

PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO PRÁCTICA PSICO-SOCIAL COMUNITARIA EN LA POLÍTICA SOCIAL CHILENA

HEALTH PROMOTION AS A COMMUNITY PSYCHO-SOCIAL PRACTICE IN CHILEAN SOCIAL POLICY

Joan Calventus Salvador*

Escuela de Psicología Universidad Católica del Maule (UCM),
Talca - Chile.

Braulio Bruna González

Escuela de Psicología Universidad Santo Tomás,
Talca - Chile.

Recibido septiembre de 2018/Received September, 2018

Aceptado noviembre de 2018/Accepted November, 2018

RESUMEN

Este artículo presenta, en primer lugar, un análisis comparativo entre los conceptos de prevención *técnica* (de la enfermedad) y promoción *práctica* (de la salud). Posteriormente se revisa el contenido discursivo acerca de la promoción en los principales Planes, Programas y Estrategias de Promoción de la Salud propuestos en Chile por el Ministerio de Salud (MINSAL), desde finales del siglo pasado y hasta la actualidad. Se valoran críticamente las consecuencias negativas que ha ocasionado una confusa aplicación de la promoción. Se concluye sugiriendo algunos aportes a la promoción de salud, desde una práctica psico-social comunitaria que permitiría desarrollar una salud, positiva, participativa y empoderante.

Palabras Clave: Promoción de la Salud, Política Social, Práctica Comunitaria.

ABSTRACT

This article presents, in the first place, a comparative analysis between the concepts of *technical* prevention (of the disease) and *practical* promotion (of health). Subsequently, the discursive content about the promotion in the main Plans, Programs and Strategies for Health Promotion proposed in Chile by the Ministry of Health (MINSAL), from the end of the last century and up to the present is reviewed. The negative consequences that have caused a confusing application of the promotion are critically evaluated. It is concluded by suggesting some contributions to health promotion, from a community psycho-social practice that would allow to develop a positive, participative and empowering health.

Key Words: Health Promotion, Social Policy, Health, Community Practice.

A la memoria del maestro, Domingo Asún Salazar.

Introducción

La promoción de la salud se ha constituido, desde finales del siglo pasado (OMS, 1986) en una de las principales áreas de la política en salud pública a nivel mundial (Green & Kreuter,

1990; Kelleher, 1995; Kickbusch, 2003). En Chile, desde 1998, los distintos gobiernos han venido desarrollando Planes, Programas y Estrategias Nacionales orientados, según su discurso, a esta

* Autor correspondiente / Corresponding author: jcalventus@gmail.com

promoción de la salud (Gobierno de Chile, s.f.). Sin embargo, es habitual que en el mismo discurso político se confunda el concepto de promoción con el de prevención. La misma confusión se observa a nivel internacional (OCDE, 2017) y en la mayoría de artículos académicos referidos al tema (Atkinson, Cohn, Ducci, Fernández, & Smyth, 2008; Fielding, 1984; Merzel & D'Afflitti, 2003; Reppucci, Woolard, & Fried, 1999; Vio del Rio, 2015). Ello comporta, desde nuestro punto de vista, una serie de importantes consecuencias que debieran tenerse en consideración.

El presente artículo analizará los conceptos de promoción y prevención, a la luz del significado y sentido otorgado a la salud y enfermedad. Posteriormente se revisará el contenido de los principales Planes, Programas y Estrategias de Promoción de la Salud propuestos, en Chile, desde el Ministerio de Salud (MINSAL) por los distintos gobiernos, desde finales del siglo pasado y hasta la actualidad. Se analizará el contenido de este discurso en relación con el significado y sentido otorgado a la promoción de la salud. Seguidamente se reflexionará acerca de las posibles consecuencias que pudiera provocar este discurso. Por último, se aportarán algunos alcances para una práctica de la promoción de salud, desde una acción psico-social comunitaria.

El continuo borroso salud-enfermedad.

La prevención y la promoción en salud tienen como referentes u objetos de aplicación la enfermedad y la salud, respectivamente. Sus prácticas se basan, por tanto, en el significado y sentido que se otorgue a estos dos conceptos.

Las distintas aproximaciones a las nociones de salud y enfermedad pueden agruparse en tres grandes categorías que se han ido sucediendo en la historia: biologicista, psicologicista o sociologicista (Carmona, Roza, & Mogollón, 2005). En ellas se considera a la salud y la enfermedad como expresión de cualidades, en algún sentido, antagónicas (normal-anormal; equilibrio-desequilibrio). Sin embargo, esta lectura dicotómica y bivalente (reduccionista de la complejidad existente) puede superarse desde la lógica borrosa de los *fuzzy sets* (Calventus, 2000; Kosko, 1995; Zadeh, 1996). Ello permitiría considerar ambos estados (salud y enfermedad) como constituidos y constituyentes por/ de un mismo continuo, en el sentido ya planteado por Antonovsky (1996). Este continuo no separa

ni opone categóricamente salud y enfermedad; de hecho, ¿en qué momento exacto dejamos de estar sanos y pasamos a estar enfermos, o viceversa?, ¿existirá ese momento? Más bien, el continuo considera que ambos estados se expresan, en forma dinámica y al mismo tiempo: en todo momento estamos “un poco” sanos y también “un poco” enfermos; en un contexto complejo, donde la persona como un todo, integra aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales.

La salud es la actualización permanente de los procesos vitales humanos, donde el bienestar o la enfermedad operan como momentos de dicho proceso y su coexistencia está determinada por las condiciones de vida de las personas y las sociedades en las cuales se desarrollan. (Carmona *et al.*, 2005, p. 68).

Además, el concepto de salud se define y construye desde lo paradójico: cuando estamos sanos, nos olvidamos de nuestra salud, no tenemos consciencia de ella, no la vemos. La salud no llama la atención por sí misma. No crea síntomas (la palabra griega *symptom* significa casualidad), no produce “casos”. Gadamer sintetiza esta paradoja al afirmar que la salud no es un objeto, al ser algo que cuando está, se mantiene oculto: “forma parte de ese milagro que es el olvido de uno mismo” (Gadamer, 1996, p. 113).

Sobre esta complejidad borrosa, incierta y paradójica que caracteriza al continuo enfermedad-salud situaremos los conceptos de prevención y promoción.

Las diferencias entre prevención y promoción.

Aunque la preocupación por la prevención y promoción de la salud ha existido desde la antigua medicina griega (Tountas, 2009), las primeras referencias modernas y contemporáneas a la promoción y la prevención se remontan a mediados del siglo XX. En 1945, Henry Sigerist planteó que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento del enfermo y rehabilitación (Restrepo & Málaga, 2001). Promoción y prevención surgen, por tanto, vinculadas a la disciplina médica (Carmona *et al.*, 2005; Gómez & González, 2009).

Más específicamente, el concepto de prevención se sistematiza a mediados de 1950, a partir de la publicación del modelo explicativo de aparición y comportamiento de las enfermedades de Leavell y Clark (Gómez & González, 2009).

La PE (prevención de enfermedad) se refiere al conjunto de actividades aplicadas a los individuos o los grupos en riesgo con el propósito de evitar la aparición de un daño a la salud o de mitigar sus efectos; su interés es patocéntrico (se interesa especialmente en la enfermedad). (Gómez & González, 2009, p. 91).

Los métodos de esta prevención se estructuran alrededor de cuatro ejes, en estrecha relación con los cuatro niveles que usualmente se han asignado a la prevención: (1) control de factores y reducción del riesgo de enfermedades; (2) protección de sujetos con mayor riesgo de daño; (3) detección precoz y tamizaje de enfermedades; y (4) intervención precoz en fases asintomáticas (Gómez & González, 2009).

Por su parte, la primera referencia sistematizada respecto de la promoción de salud es más reciente. No aparecerá hasta 1974, en el texto “Una nueva perspectiva para la salud de los canadienses”, del entonces ministro de salud de Canadá, Marc Lalonde. Allí, el autor propone una nueva estrategia para la salud pública, con el objetivo de comprometer a la ciudadanía en el control de los principales determinantes de la salud, especialmente, respecto de su estilo de vida (Lalonde, 1974).

Posteriormente, en la Declaración de Alma-Ata, como resolución final de la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se incluye una referencia explícita a la promoción. En el punto III de esta Declaración se afirma: “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (OMS, 1978, p. 3); presentándola como uno de los servicios de la atención primaria necesarios para resolver problemas de salud de la comunidad.

De aquellos primeros planteamientos respecto de la promoción se cuestionó, fundamentalmente, su excesivo énfasis en la responsabilidad

individual; los análisis posteriores han considerado factores más sociales y estructurales. Así, en la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de salud (Carta de Ottawa) se afirma que ésta “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986). Es decir, el núcleo de la estrategia de promoción se halla en el *empoderamiento*¹ de las personas; pero además, en el documento se consideran una serie de requisitos fundamentales para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso, ecosistema estable, conservación de los recursos, justicia social y equidad. Con la Carta de Ottawa se concreta el concepto de promoción de la salud, orientándola hacia cinco áreas prioritarias: construir políticas públicas saludables, crear ambientes favorables de apoyo, fortalecer acciones comunitarias, desarrollar aptitudes personales, reorientar los servicios sanitarios (OMS, 1986).

En las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que continuaron después de aquella primera (Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Yakarta, 1997; Ciudad de México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsinki, 2013) y hasta la última, celebrada en Shangai (2016), se ha venido promoviendo un “marco de actuación para las políticas públicas”, a través de recomendaciones para el control de los determinantes de la salud, la creación de ambientes favorables y/o la acción comunitaria (Martínez Moreno, 2013). Aunque algunos autores han observado que en los últimos años, especialmente a partir de la resolución propuesta en la Carta de Bangkok (OMS, 2005) el énfasis en los determinantes sociales de la salud ha venido cediendo paso a conceptos de salud más economicistas, asociados con la globalización neoliberal (Ayo, 2012; Porter, 2006).

En cuanto a las diferencias entre prevención y promoción, aunque ambos deben considerarse como dos propósitos y procesos necesarios y complementarios para el desarrollo y fomento de la salud (Nutbeam, 1998), sin embargo son distintos y, en algunos sentidos, hasta opuestos entre sí. Podríamos representarlos, metafóricamente, como las dos caras de una misma moneda. Dos caras que forman parte de un todo único, pero que miran hacia dos referentes opuestos². Así, aunque pueda afirmarse que la prevención es una forma de promoción (y viceversa), la prevención está referida (y orienta su mirada) a la enfermedad,

mientras que la promoción se refiere (y mira) a la salud (ver Figura 1).

así, el paciente (o potencial paciente) presenta un cierto riesgo (probabilidad)⁴ de convertirse en *caso* (síntoma). Y estos casos pueden medirse, contarse



Figura 1. Diferencia fundamental entre prevención (de enfermedad) y promoción de salud. Procesos que se orientan hacia referentes opuestos.

Entonces, un aspecto importante en la diferenciación entre ambos conceptos es que la prevención se define desde la patología, en negativo: (nos) prevenimos de enfermedades (o factores de riesgo); mientras que la promoción está definida en positivo: promocionamos determinantes de la salud (Restrepo & Málaga, 2001). Es decir, la prevención es, por definición, patogénica -se construye desde la enfermedad, actual o potencial-; la promoción es salutogénica -está construida desde la salud (Antonovsky, 1996). En este sentido, el sujeto al que se orienta la prevención lo constituyen personas, grupos de riesgo o enfermos; mientras que en la promoción de salud “las acciones se dirigen a la población en general... personas, condiciones y sistemas [sanos] que requieren ser modificados favorablemente a la salud” (Restrepo & Málaga, 2001, p. 35).

Además de la anterior, existen otras importantes diferencias entre ambos procesos. La prevención de enfermedades se concibe (y construye) bajo la responsabilidad de un profesional-experto, especialista en una cierta área del conocimiento. Esta especialización provoca una fragmentación o atomización de la unidad de análisis (comunidad, colectivo o persona)³. Además, el saber especializado constituye, en sí mismo, una forma de poder (Foucault) y se expresa a través de relaciones verticales de dependencia entre un experto y un paciente (o potencial paciente) que, por definición, es pasivo. En el mismo sentido, el saber técnico está estandarizado, es objetivo (y *objetivante*). Y

(son objetos de medición y de cuantificación); son productos, como lo terminan siendo también los pacientes, objetivados y cosificados. La prevención trata, en definitiva, de cuantificar, eficientemente, sus “productos”.

En contraposición a esta prevención técnica, la promoción de salud suele estar a cargo de un dinamizador o facilitador de prácticas saludables; un formador o educador en prácticas que tratan de potenciar holística y sinérgicamente las unidades o contextos en/con los que se trabaja; con una propuesta de intervención interdisciplinaria y horizontal. Se desdibujan las fronteras entre las profesiones; se hacen borrosas. En lugar del saber técnico, se opta aquí por un saber práctico (y popular), desde el diálogo acerca de lo cotidiano, de la experiencia subjetiva, personal y colectiva. Con la promoción de salud se trata de potenciar el surgimiento o el desarrollo de *actores*, a través de procesos que fomenten su empoderamiento y autonomía.

En síntesis, la prevención es una actividad *técnica*, en el sentido estricto (del griego original *techné*) que consistía en la “fabricación habilidosa de obras y en el dominio firme de tareas objetualizadas” (Habermas, 1990, p. 50); procedimientos que concluían en resultados útiles y que podían ser transmitidos, a través de la enseñanza-aprendizaje (Ayes, 2002).

En contraposición a ella, la promoción es una actividad práctica (también en el sentido originario griego de *praxis*): “la capacidad de la filosofía práctica es *phrónesis*, una sabia comprensión de la

situación” (Habermas, 1990, p. 50). La sabiduría práctica no crea objetos, sino que desarrolla y realiza a los sujetos, éticamente, frente a los objetos (Landes, 2015). Así, la promoción “supone que la salud no es solamente objeto, sino que, en la propia condición de objeto, un modo de ser-en-el-mundo” (Ayes, 2002, p.81).

Phrónesis y *Techné*, en su concepción griega original, aportan criterios y dimensiones que permiten comprender con mayor profundidad la relación y diferencia entre prevención (técnica) y promoción (práctica):

La *phrónesis* no es *techné*, porque la acción y la producción no son idénticas: ésta tiene como finalidad un producto, mientras que el fin de aquella es la acción virtuosa. La *phrónesis* se ocupa del ser humano y éste no se posee como el artesano dispone de sus instrumentos, no se fabrica como un objeto. En contra de lo que sucede al nivel de la *techné*, el fin del saber moral, el bien, no se agota en el objeto particular y determinado, sino que determina completamente la rectitud ética de la vida; no es un *ergón* o producto, sino una *praxis* o *energeia*. (...) En el ámbito moral, la instrumentalidad cede su puesto a la deliberación. (López, 2001, p. 80).

En definitiva, se observan suficientes razones como para afirmar que ambos procesos (preventivo y promocional), aunque relacionados, son distintos y no debieran confundirse.

La promoción de salud en la política pública chilena: del dicho al hecho y sus consecuencias.

En 1998, el gobierno chileno, a través de su Ministerio de Salud, decidió fortalecer sus acciones de carácter preventivo y de fomento de la salud (MINSAL, 1999); para ello creó la Unidad de Promoción de la Salud, en la División de Atención Primaria, dependiente de dicho ministerio; y puso en marcha el Plan Nacional de Promoción de la Salud (Salinas & Vio del Río, 2002). Ese mismo año creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE, donde participaron representantes de organizaciones comunitarias. Todo ello fue descrito y presentado como una acción sostenida (política de Estado intersectorial) para impulsar la participación y el compromiso activo de la comunidad en las decisiones de los

establecimientos de atención de salud y, en definitiva, para mejorar y aumentar su calidad de vida (MINSAL, 2015).

El año 2000, desde el MINSAL, se establecen las Prioridades y Estrategias Nacionales en Promoción de Salud para la década 2010-2020, con ello “se esperaba impactar en el largo plazo en la disminución de los cuatro problemas de salud pública que enfrenta el país: las enfermedades cardiovasculares, los daños en salud mental, los accidentes y el cáncer” (MINSAL, 2015, p. 9).

Los años 1999, 2002 y 2007 se realizaron en Chile tres Congresos Nacionales de Promoción de Salud, compartiendo todos ellos el objetivo de “construir un país más saludable”, a través de una “mejor calidad de vida”. Así mismo, Chile suscribió en 2002, ante el Foro de las Américas (organizado por la Organización Panamericana de la Salud) su Compromiso con la Promoción de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002) y, en esta línea, se implementaron diversas estrategias, campañas y programas como la promoción de salud en escuelas, comunas y lugares de trabajo, ambientes libres de humo de tabaco, alimentación saludable o vida activa (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca, & Soto, 2007).

Sin embargo, las primeras evaluaciones respecto del proceso y resultados obtenidos con las políticas de promoción de la salud no son demasiado positivas: a partir de estudios evaluativos realizados los años 2012 y 2013, el propio Ministerio de Salud reconoce falencias que dificultan la implementación del programa de Promoción: poca claridad en la definición del concepto de promoción, necesidad de aplicar un enfoque interdisciplinario y no sólo desde salud, con una oferta programática más flexible, incluir nuevos temas como la salud mental, definir un público objetivo o “reforzar difusión y comprensión de orientaciones técnicas” (MINSAL, 2015, p. 12).

De hecho, a partir de la reunión de Bangkok (OMS, 2005), se desperfiló el trabajo del MINSAL en Promoción de la Salud. Desde ese mismo año “no se reúne el Consejo Nacional de Promoción de Salud VIDA CHILE, lo que impide la coordinación a nivel nacional” (Fundación Superación de la Pobreza, 2014, p. 6).

La Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 incluye acciones de Promoción de Salud con “el objetivo de reducir los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, consumo

de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas” (MINSAL, 2015, p. 14); para ello, siguiendo la recomendación de la OMS se determinó utilizar la estrategia de los Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCS). Esta estrategia dice estar más enfocada en los determinantes de la salud que en las consecuencias de la enfermedad, a través de seis dimensiones: entornos saludables, sustentabilidad, calidad de vida, equidad en salud, gestión territorial y participación ciudadana; y considerando como “componentes temáticos” la alimentación saludable, la actividad física y la vida libre de humo de tabaco (MINSAL, 2015; Vio del Río, 2015).

Ahora bien, lo anterior forma parte del discurso político (lo dicho), pero cabría preguntarse cuáles han sido, finalmente, las acciones (los hechos) que se han materializado; podemos cuestionar algunos aspectos del contenido de este discurso, de su coherencia interna, así como del concepto de promoción de la salud que presupone.

En primer lugar, el propio Departamento de Promoción de la Salud (del MINSAL), afirmaba a comienzos de este siglo que:

La formulación e implementación del Plan Nacional de Promoción se realiza en forma participativa y descentralizada, mediante un proceso bidireccional entre los niveles local y nacional. Las metas nacionales son formuladas a partir del diagnóstico de situación país, y ajustada en cada región y comuna según realidades locales, dando lugar a los Planes Regionales y Comunales de Promoción de la Salud. (Salinas & Vio del Río, 2002, p. 166).

También se afirmaba haber implementado exitosamente, prácticamente en todo el país, el modelo de promoción: “de los principales logros que hoy día el país exhibe está el contar con una política de promoción de la salud y el hecho de haber instalado concretamente la Promoción de Salud en el 90% de las comunas” (Salinas & Vio del Río, 2002, p. 170).

Ahora bien, a partir de diversos datos, descripciones, análisis y opiniones acerca de la implementación de esta política de Promoción de Salud, cabe preguntarse si el proceso se produjo tal y como se afirma, de manera “bidireccional” (con decisiones compartidas entre los niveles nacional y local) y “participativa” (que haya tenido

un papel protagónico una parte importante de la ciudadanía). ¿Presentaba el país, en 1997, un nivel de organización y participación comunitaria y ciudadana suficientemente desarrollado como para formular e instalar (participativamente) en sólo dos o tres años este Plan Nacional de Promoción de Salud? Parece difícil que haya podido ser como se indica, cuando en diciembre del 2000, el entonces Presidente Lagos necesitó publicar un muy básico “Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana” (Instructivo Presidencial N°30-2000). Algunos datos más recientes continúan evidenciando que la participación de la población en organizaciones comunitarias es muy escasa⁵, Herrmann y Van Klaveren (2016) observan una disminución casi a la mitad en el porcentaje participación ciudadana en organizaciones sociales en la ciudad de Santiago entre los años 2000 y 2013. Los resultados de la encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN del año 2015 (Chile. MIDEPLAN, 2015) sitúan estos niveles de participación bajo el 30% (ver Tabla 1). Sin embargo, si descontamos la participación en clubs deportivos y en agrupaciones religiosas (con objetivos, en principio, alejados de nuestro tema de análisis) ya sólo observamos un 15% de participación ciudadana.

Considerando estos datos, parece legítimo dudar acerca de una “instalación participativa” de la política en el 90% de las comunas; de las 346 comunas que conforman el país, ¿se instaló participativamente la política en 311 comunas?⁶ Aunque quizás también cabría preguntarse aquí por el significado operacional de estas “instalaciones”: ¿qué criterio se siguió para afirmar que la política había quedado “instalada” en una comuna?

Y más específicamente, una vez instalado el Plan Nacional de Promoción de Salud, nos preguntamos a qué concepto de “promoción participativa” se refería el discurso político cuando, al presentar el balance de lo conseguido a través del Plan, se afirmaba lo siguiente:

Para combatir el sedentarismo se han desarrollado *campañas comunicacionales* (...). Al mismo tiempo *se diseñaron las guías* para una vida activa con recomendaciones para la población general del país, en base a la experiencia de las Guías Alimentarias para la población chilena. *Se firmó un convenio* entre el Ministerio de Educación y el Instituto

Tabla 1.

Porcentajes de participación de la población chilena en distintas organizaciones. Elaboración propia, a partir de Chile. MIDEPLAN (2015)

Tipo de organizacion	Porcentaje
Juntas Vecinales u otra organización territorial	8,4
Organizacion religiosa	8
Club deportivo o recreativo	4,7
Agrupacion artistica-cultural	2,2
Agrupaciones juveniles	0,4
Agrupaciones de mujeres	0,6
Agrupaciones de adultos mayores	1,7
Grupos de voluntariado	0,4
Grupos de autoayuda en salud	0,3
Partidos politicos	0,3
Sindicatos o asociaciones gremiales	1
Centros de Padres y Apoderados	0,9
No participa en organización ni grupo	70,9
N/S o N/R	0,2

Nacional del Deporte (CHILEDEPORTE) para *aumentar de dos a cuatro el número de horas semanales de educación física en las escuelas (...)*. Por otra parte, se promueve una política de desarrollo urbano con la *construcción de parques y áreas verdes*, equipamiento comunitario, y recintos deportivos para el uso de espacios públicos para la convivencia, recreación, vida activa y deportes. (Salinas & Vio del Rio, 2002, p. 169, [cursivas propias]).

No resulta fácil encontrar en estas actividades un claro componente de participación ciudadana. Así como tampoco se observa este componente en documentos más recientes del MINSAL, donde se proponen como actividades de promoción de la salud las siguientes (las negritas son nuestras): *“educación para la salud; visita domiciliaria; consulta social*, reuniones con vecinos, usuarios, comisiones, asociaciones, instituciones educativas, deportivas; *eventos masivos* (ferias, programas radiales, campañas); *talleres promocionales* en establecimientos educacionales (...)” (MINSAL, 2017, p. 42, [cursivas propias]).

Todas estas actividades, presentadas como ejemplo de participación, refieren más bien a intervenciones de carácter directivo, desde ciertas

posiciones jerárquicas, asociadas a un saber técnico o, peor aún, desde cierto poder político.

Las prioridades y metas de promoción de la salud que se han formulado en los Planes y Políticas de Promoción de la Salud contemplan ciertas prioridades sanitarias: enfermedades cardiovasculares, problemas o riesgos de salud mental, accidentes, cáncer; ciertos “condicionantes de salud”: alimentación saludable/obesidad, actividad física/sedentarismo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, participación, espacios saludables/daños ambientales; asimismo se consideran “factores protectores ambientales”: contaminación, (in)seguridad pública, falta de espacios públicos; y “factores protectores psicosociales”: redes de apoyo, autoestima, estrés (Gobierno de Chile, s. f.; MINSAL, 2015; Salinas & Vio del Rio, 2002). El Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana (MINSAL) indica en su página web que el Programa de Promoción de la Salud, alineado y enmarcado en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 tiene como objetivo fundamental:

Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, y que favorezcan la reducción de los *factores de riesgo* asociados a la carga

de *enfermedad de la población*, tales como el *consumo de tabaco*, consumo de *alcohol*, *sobrepeso* y *obesidad*, *sedentarismo*, conducta sexual y consumo de *drogas ilícitas*. (Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, s.f., [cursivas propias]).

Y respecto a este último aspecto, cabe preguntarse: ¿a qué “promoción de salud” nos referimos, si nuestras prioridades sanitarias son -como vemos-, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes, las drogas ilícitas o el cáncer? ¿Qué “práctica de la promoción” puede materializarse cuando se parte del tabaquismo, del sedentarismo o la obesidad como factores de riesgo o condicionantes de la salud? ¿Qué “concepción de la promoción” se tiene a la base de un plan que se plantea como metas, disminuir la prevalencia de estos factores de riesgo en algunos puntos porcentuales (Gobierno de Chile, s.f.), o seguir acreditando nuevos establecimientos de educación, para aumentar las estadísticas en el número de entidades “promotoras de la salud” (MINSAL, 2015)?

El discurso anterior se refiere a un proceso de supuesta “promoción” jerarquizado y vertical, cuya responsabilidad está a cargo de autoridades (profesionales o expertos) con un saber técnico especializado (atomizador) y un poder (que puede incluso “acreditar”) sobre pasivos pacientes potenciales, en riesgo permanente de ser afectados por diferentes patologías, los/las cuales serán debidamente cuantificados (contabilizados como casos) para su control (disminución porcentual). Consideramos que, por todas estas razones, se trata más bien de intervenciones de carácter preventivo, especializadas y técnicas (tecnocráticas). Esta disonancia (entre el dicho y el hecho) comporta, a nuestro parecer, consecuencias de gran significación y negativa repercusión.

En primer lugar, la incongruencia de un discurso (sólo retórico) que enfatiza procesos participativos no puestos en práctica crea falsas expectativas y gran frustración en la comunidad. Este hecho tiene efectos muy significativos y negativos en la actualidad, dado el bajo nivel de organización y participación que presenta el país. Esta retórica incongruente podría estar abonando procesos de desesperanza en una etapa -todavía- de “recuperación democrática”.

En segundo lugar, la confusión entre promoción y prevención tributa en el nefasto proceso de tecnificación (mecanización y reificación) que caracteriza la sociedad actual; con una progresiva deshumanización de las dimensiones más íntimas de la vida de las personas (afectivas, comunicativas, sexuales, culturales, etc.); dicho de otro modo, esta confusión se hace cómplice de la actual construcción empobrecida, reduccionista y unidimensional del hombre (Marcuse, 1985).

En tercer lugar, la imposición de una perspectiva médico-asistencial como resabio de un paradigma biomédico aún muy presente, a través de una intervención preventiva por parte de los profesionales-expertos, no rompe con la relación vertical de dependencia con el paciente potencial. Se continua, por tanto, reproduciendo la pasividad del paciente; en abierta oposición con el proceso participativo (*empoderador* y *emancipador*) que supondría una práctica comunitaria horizontal en promoción de la salud. Práctica que, por lo demás, cuestionaría el statu-quo de aquellos profesionales-expertos.

Y por último, la imposición de una prevención técnica y especializada (en detrimento de una promoción práctica, holística e integradora) conlleva a perpetuar las fronteras disciplinares entre una serie de saberes científicos que tratan mezquinamente de “cerrarse” alrededor de ciertas cuotas de poder (corporativo), en detrimento de una cada vez más necesaria y urgente interdisciplinariedad (o incluso transdisciplinariedad) que desperfile las profesiones y rompa con el *statu quo* imperante, por el bien (político y ético) de la humanidad y, más concretamente, para salvaguardar y desarrollar la compleja y rica integralidad de personas y comunidades.

La práctica psico-social comunitaria como aporte a una promoción de salud en las políticas públicas.

Terminaremos nuestra reflexión trazando algunos lineamientos generales de lo que creemos podría ser el aporte de una psicología para la acción psicosocial comunitaria orientada a la promoción de la salud.

1. Una concepción positiva y amplia de la salud, que no sólo enfatice sus expresiones negativas (patogénica) sino que se focalice en prácticas potenciadoras de un desarrollo del ser humano (calidad de vida y bienestar), en relación

con su medio económico, social, político, cultural, ecológico. Se apuesta aquí por un concepto de salud construido desde la sabiduría práctica (moral); en un espacio y un tiempo histórico determinados (Smith, 2010) y donde la experticia técnica tan sólo es un componente (cultural) más a considerar (Tyreman, 2000). Se enfatizará, por tanto, su dimensión práctica, política y ética (Carter, 2012).

2. En sintonía con lo anterior, se trataría de un concepto de salud construido en comunidad; entendida ésta como un todo (sistema holístico) integrado e integrador de las personas, como actores, afectivos y efectivos, *empoderados* y *empoderantes*, en un permanente y dialógico proceso de construcción de la realidad (en el cual también participamos los profesionales)⁷. A este proceso debería aportarse, desde la psicología social, con la modestia y el respeto que requiere la construcción de una realidad compleja, en la que se articulan (a menudo conflictivamente) distintos intereses de poder, al confluir en él las distintas prácticas profesionales (interdisciplinarietà) conjuntamente con el saber/educación popular (Freire, 1989).

3. Se trata de distinguir una acción comunitaria orientada a la promoción de la salud, de las intervenciones psicosociales de carácter preventivo; diferenciándonos así de lo que se ha denominado “intervención social dirigida” y optando por una “intervención social situada”, articuladora de los significados y prácticas en contextos concretos (Montenegro, 2001).

4. Más operativamente, se trataría de concretar acciones comunitarias que respondan a los planteamientos anteriores, de carácter participativo, orientadas al empoderamiento de actores sociales autónomos, comprometidos y responsables de su bienestar y calidad de vida. Acciones que, en términos generales, presenten una metodología orientada a: (1) la creación y fomento de la organización comunitaria, (2) el diagnóstico y la planificación colectivos y participativos⁸ y (3) una evaluación y seguimiento a cargo de la propia comunidad (autonomía), en el sentido que proponen Magalhaes y Uchimura (2007) o la investigación participativa basadas en la comunidad (Ward, Schulz, Israel, Rice, Martenies, & Markarian, 2018); sin pretender, en ningún caso, imponer recetas que estandarizaran unas prácticas locales y específicas para cada contexto (Úcar & Llana, 2006).

5. Con estos planteamientos, una acción comunitaria para la promoción de salud integraría prácticamente la totalidad de ámbitos, dimensiones o temas que viven cotidianamente las personas en comunidad (afectivos, de comunicación, ecológicos, económicos, políticos, morales, y médicos). Es, por tanto, una acción comunitaria interdisciplinaria que se proyecta hacia lo transdisciplinario.

6. Por último, consideramos necesaria la sistematización y publicación de las experiencias locales que vayan materializándose en el sentido aquí apuntado, sin importar cuán exitosas, modestas o limitadas en el tiempo y espacio pudieran ser. Estas sistematizaciones se constituirán, en sí mismas, como insumos para los necesarios procesos evaluativos, a través de las estrategias participativas antes mencionadas. Además, con ellas se aportará sinérgicamente a la reflexión y articulación de una propuesta de trabajo comunitario, todavía incipiente, desde la riqueza de los matices específicos de (micro)experiencias locales concretas que, en definitiva, es desde donde se construirá e irá adquiriendo sentido la promoción de salud.

Conclusiones.

La promoción de la salud constituye un área de la salud pública que busca desarrollar una práctica de acción psico-social comunitaria que aporte al desarrollo de un concepto positivo y holístico de salud, construido a partir de un proceso participativo y dialógico entre actores sociales empoderados. Una promoción práctica -más que técnica- que desde la interdisciplina se proyecte hacia lo transdisciplinario, localmente situada y reconocedora de los saberes y experiencias locales (económicos, políticos, culturales, psico-sociales, afectivos, ecológicos, y morales, en todo momento relacionados con la medicina natural o popular). En este sentido, las prácticas de promoción de la salud no podrán ser estandarizadas, pero sí debieran sistematizarse las diversas micro-experiencias, que sirvan para el diagnóstico, la reflexión, evaluación y proyección de las comunidades, en el sentido apuntado anteriormente.

Con ello comenzaría a superarse la situación actual de una política de salud pública que, en Chile, ha limitado la promoción a su expresión más instrumental y tecnificada, asumiéndola sólo como prevención de la enfermedad; perpetuando de esta manera el actual statu quo, jerárquico y de

control social; y traicionando la potencialidad de este proceso de promoción que describíamos como dinámico, complejo, potenciador y generador de sugerentes cambios sociales.

Como profesionales de la psicología social y comunitaria, podríamos aceptar que las políticas sociales establecen un “marco de condiciones de posibilidad para el desarrollo de las prácticas de intervención comunitarias” (Alfaro, 2007, pág. 44); siempre que esta *actitud posibilista* no traicione ciertos principios básicos, ni se constituya en un acto de complicidad y/o legitimidad de *intervenciones* (fea palabra) o *prácticas interventivas* que -como hemos visto-, están comportando consecuencias

indeseadas. ¿Deberíamos condicionar nuestra acción (o intervención) comunitaria a la política social de un gobierno (legítimo y democrático) cuya voluntad es contraria al fomento de la participación de la comunidad en temas de salud?

La promoción de la salud como práctica psico-social y comunitaria, en los términos apuntados en este documento, permitiría superar la actual tendencia tecnocrática e intervencionista de la política pública que se aplica hoy en Chile, aportando positivamente al proceso de humanización y construcción colectiva de una sociedad mejor.

Referencias

- Alfaro, J. (2007). "Políticas sociales como condición de posibilidad para el desarrollo de prácticas en Psicología Comunitaria". En J. Alfaro & H. Berroeta (Eds.), *Trayectoria de la Psicología Comunitaria en Chile*. Valparaíso. U. Valparaíso editorial.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Atkinson, S., Cohn, A., Ducci, M. E., Fernández, L., & Smyth, F. (2008). Promotion and prevention within a decentralized framework: changing health care in Brazil and Chile. *International Journal of Health Planning and Management*, 23(2), 153-171. doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.919>
- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2010.520692>
- Ayres, J. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: Algunas reflexiones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 20(2), 67-82.
- Calventus, J. (2000). La lógica borrosa como aporte a una nueva epistemología en ciencias sociales: una aproximación conceptual. *Revista Psicología Universidad Católica del Norte*, 2(1), 19-23.
- Carmona, L.D., Rozo, C.M., & Mogollón, A.S. (2005). La salud y la promoción de la salud. Una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista de Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77.
- Carter, S. M. (2011). Evidence, Ethics, and Values: A Framework for Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 101(3), 465-472. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.195545>
- Consejo Nacional de Participación Ciudadana y Fortalecimiento de la Sociedad Civil. (2017). *Informe final. Estado de la participación ciudadana en Chile y propuestas de reforma a la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Santiago de Chile*. Recuperado de <http://accionag.cl/wp-content/uploads/2018/07/Informe-final-Consejo-Nacional-de-Participaci%C3%B3n-Ciudadana.pdf>
- Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. (s. f.). *Sitio web institucional*. Recuperado de <http://dipol.minsal.cl/departamentos-2/promocion-de-la-salud-y-participacion-ciudadana/>
- Fielding, J. E. (1984). Health promotion and disease prevention at the worksite. *Annual Review of Public Health*, 5, 237-265. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.05.050184.001321>
- Freire, P. (1989). *La educación como práctica de la libertad*. Madrid, Siglo XXI.
- Fundación Superación de la Pobreza. (2014). *Promoción de salud desde el sistema de salud. Propuestas país*. Fundación para la superación de la pobreza. Recuperado de http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/02/Estudio_promocion_de_la_salud.pdf
- Gadamer, H.G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Gobierno de Chile. (s. f.). *Metas 2011-2020. Elige vivir sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf>
- Gómez, R. & González, E. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 22(1), 87-106.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1990). Health Promotion as a Public Health Strategy for the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11, 329-334. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.11.050190.001535>
- Habermas, J. (1990). *Teoría y praxis*. Madrid: Tecnos.
- Herrmann, M. G. & van Klaveren, A. (2016). Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. *EURE*, 42(125), 175-203. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612016000100008>
- Instructivo Presidencial N° 030, Gobierno de Chile. (2000). *Instructivo presidencial sobre Participación Ciudadana*. Santiago de Chile. Recuperado de http://www.oas.org/juridico/spanish/chi_res26.pdf
- Kelleher, C. (1995). Health promotion: shades of Lewis Carroll. *Journal of Epidemiological Community Health*, 49(1), 1-4.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.3.383>
- Kosko, B. (1995). *El pensamiento borroso. La nueva ciencia de la lógica borrosa*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Minister of Supply and Services Canada. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Landes, D. A. (2015). Phronēsis and the Art of Healing: Gadamer, Merleau-Ponty, and the Phenomenology of Equilibrium in Health. *Human Studies*, 38(2), 261-279. doi: <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9342-8>
- López, L. A. & Aranda, J. M. (1994). *Promoción de salud: un enfoque en salud pública*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- López, M.C. (2001). La aplicación gadameriana de la phronēsis a la praxis. *Contrastes: Revista interdisciplinaria de filosofía*, 6, 79-98.
- Magalhaes, M. L. & Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 150-153. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>
- Marcuse, H. (1985). *El hombre unidimensional*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Martínez Moreno, F. (2013). *Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki*. Recuperado de <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
- Merzel, C. & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDEPLAN). (2015). *CASEN 2015: Encuesta de caracterización socioeconómica nacional*. Santiago, Chile: MIDEPLAN.
- MINSAL. (1999). *Plan Nacional de Promoción de la Salud*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2015). *Municipios, comunas y comunidades saludables. Orientaciones técnicas*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/>

- MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL(3).pdf
- MINSAL. (2017). *Orientaciones para la planificación y programación en red. Año 2017*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>
- Montenegro, M. (2001). *Conocimientos, agentes y articulaciones: una mirada situada a la intervención social* (Tesis doctoral, Programa de Doctorat en Psicología Social). España: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3), 615–626.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.
- OCDE. (2017). *Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile. Hacia un futuro más sano*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- OMS. (1978). *Atención Primaria en Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978). Ginebra: OMS. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- OMS. (1986). *Ottawa. Charter for Health Promotion*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *El Compromiso de Chile para la Promoción de la Salud*. Recuperado de www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/compromisoChi.pdf
- Porter, C. (2006). Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, 22(1), 72–79. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal037>
- Reppucci, N. D., Woolard, J. L., & Fried, C. S. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 387–418.
- Restrepo, H. & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F., & Soto, M. (2007). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3), 136–144.
- Salinas, J. & Vio del Río, F. (2002). Promoción de la salud en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 29(1), 164–173.
- Smith, N. (2010). Incorporating local knowledge(s) in health promotion. *Critical Public Health*, 20(2), 211–222. doi: <https://doi.org/10.1080/09581590902906187>
- Tountas, Y. (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*, 24(2), 185–192. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dap006>
- Tyreman, S. (2000). Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(2), 117–124. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1009973021449>
- Úcar, X. & Llana, A. (2006). *Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria*. Barcelona, Graó.
- Vio del Río, F. (2015). Prevención: un desafío crítico para la salud en Chile. *Revista Mensaje*, 64(644), 50–54.
- Ward, M., Schulz, A.J., Israel, B.A., Rice, K., Martenies, S.E., & Markarian, E. (2018). A conceptual framework for evaluating health equity promotion within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning*, 70(1), 25–34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.04.014>
- Zadeh, L.A. (1996). Nacimiento y evolución de la lógica borrosa, el soft computing y la computación con palabras: un punto de vista personal. *Psicothema*, 8(2), 421–429.

Notas

- ¹ Ocupamos aquí el neologismo “empoderamiento” por su explícita referencia al poder; nos parece igualmente válido el término “fortalecimiento” (Montero, 2009).
- ² López y Aranda (1994) representan esta misma diferencia entre promoción y prevención a través de una escalera por la que ascendemos, alejándonos de la enfermedad (abajo) y acercándonos a la salud (arriba). Nuestra ascensión podemos realizarla mirando hacia abajo, para alejarnos-prevenirnos de la enfermedad o hacia arriba, buscando estrategias de promoción-acercamiento a la salud.
- ³ Y así, desde la psicología social-comunitaria intervendremos específica y concretamente, como especialistas, en violencia intrafamiliar, o en drogadicción, o en las dimensiones intangibles de la pobreza, la prevención del embarazo adolescente o del sida,...; los trabajadores sociales se especializarán en temas laborales, de tercera edad, habitacionales,...; los médicos serán otorrinolaringólogos, psiquiatras, cardiólogos, ginecólogos, etc.
- ⁴ El concepto de riesgo se asocia al análisis inferencial de regularidades, desde un cierto “saber cómo” y una lógica lineal (en la proporción de x se encuentra y): siempre que... entonces...; identificándose el logro práctico con el control científico y técnico.
- ⁵ Al igual que se muestra escasa la participación formal (a través del sufragio) en la política local, donde en las últimas elecciones municipales del 2016 sólo votó el 36% de los ciudadanos habilitados para ello (Consejo Nacional de Participación Ciudadana y Fortalecimiento de la Sociedad Civil, 2017).
- ⁶ Un dato que fomenta nuestra sospecha es que en septiembre de 2015, 129 municipios del país aún no habían dictado el reglamento, ni constituido sus Consejos Comunales de Organizaciones de la Sociedad Civil (Consejo Nacional de Participación Ciudadana y Fortalecimiento de la Sociedad Civil, 2017).
- ⁷ Aunque puedan variar según el contexto, los principales agentes y actores comunitarios pueden agruparse en: ciudadanía y tejido asociativo (asociaciones de vecinos, entidades del territorio, vecinos y ciudadanía no organizada); profesionales de los servicios públicos (profesores/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, sociólogos/as, socioeconomistas, antropólogos/as, psicólogos, médicos, etc.) y administraciones públicas (recursos humanos y técnicos del poder municipal o local).
- ⁸ Será aquí de mucha utilidad el aporte teórico-metodológico de la investigación-acción participativa (Montero, 2006).