGRACIADA DEL CORONEL AURELIANO BUENDIA"

GABRIEL GARCIA MARQUEZ

"LA DISTRIBUCION DESPROPORCIONADA DE RIQUEZA Y MISERIA, LA EXISTENCIA DE PAISES Y CONTINENTES DESARROLLADOS Y NO DESARROLLADOS. EXIGEN UNA JUSTA DISTRIBUCION Y LA BUSQUEDA DE VIAS PARA UN JUSTO DESARROLLO DE TODOS"

JUAN PABLO II

"¿QUIÉN ESTÁ LOCO? ¿LO ESTOY YO PORQUE VEO AL MUNDO COMO PUEDE SER? ¿O LO ESTÁ EL MUNDO PORQUE SE VE A SI MISMO COMO ES?"

MIGUEL DE CERVANTES

---

\* Consultora Independiente. Especialista en Promoción, Comunicación, Mercadotecnia y Publicidad aplicadas a la Salud.

## RESUMEN

Incorporar la perspectiva de la mercadotecnia al ámbito de la salud, y más concretamente al amplio campo de la Promoción de la Salud, ha sido un proceso lógico y enriquecedor cuyos aspectos fundamentales señalamos a continuación.

- **Coincidencia de Enfoques:** La Salud, considerada como un conjunto de bienes y servicios tangibles e intangibles, cuya finalidad es proteger y optimizar el bienestar integral del individuo y la sociedad, se mediatiza y operativiza fácilmente a través de la mercadotecnia que la contempla como: *un producto orientado al servicio* susceptible de ser *producido* con mayor eficiencia y calidad, *distribuido* masivamente a través de canales intersectoriales, tanto públicos como privados, *ofertado* de acuerdo a las necesidades y posibilidades reales de los diversos segmentos del mercado, y *promocionado* por medio de variadas estrategias de comunicación y participación social.
- **Estrategias y Objetivos en Común:** La mercadotecnia social plantea como su fin último “modificar conductas mediante la promoción de ideas y prácticas sociales”, nos dice Philip Kotler,<sup>1</sup> y la Promoción de la Salud, busca reorientar las conductas individuales y sociales hacia estilos de vida sanos, ecológicos y solidarios, así como promover el sentido de misión y conductas orientadas al servicio, la conducta de los productores y prestadores de bienes y servicios de salud, así como de aquellos que construyen infraestructuras saludables. En ambas áreas de posible influencia resulta invaluable el apoyo y “know how” que las técnicas de comunicación publicitaria y promocional de la mercadotecnia brindan a la Promoción de la Salud, a fin de concientizar, educar o capacitar y motivar tanto al mercado poblacional, como al intraorganizacional, sea público o privado.
- **Procesos y Métodos Complementarios:** Los procesos administrativos y de producción de servicios y bienes de y para la salud, fundamentalmente la planeación, diseño y posicionamiento de productos, estrategias y programas, así como el seguimiento y evaluación de los mismos, también han sido beneficiados con la incorporación de la mercadotecnia. La segmentación de los mercados y su investigación cuali-cuantitativa; la optimización de la productividad mediante técnicas como el Benchmarking, el Gainsharing, los Procesos de Mejora Continua, el Empoderamiento y el Sentido Misional Organizacional, son ejemplos de complementariedad interdisciplinaria donde la óptica de la mercadotecnia, sea administrativa o promocional, refuerza el quehacer de la Promoción de la Salud.

A lo largo de este capítulo se revisan los principales conceptos de: A) Mercadotecnia, B) Comunicación, y en especial C) Publicidad, y su aplicación práctica al campo de la salud.



## A) MARKETING

"LA GENERACION DEL CAMBIO SOCIAL PARA MEJORAR EL NIVEL DE VIDA ES EL RETO Y LA META DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL"

P. KOTLER y E. L. ROBERTO

### I.- VISION GENERAL

La mercadotecnia, en inglés "marketing"- hace referencia a las técnicas de mercadeo, es decir, los modos de ofertar o vender productos que alguien desea o necesita.

En este sentido, probablemente el bistatarabuelo de la mercadotecnia sea el trueque, como primer modo registrado en la historia de ofertar productos con el fin de satisfacer las necesidades propias y grupales.

**La esencia de la mercadotecnia es un intercambio.**

Este sólo puede ocurrir entre dos o más personas, agrupaciones, empresas o entidades; así que hacer mercadotecnia supone la existencia de un producto que una persona o grupo necesita o desea, y que alguien más le puede ofrecer.

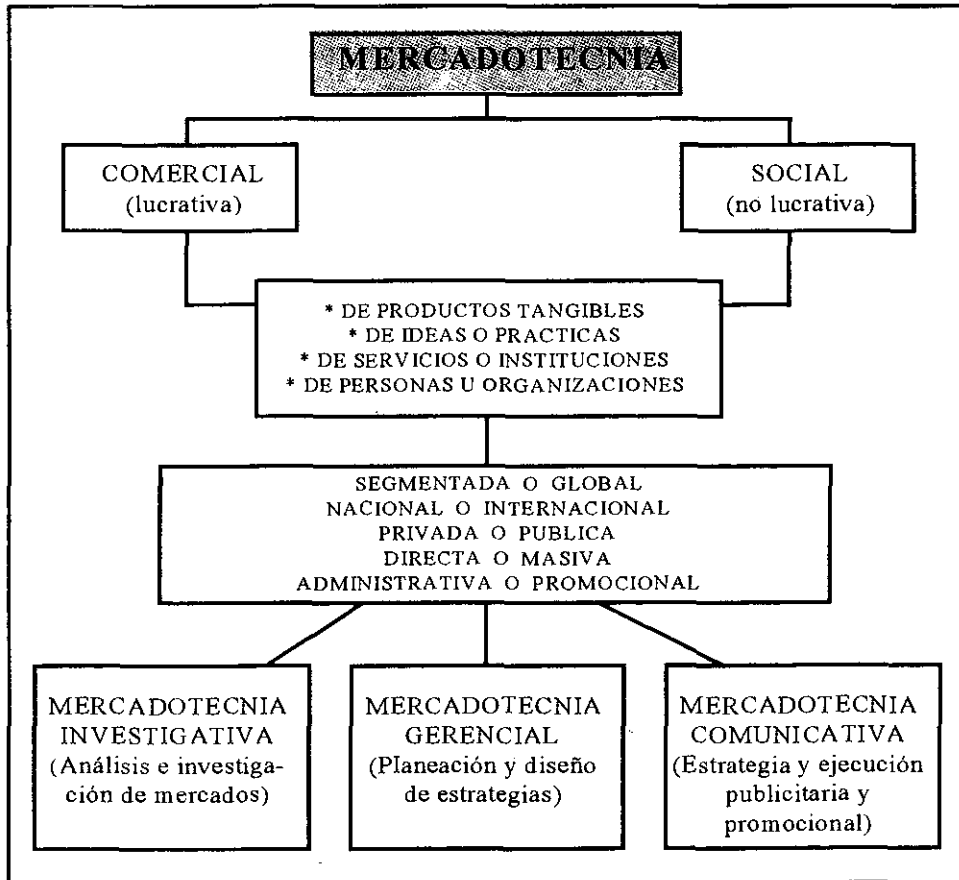
Este hecho nos remite a la búsqueda e investigación de las necesidades, condiciones y gustos de la población, para poderle ofertar productos que necesita, desea y puede adquirir.

**He ahí la sustancia de la mercadotecnia: planear, diseñar, fijar precio, distribuir y promover productos, bienes o servicios que satisfagan las variadas necesidades de la población.**

Los productos que nacen de las necesidades se denominan "*orientados al cliente*" y algunos autores afirman que es la diferencia fundamental entre la mercadotecnia y la simple venta.

Digamos entonces que el producto mercadotécnico no se inventa caprichosamente, sino que nace del análisis, investigación y evaluación de la realidad, sus problemas y áreas de oportunidad, y las necesidades y usos de la población. De ahí la importancia de la investigación de mercados y su segmentación, que nos permite profundizar en el conocimiento de los diversos fragmentos que constituyen el mosaico social.

En función de los diferentes mercados, sus necesidades y las características del producto que la mercadotecnia oferta, ésta puede clasificarse como se aprecia en el siguiente esquema:



El producto mercadotécnico es definido a nivel gerencial, y en función de sus características y las necesidades o expectativas del mercado, se desarrollan estrategias y planes para producirlo con la mayor eficiencia y calidad, y promocionarlo a través de los medios de comunicación adecuados.

Tanto la mercadotecnia comercial como la social, caben en la definición que Stanton, Etzel y Walker apuntan en su libro *Fundamentos de marketing*:<sup>2</sup>

**“Mercadotecnia es el sistema total de actividades comerciales tendientes a planear, fijar precios, promover y distribuir productos satisfactorios de necesidades en los mercados meta, con el fin de alcanzar los objetivos organizacionales”.**

## 2.- MERCADOTECNIA SOCIAL: EL ENFOQUE DE LA MERCADOTECNIA SALUTOGENA

El enfoque social de la mercadotecnia es el más válido y aplicable al campo de la salud ya que *“la labor de las organizaciones es determinar las necesidades, deseos e intereses de los mercados meta, y entregarles los satisfactores deseados, en forma más eficaz que la competencia de tal manera que protejan e incrementen el bienestar del usuario y de la sociedad”*.<sup>3</sup>

Pareciera que P. Kotler y E. L. Roberto estuvieran refiriéndose precisamente al papel de las Instituciones de salud públicas y privadas, cuando resumen el quehacer de las organizaciones que hacen o debieran hacer mercadotecnia social. Dentro de este marco podemos definir a la *mercadotecnia salutógena como el conjunto de procesos sociales y administrativos para crear y ofrecer productos y servicios que respondan a las necesidades, intereses y deseos de preservar y mejorar la salud de los individuos y grupos de una población determinada*.

La necesidad o demanda de productos y servicios bajo la perspectiva tradicional de la salud como resultante de procesos curativos es espontánea, ya que surge precisamente de necesidades e intereses de curación, que cuando se presentan exigen satisfactores inmediatos o a muy corto plazo; el enfermo busca atención médica, medicinas, y tratamientos diversos.

En cambio bajo la óptica de la prevención y promoción de la salud, las necesidades se detectan mediante estudios epidemiológicos y de condiciones de vida y salud del mercado, para transformarse en demandas específicas a través de procesos de apoyo y de comunicación motivacional y educativa, principalmente la publicidad. (por ejemplo, campañas de vacunación infantil), la promoción directa (como recordatorios de hábitos saludables enviados por correo) y las relaciones públicas (por ejemplo, solicitar y obtener apoyo escolar para campañas de higiene).

En ambos casos las actividades gerenciales y administrativas de la mercadotecnia deben ayudar a las instituciones de salud a jerarquizar, planear y organizar los satisfactores y los procedimientos para asegurarse de que la población pueda acceder a ellos, y para prever que los distintos departamentos o servicios de la institución cuenten con los recursos e información necesaria para cumplir sus metas de eficacia y calidad.

ACTIVIDADES GERENCIALES Y ADMINISTRATIVAS	
Jerarquizar, planear y organizar satisfactores y procedimientos	Prever y proveer recursos e información para la óptima producción de los satisfactores.

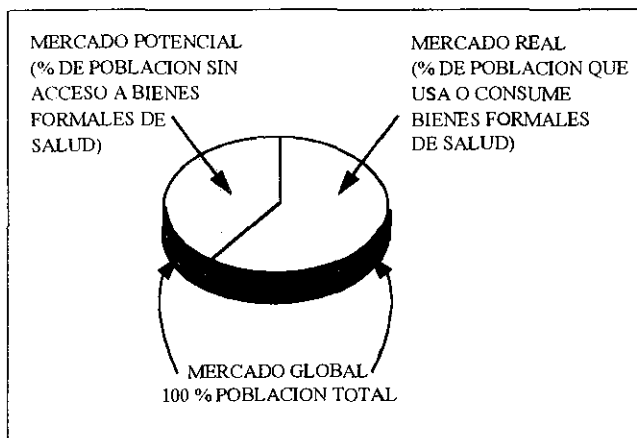
En el segundo, las actividades promocionales cobran mayor auge en tanto que depende de ellas el “despertar” la demanda de una salud positiva, orientada a la creación o reforzamiento de conductas, hábitos y estilos de vida saludables como es el caso del enfoque de promoción de la salud, o “despertar” la conciencia del riesgo epidemiológico, en la medicina preventiva.

### 3.- LOS MERCADOS DE LA SALUD

En sentido estricto podemos afirmar que toda la población constituye el *mercado global* de la salud.

Sin embargo, debemos reconocer que una parte o *segmento* de dicho mercado no tiene acceso a servicios o productos creados y ofertados formalmente para beneficiar su salud; o bien carece de las condiciones o medios que le permitan adoptar hábitos saludables.

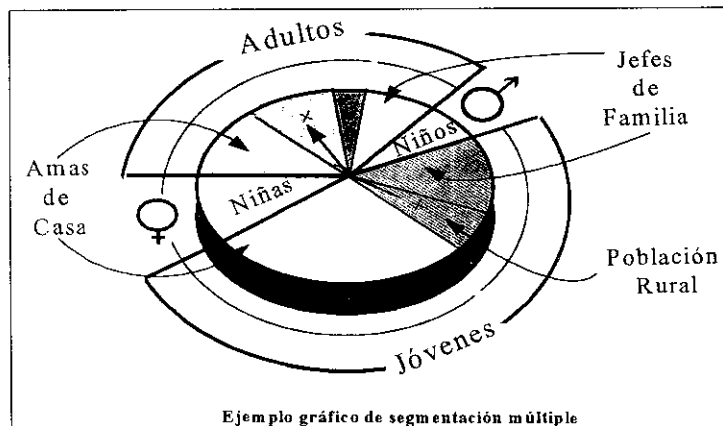
Este segmento constituye un *mercado potencial*, que puede o no, conocer y desear dichos bienes. Por ejemplo, ciertas poblaciones indígenas o indigentes no incorporadas a los sistemas formales de salud: son clientes potenciales de éstos, aunque sean clientes reales de diversas formas de medicina tradicional. Así pues, el grupo de individuos que sí usa o consume productos, bienes y servicios creados y ofertados por instituciones públicas o privadas, para la salud, se conoce como su *mercado real o actual*.



Cualquiera de estos mercados es sujeto de investigación y análisis para conocer o profundizar en sus necesidades de salud, hábitos y estilos de vida, poder adquisitivo y accesibilidad a productos y servicios sanitarios; imagen de los mismos, motivaciones para usarlos o adquirirlos, etc.



Dada la complejidad de los mercados, es necesario establecer cierta homogeneidad como punto de partida para su análisis. Esta se establece en términos de características que simultáneamente segmentan el mercado y lo unifican bajo criterios diversos. Por ejemplo, raza, edad, sexo, estado civil, ingresos, ocupación, intereses, opiniones, tipo de habitación, zona geográfica, escolaridad, religión, medios de transporte, preferencias políticas, productos que consume, y casi cualquier parámetro que se perciba como relevante para el objetivo planteado en la investigación.



Dichos parámetros se denominan criterios de segmentación.

La segmentación del mercado, así como el mas amplio conocimiento posible del destinatario prospecto son, elementos fundamentales de los procesos de mercadotecnia.

#### EJERCICIO PERSONALIZADO

Planteé un objetivo de investigación cuyo resultado le interese conocer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enuncie 3 parámetros que, de acuerdo con su objetivo, le ayuden a definir el segmento de población que debe analizar: a) \_\_\_\_\_; b) \_\_\_\_\_, c) \_\_\_\_\_.

#### 4.- DEFINICION DEL PROSPECTO PARA UNA MERCADOTECNIA SALUTOGENA DIFERENCIADA

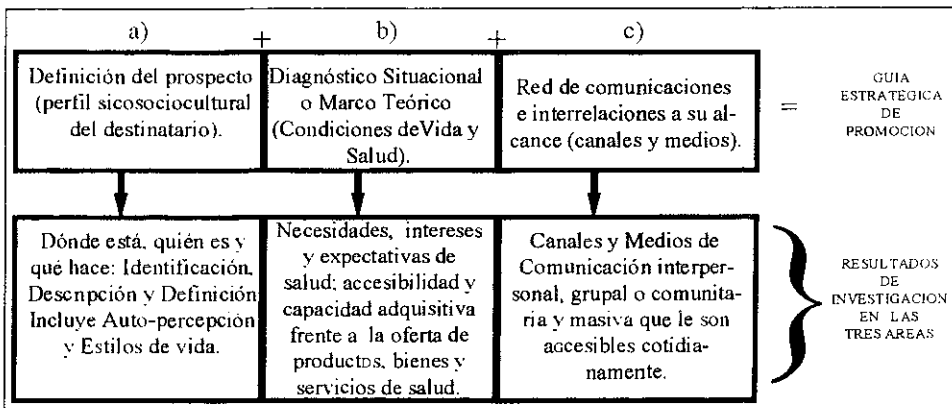
Esta categoría o modo de hacer mercadotecnia se basa en el hecho de que cada segmento de mercado está formado por una cantidad variable de consumidores potenciales y/o reales con características *sui generis*. Kotler llama a este fenómeno "mono segmentación de los mercados".<sup>4</sup>

Diferenciarlos y conocerlos lo mejor que sea posible permite, por una parte la creación y oferta de productos, bienes y servicios diversificados que respondan a sus necesidades, intereses y deseos; y por la otra, amplía las probabilidades de interesarlos, convencerlos y motivarlos hacia conductas, hábitos y estilos de vida saludables, que les permitan empoderarse de su ambiente y condiciones de salud.

Son tres las *áreas fundamentales de investigación* para establecer la diferenciación:

- 1.- Identificar el *perfil sicosociocultural del grupo meta* (segmento del mercado) mediante un proceso que nosotros llamamos "definición del prospecto".
- 2.- Hacer un *diagnóstico situacional de su entorno* que nos permita conocer, definir y priorizar su conducta, necesidades, demandas, intereses y deseos de salud.
- 3.- Descubrir la *red de comunicaciones e interrelaciones a su alcance* (canales y medios que puedan impactarlo).

La suma de estos factores proporciona una *guía estratégica de promoción*, según se muestra en el siguiente esquema:



Para cubrir o alcanzar al mercado global, deberíamos tener una *guía estratégica de promoción* por cada segmento incluido. Esta guía nos orienta en el diseño

de programas y materiales promocionales y permite la adecuación de productos y servicios de acuerdo a los segmentos.

En términos de producción de los bienes para la salud sabemos que no es posible diversificar proporcionalmente los productos y servicios; es más factible *adecuar su modo de oferta y promoción a las características de cada segmento*, considerando sus condiciones de salud específicas y las redes de comunicación accesibles.

Esto se conoce como *mercadotecnia diferenciada*. Implica *versatilidad de oferta* frente a una *demanda segmentada*.

Su utilidad radica en que permite visualizar fácilmente la diversidad de necesidades frente a las posibilidades reales de oferta de productos y servicios. Se recomienda sobre todo en mercados pulverizados, con intensas diferencias geográficas, socioeconómicas y culturales que requieren gran versatilidad en los modos de promocionar la salud.

## 5. LA MEZCLA MERCADOTECNICA EN EL CAMPO DE LA SALUD

El término "mezcla mercadotécnica" se refiere a la proporción en la que se integran los elementos de la mercadotecnia que ayudan a satisfacer las necesidades de un determinado segmento poblacional, mediante un producto o servicio específico, mismo que permite a la empresa o institución productora cumplir sus objetivos. Se presenta así:

- a) **PRODUCTO**: lo que se oferta.
- b) **PRECIO**: que para la teoría económica objetiva significa valor de cambio, y para la teoría subjetivista es el costo + la utilidad, en sentido amplio incluye cualquier medio de intercambio, sea económico (moneda), sociológica o emocional (un cambio de opinión o de valoración), o social (ceder o tomar un liderazgo).
- c) **PLAZA** o lugar de oferta del producto. Abarca canales de distribución, puntos de venta,\* transporte y almacenamiento de inventarios.
- d) **PROMOCION**, entendida como el conjunto de medios e instrumentos que se diseñan y usan para que el grupo meta se interese, acepte y adopte o compre el producto. Engloba la publicidad, la venta directa, promoción cara a cara, incentivos para vendedores y/o compradores, y relaciones públicas.

\* En mercadotecnia social se considera que el punto de venta del producto social intangible es el medio que lo lleva al mercado, por lo que puede equipararse al canal de distribución.

Las estrategias que pueden elaborarse a partir de estos 4 factores son muy variadas y dependen del énfasis, proporción e interrelación de ellos.

Para determinar la combinación más adecuada es necesario tomar en cuenta el aspecto presupuestal, y la circunstancia local del mercado.

### a) El Producto

De la definición del producto se derivan las estrategias, planes, medios y recursos de la promoción, por lo que debe hacerse con el mayor acierto posible.

Lograrlo implica como ya hemos dicho, un análisis de la realidad y una evaluación de los problemas y oportunidades que se presentan.

Esta labor es una función gerencial y se conoce como planeación estratégica. Parte de una análisis epidemiológico poblacional, mediante el cual se detectan los problemas de salud de la comunidad. En seguida se jerarquizan para seleccionar uno, en base al cual se procede a diseñar o adaptar los productos de la mercadotecnia social.

Los productos salutógenos pueden ser tangibles o intangibles pero en cualquier caso su definición debe ser clara, concreta y veraz.

Como ejemplos de productos tangibles mencionaremos entre muchos, los alimentos fortificados, campañas de vacunación, programas antidrogas, medicamentos, tratamientos, hospitales, clínicas y dispensarios, equipo, técnicas y personal.

Los productos intangibles o sociales, propiamente dicho, se clasifican en ideas y prácticas. Por ideas entendemos opiniones, creencias, actitudes y valores. El renglón de prácticas comprende los actos aislados, las conductas y hábitos que en su conjunto constituyen los estilos de vida. Veamos un ejemplo:

El *recurso* "agua potable" es el *producto tangible* necesario para promocionar hábitos de higiene alimenticia.

La *idea* "Hervir o desinfectar el agua es saludable porque evita enfermedades", así como la *acción* de "poner a hervir el agua", son el *producto social* de una campaña promocional.

Al diseñar una campaña promocional, *el producto social se transforma en el objetivo de comunicación y su punto de venta serán los medios por los que se difunda.*

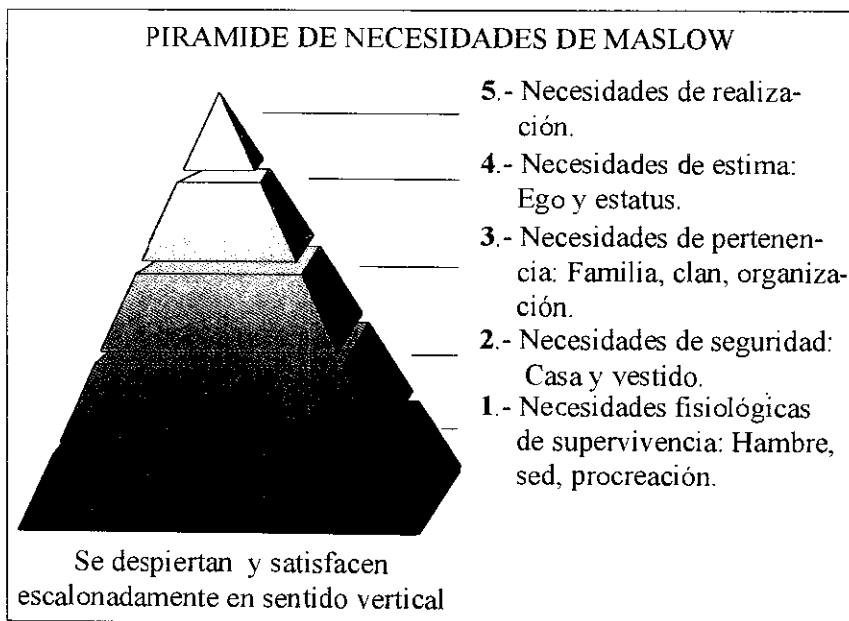
## b) El Precio

En la mercadotecnia comercial el precio del producto se define por factores económicos, como costos de producción, oferta y demanda, actividad de la competencia, márgenes de utilidad, o poder adquisitivo del grupo meta.

En la mercadotecnia social, cuyo fin último no son las utilidades sino actuar sobre conductas individuales o grupales, encontramos que *el proceso de fijación del precio no puede limitarse a los asuntos económicos, ya que toda modificación conductual involucra costos psicológicos y emocionales cuyo valor es más complejo determinar.*

En este sentido, el "precio" que los grupos meta estén dispuestos a pagar por adoptar las propuestas promocionales (cambios actitudinales y conductuales), es directamente proporcional a su percepción de los beneficios derivados de éstas. Lo anterior sucede a nivel racional.

Desde el punto de vista motivacional, existe una gran cantidad de elementos psicológicos y emocionales que intervienen en una decisión de cambio, muchos de los cuales tienen más relación con la Pirámide de Necesidades de Maslow que con las condiciones económicas:



Entre más fuerte y repetitivo sea el estímulo motivacional, existen mayores posibilidades de aceptación y pago del precio.

Este proceso complejo se ejemplifica fácilmente al promocionar el uso del preservativo, a precio popular:

El preservativo es el producto tangible y tiene un precio accesible a todos los segmentos de la población. Fijar el precio económico no presenta mayor dificultad. El problema radica en *el precio del producto social*. La idea de que el uso del preservativo es un modo de protección efectiva, *tiene que involucrar aspectos psicológicos y emocionales que ofrezcan beneficios adicionales capaces de detonar el proceso racional en la conducta concreta* de usar preservativo cuando hay relaciones sexuales.

Este proceso implica modificar opiniones como: "Hay menos placer con el uso del preservativo", creencias como "Mi pareja va a pensar que no le soy fiel", e incluso valores, entre ellos prohibiciones culturales o prejuicios como "Sólo se usan con prostitutas".

Conocer todos los aspectos del "Precio global" de un producto de mercadotecnia social, nos permite buscar estrategias económicas y de comunicación que se complementen y redunden en motivaciones racionales, sí, pero con raíces en lo psicológico y lo emocional.

Ahora bien, los productos tangibles relativos a la salud, son sujetos de ciertos factores económicos para su producción y mecanismos de oferta. Sin embargo es preciso un análisis ético riguroso previo a la fijación de precios y modos de oferta, ya que la salud no es un bien comercial, sólo sujeto a las leyes de la oferta y la demanda.

**Debemos recordar siempre que la salud de la persona es, más allá de cualquier sistema político o socioeconómico, un derecho de todo ser humano.**

En las sociedades de escasos recursos y bajos niveles de educación, las condiciones de vida de la población son generalmente malas, y la salud se deteriora irremediablemente. Es el precio social de la pobreza.

*Los sistemas solidarios de salud permiten subsanar diferencias* y ayudan a "bajar el precio" de los servicios de salud, para que los grupos marginados puedan acceder a ellos.

Por otra parte *las tendencias privatizadoras* que irrumpen en el ámbito de la salud, socializada con tantos esfuerzos, *tendrán que diseñar modelos basados en el poder adquisitivo real* de los diversos segmentos de la población, frente a sus necesidades de salud, para fijar "precios pagables", y ofertar "servicios que sirvan".

No tomar en cuenta a las poblaciones marginadas para fijar los precios de los productos de salud, equivale a una sentencia de enfermedad y muerte.

### c) Plaza o Distribución

Plaza significa el lugar de oferta de los productos; el *sitio en que se encuentran el satisfactor y la necesidad*.

Dada la amplia gama de los productos de salud, vemos que se ofertan en lugares y medios muy diversos: un pequeño negocio, un dispensario enclavado en la sierra, un anuncio exterior en el metro, o un sofisticado laboratorio de tomografía computarizada.

Las propuestas conductuales, medicamentos, equipos y aparatos, edificios, tratamientos y materiales de curación así como el personal de salud, son sujetos de todo tipo de promoción y venta; y pueden ofertarse a diversos sectores de la población por múltiples canales y medios, como a continuación se ilustra en un ejemplo:

<b>PRODUCTO</b>	{ Propuesta de consumo mesurado de alcohol.
<b>POBLACION META</b>	{ 1.- Población mayor de edad que bebe frecuentemente y sin moderación. 2.- Menores que consumen bebidas alcohólicas sin permiso y sin medida.
<b>OBJETIVO PROMOCIONAL</b>	{ 1.- Motivar a la población adulta a beber mesuradamente. 2.- Motivar a los menores a rechazar las bebidas alcohólicas.
<b>PLAZA O PUNTO DE VENTA</b>	{ 1.- Medios masivos de comunicación. 2.- Material audio visual y gráfico para escuelas secundarias y preparatorias; para grupos AA y servicios de salud.

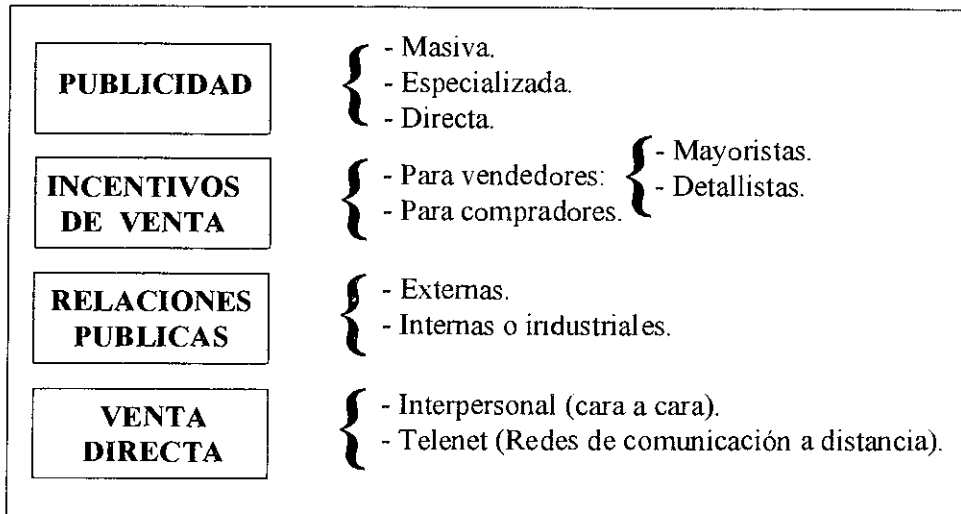
La mercadotecnia comercial establece una distinción clara entre los canales y medios de distribución de sus productos, cuyo extremo de contacto al público es el punto de venta, y los medios de promoción de ventas. De ahí que el concepto "plaza" sea equivalente al de "distribución".

En cuanto a *los productos de la mercadotecnia social* que se refieren a ideas y prácticas, es necesario recalcar que *su punto de distribución y venta es el medio de comunicación que lo lleva al grupo meta*, sea masivo, interpersonal o grupal.

#### d) La Promoción

Abarca el conjunto de medios e instrumentos que ponen en contacto a la población con los productos, para interesarlos y motivarlos a su compra, o adopción en el caso de los productos sociales.

Los principales medios de promoción son:



La planeación estratégica y los productos resultantes, sean tangibles o sociales, enfrentan aquí "la prueba de ácido, que es la aceptación o rechazo del mercado".<sup>5</sup>

Pero el proceso de promocionar un producto implica mucho más que llevarlo a los medios citados.

Comienza con el diseño de un producto en función de ciertas necesidades, la selección del personal, empresa, institución o departamento que lo va a promocionar, la definición de una o varias estrategias complementarias de publicidad, relaciones públicas y promoción de ventas, y las investigaciones mercadotécnicas pertinentes a lo largo de todas las etapas.

Obtener el apoyo y la participación de los diversos sectores de la población y sus organizaciones es decisivo en la promoción de la salud como se reiteró en Jakarta.\*

\* Ver el anexo a la primera parte de esta obra: Declaración de Jakarta para la Promoción de la Salud. OMS, Indonesia, 1997.



Es por ello vital que el producto social se adapte a la naturaleza e intereses de cada grupo. Ejemplo:

PROMOCIONAR EL CONSUMO DE LECHE EN LOS NIÑOS	
Publicidad masiva:	Para niños, motivándolos a beber leche que, además de rica, es divertida.
Incentivo de compra:	Para madres, un cupón de ahorro para la compra subsecuente, o un recetario a base de leche.
Incentivo de venta:	Para los mayoristas y detallistas, bonificación por aumento en sus ventas.
Relaciones públicas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con las principales marcas de leche, solicitar su patrocinio para un concurso infantil que requiera prueba de consumo, como tapas, etiquetas.</li> <li>- Con las escuelas, solicitar apoyo educativo como charlas a los alumnos y madres de familia, e incentivar la venta de bebidas lácteas en vez de refrescos.</li> <li>- Con clínicas y hospitales materno infantiles, solicitar que se distribuyan volantes y folletos educativos respecto al consumo de leche.</li> </ul>
Venta directa:	Por correo, adjuntar al recibo de luz un folleto motivando al consumo de productos lácteos en familia.

## 6. EL QUINTO ELEMENTO

Algunos autores incorporan a la mezcla mercadotécnica otro elemento bajo diferentes nombres: Percepción de calidad, Cadena definitoria, Placencia o Ingredientes detonadores.

Todos estos términos se refieren a la *calidad específica del producto* que lo hacen el mejor satisfactor en su tipo, a los ojos del grupo meta.

Esta característica subjetiva puede ser *difícil de definir*, ya que aunque la verbalización de la satisfacción sea casi siempre racional en términos de calidad o beneficios concretos, existen un sin número de factores conscientes e inconscientes en el individuo, que lo llevan a dirigir su atención e interés hacia un producto en particular sobre los demás de la competencia.

Por ello la psicología es de gran ayuda para el diseño del producto y de su empaque o presentación. También en la publicidad *es necesario tomar en cuenta los aspectos motivacionales*, sobre todo cuando se trata de modificar opiniones, actitudes y conductas, muchas de las cuales están arraigadas en la población, y/o son fuerte y frecuentemente motivadas por todos los medios. Tal es el caso del consumo de cigarrillos o de alcohol:

¿Qué ingrediente de satisfacción se debe incorporar a la propuesta de la promoción de la salud, para hacerla más atractiva que la conducta que se desea modificar?

La respuesta es el quinto elemento a considerar.

### 7. POSICIONAMIENTO: UN OBJETIVO DE LA MERCADOTECNIA QUE EJECUTA LA PUBLICIDAD




Lograr que un producto tenga una "*personalidad propia*" que lo sitúe de modo diferente que los demás productos similares, en la mente del consumidor o beneficiario, significa que el producto tiene un posicionamiento claro.

Buscar y encontrar ese lugar o posición que ningún otro producto puede ocupar, *es el resultado de una buena planeación estratégica* del producto; un *adecuado análisis y definición del mercado*, y una *correcta ejecución promocional*. Es pues un asunto de la mercadotecnia y de la publicidad.

El posicionamiento reviste importancia mayor en la medida que el producto tiene más competencia. Es preciso entonces buscar entre sus características la que, mediante una investigación del mercado, represente los beneficios más atractivos para el grupo meta.

Podemos observar el proceso claramente en ciertos productos de consumo como por ejemplo las cremas para manos:

Tomemos 3 marcas diferentes y analicemos su posicionamiento:

	CARACTERÍSTICA	BENEFICIO	POSICIONAMIENTO
Crema	 A	Manos bellas	Cosmético.
Crema	 B	Protege y suaviza las manos.	Utilitario.
Crema	 C		

El *diseño del producto* así como su empaque, presentación y modos de promoción, deben tener un tono *acorde a su posicionamiento*.

Los productos sociales, entre ellos los salutógenos, sean tangibles o intangibles, también requieren ser posicionados aunque aparentemente no tengan competencia.

Tomemos para este análisis el *caso de una maternidad del sistema de Seguridad Social*.

Para los sectores de población asegurada, ésta puede parecer la única opción. *Pero no lo es*. Aún cuando el precio o desembolso económico inmediato es menor o nulo para recibir atención en la clínica u hospital, *muchas mujeres prefieren ser atendidas por la partera de la comunidad*.

*Esto se debe al posicionamiento de la maternidad, frente al posicionamiento de la partera*; el segundo es "mejor" en la mente del consumidor y por eso lo prefiere.

Objetivamente podríamos suponer que el servicio de profesionales, la higiene hospitalaria, y las facilidades médicas en caso de complicaciones del parto, son características que representan beneficios más atractivos para las madres. Y resulta, a la hora de la verdad, que *la tradición, la familiaridad y la confianza personal, son las características más importantes para la mujer parturienta*.

*Posicionar correctamente el servicio de maternidad implica integrar en su imagen los elementos de tradición y confianza que la partera representa*.

Cambios tan sencillos como presentar a una doctora en vez de un doctor, resultan de gran utilidad para el material promocional.

Cuando se trata de promocionar conductas o estilos de vida, puede parecer difícil e innecesario posicionarlos, sobre todo si aparentemente no tienen competencia. Veamos un caso:

Una de las propuestas conductuales para promocionar la alimentación saludable es *"No comer entre horas"*. La *competencia* para la adopción de este hábito es enorme y gasta muchos millones de pesos en promoción. Es la *comida chatarra que promueve su consumo desordenado e irrestricto*. Ideas como "no puedes parar de comerlo", "cualquier momento es bueno para un antojo" o "las bebidas gaseosas no saben aburrido", encierran *elementos muy fuertes de motivación conductual que promueven finalmente la indisciplina y el desorden alimenticio*.

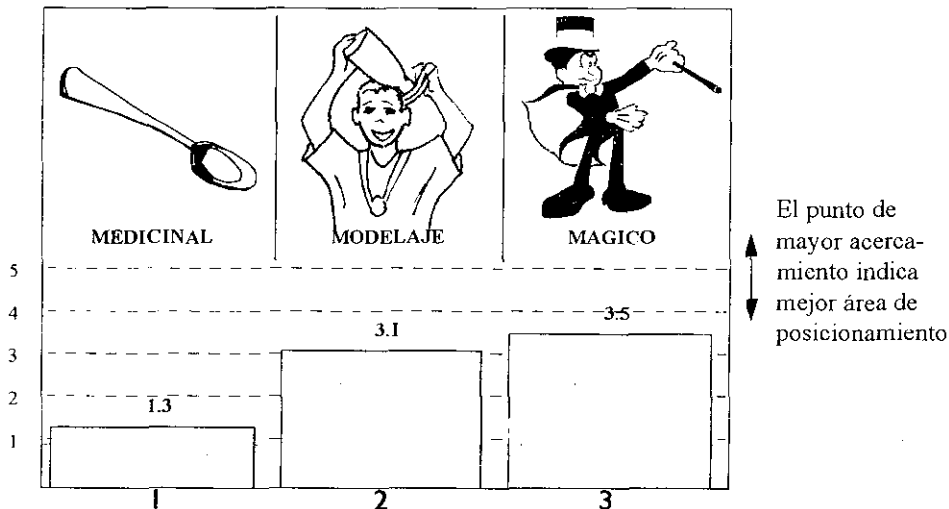
Son competencia directa de la propuesta de no comer a deshoras.

*¿Qué hacer? Buscar un "nicho", un pequeño lugar en la mente del consumidor, que no esté ocupado por otras propuestas de conductas alimentarias, y ahí posicionar mi producto: La idea y el hábito de respetar un horario de alimentos establecido.*

Vestir esta idea del modo más atractivo y adaptarla a los diversos grupos meta es precisamente la labor publicitaria respecto del posicionamiento.

Es necesario revisar creativamente las cualidades y beneficios del producto para descubrir cuál de ellas nos permite un posicionamiento atractivo y tan motivador que pueda detonar un cambio en la conducta.

Simultáneamente hay que profundizar en los gustos, necesidades, creencias y sentimientos del grupo meta para encontrar el lugar donde coinciden el individuo y el producto. Veamos un ejemplo de búsqueda de estrategias creativas, para la idea "no comer entre comidas":



La estrategia mejor aceptada por el Grupo Meta nos dará el posicionamiento más adecuado al producto en cuestión:

RESPUESTAS DEL GRUPO META:		
Grupo meta: Pre-adolescentes en edad escolar (9 a 12 años)		
Idea: Comer a deshoras no es saludable.		
Conducta propuesta: No comer "productos chatarra entre comidas".		
Posicionamiento	Propuestas	Respuestas: (1 a 5)
1) Medicinal	Contra dolor de barriga 1 cucharada de "Nada entre comidas"	1.3
2) Modelaje	Los campeones no comen a deshoras.	3.1
3) Mágico	No te dejes "encantar" por la comida chatarra, tu tienes fuerza.. de voluntad	3.5

El adagio "El que pega primero pega dos veces" es muy válido en este asunto de posicionar productos. *El primer producto en ocupar un nicho en la mente del consumidor es el que tiene más posibilidades de permanecer ahí*, aún cuando otros lo intenten.

Los productos que tratan de emular un posicionamiento se conocen con el apodo de un "ME TOO"- "yo también"; usualmente no pueden aspirar al liderazgo y cuando mucho llegan a ocupar un distante segundo lugar. En este sentido el libro "La guerra de las colas" es muy ilustrativo.

Dar al producto, o descubrir en él *una característica y el beneficio correspondiente que ningún otro producto puede tener*, es el ideal del posicionamiento. Este ingrediente de éxito de mercadeo se conoce como "*Unique Selling Proposition*"; en español "*Proposición exclusiva de venta*". Westphalen y Piñuel en su obra la "Dirección de comunicación" se refieren a un "eje publicitario" que corresponde al posicionamiento.<sup>6</sup>

## 8. MERCADOTECNIA ORIENTADA AL SERVICIO: CONCEPTOS DE CALIDAD Y CALIDEZ.

En la mercadotecnia social, la *calidad del servicio es uno de los principales elementos de éxito o de fracaso*. Definirla no es fácil y le corresponde hacerlo al beneficiario o destinatario del servicio.

Tiene relación directa con el sentido de misión de la empresa o institución que presta el servicio, y con la forma en que su personal lo asume y lo proyecta.

La mejor forma de medir la calidad, es mediante criterios de satisfacción del cliente o usuario. Estos deben adecuarse a la naturaleza del servicio. Por ejemplo, en el caso de un servicio de urgencias las expectativas de satisfacción que podrían establecer criterios de calidad son:

- Inmediatez de la atención.
- Eficacia de la curación y Profesionalismo médico.
  - Calidez de trato y empatía.
- Precio justo (a criterio del destinatario).

Como gran parte de los productos de salud son servicios que se brindan en forma interpersonal, es básico que promotores, médicos, enfermeras, equipo administrativo y de gestión, se capaciten tanto profesionalmente como en aspectos de relaciones humanas que les permitan brindar esa calidez y empatía, que tanto cuentan al momento que el usuario o cliente califica un servicio recibido.

Este punto engloba y valora las actitudes de cortesía, amabilidad, eficiencia y buen humor.

La eficacia y el profesionalismo se expresan usualmente como tiempo de recuperación y entre consultas, desaparición de dolor o molestias y el precio de los medicamentos y tratamientos recetados.

Estos aspectos importantes están contemplados por la Promoción de la Salud al establecer como una de sus áreas de acción el *desarrollo de las capacidades personales* que permiten al individuo optimizar su productividad y satisfacción promocional a la par que sus cualidades humanas, es decir, *un desarrollo integral*.

Un personal orientado al servicio, interesado en mejorar sus estándares de calidad y calidez, con plena conciencia de la Misión de su institución y del valor de su labor concreta, es el recurso más valioso de las empresas de salud de hoy y del mañana.

## 9. LA IMAGEN DEL PRODUCTO

Existen varias acepciones del término "Imagen": "Es la representación de un objeto en la mente; un reflejo o impresión repetida; una descripción o metáfora", nos dice el diccionario. Por su parte, el lenguaje popular la equipara con la reputación de una persona en dichos y refranes muy expresivos:

"Cría fama y échate a dormir", "La primera impresión es la que cuenta", o en palabras de Rousseau: "La reputación de un hombre es como su sombra, que a veces le sigue y otras le precede, unas veces parece más larga que él y otras más corta."

De cualquier forma, tener o proyectar una imagen de algo o alguien *implica una apreciación del sujeto*, un modo de percibirlo que, como tal, *no corresponde necesariamente a la realidad*.

Para efectos de nuestra materia diremos que la imagen de un producto es *la percepción más generalizada del mismo, la cual determina un cierto grado de aceptación o rechazo en el mercado, estableciendo una relación tanto racional como afectiva entre el público y el producto*.

La imagen de un producto comercial o de consumo, depende fundamentalmente de la reputación que tanto la publicidad como sus cualidades reales le van forjando.

Cuando se trata de un producto social como un servicio o una propuesta de acción, la imagen institucional o corporativa que lo respalda es muchas veces determinante para su rechazo o aceptación.

Así al referirnos a los servicios de salud de una u otra dependencia o institución, a priori los relacionamos con la imagen de ésta, y de ser negativa, habrá un rechazo inicial, aún cuando posteriormente la experiencia llegue a ser positiva.

El *logotipo o símbolo visual* que identifica a una persona moral (sea de carácter público o privado, lucrativa o no), es parte integral de la imagen que proyecta; debe por lo tanto diseñarse por personal especializado y cuidando que refleje la imagen que se desea proyectar: Tradicional o de avanzada, grande o pequeña, sólida, ágil, tecnificada, humana, ecológica, participativa, en fin: *casí cualquier idea puede plasmarse y ser comunicada*.

Hay dos factores básicos en el producto que afectan la percepción de su imagen como "buena" o "mala":

1° *La respuesta del producto a las expectativas del mercado*, esto es su desempeño práctico frente al consumidor. Si el producto responde como el público lo esperaba, cubriendo todos los requerimientos, es calificado como "bueno" y adquiere una imagen de calidad.

En este sentido es importante que la promoción o la publicidad no rebasen las posibilidades reales del producto, porque ello causaría desencanto, frustración, y obviamente el rechazo del producto en cuestión.

2° *La simpatía, carisma o "ángel" del producto en relación con el público*. A diferencia de la calidad, este componente de la imagen no es objetivo ni depende 100% del desempeño del producto. Radica más bien en *aspectos emocionales*, capaces de crear empatía de algún tipo entre el producto y la comunidad. Pueden ser elementos del propio producto, de su presentación o empaque resultado del "Merchandizing" \*, o creados por su publicidad. En cualquier caso, *la simpatía es un fenómeno gratuito y hasta cierto punto fortuito: "un prodigio sellado de la naturaleza"* (Gracián).

Es así que encontramos productos de mediana calidad en relación a su competencia, y que sin embargo son preferidos debido a su imagen de "producto querido", "tierno", "gracioso" o que "cae bien".. Un caso que ejemplifica esto es el de un auto pequeño, cuya tecnología es más anticuada que la de su competencia y que sin embargo es calificado de simpático, y se sigue vendiendo bien.

---

\* Término usado para definir varios medios de promoción específica.

Trasladamos ahora estos ingredientes al campo de la mercadotecnia social, y en particular a la mercadotecnia salutógena. ¿Siguen siendo válidos?

Debemos partir de que *los productos sociales pueden ser tangibles e intangibles*. En el primer caso, *su calidad y simpatía se miden en los mismos términos que la de los productos comerciales de consumo*. Los intangibles, es decir *las ideas y los servicios*, se necesitan mutuamente para poderse implementar. Esto hace que *su imagen sea "codependiente"*. Veamos un ejemplo:

Al promover la idea de que "es más seguro atenderse de parto en una maternidad", estamos promoviendo el servicio de maternidad con todo lo que engloba: El personal, el edificio y el equipo técnico; así que el concepto de calidad o simpatía no pueden aislarse y ser aplicados parcialmente ni a la idea en sí, ni a los elementos del servicio separadamente. Hacerlo redundaría en una "antipromoción".

"El servicio se hace realidad sólo en el momento de contacto directo entre el cliente y una persona de la empresa".<sup>7</sup>

Es ella quien pone en juego y actualiza o no la imagen de todos los factores involucrados. Esto enfoca el concepto de imagen en dos direcciones:

La primera lo empata al concepto amplio de calidad del que nos habla Ishikawa;<sup>8</sup> la segunda resalta el "sentido de misión" en una corporación, y la importancia de su asimilación por parte de todo el personal.

A este respecto la reingeniería empresarial revisa los modelos rígidos, piramidales y poco participativos del personal: "En el momento actual, el empleado modelo, tanto se dirige a subordinados como si es un subalterno, *ha de ser un socio que participa plenamente*."<sup>9</sup> De ahí la necesidad de que "se ponga la camiseta" de la institución.

En el mismo sentido P. Kotler y E.L. Roberto<sup>10</sup> apuntan: "*... ofrecer servicios de alta calidad y hallar formas de incrementar la productividad del personal que proporciona los productos sociales y los servicios*." Sólo así podrá proyectarse la imagen óptima del servicio en cuestión.

## 10. EL EMPODERAMIENTO Y LA PROMOCION DE LA SALUD.

El concepto de empoderamiento en las empresas *surge a partir de los nuevos modelos organizacionales*, como una respuesta en el campo de la gerencia administrativa en la búsqueda de "excelencia", "servicio al cliente" y "calidad total". Su gran fuerza radica en que sustenta un *cambio global de actitud* orientado al



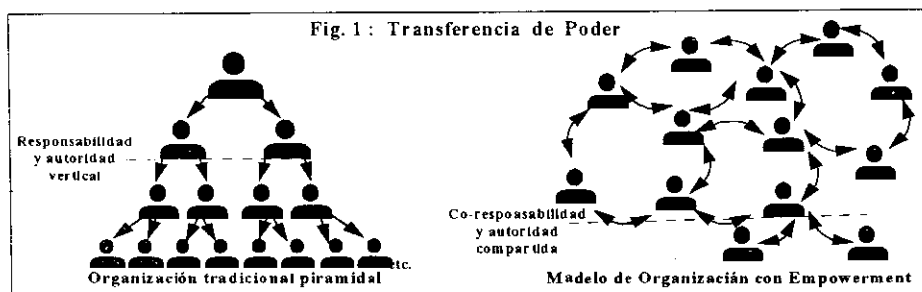
crecimiento personal y organizacional, aplicable no sólo a los empleados de grandes compañías, sino a todo el amplio campo de la conducta humana y las relaciones interpersonales.

**Empoderamiento, en inglés "empowerment", significa la acción de hacerse poderoso el individuo, al compartir la autoridad y la responsabilidad de satisfacer sus necesidades.**

Este concepto implica una actitud personal de gran *conciencia y autoestima, fuerte sentido de pertenencia y orientación a la participación* en la búsqueda propositiva de satisfactores y recursos. Supone también una *estructura organizacional flexible*, no piramidal e interesada en el desarrollo y la participación de los individuos que la constituyen.

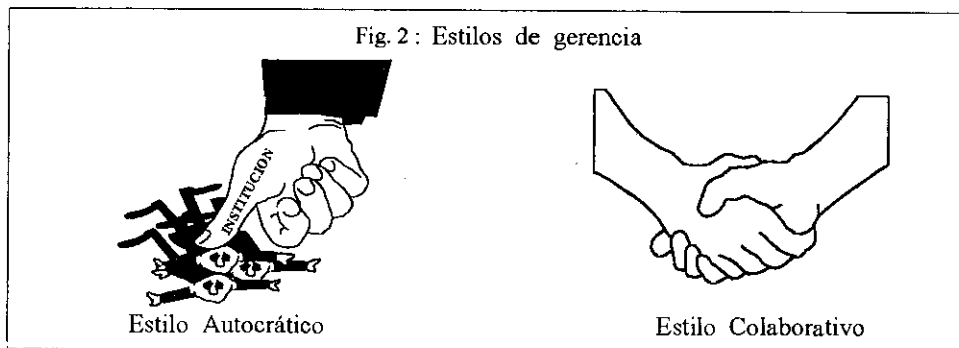
En el área de la mercadotecnia salutógena, el empoderamiento propone cambios en diversos aspectos de las instituciones prestadoras de servicios:

a) *Estructura:* (tipo de organigrama, fig.1). Las líneas tradicionales de autoridad vertical son sustituidas por líneas horizontales que comunican y unen a los individuos en pequeñas células, interrelacionadas entre sí. Podemos decir que la *estructura piramidal convencional se transforma en una estructura semejante a un panal*.



b) *Estilo gerencial:* Se abren canales de *comunicación bilateral* y se alienta la *participación* y el debate en la toma de decisiones, la *responsabilidad se comparte* lo mismo que los éxitos y fracasos, Se estimula el *trabajo de equipo* y se acostumbra evaluar resultados.

Lo anterior significa un cambio del estilo directivo tradicional, al de colaboración, que supone una "mayoría de edad" institucional. (fig. 2).



c) Modelo de empleado: "Las buenas empresas son aquellas que logran: resultados excelentes de gente normal." <sup>11</sup> Podríamos agregar: "y empoderada". Porque este es el ingrediente capaz de actualizar todas las capacidades y talentos de la gente común, haciéndola así sobresalir tanto en su desempeño laboral como en su vida personal.

El proceso de empoderarse, además de las condiciones estructurales y gerenciales, requiere de un esfuerzo personal que podemos equiparar al encendido de un motor: *La llave es la motivación que pone en marcha el empoderamiento.*

d) Sistema institucional de valores: "Los valores compartidos son un requisito indispensable para llevar a cabo la transformación conforme al nuevo modelo." (Garfield, 1992)

Es la opinión de un experto en empresas exitosas que considera que *al formular su "misión", las instituciones estructuran su filosofía y los principios que rigen sus relaciones internas y externas.* Además, despertar y arraigar el sentido de misión en los empleados o colaboradores es de gran importancia ya que les proporciona una motivación fundamental. El mismo autor lo expresa así: "...las utilidades no motivarán a la mayoría de los trabajadores... En cambio, se sienten inspirados por valores que puedan demostrarse concretamente en su vida laboral diaria."

En este sentido todos hemos tenido la experiencia de *conocer gente que "se pone la camiseta"* de su escuela, taller, oficina o institución, y es notable observar cómo esto afecta y determina su actitud y la calidad de su trabajo. *Es precisamente el fenómeno de compartir los valores y sentirse parte de una misión extraordinaria.* Desde luego no basta que exista la misión formulada; es necesario que sea realmente el "estilo de vida y de trabajo" de la organización.

De ahí que *el valor "testimonio vivencial" sea tan importante para la promoción de la salud;* independientemente de cualquier consideración ética, tiene su fundamento en la necesidad de *empoderamiento,* visto éste como el *nuevo modelo del éxito organizacional.*

Las tendencias actuales hacia la *descentralización de la salud*, han encontrado en el empoderamiento un aliado efectivo y eficaz, ya que *plantea un nuevo tipo de trabajador-colaborador* más participativo y más independiente; y un *destinatario-cliente más conciente y dispuesto a responsabilizarse del cuidado de su salud*.

1) Descubra su grado de empoderamiento real:

Para ejemplificar de una manera práctica todo lo anterior, le sugerimos que analice su lugar de trabajo calificando los aspectos señalados en los siguientes cuadros; circule las calificaciones correspondientes en el último cuadro y únalas con una línea: ese es el perfil de empoderamiento real en el que usted se desempeña (empoderamiento máximo:  $A10+B10+C10+D10=40$ ).

A. ESTRUCTURA	B. GERENCIA	C. EMPLEADO MODELO	D. MISION	E. EMPODERA- MIENTO
Autocracia = 1	Dictador = 1	Individuo Pasivo = 1	Asunto Gerencial = 1	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Paternalismo = 5	Policía = 5	Equipo Participativo = 10	Es de Todos = 10	B 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Colaboración = 10	Facilitador = 10			C 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mixto = 2 a 9	Mixto = 2 a 9	Mixto = 2 a 9	Mixta = 2 a 9	D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Califique su injerencia en los asuntos organizacionales:

A. ESTRUCTURA	B. GERENCIA	C. EMPLEADO MODELO	D. MISION	E. EMPODERAMIENTO
Participa usted en los procesos de: Descentralización de autoridad.  SI      NO	¿Interviene usted en los Procesos de Tomas de decisiones?  SI      NO	¿Tiene usted oportunidad de sugerir formas de trabajo participativo?  SI      NO	¿Conoce usted la misión de su organización?  SI      NO	A mayor número de respuestas positivas corresponde mayor grado de empoderamiento real.
Descentralización de recursos.  SI      NO			¿La siente suya?  SI      NO	
Círculos de Opinión. SI      NO				

La *promoción de la salud*, concretamente, es la óptica que *propone un empoderamiento masivo*, tanto interno de las propias instituciones de salud, como de la población.<sup>12</sup>

Bajo esta perspectiva, los presupuestos de salud, llegarían a dedicarse en mayor parte a las áreas de educación, promoción y prevención, de acuerdo a lo que Henry E. Sigerist y sus seguidores han propuesto. Lo anterior debiera culminar en la

adopción libre y entusiasta de estilos de vida saludables por una parte, y la oferta de ambientes saludables, es decir, condiciones de vida dignas, por la otra.

Frente a los movimientos de privatización de la salud,  
el empoderamiento también ofrece ventajas:

- Mayor *flexibilidad estructural* para adaptarse a las cambiantes necesidades de salud de la sociedad. (*Reingeniería de los servicios de salud*).
- Mejores servicios con *personal enfocado a la excelencia*, motivado a funcionar como equipo, con gran sentido de interdependencia y colaboración, muy conciente de la misión de su institución. (*Orientación al servicio*).
- Mecanismos de *gestión* variados, adaptados a los intereses y posibilidades de los clientes. (*Versatilidad de modos y tipos de oferta* para los servicios salutógenos, congruentes con las condiciones de vida reales de la población).

Posibilitando el empoderamiento.

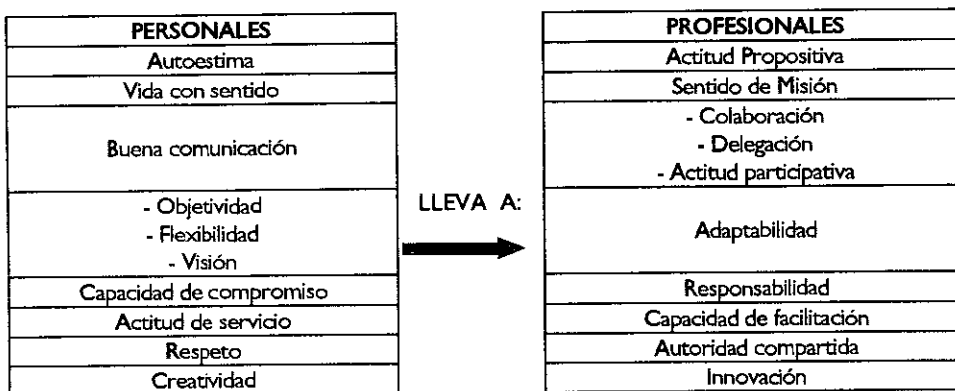
Empoderarse y empoderar a quienes nos rodean, presupone un cierto grado de desarrollo personal y profesional.

Los nuevos modelos empresariales visualizan al individuo como un ser integral, cuya vida es un todo que interrelaciona y co-dependiza sus diversos roles y funciones. Esto se traduce en flexibilidad: de horarios, prestaciones, permisos y otros.

La respuesta por parte de colaboradores empoderados es un aumento en la productividad, en la calidad de los bienes y servicios producidos, y también en su salud y en la de sus familias; diversos estudios han comprobado que las disfunciones familiares así como enfermedades varias están causadas por conflictos de intereses entre la familia y la organización laboral.

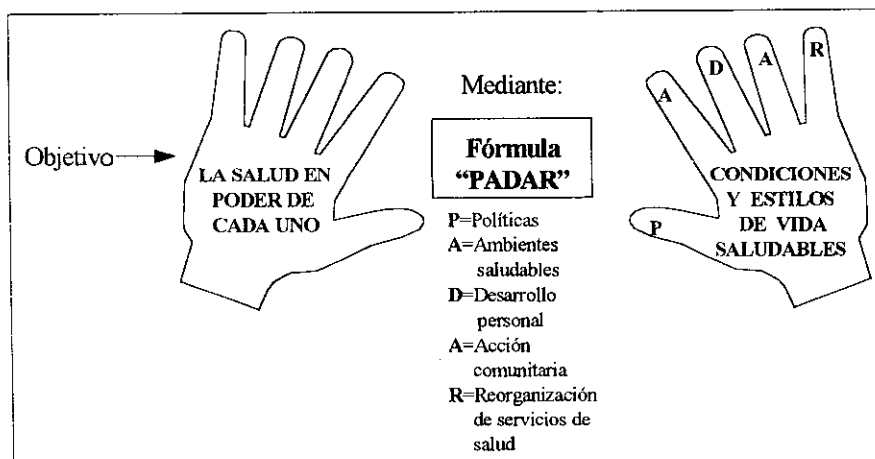
Esto se debe a que "*Las organizaciones tradicionales que siguen el viejo modelo [...] favorecen inevitablemente el conflicto entre trabajo y familia*",<sup>13</sup> *mientras que las que adoptan nuevos modelos [...] comprenden que la frontera entre el trabajo y la vida familiar es arbitraria y cada vez más disfuncional, [...] advierten la conexión natural que hay entre la vida laboral del individuo y todos los otros aspectos de su vida.*<sup>14</sup>

A continuación vemos una lista que enumera las principales áreas que, independientemente de la función o lugar de trabajo que ocupemos, y del estilo de vida que tengamos, facilitan el proceso de empoderamiento.



La Promoción de la Salud coincide plenamente con este enfoque, que contempla al individuo como un "holon", esto es, una unidad cuyas condiciones y estilos de vida determinan su grado de salud física, psicológica, social y ambiental. Por ello se plantea el empoderamiento masivo, que impulse los nuevos modelos organizacionales de nuestra sociedad, mediante sus cinco grandes áreas de acción: Políticas, Ambientes, Desarrollo personal, Acción comunitaria y Reorganización de Servicios. (Ver esquema "Fórmula PADAR").

Cada una de ellas implica una estructura y función independiente y, simultáneamente requiere del buen funcionamiento de las restantes para lograr óptimos resultados. En opinión de los expertos en reingenierías, cualquier tipo de organización social, pública o privada, lucrativa o sin fines de lucro, incluyendo la gubernamental, se refuerza y prepara para enfrentar el siglo venidero, mediante el empoderamiento de su personal en todos los niveles. El siguiente esquema\* muestra la interrelación de las cinco grandes áreas de acción que propone la Promoción de la Salud:



\* Modelo nemotécnico propuesto por la autora.

### AREAS DE ACCION DE LA PROMOCION DE LA SALUD.

1.- POLITICAS: La *creación o adecuación de Políticas Públicas saludables*. Para esto el primer paso consiste en incluir en las agendas de gobierno los temas de salud que se contemplan como prioritarios para la comunidad, y luego buscar el apoyo de la normatividad.

2.- AMBIENTES SALUDABLES: *El cuidado del medio ambiente, para hacerlo más saludable*. Incluimos aquí el aspecto ecológico, para el cual la educación de la población resulta tan necesaria. Pero también nos referimos a cuidar los diversos ambientes vivenciales de las personas, como el laboral, escolar o vial, para hacerlos más saludables física y psicológicamente.

3.- DESARROLLO PERSONAL: *El desarrollo de habilidades y capacidades individuales*. Es parte necesaria en el proceso de búsqueda de salud integral del ser humano y se refuerza mediante *el empoderamiento* de cada uno y finalmente de toda la comunidad. Empoderamiento significa que el individuo se hace responsable y acrecienta el poder de decisión sobre su salud y las condiciones que la afectan.

4.- ACCION COMUNITARIA: *La participación organizada de los diversos sectores de la comunidad*. Es un esfuerzo multisectorial, también apoyado en los conceptos de empoderamiento y solidaridad. Permite acometer tareas y asuntos de gran complejidad con mayor eficacia y eficiencia.

5.- REORGANIZACION DE SERVICIOS: *La reestructuración de servicios de salud*. Busca hacerlos más ágiles y más adecuados a las necesidades de su entorno. La descentralización que ya está en marcha en varios países latinoamericanos, responde a demandas de la población y a la inviabilidad de costos de las enormes burocracias que, confiadas en la institucionalidad tradicional y anquilosada, han dejado de prestar los servicios esperados.

### OBJETIVO FINAL: PROMOVER CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:

Posibilitar "estilos de vida saludables" implica mejoras sustanciales respecto de la equidad y las condiciones de vida de la población. De ahí que la Promoción de la Salud rebase el ámbito "sanitario tradicional", y requiera de la participación activa, propositiva y solidaria de todos los sectores, formales e informales de la sociedad. Este aspecto fue recalcado en la reciente reunión de Jakarta bajo el concepto de "Nuevos Actores para una Nueva Era".<sup>15</sup>

Lograr que la población se interese por preservar y fomentar su salud personal, familiar y comunitaria, mediante la adopción de conductas y hábitos que redunden en beneficio de su salud integral, es decir física, emocional, psicológica, ambiental y ecológica, es una gran aportación de la Promoción de la Salud:

Las condiciones socio económicas y de salud en América Latina, así como las llamadas "megatendencias" internacionales, ponen la mira en la Promoción de la Salud como la estrategia más viable para ampliar los índices de población sana: Población interesada en cuidar y mejorar su salud y las condiciones de su entorno; población motivada a disfrutar estilos de vida saludables, expresados en conductas y hábitos tanto individuales como comunitarios.

Hoy por hoy, la promoción es una estrategia necesaria, sabiendo que los costos de la medicina curativa son cada día más altos y que el empobrecimiento mundial ha llevado a los organismos internacionales a reducir sus aportaciones hacia los países en vías de desarrollo entre los que se cuentan varios países de Latinoamérica.

## B) COMUNICACION: DE LO INTERPERSONAL A LO SOCIAL.

"DESDE ESTE MOMENTO EL HOMBRE PODRA TRANSMITIR LOS FRUTOS DE SU MENTE;  
[...] GRACIAS A LA MAGIA DE LAS PALABRAS, SU PENSAMIENTO PODRA REBASAR LOS LIMITES DE SU INTIMIDAD".

NICOLAS GEORGE

### I. FUNDAMENTOS.

Al afirmar que la comunicación es todo proceso de estímulo-respuesta capaz de crear un area común,\* nos referimos a cualquier tipo de comunicación: desde el fenómeno eléctrico hasta la comunión ideológica.

En este amplio contexto, podemos afirmar que *la posibilidad del cambio se origina en un proceso de comunicación.*

En una concepción orientada hacia los fenómenos de la comunicación humana la acción de comunicarse adquiere las *características propias* de los entes comunicantes: *Conciencia, emotividad, memoria histórico-cultural, libertad y ética.*

Para los efectos de este trabajo, diremos que la comunicación es el hilo conductor del desarrollo humano y que es gracias a ella que se origina la vida social del individuo: la posibilidad de establecer el yo frente al tú y viceversa. *Sólo en la medida que cada uno se reconoce de cara al otro es capaz de concebir un "nosotros".*

Stanton, Etzel y Walker en su obra "Fundamentos de Marketing" nos dicen que comunicación es *"la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y otro que desea recibirla."*<sup>16</sup>

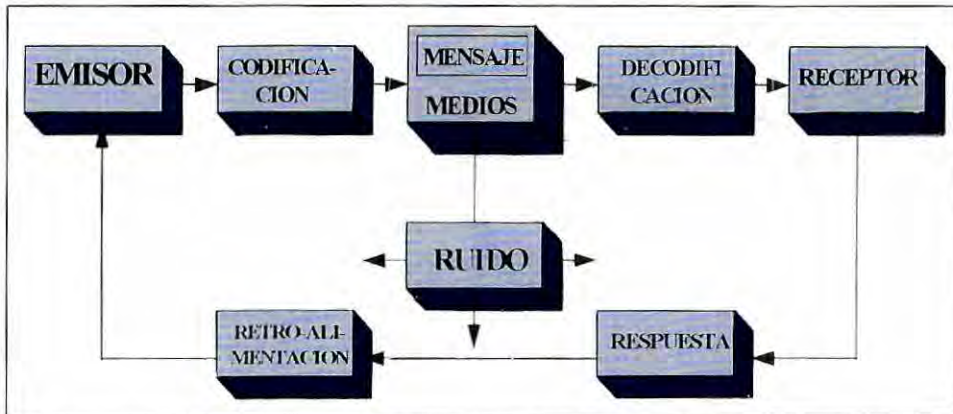
\* Ver "Comunicación" en capítulo V de esta misma obra.

Esta definición hace alusión a varios factores de gran interés:

a) Existen diversos modos de comunicarse entre los seres humanos. Los lenguajes formales no dicen todo; b) La comunicación depende de un acto de la voluntad, por lo tanto es un proceso necesariamente conciente.

En contraste, Frydman<sup>17</sup> dice "La comunicación no es solo intencional, conciente y eficaz ...sino que a veces puede transmitir cosas que el otro no puede o no quiere recibir". Explica el proceso mediante lo que llama "contenido" y "relación". Por contenido se refiere a la información expresada y por relación al modo de entender el mensaje y la relación que esto crea entre los comunicantes.

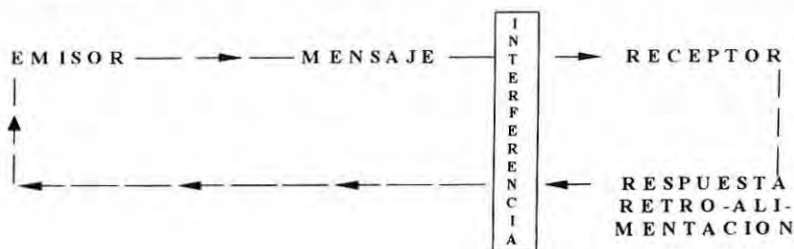
Lasswell, un gran teórico de la comunicación, plasma un modelo de comunicación con 9 elementos:



Fuente: Lasswell en Kotler. Dirección de la Mercadotecnia. Ed. Prentice Hall, Hispanoamericana S.A.,

El emisor y el receptor son los actores del proceso: el "quien" y "a quién"; el "qué" y en "qué canal" son el mensaje y los medios; los demás elementos se refieren a "como", se codifica y se decodifica el mensaje, y a "con qué efecto": qué resultados o respuesta se obtiene y si la retroalimentación se da.

El *ruido* representa cualquier tipo de *distorsión* no planeada a lo largo del proceso. El modelo que Frydman plantea es más sencillo:

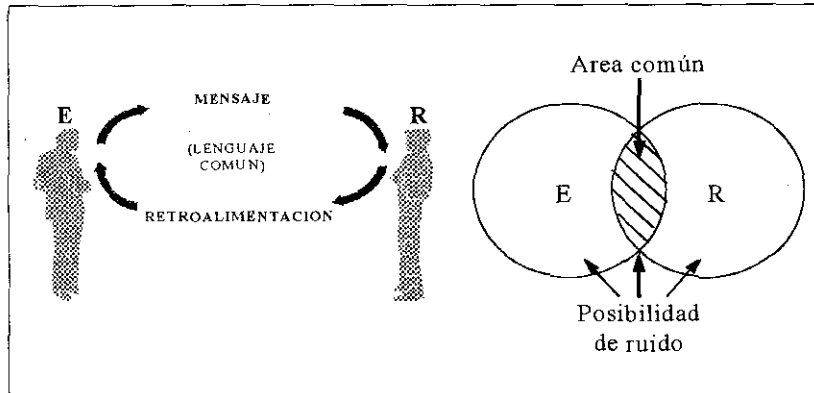




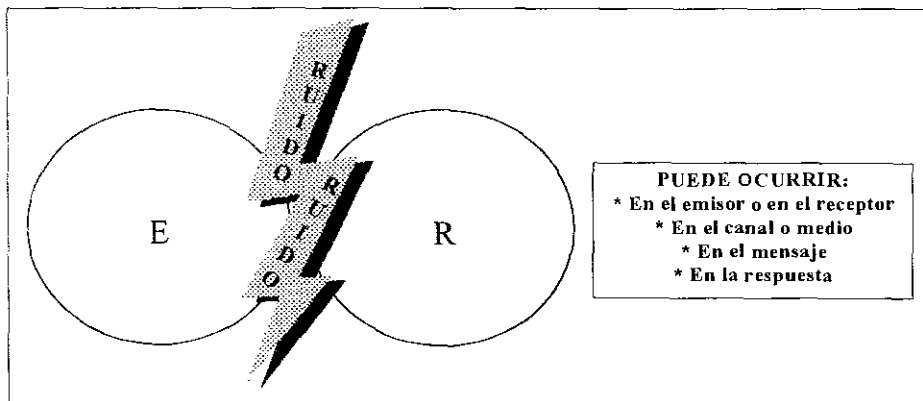
El hace hincapié en el ruido o interferencia y sus efectos negativos, enfatizando la importancia de usar el lenguaje o código adecuado para una correcta decodificación del mensaje.

Hay pues diversas acepciones de la comunicación y cada una de ellas toca aspectos importantes. Podemos resumir diciendo que la comunicación no es un hecho aislado o independiente que sucede al azar, sino *un proceso que implica una sucesión de hechos en cadena, que involucran y afectan al emisor y al receptor en un momento común o compartido.*

El yo se conoce como el emisor; el tú, como receptor, el mensaje tiene que ser enviado en un lenguaje común a los participantes y por los canales adecuados, abiertos por el receptor, para así poder crear un área común que es la que determina si la comunicación existe o no.



La existencia de un área común indica que el fenómeno de comunicación se dió, por lo tanto acusa el uso de un lenguaje común, no necesariamente verbal, y la mínima o nula distracción o sesgo por ruido o interferencia.



Cuando no se produce un área común, el emisor y el receptor permanecen ajenos e intocados y la posible comunicación se convierte en simple información.

**INFORMACION = CUMULO DE DATOS CONTENIDOS EN UN MENSAJE**

El concepto información no implica flujo, dirección ni retroalimentación. La información puede existir sin afectar a nadie, sin que nadie la conozca.

En el momento en que esa información es transmitida y se convierte en "contenido de un mensaje", puede dar lugar a un fenómeno de comunicación o quedarse en el intento. Esto depende de varios factores adicionales a la información *per se*.

### FACTORES QUE AFECTAN LA COMUNICACION

- Atención, interés y actitud de los emiso-receptores.
- Habilidades de transmisión y recepción de los involucrados.
- Uso adecuado de código, canales y medios.
- Ruidos durante los procesos de transmisión, intercambio y recepción del mensaje.

En ocasiones también encontramos que existe cierto tipo de comunicación "fría": El fumador recibe infinidad de mensajes respecto de los riesgos del tabaco para su salud, sin embargo continúa fumando. ¿Hay comunicación? Sí, puesto que se hace conciente de dichos peligros. Y sin embargo no hay cambio a nivel conductual, porque la comunicación se limitó al ámbito de la razón.

### EJERCICIO SUGERIDO

#### ¿INFORMACION O COMUNICACION?

A veces hablamos creyendo que comunicamos y no sucede así. Confronte los aspectos que usted cuida al transmitir sus mensajes en el siguiente cuadro:

- ¿Capta la atención de su receptor?, ¿Despierta su interés?
- ¿Se esfuerza porque su mensaje sea claro, objetivo y concreto?
- ¿Busca el código, canal y medio más accesible para su receptor?
- ¿Procura evitar ruidos tanto externos (ambientales) como internos (juicios subjetivos, estados de ánimo poco o no adecuados al mensaje)?
  - ¿Espera la retroalimentación de su receptor?

Estos cinco elementos facilitan que una información se transforme en "contenido de comunicación".


## 2. LENGUAJE

Existen básicamente tres tipos de lenguaje para expresar nuestras ideas, emociones y sentimientos:

1) Sonoro - Está constituido por la palabra: Idiomas dialectos argot o modismos. También contempla la música y el ambiente.

2) Gráfico - Incluimos aquí el lenguaje escrito, sea a base de ideogramas o pictogramas y el lenguaje artístico del espacio, el color y la proporción.

3) Corporal - Se refiere a gestos, ademanes, actitudes o posturas que apoyan o contradicen la expresión verbal personal. Forma parte del llamado lenguaje informal y es de gran importancia valorar su aspecto cultural ya que hay gestos, posturas y ademanes que son interpretados de modos diversos, incluso antagónicos, por pueblos diferentes.



La importancia del lenguaje, sea del tipo que sea, radica en que es la herramienta o instrumento para producir la transmisión del mensaje.

Para evitar la interferencia o ruido, es preciso que el lenguaje sea común al emisor y al transmisor. También, en el caso de la comunicación interpersonal, que sea coherente la comunicación verbal con la corporal. En general, pero sobre todo en la comunicación gráfica, se establecen ciertos requisitos para considerar buena una comunicación:

**CLARA + BREVE + EMPÁTICA = COMUNICACION ACCESIBLE**

Cabe recalcar que **la responsabilidad de toda comunicación recae en el emisor.**

## 3. TIPOS DE COMUNICACION

Se puede clasificar la comunicación de acuerdo a sus objetivos, sus destinatarios, o los medios y canales que usa:

OBJETIVOS	DESTINATARIOS	MEDIOS O CANALES
Lucrativa o de Servicio	Privada o pública	Personal, grupal o masiva
Informativa o persuasiva	Interna o externa	Local o regional
Motivacional	Segmentada o general	Nacional o internacional
Educativa o de entretenimiento	Especializada	Sonora gráfica o de expresión física; viva, mecánica, eléctrica, electrónica, o cibernética.

Las combinaciones de estos grupos son muy variadas y numerosas para cubrir las necesidades de comunicación e información de la mayoría de los grupos humanos.

#### 4. LA COMUNICACION Y LA SALUD

En el campo de la salud, la comunicación ha revestido tradicionalmente un carácter muy especial. El médico era considerado una especie de sacerdote, merecedor de un lugar de respeto y autoridad en las comunidades.

Entre él y sus pacientes se establecían relaciones muy estrechas de tipo familiar. Las consultas se realizaban en el domicilio del paciente muchas veces y podían incluir a varios miembros de la familia. El tiempo de consulta podía prolongarse y asemejarse a una visita social. La comunicación interpersonal constituía la base de la salud familiar.

Actualmente *se ha perdido* en gran parte *este sentido de relación* y de comunicación por diversos factores: La masificación de las profesiones médico-sociales ha *minimizado el aspecto vocacional y misional*, convirtiéndolas más bien en "comercializadoras de servicios". La institucionalización de la atención sanitaria ha burocratizado a su personal. La población ha crecido desproporcionadamente a la disponibilidad de servicios y personal capacitado.

Todo esto afecta la actitud del personal de salud y consecuentemente la comunicación interpersonal que establece con los destinatarios de su actividad profesional.

Veamos un sociodrama basado en un trabajo que nos fué presentado por un valioso grupo de promotores de salud, en relación al tipo de comunicación que actualmente es común en diversas instituciones de salud:

### Sociodrama sobre Comunicación Interpersonal.

**Escenario:** Sala de espera y consultorio de un médico familiar en una institución de salud. Muchas personas esperan cansadas y aburridas. La recepcionista se come una golosina leyendo una revista y limándose las uñas. Sale un paciente del consultorio y ella "llama" al siguiente.

**Enfermera recepcionista:** ¡Ficha mil! .. ¡Qué no oyen? ¡Ficha mil!

**Señora con jovencito:** Aquí 'stá, señorita. Traigo a m'hijo...

**Enfermera recepcionista:** ¡Andele, apúrese, pásele!

**Escena:** La señora pasa y el doctor la recibe mirando los papeles de su escritorio y no la mira ni de reojo.

**Doctor:** El que sigue... Siéntese joven. Nombre...

**Señora:** Elodia Pérez de Simón.

**Doctor:** ¡Qué le pasa? ¡Qué le duele?

**Señora:** Ami nada, le traje a m'hijo, que le duele la cabeza y tiene dolor de barriga.

**Doctor:** ¡Ah, pues hay que cambiarle la fórmula; no le ha de caer bien la que está tomando.

**Señora:** ¡Qué fórmula ni qué nada doitor! Si quiera voltíara pa'cá vería que m'hijo tiene treci'año!

**Escena:** El doctor voltéa a verlos asombrado y la señora indignada se sale del consultorio con su hijo.

**Fin.**

Grupo de promotores de salud de Guatemala, Guatemala.

Esta sátira ilustra el deterioro que la comunicación interpersonal ha sufrido en muchos consultorios, clínicas y hospitales.

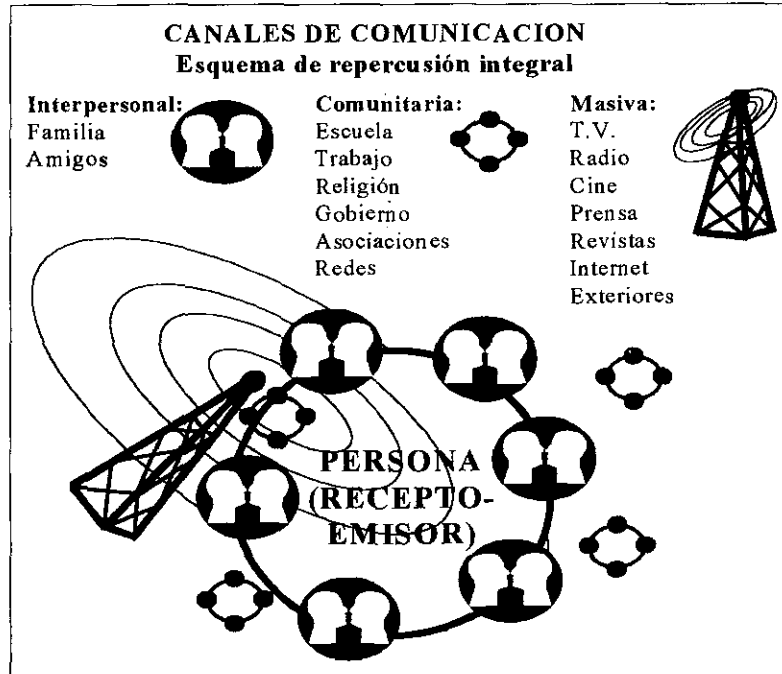
Es necesario recordar que las personas gustan de ser tratadas con atención, cordialidad, interés, y eficiencia, sin importar la situación, más cuando ésta es desventajosa, como en el caso del individuo enfermo que llega a solicitar atención.

Modificar la conducta del personal "rudo" o desinteresado, puede requerir de todo un programa institucional que incluya aspectos tan importantes como autoestima y revaloración del trabajo, capacitación y entrenamiento para puestos específicos, manejo del tiempo y del estrés, desde luego comunicación interpersonal y un buen sistema de incentivos, motivación y comunicación interna.

*Frente a las tendencias de privatización* de los servicios de salud que hasta ahora tenían un mercado cautivo, *los aspectos de comunicación y trato interpersonal cobran nueva relevancia;* el "cliente" tendrá la oportunidad de elegir el servicio que más le satisfaga y una parte importante de su agrado está determinada por el modo como es tratado, y la comunicación que se establece entre él y el personal de la institución.

## 5. CANALES DE COMUNICACION

Nos hemos referido prioritariamente a la comunicación cara a cara, tanto interna (intrainstitucional), como externa (con el destinatario o cliente prospecto). A continuación presentamos un esquema que muestra los principales medios o canales de comunicación que afectan al individuo en la actualidad:



Esquema de: María Teresa del Bosque Araujo

*Hoy más que nunca el ser humano está inmerso en un mundo de comunicación integral: Interpersonal*, que es la que le permite desde muy temprana edad descubrir su identidad frente a los "tus" que lo rodean; *grupal o comunitaria*, que le da un lugar distintivo e irremplazable dentro de la organización social en la que vive; *masiva*, que lo bombardea de estímulos y lo hace parte de los hechos y acontecimientos que ocurren en todo el planeta. Estos tres modos de contacto con el exterior, le van dando al individuo una perspectiva global de su realidad, sus posibilidades y sus límites.

La producción de mensajes se ha convertido en la tarea primordial de casi todas las estructuras sociales contemporáneas.

Los gobiernos, las religiones, las empresas e instituciones con fines lucrativos, los profesionistas, los trabajadores, las universidades y escuelas, en fin, la mayoría de los sectores forman parte de todos esos procesos de comunicación.

A este respecto Fernández del Moral, comunicólogo español, nos dice: "... la comunicación es ya la actividad fundamental, la que *marca la mayor ventaja* respecto a la simple competencia *a la hora de planificar estratégicamente el desarrollo de cualquier organización.*"<sup>18</sup>

Dentro de este panorama *¿cuáles son los canales o medios más indicados para la Promoción de la Salud?*

Si nos remitimos a experimentos realizados en Karelia del Norte y Stanford entre otros, podemos comprobar que la Promoción *es más efectiva y eficiente entre más medios o canales utiliza*. Interpersonales, comunitarios o grupales y masivos.

Cuándo usar cada uno de ellos, depende de los objetivos planteados y del segmento del mercado al que se desea llegar. Por ejemplo, para un programa interno de Promoción en una institución de salud:

**Objetivo:** Que el personal maneje jeringas y punzo cortantes adecuadamente.

**Segmento de mercado:** Personal con énfasis en cirujanos:

**Canales o medios:** Se plantean charlas explicativas y motivacionales para los diversos grupos de especialistas; material gráfico de apoyo para ser repartido periódicamente entre el personal, y cartulinas o similares en lugares de tránsito usual.

**Material promocional:** Para los cirujanos específicamente (desde objetos como plumas, portanombres, etc., hasta videos en sus lugares de descanso). Y como apoyo adicional una serie de cartas motivacionales personalizadas, animándolos a participar en el programa.

Ahora veamos un ejemplo de promoción externa a la institución:

**Objetivo:** Disminuir el consumo de tabaco entre adolescentes.

**Segmento de mercado:** Adolescentes urbanos, ambos sexos, entre 9 y 16 años.

**Definición del prospecto destinatario:** Jóvenes que viven en zonas urbanas o suburbanas y que disponen de cierto dinero personal que les permite comprar cigarrillos. Desean fumar por curiosidad, imitación o para sentirse más aceptados por sus "pares".

**Medios recomendados:** **Comunitarios:** charlas a grupos de escolares y a sus padres, con apoyos gráficos como folletos explicativos de los riesgos del tabaco y las ventajas de no fumar. Audiovisuales, cartulinas. Concurso de carteles alusivos tanto en escuelas como en clubes sociales y deportivos.

**Masivos:** Campaña de radio en estaciones y horarios juveniles; anuncios en revistas dirigidas a jóvenes.

\* Curso Promoción, Comunicación y Marketing en Salud. Equipo "Punzocortantes". CIESS. 1996.

En los ejemplos anteriores se aprecia la complementariedad de los diversos medios o canales de comunicación y su uso de acuerdo a los objetivos y al grupo meta.

En la Promoción de la Salud la Participación Social o comunitaria se aprovecha de las bondades de la comunicación cara a cara y grupal, sobretodo cuando sus objetivos son locales. Tomemos como ejemplo el movimiento de Municipios Saludables,\* que ha desarrollado exitosamente programas encaminados al mejoramiento de los factores salutógenos, condiciones de vida y estilos de vida de diversas comunidades, como por ejemplo el manejo de la basura, seguridad vial, cuidado dental, mejoras nutricionales, campañas anti-tabaquismo y anti-drogas.

El desarrollo de *actividades promocionales* y de incentivos de algún tipo, paralelamente a la comunicación, refuerza el programa y es recomendable siempre que los presupuestos lo permitan; son ejemplos el obsequio de camisetas, cachuchas, lápices, gafetes, o cualquier objeto que permita permanencia en la recordación del mensaje y que de preferencia esté relacionado con éste.

**Cada medio de comunicación tiene características específicas para optimizar su uso.**

*En la comunicación cara a cara*, el lenguaje corporal al igual que el verbal, deben provocar *confianza* en el receptor. Para ello deben ser percibidos como veraces. Esto implica que el lenguaje corporal es acorde al mensaje, y éste es objetivo, claro, breve y empático. Parte de esta *empatía* se conoce como "*calidez*" y depende de la atención, amabilidad y cordialidad con que el emisor oferta su mensaje.

Hay ciertos *gestos* que se consideran *negativos* y "ruidosos" para la comunicación. Por ejemplo:

- Cubrirse la cara mientras se habla. Denota falta de sinceridad, timidez, y también puede constituir un *razgo cultural*.
- Alisarse el cabello, tocarse el cuello y "Jugar con las manos". Muestra nerviosismo, falta de autoconfianza o inseguridad.
- Juntar yemas de los dedos y mirar por encima de los lentes. Son actitudes de prepotencia o superioridad.
- Cruzar los brazos y/o las piernas al exponer un argumento es signo defensivo; puede significar falta de confiabilidad en el mensaje recibido o en el emisor.

Podemos afirmar que la recepción del mensaje será más fácil si la actitud del emisor es acorde al contenido emocional del mensaje y a su propia personalidad: Que sea percibido como "auténtico".

---

\* Ver capítulo XIV en esta misma obra.



En la *comunicación gráfica*, es preciso comprender que su lenguaje no se constriñe a la palabra escrita; el espacio, el color, la forma, en fin, *todos los elementos del diseño se constituyen en parte sustancial de su "impacto"*, que es el factor decisivo para la recepción del mensaje.

#### REGLAS GENERALES DE REDACCION

- Que sea lógica. La estructura debe plantear un principio y un final que permita que las ideas, y por consecuencia la lectura, fluyan claramente.
- Que las frases sean cortas y fuertes. Un buen redactor no desperdicia palabras.
- Que la ortografía y la semántica sean correctas.
- Que el texto refuerce al visual y viceversa.

Respecto a la *comunicación audiovisual*, la más rica y completa ya que involucra más sentidos en la percepción del mensaje, cuenta con los recursos de la imagen y sus posibilidades narrativas y de impacto, sumados a la riqueza del lenguaje sonoro, que incluye voces, sonidos ambientales, música y los llamados "efectos especiales".

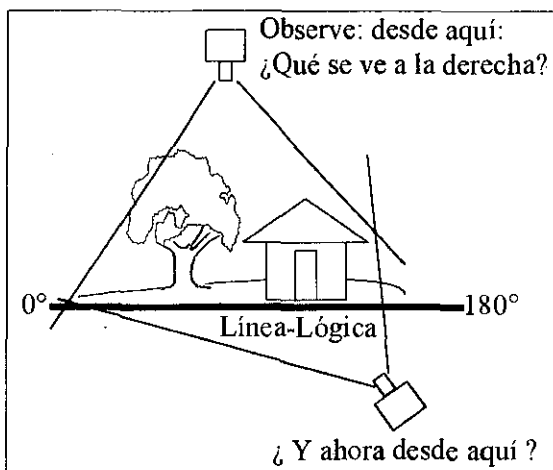
El conjunto es de una *riqueza comunicativa enorme* por lo que las diversas técnicas de comunicación audiovisual son muy usadas, tanto con propósitos comerciales como sociales.

#### LINEAMIENTOS GENERALES DE COMUNICACION AUDIOVISUAL

- "Una imagen dice más que mil palabras". Complementar la imagen con música o sonidos ambientales puede resultar mucho más rico que poner palabras innecesarias.
- Los acercamientos a las personas producen un efecto de intimidad sea en imágenes fijas o en movimiento, mientras que las tomas lejanas son más recomendables para establecer ambientes y situaciones, que para transmitir emociones.
- Antes de lanzarse a realizar una producción audiovisual secuencial, es deseable conocer los fundamentos de la narrativa visual, para evitar errores que crean confusión en el receptor; por ejemplo, cambiar de lado a los personajes o el escenario. Los especialistas en cine y televisión pueden asesorarnos al respecto.

## UN ERROR COMUN DE NARRATIVA VISUAL

(Alteración de eje visual: línea lógica)



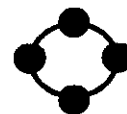
Cuando se filma una secuencia de escenas, es importante no cambiar radicalmente el ángulo de la cámara (más de 180°) ya que el escenario y los personajes se ven invertidos en la pantalla. Esto provoca ruido en la lógica del receptor.

## PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDIOS Y CANALES.



## COMUNICACION INTERPERSONAL:

Calidez, tiempo variable, profundización en el tema, apto para cualquier segmento poblacional, versatilidad de objetivos y en el manejo de material gráfico de apoyo. Confiabilidad de acuerdo a profesionalismo y ética personal. Es selectiva y flexible. Excelente para investigación mediante entrevistas a profundidad, promoción y ventas cara a cara o telefónicas. En estos casos se recomienda entrenamiento específico.



## COMUNICACION GRUPAL:

La comunicación depende de la dinámica del grupo. Se da en comunidades formales e informales; es recomendable para la investigación cualitativa; donde la información que se obtiene depende de la experiencia y habilidades del facilitador o líder. Grupo ideal de 6 a 10 participantes.<sup>19</sup> Se requiere un observador invisible para las sesiones de grupo. El manejo de grupos también es recomendable para presentaciones grupales o comunitarias en campañas promocionales de participación social, motivacionales y persuasivas. Se adapta a diversos tamaños y tipos de grupos meta y refuerza efectivamente los mensajes promocionales. Se recomienda contar con material gráfico o audiovisual de apoyo para el facilitador.



**COMUNICACION MASIVA:**

Difusión rápida del mensaje y gran impacto, principalmente en televisión y radio. Gran Alcance. Amplia cobertura, sobre todo mediante el radio y la T. V. Permite adecuar la frecuencia al presupuesto. Permite segmentar el mercado tanto como se deseé, aprovechando características de cada medio.

**MEDIOS MASIVOS**

**RADIO Y T. V.:** Las audiencias son variables dependiendo de la estación o canal, horario, programación y modo de señal por cable, satélite o tradicional. Su costo, es variable.

**REVISTAS:** Se diferencian por su tiraje, cobertura y población meta (femenina, masculina, juvenil, infantil), o por intereses, pasatiempos o especialidades. Se calculan de 3 a 5 lectores por ejemplar. Alta permanencia.

**PRENSA:** Diverso tiraje, cobertura y segmentación de acuerdo a intereses o ideologías político-sociales. Por su carácter noticioso es efímera y de buena credibilidad.

**ESPECTACULARES-** No hay segmentación más que por zonas geográficas. Causa impacto y recordación. Buen medio para campañas de imagen y mensajes sociales generales. Bajo costo.

**CINE-** Permite segmentación; es medio de entretenimiento por excelencia. Puede haber normas o legislación específicas para transmitir mensajes publicitarios. En su modalidad de cine rural móvil es muy recomendable para programas de promoción de salud muy amplios, como los de vacunación, ya que puede llevarse gracias al vídeo, a las comunidades más pequeñas y distantes.

**PUNTO DE VENTA-** De carácter recordatorio y poca permanencia. Debe ser muy impactante y breve. Es un apoyo último, previo a la compra. Afiches, cartulinas y volantes relativos a las campañas de salud se pueden colocar en baños públicos, o en tiendas de autoservicio junto a productos de higiene personal, por ejemplo recordatorios de higiene bucal en el anaquel de cepillos dentales, o del lavado de manos en los servicios.

**CORREO-** Permite gran segmentación y es ideal para recordatorios periódicos. Puede adjuntarse a recibos de servicios públicos, estados de cuenta bancarios o comerciales, el estilo y tono de la comunicación permite gran versatilidad de mensajes. Es personalizado.

## MEDIOS GLOBALIZADORES



Aunque algunos medios masivos ya tienen cobertura internacional, otros como el Internet y las telecomunicaciones vía satélite son francamente globalizantes; acortan espacios y distancias, haciendo accesible a un grupo creciente de usuarios, todo tipo de servicios y productos.

La salud, la publicidad, la ecología, la economía y cualquier otra rama del conocimiento están, desarrollando nuevas aplicaciones para estos medios cada día.

El número de usuarios en este renglón está concentrado aún en los llamados países desarrollados (mas del 90%); sin embargo, universidades, centros de investigación y grandes corporaciones de los países en desarrollo -incluyendo las relacionadas con la salud- cuentan con esta tecnología.

Al hablar de medios y canales de comunicación es indispensable mencionarlos, por su repercusión actual y su enorme proyección futura.

## 6. ETAPAS EN LOS PROCESOS DE COMUNICACION PARA LA SALUD

El *punto de partida* de la Promoción de la Salud es la *realidad*. De ahí brotan las necesidades, dudas, inquietudes, opiniones y deseos.<sup>20</sup>

Estos elementos constituyen el *motor de la comunicación* que pretende motivar, convencer y llevar finalmente a la vivencia el conjunto de hábitos, y la toma de responsabilidad y conciencia que implica transformar condiciones de vida y adoptar Estilos de Vida Saludables.

De ahí que el *primer paso* sea necesariamente la *investigación* de esa realidad y su visualización futurista, ya mejorada. Al respecto P. Kotler dice: "Los profesionales requieren un marco de referencia [...] Tanto en relación con el entorno actual, como el que probablemente tendrá".

De los resultados se desprenderán hechos, *problemas y objetivos que evaluar y jerarquizar*, para luego planear y seleccionar las áreas y estrategias de promoción

que consideramos adecuadas a esa realidad (Metodología P.E.P. Ver capítulo XX de esta misma obra).

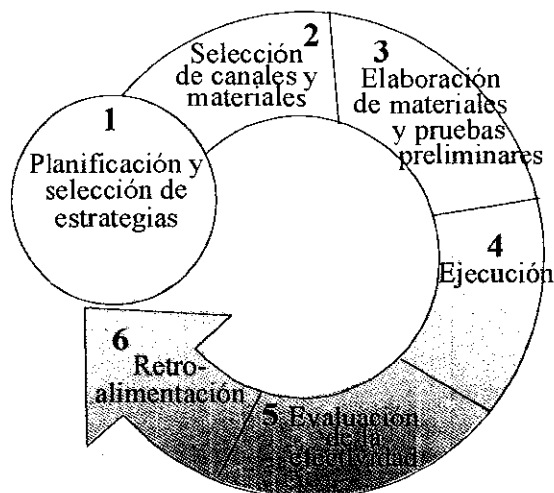
En seguida nos avocaremos a *descubrir los canales óptimos* para interesar al mercado en el proyecto de promoción, motivarlo a participar y colaborar, haciéndolo conciente y responsable de su propia salud y las condiciones que la afectan. Los canales seleccionados plantearán ciertas necesidades, *métodos y materiales de comunicación idóneos* para cada uno de ellos, que vamos a elaborar y estructurar con el mayor profesionalismo posible. (Ver cuadro de características de canales y medios).

Respecto al material de comunicación, una vez resuelto el *Plan de Ejecución Promocional*, partimos del Slogan para elaborar los materiales necesarios: Desde una carta personalizada hasta "comerciales" a todo color para radio, cine y televisión.

Entre más nos cueste producir el material, más necesario será someterlo a pruebas preliminares que nos permitan prever y optimizar su efecto en el mercado.

Ya probados, se hacen los ajustes necesarios y se "producen" con la ayuda de profesionales: Diseñadores, impresores y productores de cine o vídeo. A continuación se ponen en circulación conforme a las estrategias previstas, para después evaluar su efectividad. Finalmente retroalimentamos nuestra experiencia para refinar las campañas y programas y volver a empezar, como muestra el siguiente esquema.

### ETAPAS EN LOS PROCESOS DE COMUNICACION SOCIAL



El siguiente modelo se refiere al Proceso de comunicación, cuando contempla a la salud de manera integral. Tiene como centro, punto de partida y destino, la realidad que vive una población o un segmento de ella.



En la realidad convergen las acciones coordinadas y colaboradoras de los distintos departamentos involucrados en planear, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción, así como las agencias externas de investigación de mercados y publicidad.

En el sector salud sucede que muy frecuentemente son los mandos intermedios quienes asumen las funciones de investigación y evaluación mercadotécnica; es usual que sólo se remitan a la *información epidemiológica cuantitativa* existente.

Esta es muy valiosa pero preferentemente debe ir *acompañada de investigación cualitativa* realizada por personal especializado". Se puede contratar a una agencia de investigación de mercados [...] costará más pero los resultados serán probablemente más confiables".<sup>21</sup>

Los casos presentados por Kotler en su "Mercadotecnia Social" incluyen ejemplos concretos de métodos de investigación realizados, así como los resultados obtenidos. Recomendamos su lectura para todo el personal involucrado en la estructuración y la ejecución del programa promocional, así como en la definición y diseño de los productos concretos.



Es vital que el personal se involucre y conozca a los usuarios de su servicio, profundizando en sus necesidades, intereses, opiniones, gustos y hábitos a fin de poder crear-y/o supervisar-los materiales promocionales para que sean los indicados en cada caso.

En el capítulo XVIII se presentan los fundamentos y técnicas más usuales de la investigación cualitativa y algunas formas de evaluación de material publicitario.

## 7. COMUNICACION PARA EMPODERAR

### a) Intrainstitucional

El empoderamiento implica un cambio estructural en las organizaciones como ya hemos dicho; un estilo gerencial y de relaciones que minimiza el control y amplía la libertad: un sistema de colaboración horizontal.

Esta forma de organización que reforma la autoridad y responsabilidad tradicionales requiere de modos diferentes de comunicación.

A nivel intra-institucional es necesario ir otorgando la autoridad paulatinamente, mediante capacitación a todos los niveles.

Las autoridades, acostumbradas a ordenar, tendrán que aprender el novedoso rol de "facilitadores", es decir, los que permiten e impulsan la participación creativa y responsable de sus subalternos.

Estos a su vez, habituados a obedecer sin profundizar y a limitarse a funciones muy bien demarcadas, tendrán que aprender y aceptar la responsabilidad de compartir las decisiones, los éxitos y los fracasos; despertar su creatividad y aplicarla en sus campos laborales; funcionar en equipos multidisciplinarios y valorar la participación de todos los miembros.

Lograr lo anterior requiere de modificaciones actitudinales básicas, que se hacen posibles mediante la comunicación informativa y motivacional.

La Promoción de la Salud, enfatiza la necesidad de reestructurar los servicios de salud, y el empoderamiento de su personal es parte primordial del proceso.

Veamos algunas características de la comunicación que empodera:

- *Pida* en lugar de ordenar y hágalo *"por favor"*.
- "Dilo directamente o lo vas a decir equivocado"<sup>22</sup> Construya sus *frases de modo positivo y activo*.
- *Comunicarse toma su tiempo*. No pretenda hacerlo a las carreras; discutir alternativas y aceptar preguntas es parte integral de una comunicación que empodera.
- Al solicitar colaboración y compromiso de otros *establezca bases claras y solicite aceptación verbal individual*.
- *Aprenda a escuchar* y practíquelo siempre que pueda. Escuché en alguna ocasión a una persona mayor decir lo siguiente: "Dios nos dió dos oídos y una sola boca para que escuchemos el doble de lo que hablamos". Escuchar activamente implica prestar *atención completa*, empatizar con el emisor del mensaje, *no interrumpir* con preguntas "anexas al tema" ni responder dando consejos gratuitos.
- No "adivine el futuro"; *límitese a entender* las frases que escucha.
- Al responder trate de *aclarar lo que entendió* y de ser correcto continúe su conversación. Este punto es de especial importancia cuando la comunicación es *para delegar*. No acepte respuestas vagas y evite preguntas genéricas como ¡Me entendió?
- Dé *seguimiento a sus comunicaciones*, sean verbales o escritas. Establezca claramente y de común acuerdo métodos de control.
- Cuando descubra un *error* no exija explicaciones; más bien haga preguntas simples para analizar conjuntamente el caso. *Del análisis debe resultar el aprendizaje*. Sea breve.
- *Tome en cuenta el aspecto emocional* en que se encuentra su interlocutor.

En Resumen:

"Habla poco, di sólo verdades; acorta en lo posible tus razones  
y dirás muy pocas necesidades"

#### b) Hacia la Población

*En relación al empoderamiento de la población* para que se responsabilice de su salud y realice los esfuerzos necesarios para mantenerla e incrementarla, *la comunicación nos plantea otros caminos*. Se trata aquí, básicamente, de moldear o *modificar conductas* y hábitos que deben redundar en la *adopción de estilos de vida saludables*.

En este sentido la comunicación persuasiva, específicamente *la publicidad*, es la que *ha probado mejores resultados*.

Este tipo de comunicación tiene la posibilidad de incursionar hasta las motivaciones más profundas de las personas, para incitarlas a comportarse de acuerdo a patrones



definidos. Sus técnicas y métodos son variados y específicos, por lo que hablaremos de ellas en un inciso aparte.

Otro **sector** con el cual es necesario establecer buena comunicación es con el **gubernamental** ya que de él dependen las **políticas públicas de salud**, y de estas a su vez se **derivan las condiciones salutógenas de la población**. Los canales y medios de acceso a las agendas de gobierno varían de acuerdo a los sistemas político-económicos de cada localidad o país.

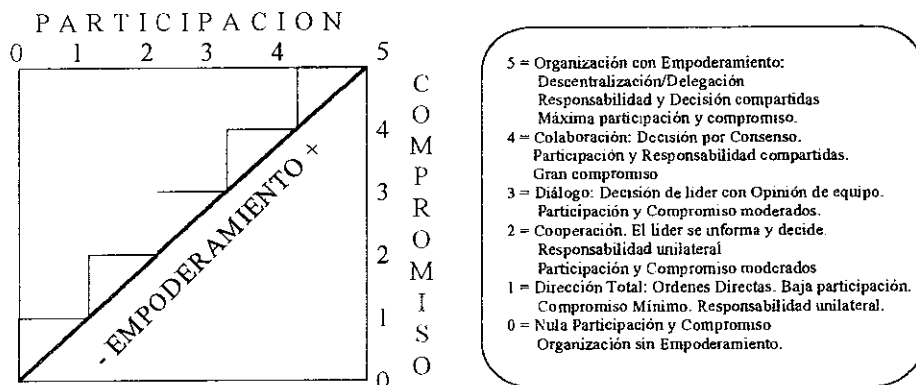
En cualquier caso, como lo señala la Promoción de la Salud, es vital para el futuro de la humanidad **globalizar un consenso de "condiciones de vida saludable", que se reflejen en las políticas y legislaciones**. Asimismo es necesario **incrementar la participación social** en proyectos y programas de Promoción de la Salud que, vía instituciones, y organizaciones sociales o empresas y asociaciones comerciales, colaboren a **mejorar las infraestructuras y los servicios**.

**La comunicación en su modalidad de Relaciones Públicas es de gran utilidad para estos propósitos**. Técnicas promocionales como exposiciones, concursos, o eventos especiales son muy exitosas para involucrar a la población en propuestas concretas. Por ejemplo, para reunir fondos con el fin de instalar agua potable, remozar un parque vecinal o una escuela.

La participación de los diversos grupos sociales en este tipo de obras es más fácil cuando la población ya ha sido empoderada; es decir, cuando se siente corresponsable de su propia salud y bienestar.

Vemos pues que el **común denominador de los diversos modos de comunicación** que se requieren para promocionar la salud, es la **persuasión**.

### Fenomenología del Empoderamiento



## C) PUBLICIDAD: COMUNICACION PARA PROMOVER.

NADA PROPORCIONA TANTA SALUD COMO LA FELICIDAD Y NO HAY DICHA MAYOR QUE HACER DICHOSO A OTRO SER HUMANO.

MADRE TERESA DE CALCUTA

### I. CONCEPTOS BASICOS

Los *mercadólogos* definen la *publicidad* como "elemento de comunicación masiva de la mezcla promocional de una institución o empresa", o "modo de promoción masiva que es pagada por un patrocinador".<sup>23</sup>

*P. Kotler* por su parte nos dice que la publicidad debe responder a qué decir (el mensaje del anuncio) y cómo decir el mensaje (la ejecución del anuncio). Y la define como "cualquier forma pagada de presentación y promoción de ideas, bienes o servicios, por un patrocinador identificado".<sup>24</sup>

Los comunicólogos nos dan otra definición de Publicidad: "Conjunto de *métodos y técnicas* empleados para *dar a conocer y/o promover, a través de los medios de comunicación*, una idea, un bien, un servicio, una marca, una empresa o una organización."<sup>25</sup>

También hay quienes consideran que la publicidad se limita a la "creatividad" para hacer anuncios o comerciales.

En mi opinión como publicista y comunicóloga, *la publicidad conjuga el arte de la comunicación en sus diversas modalidades, con la metodología de la mercadotecnia, conocimientos psicológicos sobre la motivación, la conducta y las necesidades del ser humano, la intuición y la chispa creativa.*

Hay que agregar también conocimientos sobre redacción, diseño, producción de gráfico, radio, cine, televisión y próximamente cibernética virtual.

El resultado: Un conjunto de técnicas, métodos y prácticas debidamente organizados, a fin de interesar, motivar, convencer y/o promover la aceptación, compra o adopción de productos, servicios, ideas, conductas y personas físicas o morales, en segmentos de mercado identificados y definidos previamente.

Hacer todo esto requiere una estructura versátil y mucho trabajo de equipo. *Las agencias de publicidad cuentan con departamentos especializados* para cada área del proceso publicitario.

## ESTRUCTURA BASICA DE UNA AGENCIA PUBLICITARIA.

- **Departamento creativo.** El más grande e importante en muchas agencias ya que de la producción de ideas originales y sus formas de presentación depende en buena parte el éxito de la comunicación publicitaria. Está integrado por redactores, diseñadores gráficos y dibujantes que usualmente trabajan en equipos y bajo una coordinación.
- **Departamento de contacto.** También se le llama de negocios, mercadotecnia o "cuentas". Ahí trabajan ejecutivos encargados de la relación personal con los clientes. Ellos son el eslabón entre las necesidades del cliente, sus expectativas y las propuestas de la agencia. Y también forman parte de los equipos de trabajo "creativo", de acuerdo a las cuentas que les son asignadas.
- **Departamento de Medios.** Constituido por especialistas en los diversos medios de comunicación, quienes están encargados de armar y presentar a los clientes planes de medios adecuados para los productos, sus mercados, y los objetivos mercadotécnicos fijados de antemano por clientes y agencia. Una vez aprobados los planes, el mismo departamento contrata los medios.
- **Departamento de Producción.** Su función es supervisar y/o producir el material publicitario, principalmente audiovisual. Los comerciales de radio, cine y T.V. requieren de equipo e instalaciones muy costosas para su producción. También de personal técnico especializado. Estos recursos se contratan por proyecto a través del equipo de productores de la agencia quien es responsable del material terminado.
- **Departamento de Tráfico.** Como su nombre lo indica es el encargado de supervisar el flujo de material a través de los diversos departamentos, siendo el responsable de la entrega a tiempo de dichos materiales a sus respectivos clientes.

Vemos pues que el proceso publicitario es complejo. Se postulan 5 elementos, conocidos como las "5M"\* que deben tomarse en cuenta para desarrollar una campaña publicitaria:

Misión de la publicidad (Objetivo publicitario).

Monto presupuestado (Disponibilidad de recursos).

Mensaje (Propuesta o idea publicitaria).

Medios (Recomendación basada en un análisis)

Medición (Parámetros para evaluar resultados).

\* Enunciadas por Kotler; paréntesis de la autora.



## 2. ETICA Y PUBLICIDAD

La frecuencia del mensaje y sus cualidades intrínsecas de impacto y motivación derivadas del amplio conocimiento del receptor, hacen del **producto publicitario** una **poderosa herramienta de cambio tanto individual como social**.

De ahí que consideramos **necesaria la inclusión** de un aspecto adicional, sin el cual la publicidad puede convertirse en peligroso mercenario: La **ética**.

El esquema siguiente muestra como el material publicitario debe tener un sólido sustento ético,\* tomando en cuenta los valores del mercado destinatario.



En este sentido **se ha discutido mucho sobre el papel que para el consumismo ha jugado la publicidad comercial**. Unos afirman que la publicidad aprovecha sus modos de persuasión para **crear o mantener necesidades ficticias** con fines lucrativos. Otros sostienen que la publicidad **solo toma las necesidades existentes y ofrece modos de satisfacción**.

En cuanto a la **propaganda, forma de promoción ideológica cuyo objetivo es influir y manipular la opinión pública**, los resultados obtenidos por Hitler son contundentes respecto a su efectividad, independientemente de la ausencia de ética o su distorsión mediante la alteración de los valores.

Conocer y usar las técnicas, métodos y herramientas de la publicidad en cualquiera de sus formas, conlleva una responsabilidad moral.

\* Se recomienda ver capítulo XVIII sobre ética y bioética.

Algunos comunicólogos se refieren a la *Deontología*<sup>26</sup> como el *conjunto de reglas y deberes que rigen el ejercicio de cada profesión*, éstas son emitidas usualmente por algún órgano del sector correspondiente y tienen fundamento ético. Entre publicistas sabemos que se considera antiético o *ilícito el engaño respecto de las cualidades y beneficios del producto; las comparaciones que denigran* de cualquier modo a la competencia, los *mensajes subliminales* (percibidos por el inconciente) y los *encubiertos* (sin autorización de los medios).

En el campo de la salud es aún más necesaria la fundamentación ética, puesto que el valor "*vida*" y "*modos de vida*" subyacen en cualquier *estrategia de salud*.

*Equidad, dignidad, libertad, derecho a la vida y educación* dejan de ser conceptos de diccionario cuando se refieren a programas de Promoción de la Salud, transformándose en resultados tangibles y mesurables. Resultados que afectan directamente las formas de vivir de la población.

Autores de la talla de Kotler, Stanton, Etzel y Walker, incluyen consideraciones éticas en sus obras sobre mercadotecnia, tanto comercial como social: "*La Mercadotecnia Social se rige por reglas éticas, criterios éticos en su trabajo y evaluación ética de sus productos y programas*. Drucker se refirió a estas reglas como la "ética de la responsabilidad". *La primera regla ética es: no hacer daño*".

*La libertad es uno de los valores fundamentales* y al respecto nos dice D. N. Kershaw: "Una persona que no puede pasar de la deliberación a la elección debe ser considerada menos que libre".<sup>27</sup>

Se refiere aquí al derecho de los individuos a conocer alternativas de acción, tener plena capacidad para evaluarlas, no ser presionados por terceros ni por las circunstancias, y ejercer su derecho de actuar libremente, confiando en sus capacidades.

La *definición de ética* en la obra "Fundamentos de Marketing" dice: "*Reglas y normas de la conducta moral que generalmente acepta una sociedad*". En este punto cabe una aclaración: *La ética es una disciplina normativa en tanto que la moral es práctica*. La ética desemboca en la moral. De ahí que podemos hablar de la "*norma ética*" y la "*conducta moral*", es decir, acorde a la norma ética.

".. Toda ética digna de ese nombre parte de la vida y se propone reforzarla, hacerla más rica" [...] "Lo que me interesa no es si hay vida después de la muerte, sino que haya vida antes. Y que esa vida sea buena, no simplemente supervivencia o miedo constante a morir".<sup>28</sup>

El párrafo anterior ilustra la *íntima relación entre la Promoción de la Salud*, (cuyo objetivo final es que la población adopte libremente estilos de vida saludables y los

organismos sociales aporten recursos para hacerlo) *la Publicidad*, (uno de cuyos fines es promover, motivar y convencer al público de crear, adoptar y reforzar conductas y hábitos que contribuyen a la salud poblacional) y *la Ética* (que se ocupa de la normas y conductas que enriquecen y refuerzan la vida humana).

### 3. MODELAJE Y ESTILOS DE VIDA

El término modelaje viene de "*Modelo*" que significa *prototipo*, forma para imitar o reproducir, o ejemplo a seguir.

En mercadotecnia se usa el modelaje para varios efectos:

- Permitir una identificación visual, psicológica y/o emocional entre el producto promocionado y el grupo meta, creando *empatía*.
- Ejercer un *liderazgo* de opinión y conductual que apoye la compra o adopción del producto.
- Visualizar los aspectos socioeconómicos y culturales de un determinado grupo de población, identificados como un *estilo de vida deseable* para el grupo meta, *motivando* así a incorporar el producto en su propia vida.
- *Apoyar el posicionamiento* de un producto en un segmento de mercado definido previamente.

Para que un modelo cumpla con su cometido debe reunir ciertas características fundamentales:

#### CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL MODELO

- a) Que se identifique con el segmento de mercado al que se desea llegar.
  - Por su apariencia física.
  - El lugar en el que se encuentra.
  - La circunstancia que lo rodea.
- b) Que sea respetado por el grupo meta.
  - Por su profesión, relacionada al producto.
  - Por ejercer un liderazgo real en la comunidad.
  - Por ser un personaje famoso (artista, deportista, político, etc.).
- c) Que sea reconocido como honesto y veraz, por su fama o bien mediante:
  - Su actitud y gestos.
  - Su voz (en radio este aspecto es vital).
  - Que su personalidad, tipo socioeconómico y actividad que proyecta correspondan a la personalidad o imagen del producto que promociona.

POR SU ORIGEN, PODEMOS CLASIFICAR A LOS MODELOS EN DOS GRANDES CATEGORIAS:

### MODELOS REALES

*Son personas que verdaderamente usan el producto promocionado en la vida real.*

*Se han usado exitosamente para estrategias de comunicación testimonial.*

*Su problema o limitación es que no son actores ni modelos profesionales por lo que requieren mayor dirección e involucramiento por parte de los profesionales de la producción.*



### MODELOS SINTETICOS

*Su profesión es ser modelos, es decir actuar el papel o rol del tipo de persona que se requiere para representar a un segmento del mercado.*

*El tipo físico, la edad y sus capacidades histriónicas determinan si pueden adecuarse al personaje requerido.*

*Cuando se elige un modelo sintético para promocionar un producto, debe tomarse en cuenta la duración de la campaña y la dependencia del producto a un modelo que crea imágen en el grupo meta.*

*Por ejemplo, si se requiere de una modelo enfermera, es mejor tener varias personas que desempeñen el papel alternadamente, que una sola de la cual dependa la personalidad del producto.*



Para la promoción de la salud, en las áreas de comunicación publicitaria es recomendable usar modelos profesionales, es decir sintéticos, ya que generalmente permiten mayor calidad de producción, además de ser mucho más sencillos de manejar.



### Tipología Básica de Modelos

- **Personajes Famosos** relacionados con el producto que se anuncia. Vgr. Actriz de afamada belleza anuncia crema anti-arrugas.
- **Campeones o expertos** en la materia por profesión u ocupación. Vgr. Futbolista de renombre promueve actividad física saludable.
- **Líderes naturales** de la comunidad o segmento del mercado. Vgr. Médico o enfermera anuncian campaña de vacunación.
- **Modelos creados para los medios masivos** (sintéticos). Vgr. El vaquero de los cigarros.
- **Modelos dirigidos o aleccionados** en participación comunitaria. Vgr. jefes de manzana promocionan sistema de vigilancia local.

Para los *proyectos de participación social o comunitaria* en cambio, es preferible *recurrir a modelos reales*, buscándolos entre los líderes naturales de la comunidad.

El aporte que ellos hacen a la promoción es **muy valioso**; no solo por la percepción de veracidad del grupo meta, sino por su *conocimiento de la realidad*, las condiciones concretas de salud, sus limitaciones y posibilidades. También por sus *relaciones personales* con los grupos de poder locales, que allanan el camino de las negociaciones en busca de su apoyo y colaboración.

*Hacer a los líderes naturales parte de un proyecto de comunicación y promoción social garantiza generalmente mayor participación de la población.* Estos modelos reciben capacitación específica para el proyecto y, de ser posible, se les involucra de manera permanente como promotores de salud en su comunidad.

Los personajes que generalmente desempeñan este papel son: el maestro, el médico, el curandero, el huesero, la comadrona, el sacerdote o pastor, el presidente municipal, o los jefes de las familias con mayores recursos económicos o de mayor antigüedad.

#### EJERCICIOS SUGERIDOS :

##### 1) Identificación y análisis de modelos comerciales en material gráfico

a) Recuerde tres anuncios que lo hayan impactado. Anote en la columna "modelo" una descripción del mismo. En seguida, en el espacio "población meta" diga a quién considera usted que está dirigido dicho anuncio. Finalmente anote bajo el lugar "semejanzas" las características que permiten identificación del mercado con el modelo.

Modelo	Población Meta	Semejanzas
1.- _____	_____	_____
2.- _____	_____	_____
3.- _____	_____	_____



b) Ahora piense en los productos o conductas saludables que usted desea promover y describa cómo debería ser el modelo apropiado al grupo meta que usted define y cuáles serían las principales semejanzas para la identificación modelo-mercado:

Modelo	Población Meta	Semejanzas
1.- _____	_____	_____
2.- _____	_____	_____
3.- _____	_____	_____

### 2) Retrato hablado de un modelo ideal:

Se plantea un problema hipotético de salud y una conducta tendiente a resolverlo. En seguida se indica el grupo meta y se describe por escrito el modelo que a su criterio debería usarse para promocionar la conducta saludable. Puede también dibujarse.

### 3) Identificar y enumerar los líderes naturales

Cuáles podrían ser más útiles en la promoción de la conducta antes descrita. Indicar qué aporte debería solicitarse de cada uno de ellos.

### 4) Estilo de vida sugerido:

Se enlista una serie de conductas, opiniones, actitudes, valores y parámetros socioeconómicos, educacionales y culturales que teóricamente correspondan al modelo establecido.

El *objetivo final del modelaje es plantear prototipos* de los diversos segmentos de la población, destinatarios de las estrategias y programas de promoción de la salud.

Definir sus estilos de vida, también llamados socioestilos, nos proporciona bases homogeneizantes, que tipifican e identifican a los individuos de cada grupo meta. Este tipo de descripciones nacieron en Francia en el Centro de Comunicación avanzada, bajo el nombre de Corrientes Socioculturales.

La mercadotecnia y la publicidad definen los estudios de Estilos de Vida como el análisis de opiniones, actitudes, creencias, valores, comportamientos y variables socioeconómicas y culturales que permiten tipificar las formas de vida de una sociedad o grupo.

Uso de modelos, urge una discusión ética:

- Los modelos propuestos a través de la Promoción de la Salud ¿se fundamentan en y refuerzan los valores culturales, socio-políticos, psicológicos y espirituales del grupo que representan?

- ¿Cuándo y como es recomendable adoptar y difundir modelos de países desarrollados y empujar a la población en esa dirección, aunque se debiliten o desarraiguen sus valores sico-socio-culturales?,
- ¿Existen casos especiales relacionados con los derechos humanos?

#### 4. COMO ELABORAR UN PLAN DE MEDIOS.

Para la promoción de la salud entre cuyos objetivos está interesar a la población en adoptar conductas y hábitos que generan Estilos de Vida Saludables, es recomendable usar todos los canales y medios disponibles, ya que modificar conductas y crear hábitos, son procesos lentos que requieren de un bombardeo constante de estímulos que motiven profundamente el prospecto o destinatario de la promoción.

Recordemos brevemente que son *canales de comunicación* todas las *vías de acceso de información que ponen en contacto al individuo con su entorno*. Los primeros cronológicamente y los más influyentes son la *familia* y las *amistades*; siguen los *grupos* a que la persona pertenece y las *comunidades* en las que está inmerso y participa. Finalmente, envolviendo a todos los demás, están los *medios de comunicación masiva*.

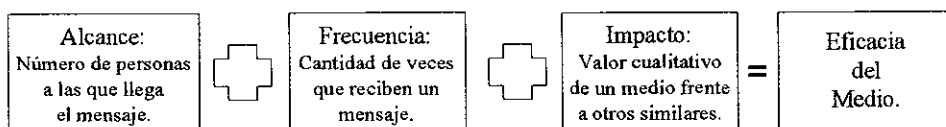
Puesto que *para la mercadotecnia social los canales y medios de comunicación constituyen simultáneamente los canales de distribución de los productos sociales*, es muy importante la identificación geográfica y la correcta segmentación de los mercados meta, así como un claro conocimiento de su ambiente en relación a los programas específicos de promoción: Normas y políticas existentes, programas educativos, informativos, motivacionales o de incentivos previos o simultaneos, y mensajes competitivos transmitidos por los medios de comunicación masiva: cigarros, bebidas alcohólicas, comida chatarra, etc.

Ya contemplado todo lo anterior *debemos escoger los canales y medios de comunicación capaces de impactar con mayor fuerza* a los receptores prospecto de nuestro programa promocional, *tomando en cuenta la optimización de los recursos disponibles para este renglón y las características o ventajas de cada medio* en relación a nuestras expectativas. El material publicitario se elabora de acuerdo a las cualidades propias de cada medio elegido, conforme a una estrategia de comunicación definida. *La selección global recibe el nombre de Plan de Medios* y se estructura y presenta en una "pauta"; ésta contiene la lista completa de canales, estaciones, horarios, frecuencia y duración de los mensajes audiovisuales; nombre de los medios impresos y el tamaño y periodicidad de los anuncios que se desean publicar.

*También se enlistan* fechas, lugares y cupo para *eventos promocionales*, así como tipo y cantidad de personal necesario. Deben incluirse los precios, descuentos y acuerdos pactados.

Cabe señalar que *la mayoría de los países cuentan con tarifas especiales*, más bajas o sin costo, *para mensajes de beneficio social* en los medios de comunicación masiva. Y para producir material y eventos especiales cuentan generalmente con la colaboración o patrocinio de empresas comerciales. Por ejemplo la campaña "De corazón a corazón" que la Organización Panamericana de la Salud ha promovido en México y otros países.

Respecto al tiempo requerido para preparación del material, el más largo es el de revistas y enseguida TV y cine por los procesos de post-producción. En cuanto a costos, *los más caros son cine y televisión. Radio y anuncios exteriores son los más económicos*. La eficacia de un medio responde a la ecuación siguiente:



La permanencia de los mensajes "frente" al receptor es menor en T. V. y radio (de 10 a 60"); en cine pueden hacerse reportajes sobre los productos, para ampliar su permanencia en pantalla.

En productos que requieran diagramas o explicaciones amplias y personales, las revistas y el correo directo son muy útiles: permiten privacidad en la recepción del mensaje.

En relación con los medios gráficos debemos estar concientes que en poblaciones con altos índices de analfabetismo el mensaje debe planearse para que pueda ser comprendido sin textos, a base de imágenes o diagramas.

Para la comunicación interpersonal es recomendable contar con folletos de apoyo. Para la comunicación comunitaria a través de asociaciones como iglesias, clubes o escuelas, es bueno diseñar pequeños volantes breves e impactantes, y de ser posible seriados.

Para promocionar lineamientos generales, como los hábitos básicos de higiene, sugerimos usar los medios de comunicación masiva como el radio, la televisión, revistas populares y anuncios exteriores; apoyando éstos con actividades promocionales, grupales o comunitarias.

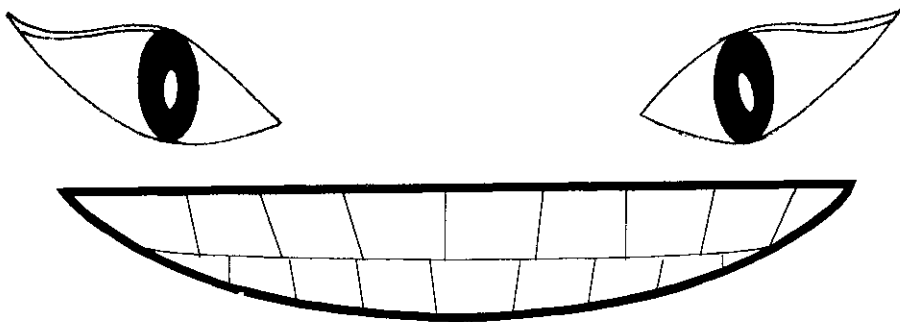
Por ejemplo, en la comunicación hacia grupos cautivos y uniformados, como personal de hospitales, obreros, alumnos o maestros de escuelas, grupos de

participación cívica como las ONG's (Organismos no Gubernamentales) o asistenciales, podemos recurrir a la presentación de videos, audiovisuales y mensajes auditivos mediante sistemas de circuito cerrado, si existen, apoyados por material gráfico adecuado al segmento de la población.

## 5. TECNICAS PARA DESPERTAR O DIRIGIR LA CREATIVIDAD

*Creatividad es la capacidad de innovar o inventar, relacionando cosas conocidas, de modo diferente y original.*

Un ejemplo muy concreto de este talento es el "gato sonriente" que Louis Carroll plasmó en su obra Alicia en el País de las Maravillas: "He visto muchos gatos y he visto muchas sonrisas pero nunca un gato que ríe".



Leonardo Da Vinci, Miguel Angel, Pasteur, Gutemberg, Mozart, Dalí, o los hermanos Wright, no hubieran pasado a la historia de no ser por su alto grado de creatividad, que puesta al servicio de la ciencia, el arte y la tecnología, ha sido y será motor del desarrollo humano. Pero *la creatividad no es un don genial exclusivo* de unos cuantos hombres ilustres. De acuerdo a investigaciones del Dr. E. Paul Torrence está presente en todos los niños de todos los países, de todas las razas de la tierra, porque *es parte integral de la naturaleza humana.*

Muchos hombres y muchas mujeres desconocidos y visionarios mantienen viva la fantasía, la intuición y la imaginación a lo largo de sus vidas, buscando siempre soluciones nuevas a problemas viejos; son los espíritus jóvenes de todos los tiempos, que *provocan el cambio y el desarrollo de las culturas a través de la historia.*

Podemos pues afirmar que la *capacidad creativa* es una característica de todo ser humano y es *susceptible de incrementarse y dirigirse* conscientemente hacia áreas específicas de acuerdo a los intereses particulares de cada uno.

En este trabajo nos interesa concretamente el desarrollo de la creatividad enfocada a la comunicación, mercadotecnia y a la publicidad, aplicada a la Promoción de la Salud.

"Creatividad es la técnica de resolver problemas".<sup>29</sup> De ahí que quien hace mercadotecnia, tiene que pensar y proponer creativamente. Por ello presentamos en este capítulo varias técnicas que pueden ayudarnos.

El *primer paso* para aflorar la creatividad es *saberse capaz de resolver problemas*. En seguida, establecer clara y concretamente el reto que nos brinda la oportunidad de ejercitar nuestra creatividad. Esto es: *definir el problema* concreto que deseamos resolver *y el objetivo* que buscamos alcanzar.

Hacerlo implica compaginar dos bases de datos complementarios:

- Datos racionales: los que surgen como ya hemos dicho de la investigación de la realidad y se refieren a hechos, circunstancias, sus causas y efectos.
- Datos intuitivos o de sabiduría popular, que nos conectan con percepciones no comprobables matemáticamente, pero no por ello menos reales.

Ambas fuentes se complementan para enriquecer el proceso creativo con más alternativas de asociación.

#### EL PROCESO CREATIVO EN SÍ NO ES LÓGICO, LINEAL O RACIONAL.

Autores como Duailibi y Simonsen Jr,<sup>30</sup> basándose en las teorías freudianas sobre el inconsciente y la insatisfacción como generadoras de comportamientos creadores, afirman que son *las crisis* las que originan la búsqueda de soluciones -es decir oportunidades,- las que se *constituyen la base del proceso creador*.

Aquí consideramos *un ingrediente fundamental, adicional a la crisis o problema; es la percepción de su grado de modificabilidad* la que puede superar y transformar la frustración derivada de la insatisfacción, en iniciativa creadora.

De ahí la importancia de un *análisis adecuado y profundo* de la situación real, *para definir clara y concretamente el problema*, punto de partida de toda actividad mercadotécnica, *que apunte hacia un objetivo tan concreto como sea posible*, contemplado como deseable, alcanzable y medible.

Las técnicas para despertar la creatividad que presentamos a continuación permiten una especie de entrenamiento para nuestro pensamiento, acostumbrado

fundamentalmente a absorber-retener-reflexionar y juzgar; fomentan el pensamiento creador que permite olvidarse de la lógica, desestructurarse y desinhibirse, practicando el relacionar lo que no aparece asociado a la realidad. Recordemos el gato de Alicia.

Lo inconciente surge al conciente como la punta de un iceberg en forma de imaginación, fantasía o inventiva, creando *ideas originales y únicas* que pueden expresarse de modo concreto; *Asociaciones que le dan un giro a la realidad para contemplarla reinventada a la luz del proceso creador.*

La creatividad, reconocida y aplaudida en el campo del arte, es la misma que produce las soluciones estratégicas que se traducen en todo tipo de innovaciones de productos, organizaciones, sistemas y métodos. Así por ejemplo, el surgimiento de las *"Afores"* es una respuesta creativa que busca solucionar un problema concreto, percibido como importante y modificable.

#### EJERCICIOS SUGERIDOS

Presentamos a continuación varios ejercicios para alertar el pensamiento creativo. Si le es posible "juéguelos" con su equipo de trabajo y descubra la creatividad de cada uno; observe cómo ésta aumenta al ejercitarla en grupo.

##### 1) Técnica de transformación de ideas:

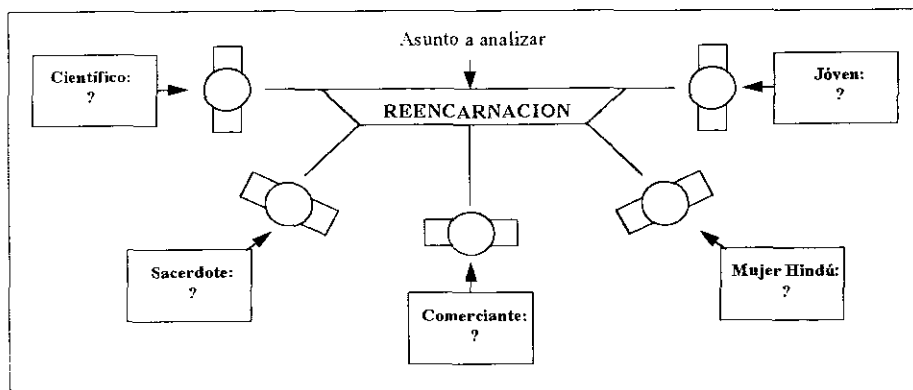
Por más serias que sean las ideas que le interesa comunicar o promocionar de un modo creativo y memorable, usted puede "jugar con ellas". El juego consiste en darles un rostro, una forma o un color; transformarlos en un lugar, un objeto o un paisaje; convertirlos en un sentimiento, sensación o emoción. Como ejemplo propongo la descripción que diera un invidente que "jugaba" a transformar el concepto "éxito"; dijo: "Éxito es un lugar suficientemente ancho...y largo".\*  
Practíquelo y diviértase:

IDEA	ROSTRO	COLOR	PAISAJE	EMOCION	OBJETO

\* Admirable Participante al 2o. Curso "Promoción, Comunicación y Marketing en Salud", Costa Rica 1996.

### 2) Técnica "Mirar con ojos prestados":

El objetivo de este ejercicio es captar y comprender las necesidades y opiniones de diversos sectores del público o mercado, o identificar diversas formas de percibir hechos o mensajes. Coloque el producto, servicio, conducta, hecho o mensaje que desea analizar en el espacio indicado. En seguida indentifique a los sectores o grupos del mercado cuyas opiniones o necesidades pueden diferir entre sí. Ahora pregúntese qué opina cada una de las partes, personalícelas a su gusto y trate de acercarse lo más posible a la opinión real de cada uno. Ejemplo:



### 3) Técnica de Lluvia de Ideas:

Esta técnica es bastante conocida aunque muchas veces no se realiza correctamente. Consiste en una dinámica individual o grupal que a partir de un concepto básico, permite el *flujo libre e intuitivo de pensamientos*, en un ambiente estable, *tranquilo, sin interrupciones, críticas ni juicios*.

El tema de la lluvia de ideas puede ser de cualquier tipo: Cómo visualizar una idea, cómo resolver un problema de la institución o del mercado, cómo aumentar las ventas o cómo mejorar un servicio. Todo lo que se diga enriquece la sesión por más disparatado que parezca. Anótelos sin comentarios y siga adelante.

Durante la lluvia de ideas no se analiza, ni critica, ni se enjuicia, porque estos procesos mentales inhiben la creatividad.

La lluvia de ideas requiere de dos sesiones distintas y distantes, para obtener primero la mayor cantidad de ideas posibles y más tarde juzgar su utilidad según el caso.

Hay cuatro caminos que la memoria y la imaginación pueden tomar para combinarse y lograr una asociación. Asociar lo contiguo, lo sucesivo, lo semejante y lo opuesto. Veamos algunos ejemplos:

## MODOS DE ASOCIACION MENTAL.

Arbol - *recuerda* hoja, o verde o bosque. Es *asociación contigua*.

Mosquito - *causa* zumbido, o piquete. Es *asociación sucesiva*.

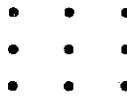
Jaula - *se parece* a cárcel o reja. Es *asociación semejante*.

Salud - *se opone* a enfermedad. Es *asociación opuesta*.

Practique la lluvia de ideas con su equipo de trabajo; establezca un tema de interés común, brinde el ambiente adecuado, y buena suerte.

## 4) Técnica "Romper Parámetros":

Una los nueve puntos con cuatro líneas rectas:\*



## 6. FRENOS DE LA CREATIVIDAD

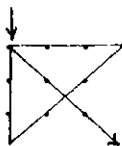
Así como hay técnicas que despiertan y orientan la creatividad, existen algunos factores que la limitan o la impiden. Algunos son internos y personales; otros son externos y usualmente impuestos. Citamos los más frecuentes:

a).- Un *ambiente hostil* a la creatividad por:

- **Formalidad excesiva** que frena la espontaneidad y crítica duramente cualquier expresión poco convencional. Ejemplos clásicos de este tipo de estructura son los bancos, los hospitales o los despachos de abogados.
- **Rigidez burocratizada** con líneas inequívocas de autoridad vertical, poca colaboración horizontal y responsabilidad personal muy limitada. Obstruye la eficiencia y le asusta el cambio. En el Sector Público se observa este fenómeno con frecuencia.

b).- **Actitud personal, institucional o institucionalizada**, de tolerancia a la mediocridad. Puede parecer justificada por un sistema paternalista o autoritario y usualmente la ausencia de programas de capacitación y sentido de misión. Sus facetas más conocidas son:

\* Respuesta:





- Actitudes de conformismo e indiferencia
- Resistencia al cambio
- Inseguridad en el desempeño personal
- Oxidación o pérdida de la capacidad creativa

Afortunadamente se ha comprobado que la creatividad puede reforzarse y orientarse voluntariamente en una dirección, y será más fácil en la medida que la persona cuente con ciertas características que presentamos a continuación.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pensamiento introspectivo</i> (conociéndose más, aporta más).</li> <li>• <i>Curiosidad permanente</i> (llave de la creatividad)</li> <li>• <i>Percepción intuitiva</i> (percibe más allá de la razón).</li> <li>• <i>Intolerancia a la mediocridad</i> (casi todo se puede mejorar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Análisis crítico</i> (no todo brillo es oro)</li> <li>• <i>Gran adaptabilidad</i> (sólo el cambio permanece)</li> <li>• <i>Energía productiva</i> (todo reto es oportunidad)</li> <li>• <i>Autoconfianza creativa</i> (darle al clavo es cuestión de tiempo y nada más)</li> </ul>
---	--

Curiosamente *el Coeficiente Intelectual (I.Q)* no tiene relación directa con el *potencial creativo* de las personas. Solo mide su edad mental. Y se ha comprobado que una inteligencia media en un ambiente favorable a la creatividad, puede producir grandes creativos.

En este sentido vale la pena detenerse a pensar si su institución y su equipo de trabajo viven un entorno que permita y promueva la creatividad. Y enseguida revisar qué características personales es conveniente reforzar.



## REFERENCIAS

- 1 KOTLER, P y ROBERTO. *Mercadotecnia Social*. Ed. Diana, México, 1992.
- 2 STANTON, ETZEL y WALKER. *Fundamentos de Marketing*. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana de México S.A. de C.V., 1996.
- 3 KOTLER, P y ROBERTO. Op. cit
- 4 KOTLER, P. *Dirección de la Mercadotecnia*. Ed. Prentice Hall, Hispanoamericana S.A., México, 1993.
- 5 STANTON, ETZEL y WALKER Op. Cit.
- 6 WESTPHALEN y PIÑUEL. *La Dirección de Comunicación*. Ed. Prado, Madrid, 1993.
- 7 R. DUALIBI E. y H. SIMONSEN Jr.: *"Creatividad y Marketing"*, ed. Mac Graw Hill, 1992.
- 8 ISHIKAWA, KAORU. *¿Que es el Control Total de Calidad?*. Ed. Norma. 1995.
- 9 GARFIELD, CHARLES. *Los Empleados son Primero*. Ed. Mc. Graw Hill, México, 1992.
- 10 P. KOTLER, y E. L. ROBERTO. Op. cit.
- 11 FRYDMAN, A. *La Esencia del Marketing de Servicios*. Ed. Macchi, Buenos Aires, 1996.
- 12 SINGERIST, HENRY. Citado por Milton Terris en la Conferencia "Conceptos sobre promoción de la salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública". *Journal of Health Policy*, 1992.
- 13 GARFIELD, CHARLES. Op. cit.
- 14 Ibidem
- 15 OMS. *The Jakarta Declaration*. 4ta. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia. Julio. 1997.
- 16 A. FRYDMAN. Op. cit.
- 17 A. FRYDMAN. Op. cit
- 18 WESTPHALEN y PIÑUEL. Op. cit. Prologo por Javier Fernández del Moral.
- 19 KOTLER, P y ROBERTO. Op. cit
- 20 KOTLER, P y ROBERTO. Op. cit
- 21 KOTLER, P. Op. cit
- 22 LOYD S R y BERTHELOT T. "Desarrolle su potencial al máximo". Ed. Iberoamerica S.A. de C.V., México, 1994.
- 23 STANTON, ETZEL y WALKER. Op. cit.
- 24 P. KOTLER y E. L. ROBERTO. Op. cit.
- 25 WESTPHALEN y PIÑUEL. Op. cit.
- 26 WESTPHALEN y PIÑUEL. Op. cit
- 27 KOTLER, P. y ROBERTO. Op. cit.
- 28 SAVATER, FERNANDO: *Ética para Amador* Ed. Ariel, S. A. Méx 1993.
- 29 DUALIBI R. y SIMONSEN JR, H. Op. cit.
- 30 DUALIBI R. y SIMONSEN JR. H. Op. cit.

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Begler, José. *Psicología de la Conducta*. 1995 (México) Ed. Paidós Mexicana S, A.
- *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Nov. 1986 (Canadá) O.M.S.
- Dabus, Mary y Porter. *HealthCom. Manual para la Excelencia en la Investigación mediante Grupos Focales*.
- Davis E. & Davis B. *Aprenda los Secretos del Marketing*. 1995 (Barcelona) P & P Editores.

- Declaraciones de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria a la Salud. 1978 (Alma Ata U.R.S.S.) OMS/OPS, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. Santa Fé de Bogotá Colombia, 1992. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, Trinidad y Tobago, 1993. Jakarta, Indonesia 1997.
- Dualibi, Roberto y Simonsen Jr., Harry. *Creatividad y Marketing*. 1992. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, S. A.
- Frydman, Andrés. *La Esencia del Marketing de Servicios*. 1996 (Buenos Aires) Ediciones Macchi
- García, Alonso. *Ética o Filosofía Moral*. Ed Diana, 1993.
- Garfield, Charles. *Los Empleados son Primero*. Junio 1992 (México). Mc. Graw Hill Interamericana, S. A. de C. V.
- Goldratt, Eliyahu M. y Cox, Jeff. *La Meta*. Ediciones Castillo. 1996
- Ishikawa, Kaoru. *¿Que es el Control Total de Calidad?*. Ed. Norma. 1995.
- Kotler, P. *Dirección de Mercadotecnia*. 1993 (México) Prentice Hall Hispanoamericana. S. A.
- Kotler P. y Roberto. *Mercadotecnia Social. Estrategias de Cambio Conductual* Ed. Diana
- Loyd San R. y Berthelot Tina. *Desarrolle su potencial al máximo*. 1994 (México) Grupo Editorial Iberoamérica S. A. de C. V.,
- *Manual de Comunicación Social para la Salud*. Mayo 1992 (Washington, D. C.) OPS/OMS
- Material Didáctico elaborado para cursos sobre Promoción de la Salud, Mercadotecnia y Comunicación. CIESS/OPS 1992-1997, con la actualización pertinente. Marfa Teresa del Bosque de Madariaga. Taller Internacional de Comunicación en Salud. OPS/OMS. Enero 1995 (Monterrey, México)
- Nothstine, William. *Como influir en los demás*. 1992 (México) Ed. Grupo Iberoamérica S. A. de C. V.
- OPS/OMS. *Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la O.P.S*. Mayo 1992 (Washington, D. C.)
- OPS/OMS. *Situación de Salud en las Américas Indicadores básicos 1995* (Washington, D. C.)
- Petersend, TJ y Waterman Jr. RH. *In Search of Excellence*. 1982 (N.Y) Warner Books Edition
- Priego Alvarez, Heberto. *Mercadotecnia en Salud. Aspectos básicos y operativos*. UJ.A.T. 1995 Villahermosa Tabasco, México.
- Savater, Fernando. *Ética para Amador*: 1991 (Barcelona) Ed. Ariel S. A.
- Scott, Cynthia D. y Jaffe, Denis. *Empowerment. Cómo otorgar poder y autoridad a su equipo de trabajo*. 1994 Grupo Editorial Iberoamérica, S. A. de C. V.
- Stanton-Etzel-Walker. *Fundamentos de Marketing*. 1995 (México) Mc.Graw-Hill
- *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Jun. 1991 (Suecia)
- Terris, Milton. *Conceptos sobre Promoción de la Salud: Dualidad en la teoría de salud pública*. Junio 1992 (E.U.A.) Journal of Public Helth Policy
- Tofler, Alvin. *El Cambio del Poder*: 1990 (Barcelona) P&g Editores
- Trejo, Guillermo y Jones, Claudio. *Contra la Pobreza. Por una Estrategia de Política Social*. 1993. Ed. Cal y Arena.
- Westphalen, MH y Piñuel, JL. *La Dirección de la Comunicación*. 1993 (Madrid) Ediciones del Prado
- Westwood, John. *Planeación de Mercados*. 1991 Ed. Legis Editores, S. A.
- Zeballos, José Luis. *Salud y desarrollo Sustentable*. 1996 (México) OPS/OMS

## CAPITULO XVI

### EVALUACION DE PROYECTOS DE MUNICIPIOS SALUDABLES.

HELENA ESPINOZA DE RESTREPO\*

“LA EVALUACION DEBE UTILIZARSE COMO  
TRAMPOLIN PARA LA ACCION Y NO COMO  
UN MERO EJERCICIO DE HISTORIADOR”

H. MAHLER

#### RESUMEN

La Autora nos presenta una propuesta de evaluación del proyecto de Municipios Saludables en Latinoamérica; analiza diversas metodologías que han sido usadas para su evaluación y plantea la necesidad imperiosa de destacar los logros pese a las dificultades que enfrenta la evaluación de proyectos con procesos tan complejos como la participación política y ciudadana local.

Su visión nos permite ver los Movimientos de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables como importantes piezas estratégicas de acción global hacia la búsqueda de una salud integral, que busca un desarrollo humano sostenible.

En esta propuesta y llamado a la evaluación se plantean las inquietudes y cuestionamientos que surgen con relación a los procesos de evaluación de proyectos de promoción de la salud municipal, pero no se prescribe ninguna fórmula, ni metodología particular.

Se sugieren los métodos cualitativos como punto de partida para ser trabajados por los grupos que estén involucrados en la conducción de los proyectos en los países, para que se evalúen los procesos que constituyen el eje de la estrategia antes que involucrarse en la medición de resultados o impacto.



---

\* Consultora independiente de Salud Pública y Promoción de la Salud. Ex-directora de la División de Promoción y Protección de la Salud en OPS/OMS

## INTRODUCCION

Los movimientos de Municipios Saludables en América Latina se iniciaron en 1991-92, por lo consiguiente es una iniciativa muy joven aún para sacar conclusiones definitivas sobre su impacto en la salud de las poblaciones donde se han implantado proyectos de este tipo.

Lo anterior no invalida la importancia que tiene la definición de la metodología a seguir para evaluar los resultados de las acciones de promoción de la salud que son la esencia de los proyectos de Municipios Saludables. La información periódica sobre resultados obtenidos es necesaria para estimular a otros municipios y comunidades y así avanzar en la extensión de experiencias dentro de cada región, estado o país, con base en los logros demostrables de estas experiencias.

Los movimientos de Ciudades Sanas de Canadá y Europa, que inspiraron en gran parte los movimientos de este continente, han abierto caminos en relación con los procesos de evaluación y sus aportes son muy valiosos para nosotros en América Latina. La documentación existente deberá ser fuente de consulta obligada. Sin embargo, se debe tener en cuenta que es imposible aplicar acriticamente metodologías evaluativas desarrolladas en realidades muy diferentes a las de países en desarrollo. Es necesario discutir a fondo el contexto y los momentos históricos en que surgen los movimientos en estos países y las características que van tomando en cada país, antes de adoptar y/o adaptar criterios de medición e indicadores de evaluación

En este documento se plantean las inquietudes y cuestionamientos que surgen con relación a los procesos de evaluación de proyectos de promoción de la salud municipales pero no se prescribe ninguna receta, ni metodología particular. El objetivo es que estas definiciones queden como punto de partida para ser trabajadas por los grupos que están involucrados en la conducción de los proyectos en los países.

## LAS PROPUESTAS DE PROMOCION DE LA SALUD A PARTIR DE OTTAWA

La Conferencia de Ottawa de 1986, a nuestro juicio, partió en dos la historia de la práctica de la salud pública en el mundo; y esto no se debió a algún descubrimiento extraordinario, sino al reconocimiento e incorporación a la práctica cotidiana, de principios y estrategias para producir la salud como un bien social de valor positivo que permite prolongar la vida en condiciones satisfactorias de bienestar y calidad. Para implementar las acciones encaminadas a la producción social de la salud, la Carta de Ottawa y los diferentes

documentos que la siguieron, plantearon una serie de mecanismos en cinco grandes áreas de trabajo: políticas públicas saludables, fortalecimiento de la participación comunitaria, mejoramiento de los entornos, desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

Al mismo tiempo se reconoció que las acciones para conseguir un mejor nivel de la salud de las poblaciones, trascienden las del llamado “Sector de la Salud” e involucran a todas las instituciones de los diferentes sectores sociales y productivos y sobre todo a la comunidad misma. Por otra parte, el progreso tecnológico en el campo de la información y la comunicación social, así como la utilización de las herramientas modernas de negociación, está facilitando el trabajo intersectorial y participativo. La mayor conciencia sobre la relación entre *salud y política*, favorece el desarrollo de estrategias para llevar la salud a las agendas políticas en los diferentes niveles.

Desde otro ángulo la expresión operativa más importante en términos de espacios poblacionales y de escenarios de visión futura para la acción en Promoción de la Salud en América Latina, es, sin duda, la de los Municipios/Ciudades/Comunidades Saludables, y en especial la del nivel municipal por la importancia de los procesos de descentralización y municipalización que se están impulsando en los países de esta región. Los movimientos de Municipios Saludables/, Por la Salud/ ó Hacia la Salud, están en pleno desarrollo y parecen tener una gran fuerza y potencial para el futuro.

La aplicación de la estrategia de promoción de la salud a nivel local, se compatibiliza muy bien con otras estrategias impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud, como la del fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, y otras estrategias para lograr una reorganización y reorientación de los Sistemas Nacionales mediante un movimiento de abajo hacia arriba, y la de Salud Ambiental revitalizada hacia un enfoque holístico y promocional del desarrollo humano sostenible. Estas diferentes estrategias de acción local constituyen en conjunto un paquete en el cual se complementan una con otra y se potencia su fuerza para direccionar cambios, y a la vez, los avances en la evaluación de cada una son insumos valiosos para las demás.

## EVALUACION DE MUNICIPIOS SALUDABLES

La evaluación “debe utilizarse como trampolín para la acción y no como un mero ejercicio de historiador”; este concepto de Mahler, expresado en 1986 refiriéndose a la atención primaria, es también válido hoy para los Municipios Saludables.

La evaluación de cualquier proyecto de promoción de la salud es extremadamente compleja por tratarse de proyectos sociales multisectoriales y con fuerte participación comunitaria, ambas, características de difícil estudio para determinar sus influencias en el estado de salud y de bienestar de la población. La falta de una tradición de evaluación, en especial en América Latina, es otro escollo que cuenta en este tipo de proyectos. No obstante, cada vez se es más consciente de la necesidad de mostrar objetivamente los beneficios de estrategias que buscan el bienestar social.

La evaluación se justifica siempre y cuando sirva para la acción consecuente de perfeccionar los procesos y, por lo tanto, avanzar en los grandes propósitos o metas, porque la evaluación "*per se*" o para satisfacer curiosidades académicas, no es aceptable. Por otra parte, es necesario tener en cuenta los costos que implica la evaluación para analizar, de nuevo, su justificación a la luz de los beneficios que se busca obtener con ella.

Otro aspecto a tener presente es el hecho de que hablar de evaluación, es hablar de indicadores de resultados y el problema de la construcción de indicadores útiles para medir resultados de acciones en el campo político y social, es complejo.

Podríamos decir que existen varias corrientes con relación a la metodología para evaluar proyectos del tipo de Municipios Saludables. Así por ejemplo, algunos dan mayor importancia a la medición del impacto; otros dan mayor énfasis a la medición de procesos, teniendo en cuenta que la propuesta de Municipios y Ciudades Saludables parte de una concepción holística de salud y que involucra por lo tanto a sectores diferentes al formal de la salud; otro debate que continúa es el de los tipos de indicadores a usar: si cuantitativos, o cualitativos; si indicadores objetivos *versus* subjetivos; si positivos *versus* negativos y finalmente si indicadores simples o compuestos.

La disponibilidad de instrumentos probados en evaluaciones de Municipios o Ciudades Saludables son escasos en los países latinoamericanos; no obstante, existen ya algunas experiencias valiosas en Brasil con indicadores compuestos para calidad de vida; en Cuba y México, donde se han aplicado en pruebas piloto y en Venezuela, donde también se han hecho propuestas que están en fase probatoria.

Particularmente la propuesta de evaluación de Ciudades Saludables en el contexto en países en desarrollo, que han hecho Werna y Harpham, pareciera muy apropiada para el contexto de dichos países porque tiene en cuenta las dificultades para poner a andar este tipo de proyectos, dando una importancia mayor a la evaluación de los procesos, con un enfoque amplio de las distintas áreas e instituciones que se involucran a nivel de las localidades y teniendo en cuenta las grandes limitaciones en recursos. Ellos resaltan la importancia de

tener en cuenta que con estos proyectos se busca bienestar a largo plazo, pero que también es necesario fijar resultados a corto plazo, que vayan nutriendo los diferentes procesos.

Los aportes de los grupos de España, particularmente de Andalucía y de Valencia, constituyen también valiosos insumos para el contexto latinoamericano. Finalmente, los indicadores de desarrollo humano y de calidad de vida han nutrido a varios grupos tanto en conceptos como en instrumentos para ser validados y adaptados a sus propias realidades.

Con base en las distintas experiencias revisadas, se puede decir que existe un consenso sobre los tópicos o áreas que deben tener prioridad en las evaluaciones de Municipios Saludables. Entre ellos estarían los procesos de participación comunitaria, de intersectorialidad, y de compromiso político, porque constituyen la esencia de la estrategia. Algún indicador o medición de cómo se están implementando dichos procesos es indispensable para pulsar si los mecanismos operativos están funcionando. Así mismo, es importante contemplar el capítulo de los instrumentos que se están utilizando en especial los de la comunicación social y de la educación, para lograr la información y la concientización de la población; en cuanto a los cambios específicos de la situación de salud que hayan sido recogidos en el diagnóstico inicial de salud, se pueden seleccionar algunos problemas priorizados, ya sea en el área de saneamiento básico o de riesgos de enfermedades particulares, para intentar algunas mediciones que apunten a medir qué tanto impacto se está obteniendo sobre dichos problemas, haciendo la salvedad de la dificultad de medir impacto a través de reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en etapas iniciales en la vida de los proyectos. Finalmente, es deseable incorporar algún o algunos indicadores, de tipo macro de calidad de vida, para que se monitoreen a través del tiempo.

En conclusión, la evaluación de cada proyecto de Municipio Saludable deberá ser discutida de acuerdo con la situación del lugar y deberá construirse un instrumento que sea aceptado por todos los actores; además es muy importante que la recolección de la información sea factible con los recursos y fuentes disponibles. No hay que olvidar que estos proyectos tienen un propósito general de gran envergadura como es el lograr un cambio en el quehacer en salud de gobiernos locales, todos los sectores y ciudadanos. Se trata de avanzar en el tiempo en estos cambios para producir más salud en la población y la evaluación se justifica si contribuye a este gran propósito.





## BIBLIOGRAFIA

1. O'Neill M., Cardinal L. *Indicadores para Evaluar los Proyectos de Ciudades y Pueblos Sanos de Quebec: La Necesidad de Tomar Decisiones.* (Traducción al español de la POS, División de Sistemas y Servicios de Salud).
2. Werna E., Harpham T. *The Evaluation of Healthy City Projects in Developing Countries.* Habitat Intl. Vol 19J No. 3, 1995.
3. Healthy City Toronto: *A Strategy for Developing Healthy City Indicators.* July 1994
4. Mahler H. *Discurso Pronunciado en la 39a Asamblea Mundial de la Salud.* Ginebra, 1986
5. OPS/OMS. *El Movimiento de Municipios Saludables en América.* Organización Panamericana de la Salud, Washington, Agosto, 1992
6. Restrepo E., Llans G., Contreras A., Rocabado F., OPS/OMS en América Latina con los Municipios Saludables. *Memorias de la Conferencia Internacional de Ciudades Saludables y Ecológicas.* Madrid, España Marzo 22-26, 1995.
7. Riera C., Gross S., Perdomo M., López N. *Municipios hacia la Salud. Propuesta de Evaluación.* ( Basado en el Informe del Taller sobre Indicadores para Evaluar Municipio Saludable. Cartagena, Colombia, Julio 3-6, 1995) en Proyecto Municipios Hacia la Salud: Experiencia Venezolana. Organización Panamericana de la Salud. Red Venezolana de Municipios Hacia la Salud y Ministerio de Salud y Asistencia Social de Venezuela. Caracas, Venezuela, 1996.
8. Hartman S. *Indicadores Positivos de Salud.* Presentado a la reunión de la Red Mexicana de Municipios por la Salud. III Reunión Nacional. Xalapa, Ver., 26-28 octubre, 1995.
9. Nuñez A., Colomer C., Peiro R., y Alvarez-Dardet C. *The Valencian Community Healthy cities Networks assessment of the implementation process.* Health Promotion International Vol. 9, No. 3, 1994.
10. Federación Andaluza de Municipios y Provincias. Red Andaluza de Ciudades Saludables. *Proyecto de Acción-Federación Andaluza de Ciudades Saludables.* Federación Andaluza de Municipios y Provincias. Junta de Andalucía, 1995
11. Akerman Marco, *Construcao de Indicadores Compostos para projetos de Cidades Saudáveis: um Convite á Acao Transetorial.* Texto preparado para la División de Promoción y Protección de la Salud. OPS/Washington, D.C., julio, 1995
12. OPS/OMS *Indicadores para Municipios Saludables.* Documento preparado para la División de Promoción y Protección de la Salud de OPS. Rojas. Pacheco y Llanos, Guillermo.

## CAPITULO XVII

# INVESTIGACION Y EVALUACION CUALITATIVA EN LA MERCADOTECNIA

MARIA TERESA DEL BOSQUE A. DE MADARIAGA\*

LA INFORMACION TIENE VALOR PERO ES UN  
PRODUCTO PERECEDERO COMO LA FRUTA.  
VARIA DE PERSONA A PERSONA Y DE  
MOMENTO A MOMENTO.

SCIENTIFIC AMERICAN, SEPTIEMBRE 1991

LA CREATIVIDAD SIEMPRE SE INICIA CON UNA  
PREGUNTA...LA CALIDAD DE LA CREATIVIDAD  
ESTA DETERMINADA POR LA CALIDAD DE LAS  
PREGUNTAS.

M. RAY & R. MYERS.

### RESUMEN

Este artículo habla de investigación cualitativa, de su relación con la mercadotecnia y de su utilidad para la promoción de la salud.

Con el objeto de resumir y relacionar didácticamente estos tres tópicos, el artículo esta estructurado a partir de cuadros sinópticos y breves explicaciones colaterales.

Se trata de ofrecer un esquema que oriente al promotor de salud cuando incursiona en el campo de la investigación mercadotécnica, señalando las bondades de la investigación cualitativa, sus formas y técnicas mas usuales de aplicación, el manejo de datos y sus productos básicos.



---

\* Consultora Independiente. Especialista en Promoción, Comunicación, Mercadotecnia y Publicidad aplicadas a la Salud.

Toda investigación presupone la necesidad de información respecto a un problema y objetivo bien definidos.

La investigación mercadotécnica social necesita toda la información que pueda obtenerse acerca de cuatro asuntos fundamentales:



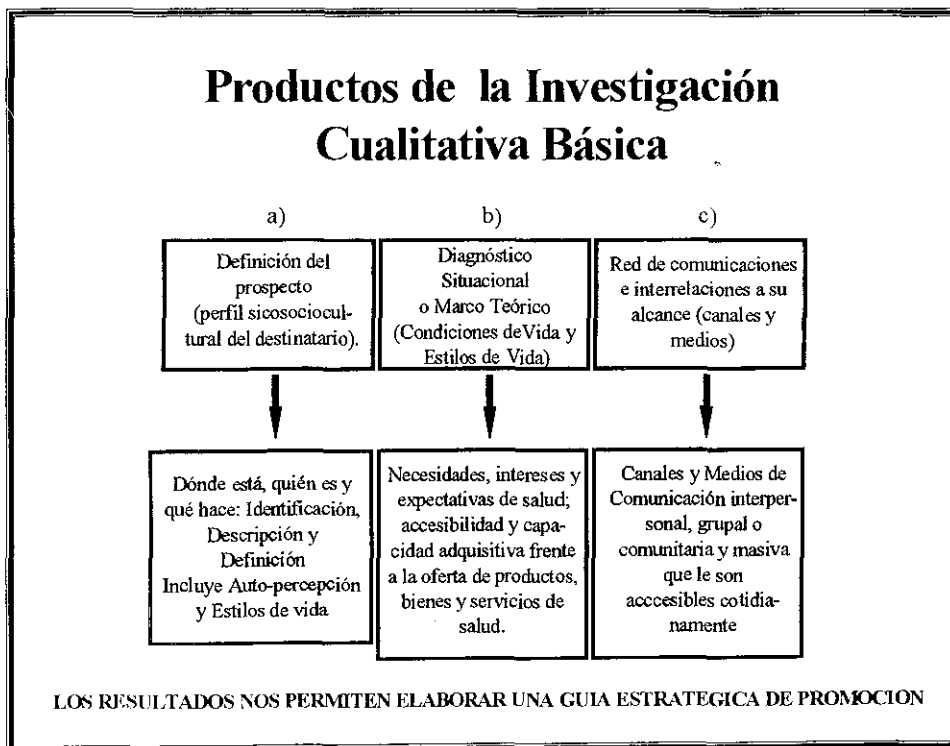
1.-*El mercado*: Tan importante como conocer el tamaño y ubicación de un mercado es profundizar en sus gustos, necesidades, opiniones, creencias y valores. Esto es lo que nos descubre la investigación cualitativa: quién es ese **TU SOCIAL** a quien deseamos empoderar, desarrollar y motivar para que actúe en favor de la salud.

2.-*El servicio o producto*: Para promocionarlo debemos conocer todo sobre él: su tamaño, presentación, beneficios que puede ofrecer y características intrínsecas que los posibilitan. Por otra parte debemos profundizar en el modo como es percibido por la gente (mercado) para poder detectar sus problemas y posibilidades de comunicación, así como la imagen que proyecta. Todo lo anterior nos lo descubre la investigación cualitativa a través de técnicas específicas.

3.-*La competencia*: Para ser originales y exitosos al promocionar un servicio o producto, es necesario investigar lo que hacen quienes compiten por conquistar los mismos mercados que nosotros. Es importante hacer notar que cuando promocionamos conductas y hábitos saludables, productos como los cigarrillos o la comida chatarra compiten directamente con nosotros, y sus inversiones multimillonarias son difíciles de contrarrestar. La investigación cualitativa nos ayuda a profundizar y analizar el contenido motivacional de sus mensajes, así como a descubrir alternativas igualmente fuertes para aplicarlas a los mensajes pro-conductas saludables.

4.-*La comunicación*: Cuando se trata de productos sociales intangibles (vgr: ideas, conductas), los canales y medios de comunicación se constituyen

simultáneamente en sus canales de distribución y puntos de venta. La investigación cualitativa permite distinguir los canales y medios mas eficientes y confiables en opinión de los grupos meta; usándolos, se garantiza la accesibilidad y confiabilidad de las campañas y programas de Promoción de la Salud. La comunicación interpersonal se incluye en este renglón y juega un papel muy importante; en este sentido la investigación cualitativa nos descubre los canales interpersonales mas relevantes en cada comunidad y para cada proyecto.

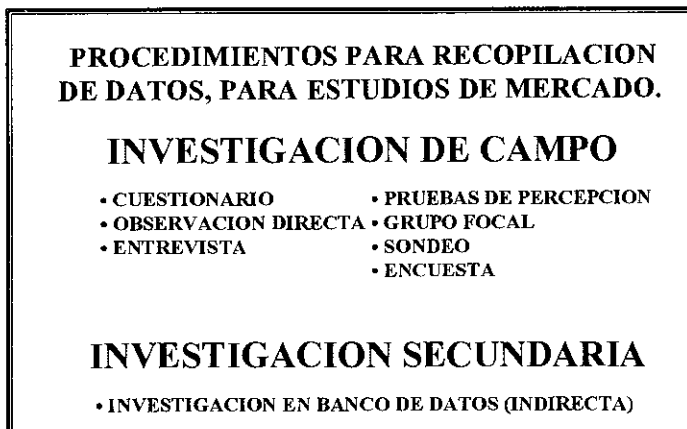


Antes de diseñar un programa o campaña promocional específico, necesitamos tener información suficiente que nos permita desarrollar una Guía Estratégica de Promoción. Vale la pena señalar aquí que, en relación al diagnóstico situacional, generalmente el punto de partida son datos cuantitativos (Vgr: datos epidemiológicos) que la investigación cualitativa profundiza y complementa.

Identificar correctamente el problema es el primer paso de toda investigación.... y la mitad de su solución, se ha dicho.

E.Davis y B. Davis en su obra sobre mercadotecnia,<sup>1</sup> destacan *dos tipos fundamentales de problemas*: Los que surgen *para superar obstáculos* y los que

se presentan para poder *aprovechar oportunidades*. Es importante definir el enfoque de nuestra estrategia promocional en función del enfoque bajo el cual se plantea el problema. También cabe mencionar que las propuestas promocionales sobre hábitos y conductas saludables brotan de un análisis situacional de obstáculos y oportunidades.



**ESTUDIOS DE MERCADO:** La Asociación Americana de Mercadotecnia los define así: "*Acopio sistemático, registro y análisis de datos sobre problemas relacionados con el mercadeo de bienes y servicios*". Pueden asumir cualquiera de las modalidades que aparecen en el cuadro anterior.

**INVESTIGACION DE CAMPO:** Conjunto de procedimientos que se utilizan para obtener información directamente del mercado. Los mas usuales son sondeo, encuesta y entrevista, a través de cuestionarios:

**Cuestionario.-** Es imprescindible *cuidar su diseño* ya que el orden de las preguntas y su claridad semántica son fundamentales para *evitar sesgos*. Siempre es mas fácil aplicar un cuestionario bien elaborado. Puede ser incluso autoadministrable.

**Pruebas de percepción.-** Hay dos modalidades: *Por asociación* de palabras o imágenes, y *por completar* frases o llenar espacios.

**Observación directa.-** Los resultados dependen de la capacidad objetiva del investigador.

**Entrevista.-** Sea interpersonal o a distancia , puede realizarse en varios estilos y circunstancias:

Conversación informal.

Entrevista formal, con guía de tópicos o cuestionario.

Interceptos en lugares idóneos.\*

Visitas domiciliarias, con o sin control o muestreo de producto.

Entrevista telefónica.

Entrevista en profundidad.\*\* Es uno de los métodos mas valiosos para la investigación cualitativa. Debe realizarse por especialistas ya que es muy larga e involucra aspectos axiológicos y de percepción del sujeto entrevistado. Se recomienda para investigar temas controversiales, la opinión de especialistas, mercados sumamente dispersos, y para profundización en necesidades, valores o motivaciones.

Grupo focal:\*\*\*. Método usado con frecuencia, requiere la participación de un grupo de entre 6 y 10 personas que interactúan bajo la coordinación de un facilitador. Puede organizarse mediante variadas técnicas como *Grupo de Discusión o Sesión Grupal*, dependiendo del método de moderación que se practique, de las diferencias funcionales o estructurales del grupo, y de los objetivos de cada investigación.

Es fundamental preparar una *guía de tópicos o cuestionario* muy bueno, establecer claramente el universo a investigar y contar con un facilitador profesional que garantice neutralidad. Es conveniente -de ser posible- que esta técnica se desarrolle en una cámara de Gesell, con un observador externo. Este método se recomienda sobre todo para investigar juicios y obtener aportes de ideas, evaluar conceptos, identificar o definir problemas.

Sondeo: Estudio exploratorio de tipo descriptivo que proporciona datos generales respecto de una población determinada. Vgr. Sondeo de opinión.

Encuesta: Busca cuantificar la distribución de ciertas variables, en una población dada, en un momento específico.

**INVESTIGACION SECUNDARIA:** También llamada *de escritorio*, se refiere a la investigación indirecta que se obtiene *reprocesando datos* disponibles en Bancos de Datos o investigaciones previas. Es mucho mas económica que la investigación de campo pero puede no ser tan confiable.

---

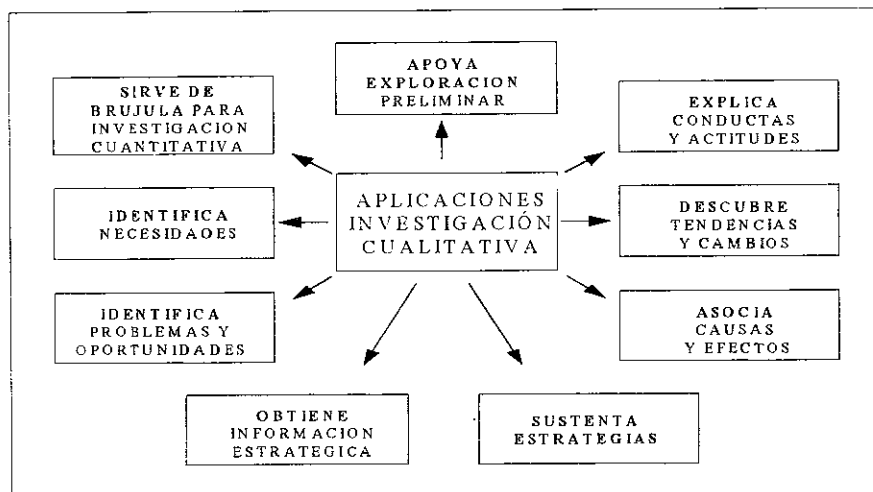
\* Persona captada en el momento de interactuar con el producto o servicio investigado.

\*\* Para profundizar en las metodologías específicas recomendamos las *Lecturas de Comunicación Social en Salud. Introducción a Métodos Cualitativos de Investigación*: Reproducción de documentos Serie # 11 División de Promoción y Protección de la Salud. OPS

\*\*\* Para mayor profundidad en el tema recomendamos: HEALTHCOM, Manual para Excelencia en Investigación mediante Grupos Focales. Ed. Acamey for Educational Development. Washington D.C.

## AREAS DE APLICACION DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA

La investigación cualitativa proporciona información que resulta muy útil en diversas áreas, como vemos en el siguiente cuadro:



P. Kotler<sup>2</sup> clasifica diversos tipos de investigación mercadotécnica de acuerdo a las necesidades de ampliar conocimientos. Dependiendo de los objetivos concretos, encontramos una amplia gama de procesos:

- *Investigación de segmentación* (para definir a los destinatarios).
- *Investigación de concepto o propuesta*. (se presentan varias alternativas para definir el producto social o de consumo que responde a las necesidades y expectativas del mercado).
- *Prueba del producto*. (permite ajustes a las preferencias y gustos del grupo meta. Puede realizarse *in situ* - cuesta menos y es más rápida - o en hogares - es más lenta, rica y costosa. Incluimos en este renglón las pruebas de merchandizing, es decir marca, empaque y modos de presentación, y las de percepción de calidad).
- *Pruebas previas del material de comunicación*. (miden su impacto,<sup>\*</sup> comprensión, imagen proyectada, fuerza motivadora, recordación, identificación de marca, etc. previenen costosos errores y/o generan ideas enriquecedoras)
- *Pruebas de efectividad de la comunicación*. (son posteriores a la exposición del material promocional al público y se orientan a medir básicamente la recordación de mensajes y la identificación de las fuentes, el reconocimiento de conductas propuestas, razones en que se fundamentan, intención, decisión o clara adopción de ellas).

\* Fuerza con la que el mensaje impresiona la mente del consumidor.

- *Investigación sobre sensibilización al precio.* (En base a la comparación con la competencia).
- *Investigación sobre canales de distribución.* (Aquí consideramos también los medios y canales de comunicación para los productos sociales intangibles, buscando definir los más eficientes y adecuados al mercado).

Respecto de la *selección de medios* para las campañas y programas de promoción de la salud es importante elegir aquellos que sean verdaderamente accesibles al *grupo meta*, por ejemplo, un medio impreso como revistas o folletos, es útil en poblaciones alfabetizadas y totalmente inoperante en grupos analfabetas.

Dada la complejidad de los procesos de investigación cualitativa se recomienda entrenamiento específico o la contratación de especialistas. Para efectos de esta visión panorámica basta con saber qué se hace con los datos aportados por la investigación.

#### ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

1. SE DESCUBREN.
2. SE CODIFICAN.
3. SE RELATIVIZAN.

Es *importante* que la *investigación cualitativa*, propia de las ciencias sociales, cobre la relevancia y el respeto que merece debido a la *trascendencia de la información que proporciona*, y a su relevancia para la planeación, diseño y evaluación de las estrategias de mercadeo y comunicación tendientes a la conquista de Estilos de Vida Saludables.

Sus métodos y técnicas son en todos los casos un modo de *acercamiento a la gente en sus propios términos*, por lo que *exige una formación sólida* y requiere la suspensión de las propias creencias, perspectivas y predisposiciones, ya que admite que *toda perspectiva es valiosa*.

Es una *experiencia directa* con grupos de interés, que *profundiza* en creencias, valores, ideas, opiniones, explicaciones y motivaciones. Y busca entenderlas en su marco de referencia.

Es un *proceso fenomenológico* para entenderse. Ayuda a comprender desde dentro la realidad o el problema. Permite entender conductas, hábitos y prácticas. Identifica necesidades, carencias o vacíos en la información. Ayuda a generar ideas poniéndose en el lugar del otro, a entrar en su mundo para ver desde ahí el fenómeno.

Cuando la investigación acompaña todo el proceso de la promoción, permite construir, afinar, desarrollar o modificar las estrategias mediante la evaluación



continua de su efectividad.<sup>3</sup> *Parte de una concepción humanista* de las personas y *enfatisa la validez de sus descubrimientos por sí mismos*, no sólo por su confiabilidad estadística o sus posibilidades de ser reproducido.

Sus métodos no están totalmente estandarizados ni refinados, esto le da *flexibilidad* ya que funciona con *lineamientos orientadores, no reglas*. Requiere trabajo, conocimiento y creatividad. Es *interpretativa, no descriptiva*. Es flexible pero *rigurosa, no se improvisa y tiene imperativos éticos*.

"Las cuestiones éticas que implican una investigación sobre mercadotecnia social conllevan típicamente los valores esenciales de justicia y libertad."<sup>4</sup>

Este *marco ético* de la investigación abarca los *derechos del investigado* a que se refiere Kotler, y las *obligaciones del investigador*: Imparcialidad, honestidad, seriedad académica, respeto y veracidad.

Para la promoción de salud, específicamente, podemos afirmar que *no es ético generar expectativas y despertar necesidades, sin ofertar respuestas y modos viables de solución*. Por ejemplo, sería anti-ético promocionar el hábito de lavarse las manos o hervir el agua en comunidades que carecen de agua.

## ERRORES MAS COMUNES DEL INVESTIGADOR

- a) Investigar un *segmento equivocado* del Mercado o bajo un *criterio erroneo*.
- b) *Cuestionarios* o Guías de Tópicos *mal elaborados o mal aplicados*.
- c) *Interpretación distorsionada* por:
  - Descontextualizar la información.
  - Poca reflexión al transcribir
  - Hacer generalizaciones indebidas
  - Rigidez mental, cultural o teórica.
- d) Dar por *terminada* una sesión *antes de tiempo*.
- e) *Presupuestar mal* la investigación

El aspecto económico puede afectar la decisión sobre el tipo de investigación a realizar. Algunos especialistas<sup>5</sup> recomiendan usar las *entrevistas a profundidad* cuando el *presupuesto es amplio* para pagar especialistas, y *no hay premura de tiempo*. También opina que los *grupos focales* son más indicados cuando hay *fondos limitados* y se necesitan *resultados rápidos*.

## EVALUACION DOMESTICA DEL MATERIAL PUBLICITARIO: TRES EJERCICIOS.

Antes de aventurarnos a afirmar que una pieza de material promocional, educativo o publicitario es adecuado o no, es conveniente que hagamos una evaluación, aunque sea muy simple y doméstica.

Presento a continuación tres modelos de evaluación que cualquier persona con los conocimientos contenidos en esta obra puede realizar.

### MODELO ABC \*

A	B	C
Audiencia	Beneficio	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A quién le habla el mensaje?</li> <li>• ¿Llega y motiva verdaderamente al segmento de mercado que se planeó?</li> <li>• ¿Empatiza el modelo del anuncio con las personas que queremos que lo vean?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué beneficio promete al prospecto?</li> <li>• ¿Es relevante para él?</li> <li>• ¿Lo necesita, le conviene, o le gusta?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué conducta concreta propone?</li> <li>• ¿Es fácil de hacer?</li> </ul>

Este modelo nos permite analizar los tres factores que toda forma de comunicación interpersonal, promocional o publicitaria debe presentar de la mejor manera posible: la audiencia, el beneficio y la conducta.

### MODELO SCORE \*\*

ATENCIÓN INMEDIATA		S	C	O	R	E	Total
		Sencillo	Claro	Original	Relevante	Empático	
Sí	No	1	1	1	1	1	15
10	0						

Este modelo de evaluación es más completo y especialmente recomendable para mensajes audiovisuales; si éstos no captan la atención de inmediato se marca 0 y no sigue evaluando. El "score" o puntaje perfecto es 15.

\* Fuente OPS/OMS

\*\* Fuente: Taller "How to do better commercials" (Norins, 1977, México, D. F.)

## MODELO AIDA \*

A		I		D		A	
Es ATRACTIVO:		Despierta INTERES:		Propone una DECISION:		Motiva una ACCION:	
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

En este modelo sólo se responde sí o no respecto a cada tema. Los tres modelos anteriores, por su sencillez, pueden ser aplicados casi a cualquier forma de comunicación para evaluarla en sus diversos aspectos de forma y contenido. No es necesario tener el material final, es suficiente el material bocetado con claridad. Puesto que elaborar materiales para la comunicación grupal o masiva es sumamente costoso, las herramientas anteriores permiten ahorros sustanciales y, simultáneamente, adecuaciones precisas cuando un material tiene que ser usado en segmentos diversos de la población.



## NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- <sup>1</sup> Davis, E. y Davis B. *Aprenda los secretos de marketing*. Ed P&g (Barcelona) 1994
- <sup>2</sup> Kotler, P. Dirección de la Mercadotecnia. Ed. Prentice Hall, Hispanoamericana S.A., México 1993.
- <sup>3</sup> Conferencia "Investigación y Evaluación" de Eduardo Contreras Budge, Monterrey, México, Enero 1995.
- <sup>4</sup> Kotler P. y Roberto. *Mercadotecnia Social. Estrategias de Cambio Conductual*. Ed. Diana.
- <sup>5</sup> Contreras Budge. Op. cit.

\* Basado en "Fundamentos de Marketing" (Stanton/Etzel/Walker).

## CAPITULO XVIII

### BIOETICA, TENDENCIAS Y CORRIENTES FILOSOFICAS.\*

MARTHA TARASCO MICHEL\*\*

#### RESUMEN

Las megatendencias de globalización sociocultural implican un concepto universal de destino común del género humano. Este concepto nos lleva necesariamente a una búsqueda de verdad respecto del bien integral de la persona como elemento sustancial de la Promoción de la Salud y objeto de la salud pública.

La bioética es la disciplina que devela los valores en que se sustenta teórica y prácticamente el quehacer de las ciencias de la salud: la investigación y la ingeniería genética cada vez más desarrollada; la atención tanto preventiva como curativa y promocional, e igualmente las decisiones salutogénas cotidianas que trascienden el tradicional campo de la salud.

A lo largo del capítulo, la autora nos adentra en la búsqueda de la verdad en salud, presentándonos un punto de partida desde la ética y 4 orientaciones filosóficas que influyen en la bioética. A través de estas 4 perspectivas, el lector podrá distinguir los valores que cada una de ellas enarbola; estas perspectivas son: El Naturalismo Sociologista, el Liberalismo Radical, el Pragmatismo Utilitarista y el Personalismo.

Su visión filosófica nos permite destacar la naturaleza de la persona en cuanto tal, y distinguir el valor que se le concede en las corrientes en que está inmerso el quehacer de la medicina, la salud pública y la Promoción de la Salud, en el momento actual. De ello se deriva la necesidad de clarificar los propios valores y asumir una postura personal, tanto teórica como práctica.

Este artículo permitirá al lector derivar cuestionamientos éticos respecto de la Promoción de la Salud e instalarse en la corriente de pensamiento desde la cual quiera darles respuesta.



---

\* Artículo publicado en la revista *Medicina y Ética*. Volumen V Número III 1994/3. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Adaptado para esta publicación por el equipo de la Coordinación de Investigación del CIESS.

\*\* Ex-Coordinadora del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Universidad Anahuac. México.

Nos acercamos al siglo XXI y nunca como ahora el hombre ha estado más seguro de dominar la naturaleza. Los avances conseguidos en la ciencia y la técnica en todas las áreas eran impensables hace algunas décadas. *El hombre de nuestra era se siente cada vez más capaz de superar todos los retos que la investigación le va suscitando*, y es tal el grado de entusiasmo y seguridad que siente en sí mismo, que a veces parece que no contempla la posibilidad de tropezar con dificultades insalvables.

El hombre se ha interesado siempre en cuidar de su salud y la de sus semejantes; así, ha ido descubriendo diferentes caminos para resolver las diversas patologías que le aquejan.

En el horizonte se han perfilado multitud de posibilidades... La ciencia, con el tiempo, ha aceptado algunas y rechazado otras que tal vez en su inicio, hasta habían llegado a ser aplaudidas por quienes las preconizaban.

Desde que la *conciencia histórica renacentista puso en primer plano de todo conocimiento y de toda reflexión la centralidad del hombre*, cada generación ha producido prácticamente una aportación que multiplica o potencia el conjunto de conocimientos y de capacidades humanas alcanzadas en la generación anterior.

Todas las ramas de la ciencia se han transformado muchas veces durante estos siglos y cada una de ellas ha influido en las demás. *Las últimas generaciones han sido testigos* de cómo el conocimiento de las más infinitesimales partículas de materia ha conducido a la liberación fantástica de las energías capaces de henchir las redes de distribución eléctrica, pero también de destruir en instantes la vida en el ámbito alcanzado por una explosión nuclear. Han sido testigos también *del descubrimiento de los códigos genéticos y de la variación que a través de la biotecnología se puede introducir en los seres vivos*.

Pero *el efecto más profundo y trascendental de la biotecnología* consiste en poner al conjunto de la Humanidad, y desde luego a grandes grupos de científicos y de expertos, frente a una responsabilidad tan concreta, enorme y global, que requiere la sugerencia de *una nueva dimensión de conciencia moral*, una conciencia moral cuyo objeto no es solamente la suerte de cada individuo, ni el destino de los diferentes países, sino *la orientación conciente del destino humano en toda su amplitud y en todas sus dimensiones imaginables*.

Por ello frente a todo el laberinto inmenso de posibilidades, siempre, desde el fondo de su ser el científico de la salud *se cuestiona cuál es el BIEN de su paciente, de la familia de éste, de la comunidad en la que vive,...*

Tal vez se haya dedicado a estudiar la apoenzima que acelera la síntesis de un péptido, pero su preocupación se gesta en *encontrar el bien integral del paciente*.

Así al profundizar *en la búsqueda de la verdad sobre el bien integral del paciente*, y la posibilidad de potencializar todos los elementos de la persona, *surge una nueva ciencia: la Bioética*.

La Bioética *se fundamenta en la ética y en la deontología médica*, aunque no se trata de la misma disciplina. La ética médica tiene un ámbito más estrecho porque solo tiene que ver con la práctica de la medicina, mientras que la Bioética no se limita a esta práctica. La Bioética *propone una metodología filosófica para encontrar la verdad sobre cuestiones del actuar en la vida del hombre relacionadas con las ciencias de la salud*.

*Nace en los Estados Unidos*, en 1978 tanto el uso del término, como la reflexión sistemática "sobre la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud".

El título del primer capítulo del libro de Potter "Bioethics: the science of survival" *expresa la inquietud del hombre por las posibles consecuencias negativas del mismo desarrollo científico*. Emerge la exigencia del discernir entre posibilidad técnica y licitud ética y como lo expresa Potter, de *adquirir la sabiduría para utilizar el conocimiento* (knowledge how to use knowledge).

LA BIOETICA NO ES SOLO UN CODIGO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES; PROPONE UN CAMINO PARA LLEGAR A LA META DE AYUDAR A NUESTROS SEMEJANTES A REALIZARSE PLENAMENTE COMO PERSONAS, DESDE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.

Desde luego este camino tiene fronteras y límites precisos, no cambia de sentido o de trayectoria; y ante todo conoce la meta a la que conduce, es decir, la persona.

*La persona posee cuatro dimensiones:*

- La *biológica o física*, que todos conocemos muy bien;
- La *psicológica*, en la cual se engloban nuestras emociones, nuestra inteligencia, nuestra capacidad de pensamiento;
- La *social*, por la que nos interrelacionamos con nuestros congéneres y adquirimos roles que moldearán nuestro comportamiento y que influirán en la dinámica misma de la sociedad;
- La *trascendental o espiritual*, que es la que nos permite ejercer con plenitud nuestra naturaleza. Es justamente esta dimensión espiritual la que

*nos diferencia de otras especies, y es por ella que sin importar las limitaciones que puedan existir a nivel físico, psicológico o social proporciona al hombre su identidad de persona.*

Ontológicamente, sin importar las eventualidades externas, el hombre es persona y por esa cualidad, es capaz de trascender a su naturaleza limitada y finita.

Naturalmente todas estas dimensiones tienen una íntima relación entre sí, de tal forma que *la persona "es" biológica, psicológica, social y espiritualmente.*

Desde el punto de vista biológico, en el momento en que dejan de existir los genomas de sus progenitores y aparece un nuevo código genético la persona existe físicamente, y sólo así puede adquirir las otras tres dimensiones.

En este sentido, la libertad, por ejemplo, aún siendo un valor muy elevado, no puede existir ni ejercerse si la persona no está viva. Por lo tanto, aunque el valor supremo no es *la corporeidad*, es un requisito indispensable para que la persona sea, para que exista y para que sea libre.

En el terreno jurídico, ser persona quiere decir ser reconocido por los demás. *Para la ley, el carácter de persona es conferido por el sistema jurídico y social* y esta configuración social del carácter de persona que el Derecho Romano formalizó de manera muy específica está presente en la mayoría de las culturas, aunque con diversas variaciones. Con esta configuración social del carácter de persona se relacionan en consecuencia, la mayoría de los estudios realizados desde la sociología, la antropología cultural, e incluso desde la psicología.

Pero *para la Etica*, que es *fundamento de los Derechos Humanos y desde luego de la Bioética*, ser persona no es una cualidad externa, o conferida al hombre. No es un atributo que se gane por algún tipo de mérito.

*Ser persona es una cualidad intrínseca*, es decir ontológica, al hombre y a todos los hombres. Al ser personas se designa la singularidad de cada ser humano y la igualdad de todos ellos. *La persona se concibe como un absoluto en sí y por sí, más allá de toda relación jurídica y de cualquier condición social.* La persona y su característica: la dignidad, aparecen como un cierto absoluto más allá de cualquier sistema social, y desde el cual se puede juzgar cualquier sociedad. Afortunadamente, *reconocemos la primacía ontológica de la persona, sobre la sociedad* a la que pertenece. Para todo ser humano ser hombre significa ser sujeto, ser persona y ser "sí mismo".

La necesidad de saber quién es el hombre para esclarecer el modo correcto de tratarlo es incuestionable.

Ahora bien *el objetivo de la Bioética es el conocimiento científico del actuar frente a la vida y el empleo de este conocimiento.*

Su acción es aplicar principios generales de la ética a los nuevos problemas de la acción humana en el reino de la vida.

Así se puede establecer que la bioética comprende :

- a) Todos los problemas éticos de los profesionistas de la salud.
- b) Los problemas éticos emergentes en el ámbito de las investigaciones sobre el hombre, aunque no sean directamente terapéuticas como son las comportamentales.
- c) Los problemas sociales relacionados con las políticas sanitarias, con la medicina del trabajo y con las políticas de control demográfico
- d) Los problemas del ambiente en general y del equilibrio del ecosistema

La bioética trata de fundar un criterio último de referencia en el plano valorativo y normativo para discernir los confines de licitud de la intervención del hombre sobre la vida; por esta razón, debe existir una fundamentación ética para la bioética.

La cultura contemporánea está intrínsecamente caracterizada por el pluralismo y la secularización. En el plano moral hay por tanto, diversidad de ideologías, creencias y concepciones filosóficas.

Es oportuno, pues, delinear una reseña de las *diversas posiciones presentes en la literatura para evidenciar la complejidad y la dificultad del debate actual sobre la fundamentación ética de la bioética.*

Cuatro son las orientaciones filosóficas que pueden influir en la Bioética:

EL NATURALISMO SOCIOBIOLOGISTA, que propone una *ética basada en el evolucionismo*. Para este pensamiento los valores presentes en un cierto grupo social, en un determinado momento histórico, constituyen *la respuesta de los individuos seleccionada naturalmente para la adaptación al ambiente.*

Está basado en dos principios: La prioridad de la especie respecto al individuo por el principio de selección, y la coincidencia evolutiva del comportamiento con los valores morales reconocidos, por los cuales el *"así es"*, es igual al *"así deber ser"*: "is = ought to Be" (falacia naturalística de Hume).



Se cree por ello suficiente describir y observar empíricamente los comportamientos de un grupo social para extraer de ahí normas de conducta para la colectividad, lo cual desemboca inevitablemente en el *relativismo historicista*.

En el campo biomédico esto se traduce en el eugenismo búsqueda del “niño perfecto”, tanto negativo, destruyendo niños malformados, como positivo con la intervención sobre el genoma. Deseo hacer aquí un pequeño paréntesis, al explicar que la intervención en el patrimonio genético con fines terapéuticos no tiene la misma fundamentación que la de selección de la especie. Esta última sucede sólo cuando el objetivo es mejorar selectivamente la especie manipulando los cromosomas germinales, porque esta orientación es contraria al principio de igualdad de los hombres y no respeta la dignidad de la persona. De hecho *éste modelo filosófico nació en el nazismo*.

EL MODELO LIBERAL RADICAL O NO COGNITIVISTA, que es opuesto a la corriente naturalista porque *afirma que los juicios solo pueden ser medidos con los hechos pero que es imposible pasar de los hechos a los valores y a las normas éticas*.

Propone entonces una *fundamentación subjetivista de los valores y de las normas*, porque para los autores de este modelo las normas y los valores no son deducibles de los hechos, son originadas solamente por el sujeto.

Esta orientación de pensamiento subjetivista *conceptualiza a la libertad y a la autodeterminación como fundamento de las elecciones morales*. Se trata de una *propuesta individualista* que se extiende a todos los campos de la bioética, desde la liberalización de la sexualidad y de la procreación hasta la actitud favorable para la eutanasia o el suicidio asistido.

La fundamentación del juicio ético *reconoce como base de todo juicio moral el principio de autonomía y de autodeterminación, desligado de la verdad objetiva y vinculante, independiente de toda referencia al bien objetivo de la persona*. Es decir que la opción ética no tiene necesidad de justificaciones sino, a lo más, de motivaciones subjetivas como las emociones (el feeling), las situaciones subjetivas que da la moral de la situación, y la intencionalidad de la acción.

En bioética esta posición individualista *ha sido sostenida sobre todo en el campo de la sexualidad y de la procreática así como del aborto y de la contracepción*. Pero hoy se tiende también a justificar la *determinación por parte del sujeto del momento de su muerte*, mediante un testamento de vida o “living will”.

El pensador más radical en Europa ha sido H. Marcuse, quien en su obra *Eros e Civiltà* sostiene que la humanidad debe de liberarse de tres ataduras para conquistar la libertad:

- la libertad del *trabajo* dependiente porque este *ata las manos*
- la libertad de la familia, porque la *familia es una prisión y el matrimonio es una represión*, esto es que *la familia ata los sentimientos*
- la libertad de la *moral* porque *ata las ideas*.

La *falacia* de este sistema ético se encuentra en *que la libertad no es el primer valor de la persona*, ya que la vida es el fundamento de la libertad misma, y por consiguiente el valor primario, y por otro lado en que *la libertad no puede ser válida sin responsabilidad*.

LA ORIENTACION PRAGMATICA UTILITARISTA que propone la categoría de *utilidad social como valor de referencia*. La elección moral debe ser basada en la *obtención del mayor bienestar, en el apoyo a las preferencias y en minimizar los sufrimientos, para el mayor número posible de individuos*. Este pensamiento *logra instaurar el concepto de calidad de vida que se contraponen al de la sacralidad de la vida*.

En el ámbito moral esta tendencia considera como un deber el respetar el bienestar y el deseo de bienestar individual y social. Y así *se concluye que el cálculo COSTO/BENEFICIO es el marco de referencia para una decisión ética*.

La orientación pragmática utilitarista tiene tres vertientes:

- a) deontología prima facie
- b) contractualismo
- c) principlialismo

Se entiende por *deontología prima facie* la proposición que dice que *todos los valores reconocidos son valores en sentido general*, pero no son valores absolutos. Estos autores *admiten como indiscutibles* algunos valores como el *respeto a la vida* y el *no matar* pero *estos no constituyen una jerarquía absoluta*, sino que *han de ser sopesados en una escala gradual*, en función de las circunstancias de la situación concreta. Se habla por lo tanto de *deberes*, pero no absolutos sino *relativos* que admiten excepciones.

El *contractualismo* es otra orientación similar. La fundamentación ética contractualista propone la necesidad de estipular un acuerdo entre algunos individuos que constituyan la *"comunidad moral"*. *Busca un consenso en el plano colectivo acerca de normas y procedimientos que regulen la*

*convivencia social* Se nota el progresivo desplazamiento de la reflexión moral desde el subjetivismo radical hacia la búsqueda de soluciones más ampliadas.

Por último, el *principialismo* de Beachamp y Childress elabora el sistema de la *fundamentación de la Bioética según los principios siguientes:*

- a) No maleficencia y beneficencia, que es el principio de la medicina hipocrática.
- b) Autonomía, que es el principio de la filosofía liberal y moderna.
- c) Justicia, que es el principio de la medicina contemporánea (socialismo - liberalismo) en relación a la economía sanitaria.

Estos tres principios, que son óptimos en la formulación abstracta, son utilizados sin una jerarquía o subordinación entre ellos; por tanto, la aplicación lleva el *riesgo de desbocar un relativismo ético.*

En todas estas orientaciones se puede observar que falta la proposición del problema central de la persona y de la dignidad de la misma. ¿Quién determina la utilidad?, por ejemplo, ¿se puede realmente hablar de medidas útiles para todos, o sólo para algunos? De hecho no podemos olvidar que los regímenes políticos opresivos han buscado siempre la utilidad.

El **MODELO PERSONALISTA** pone la atención de la *fundamentación moral en la persona*, considerándola como centro de la historia, y fundadora de la sociedad. La persona en cuanto ser subsistente y determinado, de naturaleza racional, es el criterio de juicio de la Bioética.

Se reconoce la dignidad de la persona por su esencia y no solamente por su capacidad de ejercer su autonomía.

El personalismo acepta la indivisibilidad de una unidad física, síquica y espiritual o trascendente, desde el momento de la concepción hasta la muerte.

La persona se expresa en actos múltiples autoconcientes y autodeterminados que el personalismo considera como unificados por la sustancia y la esencia de la persona que permanece inmutable.

La persona encuentra inscrita en su ser la "ley moral natural" que capta el bien como inclinación fundamental. *La ley natural es la referencia objetiva de la función moral; es el último criterio de referencia para el discernimiento del bien y del mal, de lo verdadero y de lo falso en el ámbito moral.*

Esta fundamentación ética exige el respeto a la vida humana como valor primario y exige el ejercicio de una libertad responsable y de solidaridad.

El personalismo piensa que debe ser puesta como prioritaria la referencia al valor de la persona fundado en su dignidad esencial y en la realización plenaria de ésta.

Tal referencia funda el auténtico respeto recíproco en el plano social, como plenitud de toda la persona y de todas las personas.

Para el *personalismo* el principio de no maleficencia-beneficencia subordina a los de autonomía y el de justicia.

Para algunos autores personalistas como Maritain, Mounier o Gilson, es importante el aspecto comunitario y de diálogo entre las personas.

El personalismo propone también el respeto a los seres no humanos propiciando la responsabilidad plenaria con la biosfera para proteger así a las futuras generaciones.

La intervención de la ciencia y de la tecnología influye sobre el equilibrio del ecosistema. El personalismo, aún poniendo al hombre en el vértice de la jerarquía ontológica, reconoce la relevancia de la obligatoriedad de respeto a los seres animales y vegetales, aunque subordinadamente respecto al sumo bien del valor de la persona.

Las consecuencias del análisis personalista y realista se sintetizan en cinco principios:

a) *El valor de la corporeidad.* Para el personalismo la persona recibe en el cuerpo su individualidad y diferenciación. En el cuerpo y con el cuerpo se manifiesta y comunica en la sociedad. En el cuerpo la persona encuentra sus límites como el dolor o la muerte en los que esta implicada la participación de todo el ser personal.

*La persona es más rica que su propia corporeidad, pero vive una unidad sustancial con la misma.*

Estas reflexiones sobre el cuerpo tienen consecuencias inmediatas en el plano de *la medicina*: el médico a través del propio cuerpo y de la técnica, *actúa sobre la corporeidad del paciente*, pero este acto médico es totalmente personalizado, porque se *interviene en la totalidad de la persona*.

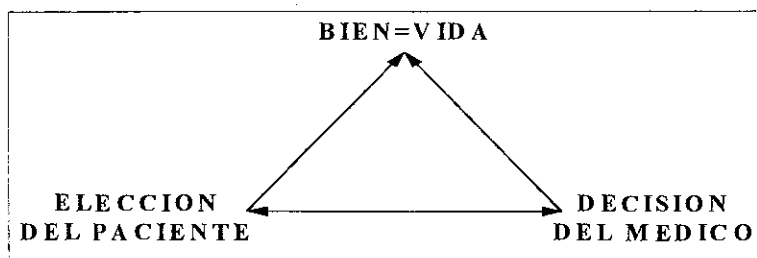
b) *El valor fundamental de la vida física.* Aunque la vida física no es toda la persona, *es el fundamento de todos los demás valores de la persona*, porque todos los demás bienes y valores, incluida la libertad, como también la

conciencia y la socialidad, presuponen la existencia física del hombre. Por ello *el suprimir la vida física es privar a la persona de su bien fundamental.*

c) *El principio de libertad y responsabilidad.* El cuerpo es de la persona y ante todo la persona es responsable de él: *toda la ética médica se funda sobre el consentimiento del paciente y sobre la relación alianza entre paciente y médico.* Nada se hace si no es respetando la libertad del paciente, pero éste a su vez es responsable del bien que administra y que no le pertenece como un objeto disponible, sino que constituye un valor objetivo y que precede a su libre elección, condición fundamental para el ejercicio mismo de la libertad.

*El médico a su vez es persona, libre y responsable,* llamado a prestar un servicio calificado, profesional en ciencia y conciencia y *no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente.* Es competente y responsable del bienestar del paciente, desde el momento en que éste, por libre elección, le ha confiado al médico el encargo de curarlo.

El personalismo propone un modelo para entender esta relación recurriendo a la imagen del triángulo:



En el vértice está el bien intangible y trascendente de la persona, es decir el bien fundamental de la *vida*. Hacia ese vértice deben de referirse tanto la *elección del paciente*, primer responsable, como la *decisión del médico*, responsable segundo, pero responsable calificado. El médico, por ejemplo, no podrá quitar la vida ni siquiera si el paciente se lo pidiese, ni tampoco el paciente puede pedir que se le quite la vida, porque hay un bien intangible que sobrepasa a ambos.

Tampoco la sociedad puede, ni por la ley ni por los comités de ética invertir este triángulo de responsabilidad, sino solamente facilitar su aplicación correcta.

Este principio no puede estar basado en un contractualismo en caso de que coincidan los criterios del paciente y del médico, porque en ello no se basa la ética, sino en *un verdadero coloquio del ejercicio de la libertad-*

*responsabilidad cuyo fin sea la promoción de la vida y de la salud del paciente.*

d) El principio terapéutico se basa en la unidad-totalidad de la persona y propone que *es lícito intervenir sobre el cuerpo de una persona que ha otorgado su consentimiento explícito o presunto, solamente si hay una justificación terapéutica*, es decir si la intervención sobre “la parte”, va en beneficio del “todo” relativo al mismo organismo sobre el cual se interviene. Para ello tienen que excluirse otras alternativas menos lesivas de la integridad personal y tener una cierta garantía de éxito proporcionado y de ventaja sobre el tratamiento.

En los casos de *experimentación y donación de órganos* este principio se complementa con el de socialidad.

e) *El principio de socialidad/subsidiaridad* implica la *necesidad* que tiene la persona de sus congéneres *para ayudarse mutuamente* reconociendo entre sí la *misma dignidad para todos*.

Este principio, al ser aplicado al campo médico y al de la asistencia sanitaria, conlleva a que se preste más ayuda a quien esté más enfermo, pero a su vez quien recibe la oportunidad de los servicios de salud tiene la obligación de ser responsable del bien recibido cuidando del mismo.

La aplicación de esta doble vertiente ayuda en el *juicio ético al distribuir los recursos para la salud*.

La síntesis panorámica de las diversas posiciones éticas en bioética muestra la complejidad del debate actual sobre cuestiones de la vida.

Tal complejidad se presenta con particular urgencia en la sociedad contemporánea en la exigencia de una reglamentación jurídica en el plano social, para lo cual *se requiere encontrar bases comunes de ética*. Sin embargo *a nivel personal es indispensable hacer una opción fundamental y elegir una posición basada en la sólida fundamentación filosófica de la misma*.



**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Potter, V.R. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs (N:Y); Prentice & Hall, 1971
- 2) Sgreccia, E. *Manuale di Bioetica I e II* Milano: Vitae Pensiero, 1991
- 3) Reich, W. T. (ed), *Encyclopedia of Bioethics*. New York; The Free Press 1978 v.I p. XIX
- 4) Tettamanzi, Dionigi: *Bioetica, nuove frontiere per l'uomo*. (ed). Piemme, 1991
- 5) Palazzani, Laura. *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*.  
Revista Medicina e Morale, Istituto di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli". Roma. no. 1/1992

# TERCERA PARTE

## UNA PEDAGOGIA PARA CURSOS DE PROMOCION DE LA SALUD



## CAPITULO XIX

# UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: ENFOQUE COGNITIVO, DISEÑO CURRICULAR Y ESTRATEGIA DIDACTICA EN LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO\*

"NO SE DEBE EDUCAR [...] CONFORME AL PRESENTE, SINO CONFORME A UN ESTADO SUPERIOR, MAS PERFECTO, POSIBLE EN EL PORVENIR DE LA ESPECIE HUMANA".

E. KANT

"PARA EL APRENDIZAJE TIENE MAS MORDIENTE LA CURIOSIDAD ESPONTANEA QUE LA COACCION Y LA INTIMIDACION"

SAN AGUSTIN

"LA EDUCACION SE SALE DE SU CAMINO SIEMPRE QUE SUPONE QUE EL GRAN PROPOSITO DE LA VIDA DEL HOMBRE ES LA FELICIDAD HECHA POSIBLE POR EL AVANCE MATERIAL Y TECNOLÓGICO"

WILLIAM PEARSON TOLLEY

---

\* Coordinadora de Investigación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Coordinadora del Curso-Taller Promoción, Comunicación y Marketing en Salud CIESS/OPS.

## RESUMEN

El Modelo que aquí se ofrece es fruto de la experiencia de 5 años en la impartición del Curso: Promoción, Comunicación y Marketing en Salud. Este curso ha formado parte del Programa Académico del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) y, en su Sede, se ha realizado en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, Representación México (OPS/OMS-México).

El MODELO se ha construido paulatinamente y con las aportaciones de todos los participantes a los cursos. Como toda experiencia, la que aquí se proyecta implica un proceso de ensayo-error en busca de un objetivo, en nuestro caso, el reto de *un diseño personalizado y participativo* del curso.

El MODELO consta de tres partes:

1) *Enfoque Cognitivo* o principios teórico-metodológicos que guían su diseño y su referencia con la realidad. El enfoque del *aprendizaje por descubrimiento y significativo* ha sido la corriente educativa del MODELO. Su complemento obligado, el marco conceptual y las líneas de acción de la promoción de la salud en tanto que materia de estudio.

2) *Diseño Curricular*, que sintetiza la información requerida por todos los actores y la descripción del proceso educativo por efectuar. Siendo numerosos los instrumentos metodológicos que implica un diseño curricular, *aquí se presenta solamente el Mapa Conceptual en un cuadro resumen*.

3) *Estrategia Didáctica* o "modo" en el que se planea desarrollar el curso, y que en nuestro caso es un constante "ir y venir" entre el macrocontexto social, la realidad de los participantes, su rol institucional, las problemáticas que deben resolver y su compromiso personal.

Dadas las características de los participantes de los cursos, -funcionarios directivos y de mandos medios, así como equipos multidisciplinarios de promoción pertenecientes sobre todo a instituciones de salud y seguridad social americanas-, el MODELO hace énfasis en una *visión integral de la Promoción de la Salud* y en una *actitud propositiva de los participantes*. Se insiste en la necesidad formativa a la que responde el curso.

El modelo exige como *producto la elaboración de un trabajo grupal con disertación y diseño propios, y con posibilidades de ser aplicado en el contexto real* de los participantes a los cursos. Dicho trabajo muestra las capacidades, destrezas y habilidades adquiridas o desarrolladas durante el curso y por ello es el instrumento primordial de evaluación. Este trabajo, cuando ha sido aplicado por los participantes ha dado lugar a reuniones de consulta y seguimiento altamente productivas y gratificantes.

Para la realización del trabajo grupal se ha construido una guía específica dentro de la estrategia didáctica del curso, denominada: *Plan de Ejecución Promocional*, y que constituye un capítulo en este libro.

El proceso de enseñanza-aprendizaje combina técnicas didácticas en los planos: cognitivo, psicomotor y afectivo, mediante *módulos teórico-prácticos*. Este proceso se presenta en el gráfico titulado: *Estrategia Didáctica en Módulos y Planos*.

Es de la esencia de la Promoción de la Salud el que la población se empodere y se responsabilice de su salud. Es de la esencia del proceso educativo el que *los asistentes a los cursos eleven su propio nivel de responsabilidad y su conciencia solidaria*. Por ello, la intervención educativa persigue su crecimiento personal en *facultades de introspección, autodeterminación y autorrealización*. Paralelamente, y en congruencia con el sentido integral de la promoción de la salud, se busca el *desarrollo de sus capacidades de observación, definición de problemas, integración de equipos de trabajo, negociación, toma de decisiones y generación de valores culturales*. Este MODELO, por tanto, es inseparable del MODELO INTEGRAL de la Promoción de la Salud para cuya descripción se ha dedicado un apartado propio en esta obra.

Con este MODELO, el curso se ha impartido en la Sede del CIESS -Ciudad de México- en instituciones mexicanas de salud y seguridad social, y en países de la Región Americana: Chile, Costa Rica, Ecuador y Guatemala. En todos los casos, la aplicación del modelo que aquí se muestra ha rendido beneficios y ha permitido ratificar y rectificar sus componentes, esto es, ha sido objeto de investigación permanente.



## INTRODUCCION

Toda intervención educativa es -debe ser al menos en teoría- *una respuesta a una necesidad formativa* previamente detectada y definida.

En el caso de la Promoción de la Salud, sus planteamientos autogestores, su perspectiva humanística y su rol social de 'balance' a los efectos negativos del modelo socioeconómico y político actual, plantean una necesidad formativa clara: se requiere *formar un hombre "de corazón nuevo" que dé origen a una sociedad civil nueva, bajo una concepción nueva del Estado y de la intervención de todos los protagonistas sociales,<sup>[1, 2]</sup> un hombre que practique el verdadero sentido integral de la salud.*

Dos definiciones dejan ver la complejidad de la promoción de la salud, y ratifican el carácter integral de la formación que requiere:

- *La promoción de la salud es "el movimiento radical de los 80's que desafía la medicalización de la salud, enfatiza sus aspectos sociales y económicos, y la describe ocupando un rol central en el florecimiento de la vida humana. [Comprende] los esfuerzos por aumentar la salud positiva y prevenir la enfermedad a través de las esferas complementarias de la educación, la prevención y la protección de la salud. [Enfatiza] la importancia de adquirir el 'arte de vivir', y la autoestima, -lo que en la nomenclatura de la educación- se ha llamado 'autodesarrollo' ...y autorrespeto. [Y sus objetivos implican] el cambio de actitudes y, consecuentemente, de los estilos de vida. [Por ello, la] promoción de la salud suscita profundas cuestiones acerca de los valores morales."<sup>[2]</sup>*
- *La promoción de la salud, es "parte de una rica tradición de la salud pública que reconoce la relación entre salud, política y poder, [perspectiva desde la cual puede ser comprendida como] el proceso de habilitar a la gente para incrementar su control sobre -sus vidas y la definición de la agenda política- y mejorar su salud tanto a nivel personal como comunitario. Siendo mucho más que la simple suma de educación, prevención y asistencia médica, la promoción de la salud ha de ser analizada como 'institución social' y como 'movimiento popular' de lucha por la salud, en un contexto de 'capitalismo industrializado' enmarcado por movimientos mundiales en pro de la paz, la justicia social y el medio ambiente."<sup>[4]</sup>*

La formación integral es, pues, necesaria para cuantos intervienen en los programas de promoción de la salud, y reclamo imperioso para quienes tienen el encargo de poner en marcha y conducir una estrategia promocional a nivel local, regional, nacional o internacional.

Este **MODELO** de enseñanza-aprendizaje busca, ante todo, el cambio de actitud y del estilo de vida de los propios participantes a los cursos y, a partir de ahí, un discernimiento justo y técnicamente sustentado acerca del rol

profesional que desempeñan y de lo que pueden o no tratar de modificar. Por ello, tres elementos 'clave' lo guían: *criterio, prudencia y visión*, facultades que hacen posible interpretar la realidad presente sin miedo, ahondar en su análisis, calcular el peso y medida de las decisiones, y dar sentido estratégico a propuestas nuevas.

### ENFOQUE COGNITIVO:

El modelo se sustenta en la corriente pedagógica del aprendizaje *por descubrimiento y significativo*, bajo un diseño curricular *personalizado y participativo* y una estrategia didáctica tridimensional: *reflexiva* (nivel cognitivo) *comunicativa* (nivel psicomotor) y *aplicativa* (nivel afectivo).

El aprendizaje por descubrimiento y significativo tiene como fin *"formar individuos capaces de producir conocimientos, no solo de reproducirlos"*.

Este aprendizaje consiste en un proceso por el cual una persona *recibe ideas nuevas*, les *otorga un significado que descubre* por sí mismo, las pone en *relación con el conocimiento previo* que ya tiene, y las *incorpora a su bagaje cognitivo*. Este proceso es la médula del aprendizaje ya que como señala Ausubel, "...para que un aprendizaje significativo tenga lugar es necesario que se produzca una *vinculación sustancial entre los conocimientos poseídos por el sujeto y los nuevos elementos de adquisición*."<sup>[5]</sup>

A juicio de autores como J. Delval, éste es el verdadero aprendizaje puesto que "En realidad cuando hay un auténtico aprendizaje siempre hay un descubrimiento o una reconstrucción. El sujeto que aprende está descubriendo ese nuevo conocimiento aunque ya haya sido descubierto a lo largo de la historia."<sup>[6]</sup> Por eso es que se dice que el fin del aprendizaje por descubrimiento y significativo es "...formar individuos con capacidad de producir conocimiento y no solo de reproducirlo."<sup>[7]</sup>

El Aprendizaje por Descubrimiento 'impacta' la relación entre fase activa y fase pasiva del aprendizaje, la relación vertical maestro-alumno y la relación horizontal alumno-alumno. Este enfoque tiene por objeto que el alumno tenga una *"motivación intrínseca"* para crear sus propios códigos de comprensión, es decir, otorgar significado a lo que descubre.

En este aprendizaje por descubrimiento y significativo, "El rol del *maestro* [consiste] en servir de *mediador y favorecedor del desarrollo* de descubrimientos satisfactorios en la acción investigadora del sujeto" y "El rol del *alumno*, por su parte, [consiste] en participar activamente en la producción

de su propio conocimiento, mediante su *acción descubridora*, desenvuelta a través de la *resolución de problemas*.<sup>[8]</sup>

Así, pues, la intervención del maestro es 'facilitadora' de esa formación de mentes descubridoras -que es el propósito-, convirtiéndose así en un compañero de búsqueda. Un compañero trascendental cuando logra establecer entre alumno y objeto de interés esa relación de 'abstracción constructivista' en la que se encuentra la *fuentes del conocimiento*.

Logrado este objetivo, se habrá pasado del aprendizaje por descubrimiento guiado, al aprendizaje por descubrimiento autónomo.<sup>[9]</sup>

Desde esta corriente puede decirse que '*aprender*' es la operación específica por la cual *la inteligencia* construye significados, es decir, *dota de sentido a la información que recibe y se apropia del conocimiento*. Esta operación de dar sentido adquiere dimensiones autónomas en la medida en que el sujeto que aprende se instala en condiciones de *alerta* frente a la información, lo que presupone una relación alumno-profesor radicalmente distinta a la tradicional por la que la respuesta del alumno tiende a nulificarse y la acción del profesor a predominar, magistrocentrismo...

El Aprendizaje por Descubrimiento ofrece resultados positivos a cualquier edad ya que *se asemeja al proceso de aprendizaje que naturalmente se realiza en la vida*. La escuela tradicional, en contraste, substituye la experiencia con la memorización y se realiza en una relación sólomente expositivo-receptiva. Este aspecto es relevante, puesto que los asistentes al curso son adultos.

Como todas las corrientes educativas, la que aquí se ha resumido también tiene críticas. Independientemente de las objeciones técnicas especializadas, los argumentos negativos se resumen en una idea central: "...es imposible que los individuos descubran por sí mismos todo lo que necesitan aprender."<sup>[10]</sup>

Esto es cierto; sin embargo, aquel individuo que no reinterpreta para sí toda la realidad que le circunda, no puede considerarse persona autónoma y responsable en el sentido pleno de la palabra, y estas cualidades son indispensables en todo promotor de salud, dotado del nivel de autoridad que sea.

Pero, sobre todo, este aprendizaje fundado en la investigación, la interiorización y la transmisión es áltamente recomendable en el ámbito específico de la promoción de la salud, por la *gran variedad de culturas* que existen y por la comprensión que exigen sus patrones de vida.

*El educando*, participante en cursos de Promoción de la Salud, y responsable de aplicar programas de atención primaria tiene que recibir entrenamiento acerca de los problemas que afectan a la población; debe también ser capaz de

caracterizar, diagnosticar y jerarquizar sus problemas; debe poder reconocer las posibilidades reales de desarrollo de una comunidad y tener capacidad resolutoria ante los conflictos que se presenten. Debe, de manera fundamental, saber distinguir entre aquellos hábitos que son realmente nocivos para la salud y aquellos que, sin perjuicio objetivo, son producto de una cultura y una cosmovisión particulares, y aparecen en una sociedad como inamovibles; tiene, en definitiva, que *aprender a discernir cuándo es prudente intentar un cambio y cuándo nó lo es.*

Este educando, además, generalmente forma parte de alguna estructura institucional con objetivos establecidos, normas regularmente poco flexibles y métodos pre-determinados, de modo que es urgente para él *hacerse de un criterio y argumentos suficientes que permitan que su proceder y sus decisiones institucionales se adapten a las realidades poblacionales.*

Es necesaria, pues, una formación **POR DESCUBRIMIENTO** de modo que el educando sea el primero en interiorizar y hacer propios los comportamientos que recomienda; y es necesaria paralelamente una formación **SIGNIFICATIVA**, que desarrolle en el educando sensibilidad fina acerca de la realidad, y visión acerca de lo que puede llegar a conseguir con buen criterio y prudencia.

## DISEÑO CURRICULAR.

En la elaboración de programas de enseñanza, el **DISEÑO CURRICULAR** y el **CURRICULUM** son fundamentales.

Diseño Curricular, es la operación que traduce los principios pedagógico-didácticos abstractos, en relaciones interactivas reales y decisiones permanentes de enseñanza-aprendizaje.<sup>[11]</sup>

Currículum es la programación de procesos concretos de instrucción para facilitar las relaciones interactivas de la enseñanza-aprendizaje.<sup>[12]</sup>

Mientras que el diseño curricular es *la idea* del proceso educativo que se pretende realizar, el currículum, o currícula como le llaman algunos, es un *documento* organizador e informativo.

El *diseño curricular* es una permanente toma de decisiones académicas y abarca, primeramente, decisiones acerca de *las estructuras conceptuales a*

*aplicar* y, en seguida, decisiones derivadas del ámbito concreto de acción de todos los participantes a un curso.

Así, el diseño curricular determina, objetivos, teorías, sujetos intervinientes, contenidos educativos y propósitos de trabajo específico. En resumen, el diseño curricular define *el marco de referencia cognitivo, el contexto de desarrollo psicomotor y el ambiente afectivo con que se quiere propiciar el proceso de enseñanza-aprendizaje, esto es, la estrategia didáctica.*<sup>[13]</sup>

El *currículum*, por su parte, sintetiza la idea educativa y la plasma en un *programa concreto de actividades*. De este modo, el currículum debe ser lo suficientemente claro y preciso como para mostrar a participantes, maestros y demás intervinientes, la *idea formativa completa*. Así mismo, servirles de base instructiva y, por su *flexibilidad suficiente*, adaptarse a las necesidades particulares de cada grupo.

¿Qué tipo de diseño curricular -idea educativa- requiere un curso de promoción de la salud?

Como se dijo, la razón de ser de la promoción de la salud y su sentido integral imponen una formación por descubrimiento y significativa. Esta corriente educativa obliga a un *diseño curricular* con las siguientes características:

1.- *Concepción dinámica*, lo que significa *ver en cada curso una vivencia derivada de experiencias previas y base para otras posteriores*. El proceso enseñanza-aprendizaje no comienza y acaba con un curso, por lo que su diseño debe ofrecer planteamientos adaptados a las necesidades de los participantes, a sus experiencias y a sus problemas. Esto, sin embargo, no es fácil; requiere tratar la materia en cuestión -promoción de la salud- y la currícula misma, como objetos de estudio, y trabajar mediante procesos de investigación-acción en tres tiempos:

- a) Previa la elaboración del programa.
- b) Durante el periodo de capacitación.
- c) Para el seguimiento de los participantes y la aplicación de lo aprendido.

2.- *Metodología de deliberación y responsabilización*, reforzados por impactos motivacionales, de manera que el *coordinador* ejerza su función de *líder y facilitador*. se eviten posturas dogmáticas y se *propicien 'encuentros académicos' entre participantes y profesores*.



Diseñar un currículum con una idea educativa dirigida al desarrollo de destrezas y habilidades psicomotoras es muy útil, *pero diseñarlo pensando en los intereses de los participantes y en sus necesidades integrales de desempeño profesional* invita a una *actividad formativa 'con compromiso social'*, esto es, que responda a una necesidad educativa real y, por lo tanto, a una reacción responsable del educando, más aún si se trata de adultos. Logrado este diseño, el curso se convierte en una verdadera 'experiencia de vida', acorde a lo que la promoción de la salud presupone.

De acuerdo con este interés de respuesta a necesidades reales, la currícula combina la actualización con la disertación plural y la elaboración paulatina de un proyecto promocional aplicable a un ámbito específico seleccionado por los propios participantes. Esta currícula es el reflejo de un diseño con método descriptivo, integrativo y respondiente.

3.- *Fines precisos, pero abiertos.* Las dos tendencias básicas en las concepciones curriculares son la del *"currículum por objetivos"* y la del *"currículum como proyecto o proceso"*.<sup>[14]</sup>

El currículum por objetivos, es el esfuerzo planificado para conducir el aprendizaje de los alumnos hacia resultados predeterminados. En contraste, *el enfoque procesual aduce que el currículum es una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal, que permanezca abierto a la discusión crítica y pueda amoldarse constantemente a las necesidades de los educandos.*<sup>[15]</sup>

Bajo este enfoque, el currículum es el mejor instrumento para el mejoramiento profesional de profesores y alumnos, ya que es siempre "un proyecto que se verifica en la acción del aula, que se apoya por tanto en una inmensa diversidad de estrategias, y cuya evaluación es de orden participativo y *dentro de una metodología de investigación-acción*".<sup>[16]</sup>

Las características antes descritas hacen del diseño *curricular una iniciativa de acercamiento a la realidad* no centrada en fórmulas, sino *en la búsqueda de procesos de socialización* y resolución de problemas.

En el campo de la promoción de la salud estos procesos son sumamente importantes pues *sólo a través de ellos se puede lograr una cultura de la salud.*

Ahora bien, en el caso del CIESS, *la afluencia de participantes de diferentes nacionalidades*, diferentes culturas y diferentes estructuras laborales, se conjugan para *derivar en una necesidad formativa particular y compleja.* Un diseño curricular con las características mencionadas es acertado; pero presupone, sobre todo, que se enfatice su *aplicación participativa y*

*personalizada dentro de una concepción holística o integral: un modelo integral de intervención educativa.*

4.- *Instrumentación Pedagógico-Didáctica Participativa*, porque una de las *quejas permanentes de los trabajadores de instituciones de salud y seguridad social* es un trabajo en *grupo débil* y con *permanente actitud individualista*. Por ello, nuestra corriente formativa se propuso obtener como un *fruto fundamental la capacitación para la formación de equipos de trabajo*.

Para algunos, quizás, este tipo de adiestramiento es propio de la formación gerencial, o específicamente del entrenamiento en liderazgo, y no tiene relación directa con la promoción de la salud.

Nuestro punto de vista es diverso; a más de ser ampliamente reconocida la necesidad de promotores con capacidad de liderazgo, creemos firmemente que *todo promotor de salud debe ver su quehacer con enfoque gerencial*.

El diseño curricular, en consecuencia, debe ofrecer la mayor y mejor preparación posible tanto para el *trabajo en equipo*, como para la *aplicación de estrategias de persuasión y participación*, mediante *contenidos conceptuales y metodológicos apropiados*. De hecho, se intenta crear conciencia en *cada participante de la necesidad de ser un líder y un gerente*.

5.- *Instrumentación Pedagógico-Didáctica Personalizada*, porque si bien el curso reúne a los participantes por su temática general que es la promoción de la salud, y por el trabajo grupal, *los requerimientos y expectativas de cada participante representan necesidades súmamente distintas* dependiendo de los países de los que proceden, de sus características regionales, de sus sistemas de atención a la salud, de su situación laboral, y de las condiciones de su población. No cabe duda, *cada 'educando' trae consigo su mundo*, sus responsabilidades y sus sueños, y lo que aplique al retornar a su realidad laboral es particular y depende también de circunstancias particulares.

Un *diseño personalizado*, esto es, que *permite alcanzar metas individuales a la par que incrementar la facultad de colaboración grupal* es siempre más integral y tiene una calidad mayor.

6.- *Enfoque Integral*, porque está orientado a desarrollar las facultades mentales, las habilidades psicomotoras y la adhesión afectiva hacia la promoción de la salud.

Prácticamente todas las corrientes educativas aceptan que hay éxito en la intervención educativa cuando a nivel personal y de relación *se desarrollan tres campos: el cognitivo, el pragmático y el responsable o de compromiso.*

Desde el punto de vista cognitivo, la metodología *evita las posturas dogmáticas, los métodos de adoctrinamiento y los efectos conductistas*, es, como hemos dicho, constructivista significativo. Por ello, *aborda la promoción de la salud desde aquellos planteamientos filosóficos que, a más de justificarla, la sustentan tanto como forma de realización personal, como de desarrollo social.*

El MODELO paralelamente hace hincapié en el *análisis y referencia permanente con la circunstancia concreta* en la que se desenvuelven los participantes, y sólo a partir de ella se construye un *Plan de Ejecución Promocional* (este punto se desarrolla en el siguiente capítulo de esta obra).

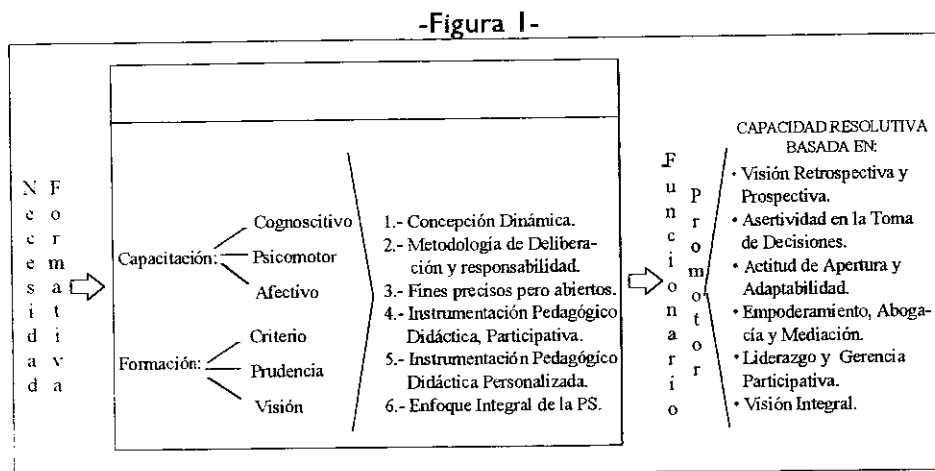
Con el apoyo de algunas técnicas de acercamiento a la realidad como visitas de observación, manejo del diagnóstico situacional, descripción pormenorizada de relaciones entre actores sociales, entrevistas a informantes clave, etc., el Plan de Ejecución Promocional *instrumenta el desarrollo de habilidades psicomotoras en torno a la promoción de la salud.* El aporte de esta tecnología educativa permite satisfacer la necesidad formativa de crecimiento de la capacidad factual de los participantes, es decir, *incrementar su capacidad resolutive frente a problemas reales.*

Por último, se aplica en una atmósfera de estricta seriedad académica. Esto, lejos de significar "caras largas", crítica destructiva, actitudes negativas o discusiones estériles, se manifiesta en *apertura hacia la diversidad de puntos de vista*, internalización *de comportamientos positivos*, apropiación psíquica y emocional del objeto de estudio, y reglas del juego firmes respecto de la argumentación, la *responsabilidad grupal*, y el *compromiso de aplicación posterior.* Todo esto en un marco de auténtico respeto, y urbanidad.

Con el apoyo de *técnicas de integración grupal*, se propicia la atmósfera de trabajo descrita y *se provoca al apego emocional y volitivo hacia la promoción de la salud.* Esta adhesión afectiva, aunque temporal, *estimula un compromiso responsable de largo plazo.*

*En suma*, el Diseño Curricular se define a partir de una necesidad formativa por satisfacer, con la mira puesta en un perfil de *funcionario promotor* capaz de *proponer y dirigir* alternativas solidarias de promoción de la salud.

La Figura 1 y el Cuadro 1 muestran en versión simplificada la relación lógica entre los elementos fundamentales de un diseño curricular, y a grandes rasgos el contenido curricular del curso:



**-Cuadro 1-**

## MAPA CURRICULAR

MODULO	UNIDADES DIDACTICAS				
<b>I</b> de Integración Ensayo y Evaluación	Integración Grupal	Plan de Ejecución Promocional I.- Marco Teórico	Evaluación Cuantitativa y Cualitativa		
<b>II</b> de Referencia Contextual, Axiológico Teórico-Conceptual y Situacional	Megacontexto	Marco Teórico- Conceptual	Fundamen- tación Ética y Bioética	Diagnóstico Situacional y Experiencia de los Partici- pantes en PS	Enfoque Gerencial
<b>III</b> de las Líneas de Acción de la PS	Elaboración de <b>P</b> olíticas Públicas	Desarrollo Sustentable y Creación de <b>A</b> mbientes Saludables	Enfoque Testimonial: <b>D</b> esarrollo de Habilidades Personales	Empoderamiento <b>A</b> cción Comu- nitaria y Participación Solidaria	<b>R</b> eingeniería y <b>R</b> eorientación de Servicios
<b>IV</b> Instrumental	Comunicación	Mercadeo Social	Publicidad	Investigación Cuantitativa y Cualitativa	Plan de Ejecución Promocional II.- Estrategia de Mercadeo III.- Estrategia Creativa

Nota: **PADAR** En otros artículos de esta Obra las cinco áreas de acción promocional se resumen como la "Fórmula PADAR".

CUADRO 2: CORRIENTES DE PENSAMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

MODELO	DISCUSIÓN FORMATIVA
Salud para Todos y Resoluciones de Alma Ata/ 2000, Un Plan Estratégico	Punto de Partida. Permite <i>distinguir</i> entre Atención Primaria y Promoción de la Salud. Ofrece elementos de debate acerca de indicadores y "mínimos" de salud. <sup>[17]</sup>
Definiciones en la historia (siglos XIX y XX)	Se discute el concepto desde el <i>punto de vista histórico</i> y desde diversas culturas. <sup>[18]</sup>
Reporte Lalonde	Marca una <i>corriente de cambio</i> en Promoción de la Salud. Impone el concepto del " <i>Campo de la Salud</i> ". El debate focaliza la habilitación de los sujetos en el <i>control de factores causales de su salud y en la elaboración de políticas públicas</i> . <sup>[19]</sup>
Modelo de Tannahill	Permite <i>distinguir</i> claramente tres esferas de acción: <i>educación, prevención, y protección</i> de la salud. Describe siete <i>ámbitos de intersección y acción</i> . <sup>[20]</sup>
Carta de Ottawa	Modelo extraordinariamente rico por los elementos que reúne; es, además, muy didáctico y generador de impacto emotivo. Facilita una discusión de la <i>salud tridimensional</i> : personal, comunitaria y sociopolítica, del desarrollo constante de las aptitudes personales, y del efecto que éste desarrollo desencadena en la acción comunitaria. <sup>[21]</sup>
Resolución XVIII: Promoción de la Salud en las Américas. Recomendaciones de Adelaide. Declaraciones de Sundsvall y Santa Fe de Bogotá.	Se discute la promoción de la salud a la luz de la <i>equidad, el desarrollo sustentable y sostenible y las políticas públicas</i> . Se revisa la elaboración política y la incorporación de la Promoción de la Salud a la agenda pública. <sup>[22]</sup>
Modelo Hancock	Considera el desarrollo humano como acción resultante entre economía, medio ambiente y convivencia social. Genera discusión sobre el impacto de las decisiones: "tomar decisiones, como si la salud importara" y la diferencia entre una reforma del cuidado de la salud y una reforma política, económica y social para la salud. <sup>[23]</sup>
Modelo de Downie, Fyfe y Tannahill	De corte axiológico, introduce <i>la discusión sobre los valores en su relación con el cambio de actitudes y hábitos</i> . Ofrece 4 valores esenciales: personales, ciudadanos, del desarrollo y respeto a la naturaleza humana, hacia uno mismo como a los demás. <sup>[24]</sup>
Modelos de Comunicación Mercadotecnia y Publicidad	Reconceptualiza e instrumenta la Promoción de la Salud a partir de procesos de comunicación, métodos de investigación de mercado y técnicas de motivación y persuasión. <sup>[25]</sup>
Declaración de Jakarta	Propone a la discusión plural en torno a la <i>intervención público-privada</i> para la Promoción de la Salud. <sup>[26]</sup>

## ESTRATEGIA DIDACTICA

La estrategia didáctica es el "modo" como se piensa realizar una intervención educativa. Puede definirse como *el arte de planear y conducir las operaciones educativas hacia los objetivos formativos que se persiguen*.

En la educación y en la enseñanza es necesario distinguir entre el propósito de actualización y desarrollo de habilidades y destrezas, propio de la capacitación, y el interés plenamente formativo.

Como se ha dicho, la enseñanza en promoción de la salud sólo puede darse desde una perspectiva integral a fin de garantizar tres productos formativos indispensables: *critério, prudencia y visión*.

Ha sido, pues, una preocupación constante de los coordinadores del curso de promoción de la salud del CIESS y la OPS el aplicar *una estrategia didáctica que responda tanto a las necesidades de capacitación, como a las de formación* en los tres aspectos mencionados.

Así, la estrategia didáctica se ha integrado con los siguientes aspectos operacionales:

- I. En el **PLANO COGNITIVO**, mediante el manejo teórico-conceptual de 16 troncos temáticos y del Eje Instrumental o Plan de Ejecución Promocional.

Entre las dinámicas importantes, se genera una *discusión acerca de las corrientes de pensamiento de la Promoción de la Salud*, según se aprecia en el Cuadro 2:

- II. En el **PLANO PSICOMOTOR**, con material didáctico expreso para diagnóstico situacional y modelaje, *la referencia permanente de datos reales* y el tratamiento de un problema concreto según los lineamientos del Plan de Ejecución Promocional.

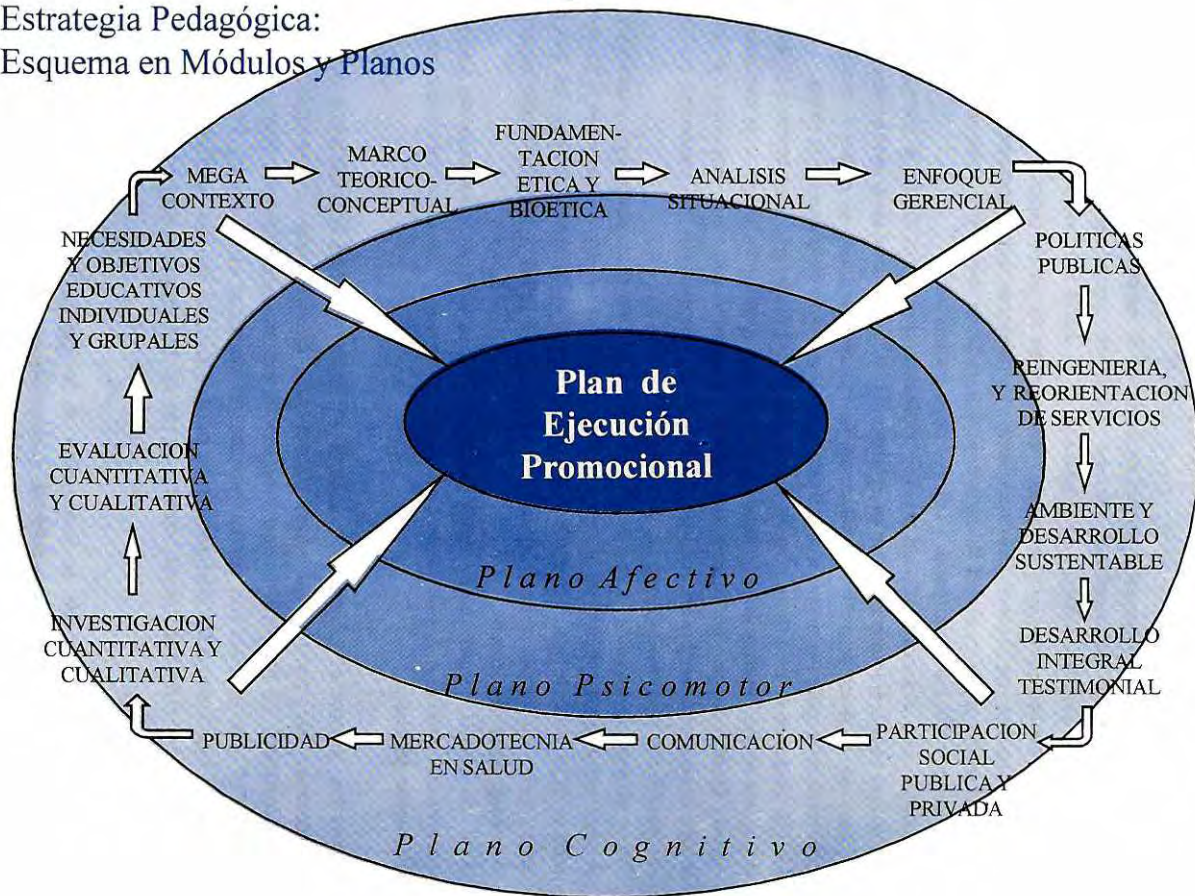
En este plano adquieren relevancia las *dinámicas interactivas* y el *trabajo en equipo*.<sup>[27]</sup>

- III. En el **PLANO AFECTIVO**, mediante prácticas de *interiorización e integración social* realizadas con enfoque antropológico, psicológico y gerencial, y con la aplicación de métodos de *autoevaluación cualitativa personal y grupal*.<sup>[28]</sup>

El proceso enseñanza-aprendizaje según la estrategia didáctica descrita aparece ilustrada en la figura número 2.

**-Figura 2-**

Estrategia Pedagógica:  
Esquema en Módulos y Planos



## FORMACION INTEGRAL DEL FUNCIONARIO PROMOTOR

Como soporte al desarrollo de una capacidad visionaria y a la formación de criterios y virtudes como la prudencia, se incluye un módulo específico relativo a la ética, la bioética y los valores culturales, y otro al enfoque gerencial de la promoción de la salud, según se justifica y describe a continuación:

- Visión gerencial, desde nuestro punto de vista, es la *capacidad que posee una persona para comprender la realidad en su situación actual y proyectarla al futuro transformada positivamente*. El promotor de la salud con visión gerencial señala con discernimiento los puntos problemáticos que pueden ser modificados y se aboca al cambio trazando una 'ruta de acceso'. Esta perspectiva es relevante para *acrecentar las habilidades de apreciación de la realidad, la definición acertada de metas y la selección de métodos congruentes* con las necesidades y valores de la población.
- El riesgo al uso indiscriminado de medios promocionales como los de la comunicación y el mercadeo social; el impacto de los programas sobre los *valores de la población*, y aspectos críticos de la promoción de la salud como la *participación*, el *empoderamiento*, o la definición de *políticas*, obligan a la inclusión de un *módulo destinado a la ética*.
- La *estrategia didáctica* del curso ha aprovechado el debate actual en torno a la ética, para echar mano de *disertaciones novedosas* y ponerlas *al servicio de la promoción de la salud*. Desde luego, el punto de partida obligado son los *criterios y modelos tradicionalmente aceptados* como *correctos* y su contraparte, los *patrones culturales* y los *estilos de vida* que rebasan tales criterios.
- Tanto el módulo de ética, como el de gerencia proponen una deontología y una gestión de la promoción de la salud fundadas en la *responsabilidad solidaria*. Una premisa fundamental aquí es la relación lógica, moral y comprometida entre la búsqueda de mejores indicadores en el orden biológico, el *respeto a los valores de la gente* y la *motivación orientada a una respuesta visionaria*.
- A fin de que el debate pueda tener bases sólidas, se ofrecen elementos de juicio de las *corrientes éticas y gerenciales más representativas* y se organizan sesiones para la *discusión de casos*.<sup>[29, 30]</sup>

Finalmente, y con el objeto de satisfacer la necesidad formativa a nivel de la organización o, dicho de otra manera, *desde los criterios de éxito institucionales*, se mantiene una *reflexión constante*, abierta, libre y crítica en torno al rol que juegan los participantes en su lugar de trabajo. El eje didáctico a este nivel confronta las obligaciones profesionales de los participantes, con las fortalezas y debilidades administrativas de su institución, según se menciona en seguida:

- Se propicia el *análisis de la institución* de la que proceden los participantes, de *su quehacer* y de *su situación laboral*, el objetivo es obtener el perfil de su desempeño profesional en tres cuestiones fundamentales: el *conocimiento*, la *autoridad* y la *disposición* que cada participante tiene, en contraste con el *nivel de autoridad que su labor presupone*, el *conocimiento que exige*, los *recursos que requiere* y la *adhesión afectiva que implica*.



- En un ambiente de apertura estrictamente académica se discute el *nivel de "empoderamiento"* real de los participantes para promover la salud. Una premisa de sentido común se ofrece en apoyo: "tratar de realizar aquello para lo que no se tienen conocimientos, para lo que no se está autorizado, o para lo que no se tiene entrega afectiva, puede ser muestra de docilidad laboral, buenas intenciones, o gran iniciativa, pero, también, de una gran inmadurez profesional".
- Se dirige el análisis hacia la *búsqueda de alternativas de crecimiento profesional y de empoderamiento real* para la promoción de la salud, esto es, al logro de un auténtico "perfil del funcionario promotor".<sup>[31]</sup>

## COMPROMISO INTEGRAL DEL FUNCIONARIO PROMOTOR

El concepto integral de la promoción de la salud y la necesidad formativa que de él se deriva han orientado el esfuerzo permanente de los coordinadores del curso-taller hacia la búsqueda de la mayor lógica posible entre su enfoque cognitivo, su diseño curricular y su estrategia didáctica.

Tal esfuerzo ha hecho del Curso-Taller Promoción Comunicación y Marketing en Salud impartido en el CIESS *un proceso multidimensional que parte de la persona hacia la comunidad y la sociedad total*, y cuya expresión plena es la vida cotidiana. Es, por tanto, *un proceso de enseñanza-aprendizaje testimonial y de responsabilidad compartida*; un proceso que se sustenta en el intercambio de experiencias, resolución de problemas y el diseño de proyectos realizables.

La necesidad formativa de los directivos que asisten al CIESS se consolida como modelo integral a partir de los tres postulados siguientes:

*"Cambia tú, y cambiará el mundo" (J.M. Escrivá de Balaguer, 1975);*

El nivel de salud se manifiesta, en primerísima instancia, en hábitos y conductas concretas de las personas.

Aceptada esta premisa como verdadera, la intervención educativa busca el desarrollo de la *conciencia personal y el cambio de conducta del directivo como condición necesaria para su compromiso laboral hacia la promoción de la salud*.

Es un hecho que lo único que podemos cambiar por nosotros mismos es a nosotros mismos. En este sentido todo cambio positivo en el comportamiento del funcionario que asiste a los cursos como el aquí descrito permite pronosticar mejoras en su entorno familiar, profesional y social.

*"Pensar globalmente y actuar localmente" (Lema Día Mundial de la Salud, 1990);*

La promoción de la salud es una estrategia; cuyos presupuestos teóricos, sus líneas de acción y sus metas son similares para todos los países. Sin embargo, nadie puede negar que las realidades son diversas y en ocasiones diametralmente diferentes, por lo que la estrategia general debe adecuarse según el caso a las necesidades y recursos particulares.

Como consecuencia lógica de lo anterior, el educando en promoción de la salud debe valorar críticamente los planteamientos generales de la Promoción de la Salud, y saber que su acción tiene repercusiones globales.

Paralelamente ha de esforzarse permanentemente por lograr resultados concretos en la realidad a su alcance. Esta ha sido la "apuesta" de los Sistemas Locales de Salud, y de los Municipios y Ciudades Saludables.

Se requiere, entonces, satisfacer una necesidad formativa que combine el análisis macroscópico con la aplicación a universos concretos y delimitados.

*"Efectividad a contra reloj y solidaridad a contra necios" (del Bosque Araujo, 1993).*

A finales del siglo XX, *la humanidad cuenta con todos los medios para que la población de todo el mundo viva en condiciones dignas y saludables.* Lo que manifiesta *franco atraso* es la *decisión política*, la organización de la *fuerza civil* y, la *voluntad personal* puesta al servicio de la comunidad.

El participante a un curso de promoción de la salud tiene necesariamente que sufrir un cambio en este sentido a fin de comprometerse consigo mismo y con los demás en la cruzada por la salud en justicia, equidad y ambiente democrático.

Como ser humano siente que "la sangre le hierve" ante la pobreza escandalosa que alcanza a ver, y como funcionario público, solo puede hacer lo que su rango de autoridad y sus recursos le permiten. No obstante, *un curso que no haga vibrar a los participantes y prometerse a sí mismos una conducta personal y cívica orientada a un mayor empoderamiento y al uso racional de los recursos, no habrá cumplido con sus propósitos ni habrá alcanzado sus objetivos.* Creemos firmemente que los nuestros los han alcanzado.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cortina, Adela: *Ética Aplicada y Democracia Radical*. Ed. Tecnos, Madrid, 1993.
2. Rifkin, Jeremy: *El Fin del Trabajo*, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. México, 1996
3. Downie, R.S.; Fyfe, Carol, And Tannahill, Andrew: *Health Promotion Models and Values*. Oxford University Press, 1990.
4. Pederson, Ann; O'Neill, Michel y Rootman, Irving ed.: *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, 1994.
5. Ausubel, D.P, en: Barrón Ruíz, Ángela: *Aprendizaje por Descubrimiento*. Ediciones Universidad de Salamanca y Amarú Ediciones, Salamanca, España, 1991. (Cita de Ausubel)
6. Delval, J, en Barrón Ruíz, Ángela: Op.Cit.
7. Barrón Ruíz, Ángela: Op. Cit.
8. Ibidem
9. Ibidem
10. Patterson, C.H. (1977): *Bases para una Teoría de la enseñanza y psicología de la educación*. Editorial El Manual Moderno, México, 1982.
11. Ramírez: En del Bosque Araujo: *Apuntes de clase, Maestría en Tecnología de la Educación*, Salamanca España, 1993.
12. Ibidem
13. Ibidem
14. Rodríguez Rojo, Martín: *El proyecto Curricular*. En: Sáenz Barrio, Oscar (1991): *Prácticas de Enseñanza*. Editorial Marfil S.A. Alcoy.
15. Concepto de Stenhouse, 1984, en: Rodríguez Rojo, Op.Cit.
16. Rodríguez Rojo: Op.Cit.
17. OPS/OMS: *Salud para Todos en el Año 2000*. OPS/OMS, Washington D.C., 1982; OIT, OPS, CPISS: *Atención Primaria y Estrategias de Salud en la Seguridad en América Latina*, 1986. OIT-OPS-CPISS, México, 1986; OPS/OMS: *Políticas y Metas Regionales de Salud: Conceptos Básicos y Componentes de la Atención Primaria*. OPS/OMS, Washington D.C., 1982.
18. Terris, Milton: *Conceptos sobre Promoción de la Salud: Dualidades en la Teoría de la Salud Pública*.
19. Terris, Milton: Op.Cit. O'Neill, Michel; Rootman, Irving y Pederson, Ann: *Beyond Lalonde: Two Decades of Canadian Health Promotion*, en: *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives*. WBS, Toronto, Canadá, 1994
20. Tannahill, A. *What is Health Promotion?* *Health Education Journal*. 1985b. En: Downie, Fyfe And Tannahill: Op.Cit.
21. OMS: *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Toronto (Ontario) Canadá,
22. OMS: *The Adelaide Recommendations*, Healthy Public Policy, Adelaide, South Australia, 1988/ OMS: *Sundsvall Statement on Supportive Environments, Action for Public Health*. Sundsvall, Sweeden, Nordic Council of Ministers, United Nations Environment Programme, 1991/ OPS-OMS: *Declaraciones de Santa Fé de Bogotá para la Promoción de la Salud*. Ministerio de Salud de Colombia, OMS-OPS, 1991. OMS-OPS: *Resolución XVIII: Promoción de la Salud en las Américas*. OMS, XLV Reunión, OPS, XXXVII Reunión, Washington, 1993.
23. Hancock, Trevor: *Health is Beneficial: Decision Making as if Health Mattered*, Artículo incluido en esta obra.
24. Downie, Fyfe And Tannahill: Op.Cit.

25. del Bosque y Madariaga: Material didáctico elaborado especialmente para cursos sobre de Promoción de la Salud. México, 1992-1997.
26. OMS: *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st. Century*. OMS, HPR/HEP/41CHP/BR/97.4
27. Se utilizan técnicas y dinámicas de trabajo individual y grupal recomendadas por diversos autores del campo de la tecnología educativa. Se estimula particularmente a que los participantes "inventen" dinámicas novedosas.
28. Ibidem.
29. Tarasco, Marta: *Principios de Bioética*. Artículo incluido en esta obra y que sirve de base para el módulo correspondiente en el curso.
30. El módulo gerencial se desarrolla con material elaborado por: del Bosque y Madariaga, con base en bibliografía selecta en materia gerencial, administrativa y de alta dirección.
31. Trabajos elaborados por los participantes a los cursos de promoción de la salud en la Sede del CIESS y en otros países pueden ser consultados en la Biblioteca del CIESS. Estos trabajos revelan el modo de pensar y la discusión teórico-práctica de los participantes, lo mismo que sus retos profesionales. Se trata de trabajos en los que lo más importante es la idea promocional ya que están elaborados, en prácticamente todos los casos, por personal institucional no docto en comunicación. Su objeto es desarrollar facultades para promocionar la salud en cualquier medio social y bajo cualquier tipo de condiciones y recursos.

## CAPITULO XX

### PLAN DE EJECUCION PROMOCIONAL: SUS ELEMENTOS Y FORMA DE APLICARLO

MARIA TERESA DEL BOSQUE A. DE MADARIAGA\*

“LA VERDADERA CARACTERISTICA REVOLUCIONARIA  
DEL CONOCIMIENTO ES QUE TAMBIEN EL POBRE Y EL  
DEBIL PUEDEN ADQUIRIRLO.”

ALVIN TOFLER

#### RESUMEN

El material que contiene este capítulo está diseñado para ser aplicado en cursos de capacitación para personal relacionado con la Promoción de la Salud, interesado en desarrollar sus habilidades en el campo de la mercadotecnia, la comunicación social y la publicidad.

Propongo el Plan de Ejecución Promocional (PEP) como un instrumento de gran eficacia para la elaboración de programas y campañas de Promoción de Salud, porque:

- *Sintetiza y enfoca* de un modo gerencial el marco de referencia y diagnóstico situacional, permitiendo focalizar concretamente el hecho o asunto que genera la necesidad de un enfoque promocional.
- Contiene un *resumen funcional de la información mercadotecnica* necesaria para el caso, estructurada de tal forma que cualquier persona puede comprender la situación que se plantea y la lógica de los procedimientos que se recomiendan, aunque su formación académica no esté relacionada con la comunicación social o la visión de la Promoción de la Salud.
- Permite desarrollar *estrategias de comunicación específicas y bien instrumentadas*, que culminan con el proceso creativo de producción del material necesario para poner en práctica las campañas o programas promocionales.
- Es un *buen material didáctico* que permite ir poniendo en práctica los aspectos de mercadotecnia y comunicación que se necesita conocer y manejar para hacer, supervisar y evaluar, programas y materiales de Promoción.
- Pone al alcance del personal de Salud, *en muy corto tiempo, capacitación especializada* que le permite, desde producir su propio material para promover la salud, hasta evaluar con sentido crítico y propositivo los materiales que solicita.

---

\* Consultora Independiente. Especialista en Promoción, Comunicación, Mercadotecnia y Publicidad aplicadas a la Salud.

## EN QUE CONSISTE EL PLAN DE EJECUCION PROMOCIONAL

El Plan de Ejecución Promocional es *una metodología cuyo objetivo es servir de punto de partida* para elaborar una campaña de comunicación, educación, publicidad o participación comunitaria, y que contiene un *resumen de la información más relevante* para el caso.

Consta de tres partes:

La *primera* es un resumen del *marco teórico o diagnóstico situacional*, que nos permite focalizar una situación específica y relevante; definir un problema concreto derivado de la situación y plantear un objetivo alcanzable y medible que solucione el problema enunciado.

La *segunda* contiene un *panorama mercadotécnico* completo y breve que nos indica a quién nos vamos a dirigir, dónde y cuál es nuestra competencia.

Con el objetivo planteado y el resumen de la información del mercado, *definimos un enfoque* y un área concreta sobre la que deseamos actuar. Es el momento de *analizar las políticas implicadas y los aspectos éticos*.

La *tercera* parte es ya el *planteamiento estratégico* que *define un camino creativo*: el *posicionamiento* del bien, producto o servicio que se va a promocionar, el *beneficio* que promete, y los *lineamientos generales* para la producción del material sugerido.

El uso adecuado de este documento culmina con la creación de un *"slogan"* o concepto creativo resumido, que podemos definir como:

### FRASE ATRACTIVA, FACIL DE RECORDAR Y QUE INVITA A LA ACCION.

Es conveniente que incluya un verbo en forma activa; idealmente debe estar constituido por cinco palabras; ésto lo hace más versátil y legible, independientemente del tipo de material en el que se use.

Dicho slogan debe referirse al beneficio que el bien, producto o servicio promete al usuario y constituye el elemento que *da unidad a todo el material* de la campaña publicitaria o promocional.



## ELEMENTOS DEL PLAN DE EJECUCION PROMOCIONAL.

## I.- MARCO TEORICO:

Para desarrollar este plan, es necesario antes que nada un riguroso análisis de la realidad, que trascienda la simple observación y esté plasmado en datos estadísticos u otras investigaciones formales cuantitativas y cualitativas. Sólo así podremos definir el primer punto: El factor Angular.



a) **FACTOR ANGULAR (FA):** es el *hecho o acontecimiento más relevante* en un momento determinado, en relación al bien, producto o servicio que se desea promocionar. Recibe el nombre de "*Angular*" ya que debe ser *modificable* y dependiendo del grado y dirección del cambio, serán los resultados que se obtengan.

Descubrimos el FA al analizar las oportunidades y los obstáculos que enfrenta dicho producto, bien o servicio en el entorno real. El FA debe estar *sustentado por datos* que parten de una investigación, cuantitativa y/o cualitativa, de la realidad. Desde el punto de vista gerencial el FA se define como *la circunstancia o elemento más importante por su impacto, frecuencia, y con mayores posibilidades de ser modificado*, todo esto se descubre en el diagnóstico situacional.

El FA *puede referirse a una actitud o conducta* relacionada con aquello que se desea promover. También a alguna *actividad específica* que compita con el bien o servicio que se promueve, o a *novedades y mejoras* en el producto mismo.

b) **PROBLEMA:** También podría llamarse obstáculo. *Se deriva del Factor Angular* pero se establece en términos de *qué percibe como problema el usuario* del bien, producto o servicio que estamos promoviendo.

*No es un problema del producto en sí, sino de su usuario, consumidor, destinatario o cliente prospecto.*

*Se descubre analizando qué piensa y siente el consumidor* respecto del bien o servicio; qué desea, necesita, opina, espera o rechaza de él. Puede establecerse como:

- Algo que desconoce o no percibe como importante.
- Una actitud de rechazo, indiferencia o falta de confianza hacia aquello promovido, con o sin fundamento.
- Un impedimento externo para aceptar, adquirir, usar o adoptar dicho producto, bien o servicio, como normas sociales adversas, políticas contrarias, falta de infraestructura.

La *investigación cualitativa* es una herramienta útil y con frecuencia necesaria, *para profundizar en aspectos de uso, deseo, imagen o necesidad* que muchas veces pueden motivar actitudes y opiniones o conductas que generan el Problema u obstáculo.

Al plantear el Problema en el documento, éste debe aclarar como se refleja en el usuario o consumidor el Factor Angular.

Algunas veces el Problema es tan obvio que sirve como punto de partida para descubrir el Factor Angular.

Sabemos que hemos identificado correctamente *el Problema*, cuando descubrimos en un análisis gerencial que *es precisamente lo que nos impide llegar a la situación deseada*.

- Definir el Problema y sus causas, nos permite responder a las preguntas:
- ¿Qué se opone a llegar a la situación o conducta deseada?
  - ¿Es un factor interno o externo al individuo?
  - ¿Qué camino brinda mejores posibilidades de modificar dicho problema: Conocimiento de riesgo, normas sociales, expectativas de resultados o conceptos de autoeficacia?

¿Es necesario definir *lo que se desea modificar: hábitos, conductas, normas sociales, imagen*, y ser concientes de que modificar estos aspectos es un *proceso lento cuyos resultados se ven a largo plazo*. Aumentar la frecuencia de los mensajes refuerza las conductas deseadas.

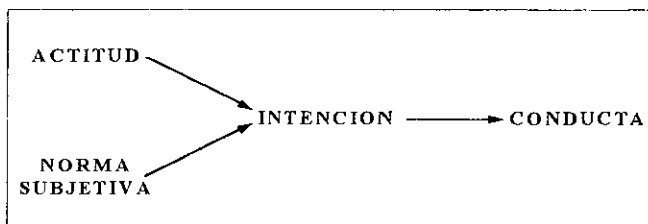


Entender los comportamientos humanos y analizar sus causas es importante para todo comunicador, promotor de salud.

Entre las teorías que tratan de explicar el origen de las conductas, presentamos tres principales:

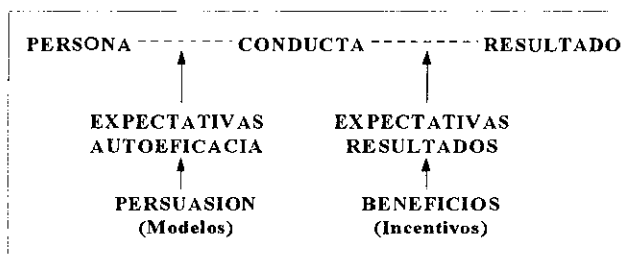
**1.- La teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen):**

Afirma que *toda conducta se deriva de una intención previa*, y que ésta se define por dos factores internos de cada individuo: la *actitud* y la *norma subjetiva*.



**2.- Teoría del Aprendizaje Social (Albert Bandura):**

Dice que *el comportamiento humano depende de dos factores*: Uno *interno* que se define como "*expectativas de autoeficacia*," es decir lo que el sujeto cree que es capaz de lograr; el otro, *externo*, que se llama "*expectativas de resultados*"; y que se refiere a lo que el individuo espera lograr con su conducta. *Frente a los resultados reales la persona aprende y adecúa sus conductas*. También pueden ser modificadas por factores externos que actúan sobre sus expectativas. Vgr: incentivos o castigos.



**3.- Teoría de la Constelación del Comportamiento** \* Considera que *las conductas son determinadas por la interacción de diversos factores tanto internos como externos siendo todos modificables*.

\* Fuente OPS/OMS

Explica así la influencia que puede ejercer el promotor de un producto, bien o servicio, modificando factores externos, que a su vez pueden variar los factores internos, y esto reflejarse en un cambio de los comportamientos.

Por *Factores Internos*, en la mente, entendemos el *conocimiento de riesgo*, la *actitud*, la *norma*, y la *percepción de auto-eficiencia* que sumados a la *interacción social* dan origen a las motivaciones conductuales.

Los *Factores Externos*, en el grupo social, comprenden los aspectos *demográficos*, *epidemiológicos*, los *servicios* a los que se tiene acceso, las *políticas* reguladoras, la *cultura* en la que esta inmerso el individuo, sus *habilidades* personales, y la *influencia de todas las comunicaciones* que recibe.

Conocer las causas de los hechos y de las conductas no basta para establecer una acción. Hay que jerarquizar los hechos para trabajar sobre lo más relevante y vulnerable al cambio.

El siguiente esquema nos ayuda a *jerarquizar hechos, problemas y conductas*, por su frecuencia (misma que determina su grado de importancia) y su vulnerabilidad.\*

#### Guía para el Uso del Cuadro:

+ 3			
F		LOS HECHOS O CONDUCTAS MAS CERCANOS AL VERTICE SON MAS IMPORTANTES Y MAS MODIFICABLES	
R			
E	2		
C			
U			
E			
N			
C	1	NO VALE LA PENA TRATAR DE MODIFICAR LOS HECHOS O CONDUCTAS QUE CAEN EN ESTE CUADRO	
I			
A			
-	0	1	2
	- VULNERABILIDAD +		3

- Enliste los hechos o conductas a jerarquizar.
- En una escala de 0 a 3 indique qué tan frecuente es cada uno; defina un color para cada hecho o conducta y márkuelos en el vector correspondiente.
- Con el mismo procedimiento y escala indique el grado de vulnerabilidad al cambio de cada uno de ellos.
- Cruce los puntos del mismo color y observe: Los más cercanos al vértice 3 son los que vale la pena tratar de modificar mediante un programa o campaña promocional.

\* Fuente: Adaptación al Modelo "Precede" creado por Lawrence Green.

c) **OBJETIVO:** Se refiere a lo que se tiene que hacer para que el usuario del bien o servicio que se promueve, modifique las actitudes, opiniones, normas o conductas que le causan el Problema que ya se definió. Dicho objetivo debe ser planteado concreta y brevemente; con realismo y claridad. Generalmente se inicia diciendo: "Convencer al usuario"...

Desde el punto de vista gerencial *un objetivo bien planteado es el condicionante directo de la situación deseada*, que será más fácil de instrumentar y ejecutar en tanto el objetivo sea el correcto.

Los tres puntos anteriores -factor angular, problema y objetivo- reflejan una *visión gerencial panorámica* (es decir "*visión desde*" no "*visión en*") y de su correcto planteamiento depende la factibilidad y el éxito de las estrategias y planes que se deriven de ella.

## 2.- ESTRATEGIA DE MERCADEO

Los aspectos contenidos en esta sección, son la *recopilación* más completa y abreviada de *datos estadísticos, sustratos ideológicos, culturales y elementos situacionales* que afectan la motivación, actitud y conducta del prospecto o receptor, en relación con el producto, bien o servicio que deseamos promover.

a) **DEFINICION DE PROSPECTO O DESTINATARIO:** Hay que entender por receptor al usuario, cliente, prospecto o destinatario de nuestra campaña de promoción. En este punto lo conocemos y definimos mediante un *perfil demográfico, socio-económico y sicográfico*.

Este último aspecto es de gran importancia ya que debemos tratar de conocer y profundizar en sus inquietudes, alcances y limitaciones, actitudes, deseos, valores, normas, fobias, necesidades, y en *todo aquello que nos permita desgranar sus motivaciones conductuales y crear mayor empatía entre él y el producto, bien o servicio* que deseamos promocionar. Especialmente si se trata de hábitos o conductas.

Entre más bien definido esté nuestro Prospecto y mejor logremos conocerlo, más posibilidades tenemos de impactarlo y obtener los resultados que buscamos con nuestra campaña promocional.

## EJERCICIO SUGERIDO PARA DEFINIR AL PROSPECTO O CONSUMIDOR

?

**A QUIEN LE HABLO**

Sexo\_\_ Edad\_\_  
 Edo. Civil\_\_  
 Trabajo\_\_

Escolaridad\_\_  
 Estrato socioeconómico A B C D  
 Tipo de comunidad URBANA o RURAL

Usuario\_\_ No Usuario\_\_  
 Frecuente\_\_ Conoce producto\_\_  
 Esporádico\_\_  
 Razón de uso o abstención\_\_

Estilo de Vida

- a) Tipo de casa y familia\_\_  
 b) Actividades y participación socio-cultural y deportiva\_\_  
 c) Necesidades, opiniones y gustos\_\_  
 Servicios que usa  
 e) Tipo de transporte usual\_\_  
 f) Lecturas que acostumbra\_\_  
 g) Programas de T. V. que ve\_\_  
 h) Estaciones de radio que escucha\_\_  
 i) Tiendas donde compra alimentos\_\_  
 ropa\_\_ otros\_\_  
 j) Vacaciones: lugar\_\_ duración\_\_

b) **COMPETENCIA:** Puede referirse a servicios, bienes o *productos similares* a los nuestros. También puede tratarse de *ideas, prejuicios, hábitos o costumbres que obstaculizan la conducta, uso o acción buscada a través de la promoción.*

Las *fobias y preferencias* así como *obstáculos externos* tipo *políticas, normas, usos y tradiciones*, también deben tomarse en cuenta y ser jerarquizadas para definir la competencia que trataremos de nulificar o reducir a través de nuestra campaña promocional. Es casi imposible anular toda competencia, principalmente cuando existen varias y de tipos diversos. Lo indicado es *atacar primordialmente* la competencia que ejerce mayor influencia sobre nuestro mercado y que definiremos como *competencia directa o principal*, sin importar que sea una tradición, una política, un deseo u otro producto, bien o servicio similar al que estamos promocionando.

### 3.- ESTRATEGIA CREATIVA

Esta parte del Plan de Ejecución Promocional contiene la información que *permite tomar un camino o estrategia de comunicación, sustentado por las propias características del producto*, bien o servicio.

La primera decisión que guiará hacia un cierto modo de comunicar, será el *posicionamiento* que le hemos dado a nuestro asunto de promoción.

Es pues necesario clarificar lo mejor posible el concepto "posicionar".\* P. Kotler, uno de los más respetados especialistas en mercadotecnia, nos dice que el posicionamiento "es un intento de distinguirse de los competidores, con base en dimensiones reales, para ser preferido por ciertos segmentos del mercado".\*\*

El Posicionamiento va más allá de la creación de una imagen. Podemos decir que es la *personalidad del bien, producto o servicio* y que le permite tener una *imagen definida*.

El posicionamiento ideal es aquel que *brotó de una característica única* de nuestro objeto de promoción, que le da una *calidad exclusiva* y lo diferencia de modo natural de los demás bienes, productos o servicios similares.

Algunas empresas comerciales han llamado a esta característica "*unique selling proposition*", es decir "*proposición exclusiva de venta*".

Cuando existe, la estrategia de comunicación indicada es *resaltarla, hacerla deseable y atractiva*. Cuando no, la publicidad se encargará de destacar de manera creativa, única e interesante alguna otra de las características de nuestro producto, bien o servicio, de tal manera que sea *percibido como diferente* de otros productos, servicios o bienes parecidos o incluso idénticos.

*El lugar que el público acepte darle a nuestro producto*, y que teóricamente debe coincidir con el que nosotros deseamos que tenga, *se llama "nicho del mercado"*.

Conociendo ya el posicionamiento del bien, producto o servicio a promover, podemos continuar definiendo los puntos incluidos en la Estrategia Creativa del Plan de Ejecución Promocional".

---

\* Ver "Posicionamiento: un objetivo de la mercadotecnia que ejecuta la publicidad" Cap. VIII de esta misma obra.

\*\* Dirección de la Mercadotecnia.. Ed. Prentice Hall, Hispanoamericana S.A., México, 1993.

a) **PROMESA:** Se *define como el beneficio que obtendrá el receptor* al aceptar, usar o comprar el bien, producto o servicio que le ofrecemos.

¿Qué gana el consumidor o receptor al usar o hacer lo que pedimos, y que sea muy importante desde su punto de vista?

Usualmente se pueden identificar varios beneficios; es *necesario analizarlos y elegir uno en función de dos factores:*

- Que el beneficio sea *sustentable* con las características del producto y que pueda presentarse como *especial o único*.
- Que sea el más *relevante* para el consumidor o prospecto y que presente más elementos de *empatía y atracción* hacia él.

b) **FUNDAMENTACIÓN:** Es la razón o *el "porque" del beneficio* que prometemos.

Se refiere a la *cualidad o característica* del bien, producto o servicio que se está promoviendo y que le permite ofrecer el beneficio expresado en la promesa. Es deseable que sea algo único, exclusivo, y de no serlo, es necesario construirle un atractivo especial: *vestirlo de originalidad y empatía*.

Si la fundamentación es técnica y se expresa en términos poco conocidos y poco comprensibles, corremos el riesgo de que el público no la crea o no le interese, y se cierre al mensaje. Por eso es importante *que se traduzca siempre a lenguaje coloquial*.

De no ser posible, hay que "inventar" un concepto nuevo, o adecuar alguno más conocido y explicarlo. Esto *puede apoyarse en una esquematización o demostración gráfica*.

Uno de los mejores ejemplos que recuerdo en este sentido es el que usó un jabón cuya promesa se fundamentaba en la acción antibacteriana de uno de sus ingredientes cuyo nombre técnico no significaba nada para la población común. Para darle al consumidor una razón comprensible y aceptable que sustentara la promesa, explicaron el significado de bacterias con una terminología comprensible aún para los niños; re-bautizaron el nombre del ingrediente con una palabra compuesta que aludía claramente a su "ataque" a las bacterias; además, visualizaron la acción bactericida del producto mediante una demostración comparativa gráfica.

c) **PRE-REQUISITOS:** Este aspecto se refiere a *restricciones o políticas de comunicación que la institución o empresa* debe mantener, sin importar el tipo de formato, estilo o medio que se use a lo largo de la campaña promocional.

Por ejemplo, la *presencia de logotipos* y la reglamentación específica para su manejo; el *uso de ciertos colores o tipografías*; las presentaciones por *tamaños* o el diseño de los *empaques*.

Los organismos públicos de Salud ejemplifican claramente este punto, mediante el establecimiento de políticas que exigen a los anunciantes de tabaco o bebidas alcohólicas incluir en los mensajes ciertas frases de alerta o precaución.

Entre menos limitaciones existan para la propagación de un mensaje, más se puede "jugar" creativamente con él; sin *embargo la creatividad debe estar presente en cualquier caso*, aunque existan muchos pre-requisitos, sea por parte de la empresa o institución, o de las autoridades gubernamentales.

d) **TONO EJECUCIONAL:** El tono de un mensaje promocional o publicitario es su *contenido emocional o psicológico*. Se transmite a través de factores como la *música*, la *iluminación*, el tipo de *situación* que se presenta, los *modelos físicos* y el *modo como visten*. En este punto, el Plan de Estrategia Promocional pretende orientar la ejecución del material promocional sugiriendo *lineamientos generales* que, además de *mantener cierta unidad de enfoque*, tienda a crear y optimizar la *empatía* entre el receptor o prospecto y el bien, servicio o producto que se promueve.

#### EJERCICIO SUGERIDO:

Para afianzar la comprensión de los elementos que forman el Plan de Ejecución Promocional, es conveniente *analizar varias piezas y tipo de mensajes* promocionales o publicitarios, rastreando en su contenido los indicios de la información mercadotécnica y las bases de su estrategia creativa.

Las siguientes preguntas pueden ayudarnos en este proceso:

- *¿A quién le habla este anuncio? ¿Quiénes constituyen el mercado? ¿Qué puede saber de ellos a través del anuncio?*
- *¿Qué beneficio les promete? ¿Qué tan importante es para ellos? ¿Creé usted que el producto puede cumplir eso que promete, y por qué?*
- *¿Qué problema se resuelve mediante el uso del producto?*
- *¿Creé que la persona representada en el anuncio tenga ese problema y le interese resolverlo? ¿Creé usted que ella lo sabe concientemente?*

- *¿Qué Conducta propone el anuncio?* ¿Está bien comunicada? Si usted estuviera en esta situación ¿haría lo que el anuncio le invita a hacer? Póngase en el lugar de las personas de ese segmento del mercado y responda nuevamente la pregunta anterior.
- ¿Qué opiniones, actitudes, ideas, normas o productos similares considera usted que pueden obstaculizar la aceptación y uso del producto que se anuncia? *¿Qué sabe usted de la competencia* del producto ahí anunciado?
- ¿Percibe usted un *objetivo concreto para producir este anuncio?* ¿Puede definirlo brevemente? si usted fuera responsable de cumplir este objetivo, ¿modificaría en algo el anuncio? ¿Qué?
- ¿Cuál es el *Factor Angular causante de este anuncio* en su opinión? Enúncielo brevemente. ¿Percibe usted otros hechos importantes en el mercado del producto anunciado, que no fueron tomados como **Factor Angular?**

Si duda en sus respuestas, remítase nuevamente a la exposición del Plan de Ejecución Promocional. Si no... ¡felicidades! Ya está usted listo para elaborar un Plan de Ejecución Promocional para ese producto, bien o servicio que usted quiere promocionar. Haga la prueba y luego compárelo con el modelo.

e) **SLOGAN:** Este punto resume y expresa toda la información que se condensó en los cinco puntos o elementos anteriores del documento. El Slogan es la *fórmula creativa para comunicar la Promesa del producto*, bien o servicio que se promociona. Lo ideal es que sea una frase breve, de hasta cinco palabras, y que contenga un verbo en forma activa y tiempo presente, como ya dijimos.

Algunos ejemplos son las frases: "Ponte como quieras, ponte..." (Marca de una línea de medias, pantimedias y tobimedias que por su variedad, pueden usarse con varios tipos de ropa y en cualquier ocasión). "Aguas con el cólera". "No te comas tu salud, aliméntala".

La mayoría de las empresas comerciales y gubernamentales *contratan especialistas para el manejo de su comunicación:* las agencias de publicidad. Ahí se crean los slogans y se elabora el *materias promocional y publicitario*, ya sea *masivo* como los comerciales que transmite la *radio*, el *cine* o la *televisión*, o *interpersonal*, como los panfletos o carpetas para la fuerza de ventas; los enormes anuncios exteriores que salpican las ciudades, o los pequeños folletos que llegan a su casa por correo.

A veces no se cuenta con presupuesto suficiente para invertir en especialistas, y el personal de salud se ve obligado a elaborar sus propias estrategias y campañas de comunicación; de ahí la necesidad de prepararse en este campo.

El manejo de los puntos anteriores es cuestión de *práctica*. Desarrollar un slogan es asunto de *creatividad*. *Todos somos creativos por el hecho de ser personas;*




algunos aplicamos la creatividad al campo de la investigación, o de las finanzas, o de la administración, o del arte o la fotografía. Pensar y escribir de una manera original, primero se desea, luego se aprende y finalmente se practica. Ser creativo en esta materia, como en cualquier otra, depende en parte de las habilidades innatas, pero también de la constancia y la voluntad.

El Trabajo en equipos multisectoriales e interdisciplinarios, permite sumar habilidades creativas de diversas áreas; de ahí la conveniencia de elaborar el Plan de Ejecución Promocional y el material creativo que de él se derive, en grupos multidisciplinarios de trabajo.

### BRC: OTRA HERRAMIENTA PARA LA CREATIVIDAD

Para la producción del material creativo -comenzando por la tarea de inventar un Slogan- es importante contar con una Base de Redacción Creativa (BRC). Este *pequeño documento* es una *herramienta muy valiosa* por su simplicidad y versatilidad, ya *que puede usarse individualmente o a modo de "Lluvia de ideas" grupal*.

La BRC *nos ayuda a centrar la atención* en las características más notables del producto o servicio, y en las promesas y beneficios que se derivan de ellas. Al traducirlos al lenguaje creativo en forma de Slogans *se descubren diversos caminos*. *Jerarquizarlos y elegir el más impactante, empático y relevante*, es el proceso que determina el enfoque de la campaña promocional o publicitaria. Veamos un ejemplo de BRC:

<b>BASE DE REDACCION CREATIVA</b>			
CONCEPTO DE PRODUCTO	PROMESA	BENEFICIO	SLOGAN
<p><b>Servicio Móvil de Emergencias (SME).</b></p> <p>Lo atiende como el servicio de urgencias en un hospital.</p> 	<p>a) Rapidez.</p> <p>b) Precio razonable.</p> <p>c) Personal médico especializado.</p>	<p>a) No pierde tiempo para atender al enfermo.</p> <p>b) Cuesta lo mismo que ir al hospital</p> <p>c) Saben lo que hacen: son de confiar.</p>	<p>a) Cuando el tiempo cuenta, SME.</p> <p>b) El precio de su vida: SME.</p> <p>c) SME: Su hospital sobre ruedas.</p>

↑  
↓  
Elegir los incisos que se corresponden

*El Slogan que se elige unifica e identifica* todo el material de una campaña. Debe tener *gran recordación* y llega a convertirse en la *expresión más clara de la personalidad del producto o servicio*.

#### EJERCICIO SUGERIDO:

Recuerde algún Slogan comercial y descubra qué beneficio percibe el consumidor, si éste corresponde a lo que el producto promete, y las características del producto que le permiten cumplirlo. Practíquelo y domine el proceso.

A continuación, en el cuadro inferior analice su producto, bien o servicio; descríballo lo más brevemente que le sea posible; enseguida haga una lista de promesas que puede cumplir y los beneficios derivados de éstas.

Ahora comienza la diversión: Busque modos originales, simpáticos y recordables de resumirlo. Anote todo lo que se le ocurra a usted y su equipo. Coméntenlo y jueguen con las ideas y las palabras. Es así como nacen los Slogans aún de los productos y servicios más serios.

*Dese la oportunidad de salirse del pensamiento lógico lineal y exprese su intuición. Disfrute la emoción de imaginar, fantasear, inventar o innovar.*

#### BASE DE REDACCION CREATIVA

CONCEPTO DE PRODUCTO	PROMESA	BENEFICIO	SLOGAN

Veremos un Plan de Ejecución Promocional ( PEP ) trabajado por un grupo de alumnos de nuestros cursos de mercadotecnia, comunicación y publicidad, aplicados a la Promoción de la Salud. Es una muestra del manejo de esta metodología, ya

aplicada a casos reales, por personal que labora en diversas instituciones de salud de Latinoamérica.

Agradecemos a los participantes cuyo ejercicio hemos seleccionado para enriquecer los objetivos pedagógicos de la presente obra.

### EJEMPLO CASUISTICO. EQUIPO "INTEGRACION LATINOAMERICANA"

(CIESS, Oct-1995)

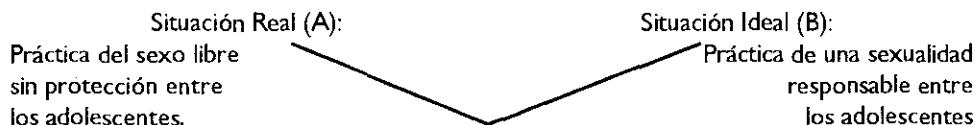
Participantes: Lic. Martha Arámburo Chávez, México. Lic. Blanca L. Averhoff Herrera, Cuba. Lic. Eliana Fuentes Hernández, Chile. Lic. Bertha Fernández Oliva, Cuba. Dra. Alicia Izquierdo Ramírez, Cuba. Lic. Gina M. Sandoval Eyzaguirre, Bolivia. Dra. Angela M. Torres Blanco, Venezuela.

#### TEMA

### PROMOCION DE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN EL ADOLESCENTE.

#### FACTOR ANGULAR

*Los adolescentes presentan un comportamiento sexual irresponsable y promiscuo, debido a la falta de valores éticos y morales, incluido el valor salud, y la falta de comunicación con adultos.*



#### *Análisis de Conductas Modificables* (actitudes negativas):

- 1.- Sexo promiscuo (sexo por el sexo, ausencia de valores individuales, familiares y sociales)
- 2.- Ausencia de protección (no exigencia del condón por la pareja)
- 3.- Uso incorrecto del método de protección (condón)

#### FUNDAMENTACION DEL FACTOR ANGULAR

#### (ANALISIS DE LAS CAUSAS DE LAS CONDUCTAS NEGATIVAS)

El *sexo promiscuo en los adolescentes*, es una de las conductas negativas más relevantes, caracterizada por el cambio frecuente de pareja. Estas son asumidas por los jóvenes ante la *presión de sus pares*, por el *impacto negativo de los medios de comunicación social* y por la *falta de orientación familiar e institucional* y *porque están experimentando para adquirir experiencia y conocimiento*.<sup>1</sup>

Diversos trabajos acerca de la educación sexual de los jóvenes destacan que el hogar, las instituciones educativas y de salud informan parcialmente acerca de algunos esquemas biológicos como el ciclo menstrual, embarazo, el cuidado del recién nacido, la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. *Los pares y los*

<sup>1</sup> Acosta Rico et. al. *Actividad Sexual y métodos anticonceptivos utilizados por los estudiantes de la Universidad Nal. de Colombia*.

*medios de difusión constituyen los educadores más importantes en esta etapa, transmitiendo mensajes que pueden estimular la adopción de conductas riesgosas para la salud integral; y particularmente en la conducta sexo genital, la sexualidad aparece desvirtuada y aislada de su componente afectivo y comunicativo.<sup>2</sup> Otra conducta negativa es la ausencia de protección, causada por la no exigencia del uso del condón por la pareja, por ideas erróneas sobre displacer y otros prejuicios vinculados con concepciones machistas, relacionados a un determinado contexto socio-cultural.*

#### PROBLEMA:

*El adolescente carece de una base de valores éticos, morales y de salud que le impiden adoptar conductas sexuales responsables y sanas.*

Los factores que llevan al adolescente a una práctica sexual irresponsable son: *desconocimiento de la temática, distorsión de la información y mensajes en los medios de comunicación que publicitan constantemente un sexo fácil e irresponsable, promocionando la desvalorización del amor, el respeto, la solidaridad, la familia, la sociedad y el trabajo, induciendo en el adolescente comportamientos sexuales de riesgo.<sup>3</sup> La educación sexual en el hogar no es explícita, y en el aula tampoco se imparte la educación sexual en forma apropiada:*

#### OBJETIVO

*General: Brindar al Adolescente un marco de valores éticos, morales y de salud, que le permitan adoptar conductas (sexuales) responsables y sanas.*

*Específicos :*

##### *Para adolescentes:*

Dar a conocer la situación real del adolescente actual y presentar la promesa de nuestra campaña: *el adolescente liberado de las presiones sociales y del entorno negativo recupera su autenticidad, la libertad para escoger y ser feliz en la vida, eligiendo el sexo seguro* como uno de los cambios más importantes a adoptar. (Ver story board correspondiente).

##### *Para padres y Grupos Aliados:*

*Mostrar la importancia de la comunicación y los valores sobre la sexualidad y dejar ver las consecuencias negativas que la falta de ellos provoca en la vida de los adolescentes.* (Ver story board correspondiente).

#### DEFINICION DEL PROSPECTO

##### *Primario: Datos Demográficos*

*Sexo:* Ambos. *Edad:* 10 A 19 años. *Estado Civil:* Solteros *Escolaridad:* de 5° de Primaria a primeros años de Universidad. *Estrato socio-económico* medio.

*Estilo de vida:-* Familia estable promedio 5 personas, que vive en apartamentos y viviendas multifamiliares.- *Actividad fundamental:* estudiantes; practican deportes como: football, basketball y natación. *Otras actividades* guitarra, batería, bailes, excursiones a la playa y a la montaña. Les gusta el cine y la T.V. Algunos practican Voluntariado social.- *Lecturas:*

<sup>2</sup> *La Salud del Adolescente y del Joven.* Publicación Científica No. 552 OPS.

<sup>3</sup> *Sexualidad en la adolescencia. Educación Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual en Estudiantes Preuniversitarios del Uruguay.* 15a. Edición. LILACS, 1992.

revistas de deportes, espacio deportivo del periódico, revistas sobre artistas, *espectáculos*, moda y algunas pornográficas.- Programas de T. V: deportes, musicales y seriales de acción.- *Radio*, estaciones con música moderna - *Vestuario*: informal, jeans, playeras, tenis sin medias, accesorios de moda y de marca; peinados y cortes de vanguardia. *Comunidad urbana*.

#### *Secundario:*

*Grupos aliados para desarrollar y apoyar Programas Promocionales:* Padres y hermanos mayores; educadores; equipos deportivos y conjuntos musicales de moda; personal de salud del consultorio del barrio; autoridades del sector público involucradas en programas de educación y actividades juveniles; empresas e instituciones del sector privado, cuyos mercados principales son los adolescentes y jóvenes (10 a 19 años).

#### COMPETENCIA

1. *Trastocación de valores.*
2. *Tabúes y prejuicios* de los mayores (familiares, maestros).
3. *Imperceptibilidad del riesgo*, característico en el adolescente.
4. *Medios de difusión* que exaltan conductas de riesgo en el área sexual.
5. *Desintegración de la familia*, lo que ocasiona gran inseguridad en los jóvenes.
6. *Presión de grupo* que impulsa al adolescente a tener comportamientos riesgosos.

#### PROMESA

*Los adolescentes pueden SER LIBRES, PODEROSOS Y DISFRUTAR DE LA VIDA CUIDANDO SU SALUD.*

#### FUNDAMENTACION

*Porque cuidando su salud ejercen su libertad; la comunicación adecuada, y un entorno familiar y social basado en valores, éticos, morales y espirituales, ayudan a que el adolescente se empodere, sea libre, feliz y disfrute de la vida.*

#### GUIAS EJECUCIONALES

- 1.- *Presentar adolescentes líderes de grupo con estilos de vida saludables y valores éticos.*
- 2.- *Lograr el posicionamiento del slogan y del logotipo, como parte de un estilo de vida que identifique a la adolescencia de finales del Siglo XX.*
- 3.- *Construir LA RED DE LA GENERACION DEL AMOR.*

Este gran despliegue de fuerzas creativas y económicas, no puede llevarse a cabo, si no existe una voluntad política y legal que los sustente, por lo tanto, convocaremos la participación de distintas instituciones, para formar esta Red:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| • OPS-OMS                         | • UNESCO Y UNICEF                   |
| • SECRETARIA DE SALUD Y EDUCACION | • ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA   |
| • CLUBES DEPORTIVOS               | • ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES |
| • IGLESIAS- BANCA PRIVADA         | • MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL     |
| • EMPRESAS PRIVADAS               | • COMUNIDADES ORGANIZADAS           |

**DESARROLLO DE PIEZAS PUBLICITARIAS DERIVADAS DEL PEP  
(PROGRAMA PLANEADO EN VARIAS ETAPAS)**

*Slogan de la campaña:* "SUMATE A LA GENERACION DEL AMOR"

*Objetivos:*

<i>Objetivo para Adolescentes:</i>	<i>Objetivo para Padres:</i>
Dar a conocer la situación real del adolescente actual y presentar la promesa de nuestra campaña, es decir, que si se libera al adolescente de las presiones sociales y del entorno negativo, recupera su autenticidad, la libertad para escoger y ser feliz en la vida, eligiendo el sexo seguro y valores positivos como uno de los cambios más importantes a adoptar.	Mostrar la importancia de la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad y dejar ver las consecuencias negativas que la falta de ella provoca en la vida de los adolescentes.

*Material para radio 30":* Versión para Adolescentes.






Jingle: (voces juveniles) SUMATE A LA GENTE QUE QUIERE VIVIR, UNA VIDA SANA LIBRE Y FELIZ.  
 Muchacho: ¡Hola soy Pepe!  
 Voz de chica: ¡Yo soy María!  
 Pepe: Somos como tu...  
 María: Nos queremos y por eso nos cuidamos  
 Jingle: SUMATE A NOSOTROS, TU GENERACION,  
 DILE SI A LA VIDA, DILE SI AL AMOR.  
 Ambos: ¡Sumate a la Generación del Amor!

*Material para radio 30":* Versión para Padres.


SFX Ambiental de casa. Voces femenina y masculina hablando alternadamente a alta velocidad.  
 Voz de adolescente sobre efecto anterior : ¡Mamá... papá...  
 SFX Portazo termina efecto.  
 Loc: ¡Mamá, papá! escuchen a sus hijos. Tienen mucho que decirles. Luego puede ser demasiado tarde.  
 Sean amigables y ayúdenles a crecer con amor.  
 Jingle: (voces juveniles): SUMATE A NOSOTROS, TU GENERACION;  
 DILE SI A LA VIDA, DILE SI AL AMOR

El jingle es de gran importancia en esta campaña, como elemento de empatía con los adolescentes, por lo que se recomienda sea ejecutado por jinglistas profesionales. Debe estar incluido en todas las ejecuciones para aportar unidad y recordación. Ejecuciones posteriores podrán aportar variedad al mensaje.






*Idea Creativa para televisión:* Animación con dibujos lineales de personajes representativos de la juventud y sus familias. Esta técnica se usará para todas las ejecuciones  
 A continuación veremos dos ejecuciones TV 30". Una para Adolescentes y otra para Padres:






AUDIO		VIDEO
Música ad hoc.		Aparece en pantalla muchacho lineal saludando a cámara, con su nombre en un globo.
Continúa Música y Efecto ad hoc.		Entra en pantalla muchacha lineal saludando también con su nombre en otro globo.
Efecto de bombardeo siguiendo el ritmo de los artefactos.		Ambos caminan y son bombardeados por artefactos que dicen droga, alcohol, miedo, sexo, y son derribados.
Voz furiosa de papá: Tontos.		Quedan en el piso y entra padre lineal con globo que dice ¡Tontos! Sale padre.
Voz femenina en alta velocidad (atarantante).		Entra madre lineal con globo que dice ¡bla, bla, bla, bla!. Sale madre.



<p>Jingle: Voces juveniles SUMATE A NOSOTROS QUEREMOS VIVIR</p>		<p>Los jovenes en el piso comienzan a levantarse sobre muchas manos que los ayudan.</p>
<p>Jingle: (Voces juveniles UNA VIDA SANA LIBRE Y FELIZ VO Juvenil: ¡Cuidate!</p>		<p>Una mano le da un preservativo al joven que toma de la mano a la chica.</p>
<p>Jingle: Voces juveniles SUMATE A NOSOTROS TU GENERACION</p>		<p>Ambos caminan hacia un corazón lineal.</p>
<p>Jingle: Voces juveniles DILE SI A LA VIDA DILE SI AL AMOR</p>		<p>Fade Out de los personajes lineales. Sólo queda en pantalla el corazón.</p>
<p>VO Juvenil: ¡ Súmate ya a la Generación del amor.</p>		<p>Sobre el corazón aparecen Slogan y Logotipo.</p>



AUDIO		VIDEO
Música ad hoc.		Aparece en pantalla niña lineal mirandose al espejo. FS
Continua Música y Efecto ad hoc		La linea del cuerpo se curva indicando que le crecieron los senos. Ella se ve asustada
Efecto de voz femenina en alta velocidad. NIÑA: ¡ Mamá! Continua efecto		Se ve mamá lineal hablando por teléfono sin parar. Niña entra y sale.
NIÑA: ¡ Papá! Papá: ¡Sht! Continua Música		Se ve papá lineal leyendo periódico. Hace seña de silencio a la niña que entra y sale
Efecto ad hoc		Se ve niña triste sentada en piedra. Entra mano negra con uñas largas y el texto "sexo libre", "drogas", "depresión"

<p>Efecto de papel arrugandose</p>		<p>La mano atrapa a la niña, la arruga como papel y la tira</p>
<p>Efecto de objeto al caer. Loc. VO: Escucha a tus hijos a tiempo. Luego puede ser demasiado tarde.</p>		<p>Cae la Niña arrugada en piso junto a un basurero</p>
<p>Continúa Loc. VO: Apoyalos...</p>		<p>Entran manos amistosas que la ayudan a levantarse.</p>
<p>Continúa Loc. VO: y ayúdales a crecer con Amor.</p>		<p>En seguida se ve niña feliz abrazada por sus padres</p>
<p>Jingle: (Voces juveniles) ¡SUMATE A NOSOTROS, TU GENERACION, DILE SI ALA VIDA, DILE SI AL AMOR!</p>		<p>Z.O. de escena hasta ver el Logotipo y el Slogan "Sumate a la Generación del Amor"</p>



## ALGUNOS ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA PRODUCIR MATERIAL PROMOCIONAL Y PUBLICITARIO.

### MATERIAL GRAFICO

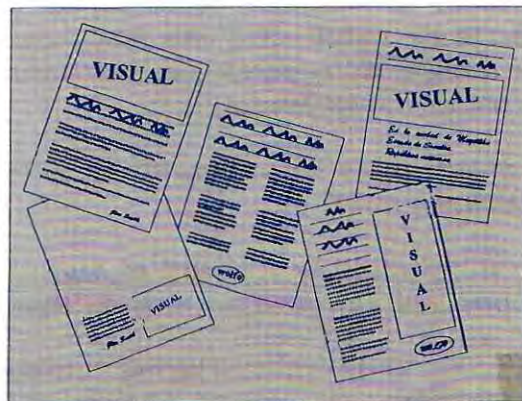
Incluye *todo tipo de material impreso*: volantes, folletos dípticos o trípticos, cartas, catálogos y carpetas de ventas, anuncios en revistas, carteles, periódicos murales, carteleras espectaculares, anuncios móviles (pintados en medios de transporte) y todas las piezas que vemos en los puntos de venta y mostradores. En estos materiales lo más importante es el *impacto visual* que *enganche* al destinatario, *empatice* con él y le *comunique* el mensaje.

Sus elementos son:

- **Cabeza.**- Refuerza el visual y es tan interesante que incita a continuar leyendo.
- **Subcabeza.**- Frase complementaria en letra menos grande. Puede existir o no.
- **Visual.**- Fotografía, viñeta, ilustración, tipografía espectacular o espacio vacío; Es cuestión de creatividad ya que su objetivo es impactar y despertar interés.
- **Cuerpo del Texto.** En párrafos o columnas. Los mensajes deben ser breves y en frases cortas.
- **Pié.**- Frase de remate que se pone en una línea aparte bajo el texto. Usualmente el Slogan del producto.
- **Logotipo.**- Símbolo visual del producto, marca o institución. *No todas las piezas llevan todos los elementos.*

El modo y el peso que se da a cada uno de los elementos mencionados es lo que se llama EL FORMATO.

Para cada campaña primero se sugieren ciertas piezas, enseguida se hacen bocetos que se discuten y luego, para su producción se "arma el original". (Los cortes de las hojas en formas caprichosas se llaman suajes y elevan mucho los costos). Ejemplificamos algunos formatos clásicos:



Cuando se compra espacio publicitario en los medios gráficos las páginas derechas son más caras, y de éstas, el espacio preferencial es el área central derecha.

Esto se debe a que mediante investigaciones se ha descubierto que el ojo humano tiene un viaje típico para mirar, describiendo una especie de "Z" y fijándose más tiempo en la zona derecha. Por eso los logotipos y las fotografías de los productos se localizan la mayoría de las veces también en esa zona.

#### EJERCICIO SUGERIDO:

Para llegar al segmento de mercado al que usted desea convencer de adoptar una conducta saludable definida, como hervir el agua antes de beberla, qué piezas de material gráfico recomendaría producir y por qué?

Conducta a promover. \_\_\_\_\_

Material gráfico propuesto: 1. -----2. -----

Sobre una hoja de papel diseñe usted mismo un material. Puede basarse en formatos de material gráfico comercial y aplique sus conocimientos sobre los modelos. (Ver modelaje, cap. V de esta misma obra).

#### MATERIAL SONORO

Aquí nos referimos básicamente a los *mensajes grabados* para que se transmitan por las *estaciones de radio comercial o en sistemas de circuito cerrado* como el sonido en una empresa, una escuela o un hospital.

El ingrediente "*imaginación*" es su principal riqueza y hay que sacarle provecho. Los sonidos ambientales, la modulación y tono de las voces y la música de fondo son las herramientas que la creatividad debe conjugar para plantear situaciones claras, personajes creíbles y mensajes convincentes. Para su producción se elaboran *guiones*, donde se *describen las situaciones y ambientes* para seleccionar los *efectos de sonido (SFX)* más adecuados; los *diálogos* van precedidos por el nombre del personaje, con indicaciones sobre su *edad, estrato, emoción y actuación vocal deseada*.

Los tiempos que se manejan comercialmente son 10", 20", 30", 40" y 60". Se calcula un máximo de *75 palabras para 30"*.

Cuando el *mensaje* es *musical* recibe el nombre de *jingle*. Esta forma es muy recordable y se recomienda para frases cortas a modo de Slogan.

Hay *varios formatos* para mensajes radiados; los más frecuentes son: *Situaciones* que presentan un *problema* y su *solución* mediante el uso del producto;


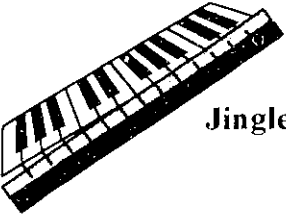
*entrevistas o testimoniales; locutor-vendedor-directo; viñetas situacionales o testimoniales unidas por un jingle o un narrador.* Algunos mensajes sociales se han promovido mediante canciones que se comercializan.

**EJERCICIO SUGERIDO:**

Ejercite su creatividad y escriba a continuación el guión para un anuncio auditivo del "producto" o conducta saludable que usted desea promocionar, vg: un programa de participación social para reserva de maíz.

Para elegir la situación y a los personajes (modelos) recuerde que deben identificarse con el público real al que desea llegar. Si le parece más fácil, puede "mejorar" algún mensaje de salud ya existente que no considere suficientemente claro, interesante o llamativo. Los diálogos deben ser totalmente creíbles y naturales, es decir, tal y como habla la gente entre sí. Escribir diálogos formales suena falso y causa interferencia en la comunicación.

**FORMATO DE GUION PARA MENSAJE SONORO:**

<p><b>Sonido ambiental:</b></p>	<p>Se describe breve y claramente la situación.</p>
<p><b>Nombre del Personaje en turno (o locutor):</b></p>	<p>Se indica sexo, edad, tono y emoción.</p>
<p> <b>Texto:</b></p>	<p>Lo que dice cada uno.</p>
<p><b>Efectos o Música:</b></p>	<p>Definir lo más posible.</p>
<p> <b>Jingle:</b></p>	<p>Letra del jingle.</p>

## MATERIAL AUDIOVISUAL

*El más completo, impactante y entretenido* cuando está bien hecho, es el material audiovisual. Porque *combina* la dinámica de la *imagen en movimiento* con la riqueza comunicativa del *lenguaje sonoro*, logrando un *enorme potencial motivacional*.

Este material incluye los *anuncios* preparados específicamente para la televisión, los *audiovisuales educativos*, explicativos o motivacionales, los *videos* domésticos o profesionales que promueven y venden cualquier bien, producto o servicio, y los *mensajes* que *vía satélite* pueden llegar a las computadoras en cualquier parte del mundo.

Con el desarrollo y alta tecnificación de los medios de comunicación es seguro que en muy poco tiempo la realidad virtual se masifique y comercialice para promover todo tipo de bienes. Por el momento, el *renacimiento del cine* le devuelve *grandiosidad a la comunicación audiovisual* y la *televisión* mantiene su carácter de *invasor de intimidad*, ahora masificando la "tercera dimensión".

El material audiovisual se prepara en *formatos especiales para cada medio*: *guiones* cinematográficos, *guías* temáticas de vídeo, *scripts* audiovisuales, *story boards*, etc. El story board es el formato más completo ya que incluye una visualización de las escenas (generalmente con dibujos), su descripción con indicaciones para la producción, la actuación y los diálogos, música y sonidos ambientales pertinentes. Algunos mensajes requieren aprobación de diversas dependencias gubernamentales.

### STORY BOARD:

#### FORMATO PARA PRESENTACION DE MATERIAL AUDIOVISUAL

(Ver presentación de material para TV en ejemplo casuístico)

El material audiovisual se presenta generalmente en forma de *story board*. Este formato consta de una visualización gráfica de cada escena, su descripción por escrito y una lista de los sonidos ambientales, voces y efectos de sonido que suceden durante el transcurso de las escenas, que se numeran en orden cronológico indicando la duración de cada una en segundos.

La *duración* de un mensaje audiovisual es muy *variada*, dependiendo del uso que se le va a dar. En *TV* se necesitan mensajes breves, que se adapten a los tiempos comerciales *de 10" a 60"*; Los *audiovisuales* de tipo educativo o motivacional, generalmente duran *de 8 a 15 minutos*.

La estructura también debe *adaptarse a los recursos y las necesidades* que plantea el asunto que se desea promocionar. Un ejemplo en este sentido fue el lanzamiento publicitario de tampones para jovencitas. Aunque en Estados Unidos

se hizo fundamentalmente a través de la TV, en países latinoamericanos se usaron preferentemente revistas debido a los valores culturales. Los mensajes audiovisuales se canalizaron hacia aspectos educativos y se presentaban básicamente en colegios de señoritas.

El material audiovisual ha dado muy buenos resultados en campañas anti-drogas, mostrando los efectos de las adicciones.

El alcoholismo y el tabaquismo se combaten exitosamente *con enfoques basados en los estilos de vida socialmente aceptables*, la conciencia ecológica de las generaciones jóvenes e incluso con algunas dosis de humor.

El *manejo psicológico y emocional* en los temas de promoción de la salud es, la mayoría de las veces, *más relevante que la estructura o duración* del material audiovisual.

*Definir correctamente la audiencia deseada y conocerla* profundamente son los ingredientes previos a la buena producción del material promocional. Tanto para crear material promocional como para evaluarlo *debemos remitirnos siempre a los datos que nos brinda el análisis de la realidad.*



## **DIRECTORIO**

### **CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL**

LIC. GENARO BORREGO ESTRADA  
*Presidente*

LIC. MA. ELVIRA CONTRERAS SAUCEDO  
*Secretaria General*

### **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

SIR GEORGE ALLEYNE  
*Director OPSIOMS*

DR. JOSE LUIS ZEBALLOS ZELADA  
*Representante OPSIOMS en México*

### **CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

DR. ALVARO CARRANZA URRIOLAGOITIA  
*Director*

MTRA. SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO  
*Titular Coordinación de Investigación*

México, D.F., 1998



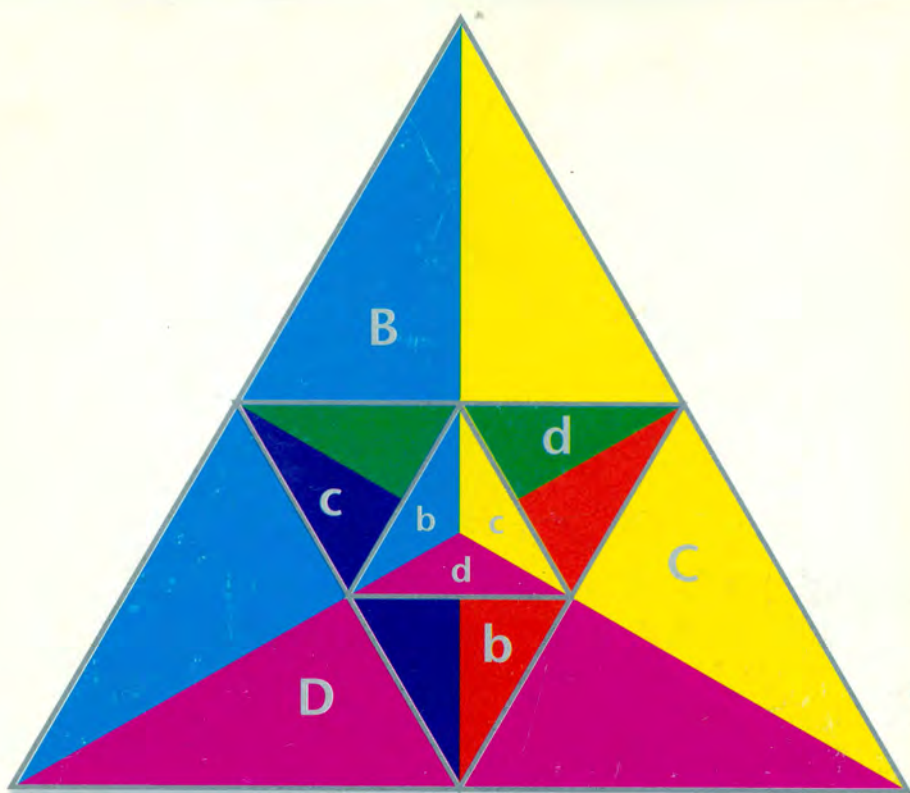
**La presente edición consta de  
1000 ejemplares. Se terminó de imprimir  
en el mes de febrero 1998  
en los talleres de Editorial Piensa S.A. de C.V.  
Av. México No. 89, Col. Pantitlán,  
México, D.F. C.P. 08100**

## ARTICULISTAS

- **SOFIA DEL BOSQUE ARAUJO**  
*Caps. I, VI, VIII, X, XI, XIX.*
- **JUAN M. CASTRO ALBARRAN**  
*Cap. II*
- **JULIO GONZALEZ MOLINA**  
*Caps. III, IV.*
- **MA. TERESA DEL BOSQUE DE MADARIAGA**  
*Caps. V, XV, XVII, XX.*
- **HELENA ESPINOZA DE RESTREPO**  
*Caps. XVI, Declaración de Jakarta.*
- **TREVOR HANCOCK**  
*Cap. VII.*
- **MARCELA ACUÑA RIVERA**  
*Cap. IX.*
- **SILVIA TAMEZ GONZALEZ**
- **NANCY MOLINA A.**
- **MARCO A. ZEPEDA ZEPEDA**  
*Coautores Cap. XII.*
- **DORA CARDACI RODRIGUEZ**  
*Cap. XIII.*
- **OPS/OMS: PROGRAMA REGIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y REPRESENTACION MEXICO:**  
**JOSE LUIS ZEBALLOS ZELADA**  
**JULIO GONZALEZ MOLINA**  
*Coautores Cap. XIV.*
- **MARTHA TARASCO MICHEL**  
*Cap. XVIII.*

Apoyo Técnico:  
Omar Cisneros Beltrán

A todos ellos nuestro agradecimiento.



# A

*"Hay una clara necesidad de romper las fronteras tradicionales al interior de los sectores gubernamentales, entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y entre el sector público y el privado. La cooperación es esencial. Específicamente esto requiere la creación de nuevas alianzas para la salud, en igualdad de circunstancias, entre los diferentes sectores y a todos los niveles de autoridad en la sociedad."*

Declaración de Jararta, 1997.

*"La enseñanza en la Promoción de la Salud sólo puede darse desde una perspectiva integral, a fin de garantizar tres productos formativos indispensables para todos sus actores: criterio, prudencia y visión."*

CIESS-OPS/OMS, 1997.



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.  
Organización Panamericana de la Salud.

