

A 47 AÑOS DEL INFORME LALONDE. DESARROLLOS, RETOS Y PERSPECTIVAS CONTEMPORÁNEAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

Javier Marmolejo



**A 47 AÑOS DEL INFORME LALONDE.
DESARROLLOS, RETOS Y PERSPECTIVAS
CONTEMPORÁNEAS EN LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DRA. TANIA HOGLA RODRÍGUEZ MORA
RECTORA

MTRO. CÉSAR ENRIQUE FUENTES HERNÁNDEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

MUSEÓGRAFO FERNANDO FCO. FÉLIX Y VALENZUELA
COORDINADOR DE DIFUSIÓN CULTURAL Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

EQUIPO DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

ÁNGELES GODÍNEZ GUEVARA
RESPONSABLE

ANA BEATRIZ ALONSO OSORIO
FLORINA PIÑA CANCINO
MIGUEL NAPOLÉON ESTRADA SERRANO
SERGIO JAVIER CORTÉS BECERRIL
VERÓNICA DURÁN CARMONA

**A 47 AÑOS DEL INFORME LALONDE.
DESARROLLOS, RETOS Y PERSPECTIVAS
CONTEMPORÁNEAS EN LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ**

JAVIER MARMOLEJO

FICHA CATALOGRÁFICA E-S/N

Gutiérrez Marmolejo, Javier, autor.

A 47 años del Informe Lalonde. Desarrollos, retos y perspectivas contempo-ráneas en la promoción de la salud de Canadá/ Javier Marmolejo. — Primera edición. — México : Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2022

150 páginas ; 21 cm.

Bibliografía: páginas 139-148

ISBN 978-607-8840-41-0

1.Promoción de la Salud — Canadá — Congresos. — 2. Educación sanitaria — Canadá. — 3. Salud pública — Canadá. — I. título.

LC RA440.3 C2

Dewey 613

A 47 años del Informe Lalonde.

Desarrollos, retos y perspectivas contemporáneas en la Promoción de la Salud de Canadá

primera edición, 2022

D.R. © Javier Marmolejo

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México

García Diego 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc,

06720, Ciudad de México

ISBN: 978-607-8840-41-0

https://www.uacm.edu.mx/Organizacion/CoordinacionAcademica/Biblioteca_Estudiante

Material educativo universitario de distribución gratuita para estudiantes de la UACM.
Prohibida su venta

Hecho e impreso en México

A las y los estudiantes, y a las y a los egresados, de la licenciatura en
Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

La palabra que sana

Esperando que un mundo sea desenterrado por el lenguaje, alguien canta el lugar en que se forma el silencio. Luego comprobará que no porque se muestre furioso existe el mar, ni tampoco el mundo. Por eso cada palabra dice lo que dice y además más y otra cosa.

Alejandra Pizarnik

III. Figuras de la Ausencia
El Infierno Musical (1971)

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por permitirme aprender de manera colectiva el quehacer universitario vinculado a la transformación política y social.

A mi madre, a mi padre, a mi hermana y a mi hermano con quienes aprendí, desde el humor, el afrontar los retos de la vida.

A todas aquellas personas que, en Toronto, me facilitaron el acceso a la información que da pie a este libro; particularmente, a las personas bibliotecarias de las universidades de Toronto y York.

A mi amiga Aleyda Gaspar González por enseñarme a caminar.

A la enredadera de la muerte, abuela ayahuasca, que me ha abierto toda una dimensión de vida.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito internacional, la promoción de la salud en tanto campo académico analizable a partir de sus desarrollos teóricos, metodológicos y prácticos ha sido poco estudiada y debatida en México. Conocemos, por lo general, y desde una perspectiva institucional, datos aislados sobre los antecedentes de la promoción de la salud que emergen a finales de la década de 1970 e inicios de la década de 1980. Adicionalmente, forman parte de nuestro referencial académico las cartas y declaraciones producto de las conferencias internacionales impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ así como los documentos emanados de encuentros regionales² o de espacios convergentes entre educación para la salud y promoción de la salud.³ Carecemos, sin embargo, de información precisa que nos permita hilvanar nuestros datos y comparar los devenires regionales e internacionales.

Requerimos de una mirada amplia que incluya tanto el desarrollo institucional de la disciplina, como los procesos autónomos que se articulan desde las comunidades locales que defienden la salud y el derecho a la protección de la salud. Esta necesidad, en consecuencia, me llevó a investigar lo sucedido en Canadá desde los antecedentes al lanzamiento del Informe Lalonde (1974) y hasta 2019. Los resultados de la investigación, contenidos en esta publicación, ofrecen una perspectiva general sobre la promoción de la salud canadiense, subrayan las tensiones asociadas a los cambios en la economía política global y canadiense y abarcan ciertos ámbitos gubernamentales, académicos y comunitarios.

La mayor parte de la información aquí presentada descansa en reflexiones, mayoritariamente críticas, que académicas y académicos de distintas provincias y territorios canadienses⁴ han articulado en las cuatro ediciones del libro *Health Promotion in*

¹ Las cartas y las declaraciones corresponden a las conferencias internacionales organizadas por la OMS en: Ottawa, Canadá (1986); Adelaida, Australia (1988); Sundsvall, Suecia (1991); Yakarta, Indonesia (1997); Ciudad de México, México (2000); Bangkok, Tailandia (2005); Nairobi, Kenia (2009); Helsinki, Finlandia (2013); y Shangai, China (2016). Para un análisis crítico sobre las nociones de promoción de la salud a partir de las conferencias internacionales consultar: Rosales Flores, Granados Cosme y Mendoza Rodríguez (2016).

² Entre los documentos sobre promoción de la salud de la región latinoamericana y caribeña, derivados de encuentros oficiales, destacan la Declaración de Santa Fe de Bogotá (producto de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina celebrada en 1992) y la Carta del Caribe (producto de la 13ª Reunión de Ministros Responsables de la Salud del Caribe celebrada en 1993).

³ La principal organización internacional donde convergen educación para la salud y promoción de la salud es la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). Su primera conferencia internacional, cuando solamente se llamaba Unión Internacional de Educación para la Salud, fue celebrada en París (1951) y, la más reciente, en Rotorua, Nueva Zelanda (2019).

⁴ Canadá está conformada por diez provincias: 1) Alberta, 2) Columbia Británica, 3) Isla del Príncipe Eduardo, 4) Manitoba, 5) Nueva Escocia, 6) Nuevo Brunswick, 7) Ontario, 8) Quebec, 9) Saskatchewan y 10) Terranova y Labrador; y tres territorios: 1) Nunavut, 2) Territorios del Noroeste y 3) Yukón. La diferencia entre provincias y territorios es que las primeras gozan de cierto grado de autonomía, inclusive en materia sanitaria, a diferencia de los territorios que dependen directamente del gobierno federal.

Canada (1994, 2007, 2012 y 2017). Las ediciones consecutivas a la obra primigenia no son simples reproducciones de la misma, por el contrario, en cada edición se enfatiza una mirada particular, reúne nuevos artículos y actualiza artículos anteriores que dan coherencia a la discusión sobre la promoción de la salud canadiense. Además de estas publicaciones, se revisó un vasto material bibliográfico en revistas, libros e informes que alimentan el cuadro de la producción teórica, la construcción de política pública, la organización comunitaria y la puesta en práctica de una promoción de la salud que, a pesar del embate neoliberal, se resiste a desaparecer e implementa estrategias para continuar creciendo como rizoma (Kickbusch, 2007).

Para Ilona Kickbusch (1994), una de las principales teóricas internacionales de nuestro campo disciplinar, la promoción de la salud ofrece un espacio social y profesional para ir más allá de una agenda en salud centrada en el consumo de servicios y en el cuidado de la enfermedad. Si bien reconoce que la promoción de la salud no es un movimiento social, sí señala que ésta se ha nutrido de diferentes movimientos sociales; específicamente, del movimiento de mujeres y del movimiento ecologista. Muestra de ello, indica la autora, es el profundo compromiso de la promoción de la salud con la democracia y con la participación en su constante búsqueda por cambiar enfoques profesionales, institucionales, organizacionales y políticos en el campo de la salud (Kickbusch, 1994).

Desde la perspectiva de Kickbusch, la promoción de la salud –al menos en su dimensión institucional– nace de la estrecha colaboración entre canadienses y europeas/os, buena parte académicas/os, representantes gubernamentales y representantes de organismos internacionales. Esta colaboración desembocó en la Primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud celebrada en la ciudad de Ottawa, Canadá, en 1986. A inicios de la década de los años ochenta, y a pedido de la oficina europea de la OMS, Ilona Kickbusch y el sociólogo médico Robert Anderson se trasladaron a Estados Unidos y Canadá para reunir información y experiencias sobre promoción de la salud en estos países. El objetivo era tener listo, para 1984, el primer modelo social de educación para la salud de la OMS.

Fue en Canadá donde los investigadores encontraron: 1) propuestas conceptuales para la acción (Informe Lalonde); 2) una infraestructura gubernamental en vías de consolidación y crecimiento (Dirección Canadiense en Promoción de la Salud);⁵ 3) un amplio enfoque social observable en el hecho mismo de que quien estaba al frente de la Dirección no era un médico; 4) una fuerte organización no gubernamental a favor de transformar perspectivas salubristas (Asociación Canadiense en Salud Pública);⁶ 5) un Ministro de Salud con voluntad política; 6) un conjunto de campañas y proyectos cimentados en un concepto positivo de salud y 7) un grupo de profesionales comprometidos a desarrollar promoción de la salud (Kickbusch, 1994).

La coincidencia entre estas/os profesionales europeas/os y canadienses se debió, principalmente, al interés conjunto por construir enfoques sociales y medioambientales en promoción de la salud. El primer documento de esta alianza, producto de la Prime-

⁵ Canadian Health Promotion Directorate.

⁶ Canadian Public Health Association.

ra Conferencia Internacional en Promoción de la Salud fue, precisamente, la Carta de Ottawa (1986) (Kickbusch, 1994).

En el caso del trabajo de la OMS en promoción de la salud, sus principales antecedentes fueron 1) la estrategia Salud para Todos de 1977⁷ y, 2) la Declaración de Alma Ata en Atención Primaria en Salud de 1978.⁸ Ambos documentos recibieron la influencia del Informe Lalonde (1974). El informe canadiense marcó las directrices de la estrategia europea de la OMS para la atención en salud y su vigencia se mantuvo durante veinte años enfocando cuatro áreas clave para la acción: 1) estado de salud, 2) cuidado de la salud, 3) estilos de vida y 4) medio ambiente (Kickbusch, 1994).

En 1984, la OMS publicó *Promoción de la Salud: una discusión sobre el concepto y los principios*.⁹ Una de sus principales propuestas fue rebasar la dicotomía entre responsabilidad individual en salud y responsabilidad social en salud, vinculando ambas:

En un nivel general, la promoción de la salud ha llegado a representar un concepto unificado para aquellos que reconocen la necesidad de transformar las maneras y las condiciones de vida para promover la salud. Promoción de la salud representa una estrategia de mediación entre las personas y sus ambientes, sintetizando las decisiones individuales y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable. (OMS: 1984).

Este documento, que vincula responsabilidad individual y colectiva, marcó el nacimiento de la promoción de la salud en Europa. El Informe Lalonde, a su vez, aportó un concepto clave para la reflexión europea: estilos de vida. Producto de una discusión entre filósofos/os sociales, economistas, ecologistas, politólogos/os, médicas/os y expertos en salud, el concepto estilos de vida se fue complejizando y fue presentado, a inicios de la década de los años noventa, como: «patrones de selecciones tomadas de las alternativas disponibles de acuerdo a las circunstancias socioeconómicas de las personas» (Kickbusch, 1994: 15).

Michel O'Neill, Irving Rootman, Sophie Dupéré y Ann Pederson (2012) identifican cuatro etapas en el desarrollo de la promoción de la salud en Canadá: 1) etapa de la educación para la salud (previa a 1974); 2) etapa del desarrollo de la promoción de la salud y etapa de oro (1974-1994); 3) etapa de la salud poblacional (1994-2007) y 4) etapa de promoción de la salud poblacional (a partir de 2007). Estas etapas están marcadas por eventos clave y publicaciones que reflejan la emergencia de nuevos conceptos y acercamientos a la promoción de la salud en el contexto de cambios políticos que impactarían positiva y negativamente a nuestro campo académico y de acción. La relación de eventos y publicaciones puede ser observada en el siguiente cuadro:

⁷ La Asamblea Mundial de la Salud, en 1977, concluyó que la principal meta de los gobiernos y de la OMS debía ser el alcanzar en el año 2000, para todas y todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Dicha meta es conocida como: «Salud para todos en el año 2000».

⁸ Anexo 1.

⁹ Anexo 2.

CUADRO 1

MOMENTOS CLAVE DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD INTERNACIONAL Y CANADIENSE

- 1951: Fundación y primera conferencia global de la Unión para la Educación de la Salud (IUHE).
- 1974: Publicación de la obra *Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*, mejor conocida como Informe Lalonde.
- 1978: Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud, coorganizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- 1979: La Asamblea de la Salud Mundial de la OMS adopta en sus resoluciones el lema «Salud para Todos en el Año 2000».
- 1986: Primera conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Ottawa, Canadá) y publicación de la Carta de Ottawa.
- 1986: Publicación del documento *Alcanzar Salud para Todos: un Marco de Referencia para la Promoción de la Salud*, mejor conocido como Reporte Epp, por parte de Jake Epp, en ese entonces Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá.
- 1988: Segunda conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Adelaide, Australia).
- 1991: Tercera conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Sundsvall, Suecia).
- 1994: Publicación de *Promoción de la salud en Canadá* (Pederson, O'Neill y Rootman, 1994) y *¿Por qué algunas personas están saludables y otras no?* (Evans, Barer y Marmor; 1994).
- 1997: Cuarta conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Yakarta, Indonesia).
- 2000: Quinta conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Ciudad de México, México).
- 2004: Creación de la Agencia de Salud Pública de Canadá.
- 2005: Sexta conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Bangkok, Tailandia).

- 2007: Décimo novena conferencia de la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE) celebrada en Vancouver, Columbia Británica.
- 2008: Reporte de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- 2009: Séptima conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Nairobi, Kenia).
- 2013: Octava conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Helsinki, Finlandia).
- 2016: Novena conferencia internacional de la OMS sobre promoción de la salud (Shanghái, China).
- 2016: Conferencia «Atrapar la Antorcha de la Promoción de la Salud» de la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA).
- 2016: Sexto Foro Global de Promoción de la Salud en Charlottetown, Provincia de la Isla del Príncipe Eduardo.

Esta obra, dirigida principalmente a estudiantes de la licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), está dividida en tres unidades. En la primera se construye un recorrido por los orígenes, los desarrollos y las conceptualizaciones de la promoción de la salud de Canadá enfatizando, particularmente, el periodo que va de la emergencia del Informe Lalonde (1974) al 2007. En la segunda unidad se abordan algunas propuestas teóricas contemporáneas de la promoción de la salud de Canadá mientras que, en la tercera, se ofrecen ciertos abordajes metodológicos contemporáneos de la promoción de la salud canadiense. Al final de cada unidad –siguiendo la didáctica de la obra *Health Promotion in Canada* de donde descansa mayormente este material– las y los lectores encontrarán una guía de preguntas para reforzar sus reflexiones sobre los temas abordados.

Estudiar la propuesta canadiense en promoción de la salud no significa que ésta deba ser ejemplo de lo que debe hacerse en México y en América Latina. Las realidades históricas, económicas, sociodemográficas y culturales son notoriamente distintas. Más bien, la intención de conocer el desarrollo, la teoría y la práctica de la promoción de la salud canadiense responde a la necesidad de contar, en la licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM, con mayores referenciales internacionales en la materia y ofrecer, en consecuencia, mayores elementos para la formación académica de las y los futuras/os promotoras y promotores de la salud.

Finalmente, la traducción del inglés al español de los documentos citados en los anexos, así como de los distintos libros y artículos consultados, son de autoría propia. Cualquier observación al respecto recae exclusivamente en mi responsabilidad. Y, en

cuanto al lenguaje de género, éste intentó ser lo más incluyente posible. De antemano mis disculpas para quienes no se sientan incluidas, incluidos e incluídes. Todas nosotras, personas universitarias y ciudadanas, estamos aprendiendo y construyendo saberes. Espero disfrutes la lectura. ¡Bienvenida!

UNIDAD I

ORÍGENES, DESARROLLOS Y CONCEPTUALIZACIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

1 UNA BREVE MIRADA HISTÓRICA PREVIA AL SURGIMIENTO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

Durante la época colonial canadiense, como lo señala Robin Badgley –pionero en vincular la medicina y las ciencias sociales en la academia del país de la hoja de maple–, el rol del poder colonial en asuntos de salud descansó en tres pilares fundamentales: 1) el otorgamiento de subsidios directos a hospitales y a organizaciones de caridad, 2) el establecimiento de estándares profesionales para la práctica en salud y 3) la promulgación de regulaciones sanitarias y de cuarentena. Las asociaciones de beneficencia, comunes en pueblos y villas, proveían apoyo a mujeres indigentes, enfermas/os, niñas/os y ancianas/os, indica Badgley. Las preocupaciones medulares estaban centradas en controlar las epidemias, en regular las condiciones sanitarias y en atender las necesidades de personas inmigrantes. La práctica regulatoria, mecanismo que se utilizó durante 250 años en territorio canadiense para proteger la salud de individuos y de poblaciones, fue práctica cotidiana (Badgley, 1994).

Hasta finales del siglo XIX, siguiendo a Badgley (1994), el mayor énfasis en temas de salud pública se habría concentrado en la construcción y en el mantenimiento de hospitales públicos y en la promulgación de legislación sanitaria. De acuerdo con el cirujano William Kelly, quien desarrolló un detallado análisis sobre estadísticas de mortalidad en 1834, como lo denota Badgley, las mejoras en la salud de la población se habrían alcanzado por un control basado en el conocimiento. De ese modo, distintos médicos –quienes a su vez eran miembros del parlamento– propusieron el establecimiento de una oficina nacional de estadísticas en salud durante los años setenta y ochenta del siglo XIX. Durante esa época, el gobierno federal canadiense implementó un programa de otorgamiento de subvenciones seleccionadas a asociaciones voluntarias y a profesionales para realizar trabajo en prevención de la enfermedad (Badgley, 1994).

La importancia de la promoción de la salud, todavía no como disciplina sino como práctica, fue institucionalmente reconocida a nivel provincial cuando se funda la Comisión de Salud Provincial de Ontario en 1882, recuerda Badgley. Su objetivo fue difundir información sanitaria a través de un primer programa, que incluyó el diseño de panfletos, la programación de lecturas públicas, la emisión de boletines semanales publicados en periódicos y la distribución de reportes anuales de la propia Comisión. Dicho programa continuó por cuatro décadas sin alterar sus propósitos. En 1921, la Comisión fue reemplazada por la División de Educación en Salud Pública, la cual continuó con la publicación de los panfletos y con las columnas periodísticas (Badgley, 1994).

De acuerdo con Badgley, el gobierno federal canadiense continuó, durante inicios del siglo XX, con la política de proveer subsidios a asociaciones voluntarias y profesionales, pero no implementó acciones de intervención estatal en promoción de la salud. Inclusive, en 1904, el entonces primer ministro Wilfrid Laurier¹ se habría manifestado en contra de la intervención estatal vía la regulación legislativa cuando en el parlamento se discutió una propuesta de ley para regular el consumo del tabaco. Laurier señaló que se podría ganar más con la influencia de las mujeres en la enseñanza y en la edu-

¹ Wilfred Laurier fue primer ministro de Canadá entre 1896 y 1911.

cación que con legislar al respecto. Situación similar ocurrió un año después cuando el primer ministro no apoyó la propuesta legislativa de una fuerte intervención federal para atender la tuberculosis, promovida por un comité bicameral y, en lugar de ello, promovió el otorgamiento de modestos subsidios a la Asociación Canadiense para la Prevención de la Tuberculosis (Badgley, 1994).

Una de las primeras intervenciones del gobierno canadiense para promover la protección de la salud, apunta Badgley, fue la del control de enfermedades venéreas a finales de la Primera Guerra Mundial. Esto se debió a la preocupación de que los soldados que regresaban de Europa pudieran provocar una epidemia de infecciones sexualmente transmisibles por todo el territorio. La estrategia incluyó la emisión de leyes, la designación de canales administrativos para su operación, el cuidado gratuito en clínicas de salud para los veteranos de guerra, así como la cooperación directa entre gobierno y agencias de voluntarias/os. Además, fueron lanzadas campañas de comunicación masiva por el recién creado Consejo Nacional para Combatir la Enfermedad Venérea, precursor de la Liga de la Salud de Canadá (Badgley, 1994).

Durante la primera mitad del siglo xx, distintas provincias establecieron programas en promoción de la salud (Ontario, 1921; Manitoba, 1929; Quebec, 1943; Newfoundland, 1949). A nivel federal fue conformada en 1938 la sección en publicidad y educación en salud del Departamento de Pensiones y Salud Nacional, institución departamental que se transformaría, en 1944, en el Departamento de Salud y Bienestar Nacional. A nivel federal y provincial las intervenciones en promoción de la salud se enfocaron en dar conferencias y en lanzar publicaciones (Badgley, 1994).

En 1948, el gobierno federal otorgó un presupuesto especial a las provincias para programas en educación de la salud. El presupuesto fue aprovechado, principalmente, por las provincias occidentales de Saskatchewan y de Manitoba, las cuales lo usaron durante la década siguiente para contratar a educadoras/es de la salud –muchas/os de ellas/os graduadas/os en escuelas estadounidenses de salud pública–, así como para comprar equipamiento y expandir servicios educativos en salud a las zonas rurales (Badgley, 1994).

Hasta mediados del siglo xx, como sucedió en otros países industrializados (O'Neill, Rootman, Dupéré y Pederson, 2012), comenzó a emerger en Canadá un acercamiento más sistemático y científico para alfabetizar a la población en temas de salud. En 1951, un grupo de sanitaristas europeas/os y estadounidenses, lideradas/os por los franceses Léo Parisot y Lucien Viborel, crearon la organización no gubernamental más importante en el terreno de la salud pública de aquella época: la Unión Internacional para la Educación de la Salud (IUHE). Su objetivo fue vincular, de manera global, a quienes trabajaban en la educación para la salud y promover, en consecuencia, el intercambio de experiencias e información sobre nuevas maneras de trabajo sanitario (Badgley, 1994).

Desde entonces, y hasta mediados de la década de los setenta del siglo xx, la diseminación de información en educación para la salud se concentró en los encuentros médica/o-paciente que, finalmente, tenía como meta asegurar que las personas «entendieran» la información clínica. La población general también se convirtió en objetivo de las campañas sanitaristas, inicialmente para fomentar el uso adecuado de los servicios de salud –especialmente preventivos– que los gobiernos comenzaron a establecer durante la etapa conocida como Estado de Bienestar. Quedó claro, señalan O'Neill, Rootman, Dupéré y Pederson (2012), que en ese mismo periodo las llamadas «enfermedades de

la civilización» desplazaban rápidamente a las enfermedades infecciosas en los países industrializados. Una vez identificados los factores de riesgo de las nuevas causas de mortalidad (enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes) como ampliamente comportamentales; en consecuencia, las conductas de riesgo (fumar, estilos de vida sedentarios, malos hábitos alimenticios, etcétera) se transformaron en los objetivos a combatir para la educación de la salud (O'Neill *et al.*, 2012).

Durante los años cincuenta y sesenta se incrementó la participación de científicas/os sociales y especialistas en comunicación, quienes desarrollaron modelos para entender y predecir conductas «saludables» y/o para diseñar campañas educativas. La mayor parte de las propuestas fueron desarrolladas en Estados Unidos. En ese contexto, surge el Modelo de Percepción en Salud,² el primero de una serie de modelos teóricos de conductas individuales. Esa propuesta identificaba creencias clave que debían ser tomadas en cuenta para la educación en salud (O'Neill *et al.*, 2012).

En 1961 se realizó, en la ciudad canadiense de Saskatoon, el primer simposio nacional en educación para la salud. Sus objetivos fueron evaluar conceptos y técnicas en la difusión de información y desarrollar un nuevo enfoque para entender y educar a la gente. Dicho simposio estableció el escenario para el nacimiento, dos años más tarde, de la Sociedad Canadiense en Educación para la Salud y de la Unidad Educativa en Salud, instituciones que articularían y ejecutarían trabajo a nivel local y provincial. Subsecuentemente, fue publicado un boletín nacional en educación para la salud. En 1964 operó la primera intervención de educadoras y educadores para la salud, apoyadas/os por la Unidad Educativa en Salud, para llevar a cabo un programa federal sobre usuarias/os de tabaco y salud. En esa época, la Rama de Servicios Médicos inició sus programas en salud comunitaria y, para mediados de los años setenta, ya quinientas/os de sus trabajadoras/es actuaban en distintos centros indígenas de Canadá (Badgley, 1994).

A pesar de los desarrollos anteriores, el escenario central de preocupación pública sobre asuntos de salud se vinculaba a la introducción del seguro nacional de salud. La educación para la salud, a pesar de su crecimiento sustantivo, fue relegada. La Comisión Real en Servicios de Salud presentó, en 1964, 200 recomendaciones llamando a expandir y fortalecer los servicios de salud. Estas recomendaciones no se vinculaban directamente a la promoción de la salud. Cinco años después, escasa atención fue dada al campo de la educación para la salud entre las 337 recomendaciones elaboradas por la Fuerza de Tarea sobre el Costo de Servicios de Salud en Canadá. Se relegó a la educación para la salud a un rol consultivo y, si bien se reconoció la necesidad de expandir y de intensificar la estrategia educativa, se sugirió una mayor evaluación crítica para medir la efectividad de informar a la población y, especialmente, de incidir en el cambio de conductas (Badgley, 1994).

Durante la década de los años setenta, acercamientos distintos en educación para la salud cristalizaron en dos programas concretos: uno enfocado a la atención de la dimensión subjetiva de valores y de actitudes individuales, mientras que el segundo descansó en el desarrollo de campañas nacionales a larga escala. El primero consistió en la realización de estudios a pequeña escala, mayoritariamente clínicos, sobre cómo las personas percibían su salud y cómo dichas percepciones influían en su conducta.

² Health Belief Model.

El trabajo de las campañas nacionales, a su vez, se enfocó en tres temáticas distintas: ejercicio físico, uso de drogas ilegales y consumo de alcohol. La prioridad dada a esta última estrategia fue subrayada en el Informe Lalonde (1974) al hacer un llamado a expandir el mercadeo social de técnicas en educación para la salud (Badgley, 1994).

En dicho periodo fue quedando claro que la educación para la salud no estaba arrojando los efectos deseados. Las personas, a pesar de estar informadas, no necesariamente adoptaban las conductas saludables que se esperaba de ellas. Sin embargo, una serie de eventos comenzaron a transformar la manera en que se concebía la educación para la salud abriendo el camino para la llegada de la promoción de la salud (Badgley, 1994).

Historiadoras/es de la promoción de la salud canadiense coinciden en observar cómo el contexto socioeconómico nacional e internacional ha impactado en el desarrollo de la promoción de la salud. En este sentido, O'Neill *et al.* (2012) enmarcan la publicación del Informe Lalonde como punto de quiebre y agotamiento del Estado de Bienestar³ que, en el caso de los países industrializados, habría generado un crecimiento económico permanente entre 1945 y 1975 con especial florecimiento durante los años cincuenta y sesenta. Dicho crecimiento permitió asegurar un importante nivel de bienestar social a través de la dotación de servicios que satisficieron las necesidades básicas de sus poblaciones, particularmente en los sectores de la salud y de la educación. Pese a ello, y frente al estancamiento económico y al crecimiento mínimo de las economías occidentales a partir de la segunda mitad de los años setenta, y con la implantación del modelo económico neoliberal,⁴ fue cada vez más complicado sostener el financiamiento de los servicios públicos.

2 INFORME LALONDE Y SURGIMIENTO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

En 1974, a través del informe *Una Nueva Perspectiva en la Salud de los Canadienses*, Marc Lalonde, entonces titular del Ministerio de la Salud y Bienestar Nacional del Canadá, lanza un desafío estructural al cuestionar la salud pública sanitarista y, al mismo tiempo, al proponer nuevos derroteros –en ese entonces de vanguardia– que apuntalarían al naciente campo de la promoción de la salud de Canadá.

Lalonde, personaje central en el gobierno del primer ministro Pierre Trudeau (1968-1979, 1980-1984),⁵ propuso en el Informe Lalonde la necesidad de pensar la salud en un campo dividido en cuatro esferas: 1) biología humana, 2) medio ambiente, 3) estilo de vida y 4) organización de la salud (Lalonde, 198: 31).

³ Para Olmos y Silva (2011) el aspecto más significativo del Estado de Bienestar se expresa y se reconoce en el principio de la seguridad social. A través del seguro social el Estado intervino en las relaciones laborales haciéndose cargo de la precarización y la inseguridad social.

⁴ El neoliberalismo, señalan Olmos y Silva (2011), conjuga elementos como la innovación empresarial, la inversión privada (nacional y extranjera) e incorporación de tecnologías en los procesos productivos, dando forma a una matriz socio-económica donde el Estado asume un rol de mero coordinador y facilitador entre los agentes económicos y la sociedad, dejando al mercado como el principal agente de producción y distribución de la riqueza, así como también se le asigna a los privados el papel de principal proveedor de bienes y motor del mercado laboral.

⁵ Pierre Trudeau es reconocido como el principal representante del Canadá moderno, además de ser padre del actual primer ministro Justin Trudeau (2015-2019, 2019-2023).

Para Lalonde, la mirada institucional sobre salud en Canadá descansaba en la dimensión clínica:

La mirada tradicional o generalmente aceptada del campo de la salud es aquella en la que el estado de la ciencia de la medicina ha sido la fuente desde la cual todas las mejoras en la salud han fluído, y creencias populares equiparan el nivel de salud a la calidad de la medicina. La salud pública y el cuidado individual provistos por el médico salubrista, el médico practicante, la enfermera y el tratamiento hospitalario preciso han sido ampliamente vistos como los responsables de las mejoras en los niveles de salud. La atención a la salud individual, en particular, ha tenido una posición dominante, y los gastos han estado generalmente dirigidos a mejorar su calidad y accesibilidad. (Lalonde, 1981: 11).

En consecuencia, y al analizar cifras de morbilidad y mortalidad en el Informe Lalonde, el ministro de la Salud y Bienestar Nacional de Canadá advierte:

Cuando el impacto completo del medio ambiente y del estilo de vida hayan sido evaluados, y ello resulta necesario, aunque parcialmente reconocido en su efecto, no puede haber duda de que la mirada tradicional de equiparar el nivel de salud en Canadá con disponibilidad de médicos y hospitales es inadecuada. A pesar de que en Canadá existen servicios de atención a la salud admirables en comparación con otros países hay mínima duda de que mejoras futuras en el nivel de la salud de los canadienses descansan principalmente en mejorar el medio ambiente, moderar los riesgos personales y sumar nuestro conocimiento de la biología humana. (Lalonde, 1981: 18).

Para Hancock (1985), el Informe Lalonde fue el primer documento gubernamental occidental en reconocer que el énfasis otorgado al sistema de atención biomédico es erróneo y, por tanto, la mirada debía ir más allá de la atención a la enfermedad. Desde la perspectiva de este médico comunitario canadiense, la apuesta por caminar más allá de lo biomédico en el Informe provocó no solo el surgimiento de informes similares en Gran Bretaña, Suecia y Estados Unidos; también generó apoyo de la OMS reflejado, entre otros aspectos, en el objetivo «Salud para todos en el año 2000» expresado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (Alma-Ata, 1978) donde se reconoció que:

La salud no existe en aislamiento. Está influida por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entrelazados [...] la acción tomada fuera del sector sanitario puede tener efectos en la salud mucho mayores que aquellos emprendidos al interior de dicho sector. (Hancock, 1985: 10).

El Informe Lalonde trazó dos objetivos: 1) reducir los peligros a la salud física y a la salud mental en aquella parte de la población canadiense cuyos riesgos fuesen altos y 2) mejorar el acceso a buenos servicios de salud física y mental para aquellas/os cuyo acceso actual no fuese satisfactorio; así como cinco estrategias: 1) promoción de la salud, 2)

regulación, 3) investigación, 4) eficiencia en la atención a la salud y 5) establecimiento de metas.

De las cinco estrategias del Informe, se desprendieron 74 propuestas. En cuanto a la estrategia sobre promoción de la salud, que tuvo como objetivo informar, influir y asistir tanto a personas como a grupos para que asumieran mayores responsabilidades y fuesen más activos en cuestiones que afectan la salud física y la salud mental, se propusieron 23 acciones:

CUADRO 2
ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL INFORME LALONDE⁶

1. Desarrollo de programas educativos en nutrición para público en general.	13. Asegurar apoyos al sistema educativo para incrementar las oportunidades de la actividad física en primarias, secundarias, colegios comunitarios y universidades.
2. Asegurar el valor calórico y el contenido nutricional de la comida que ofrece la industria restaurantera.	14. Promoción de espacios de uso intensivo para una mayor actividad física: senderos acondicionados, naturales y de esquí; juegos de cancha; juegos de campo; caminos para bicicleta y pistas de patinaje.
3. Campañas educativas para incrementar la conciencia sobre la gravedad y las causas que subyacen los daños y las muertes de los accidentes de tránsito.	15. Alentar de manera continua a toda la comunidad para el uso de los actuales complejos recreativos: gimnasios, albercas, campos y estadios.
4. Actividades que promuevan un mayor entendimiento sobre la gravedad de las causas que subyacen a las enfermedades coronarias.	16. Apoyo continuo y reforzado a programas deportivos que involucran a un número amplio de canadienses.
5. Medidas que levanten el velo de la enfermedad mental y que produzcan un sentido más realista de la urgencia por atender la gravedad de este problema.	17. Alentar a los clubes deportivos privados a aceptar mayor responsabilidad social para expandir el uso de sus instalaciones a segmentos de la población canadiense menos favorecidos.
6. Información que incremente la conciencia de los peligros de la autome-dicación.	18. Expandir el actual apoyo a programas especiales dirigidos a población indígena, personas con discapacidad, adultas/os mayores y personas de bajos recursos.

⁶ Elaboración propia a partir del Informe Lalonde.

7. Promover campañas informativas que incrementen la conciencia de los problemas mentales relacionados al abuso del alcohol, drogas, tabaco y enfermedades venéreas.	19. Asegurar el apoyo a los movimientos de mujeres para ampliar programas deportivos a mujeres, incluyendo niñas, jóvenes, amas de casa y trabajadoras.
8. Alentar entre trabajadoras/es programas diseñados para facilitar la transición del empleo al retiro.	20. Asegurar el apoyo para trabajadoras/es en empleos sedentarios para establecer programas deportivos.
9. Reforzar programas exitosos para hacer más interesante la vida para las personas en retiro.	21. Asegurar el apoyo a sindicatos que representen trabajos sedentarios para establecer programas deportivos.
10. Promoción y coordinación de escuelas y programas de educación en salud para adultas/os, particularmente dirigidos por profesionales de la salud y profesoras/es.	22. Incrementar el cuidado de las/os trabajadoras/es de la salud sobre los factores que afectan la salud física.
11. Actividades para incrementar la conciencia y la responsabilidad de sectores específicos para que reduzcan riesgos propios y ambientales en salud: empresas, sindicatos, gobiernos, asociaciones voluntarias, grupos de acción, comunidades, profesionistas, madres/padres y maestras/os.	23. Crear un examen físico doméstico para que las/os canadienses puedan evaluar su condición física.
12. Programas continuos y amplios para promover el incremento de la actividad física de los canadienses.	

El Informe Lalonde recibió atención internacional al ser el primer documento gubernamental de un país industrializado que abogaba por el aumento y por la diversificación de recursos para incrementar la salud poblacional más allá de la mirada circunscrita a los servicios de salud.

En 1978, el gobierno federal de Canadá fundó la Dirección de Promoción de la Salud, primer organismo de su tipo a nivel mundial. La dirección se enfocó, inicialmente, en el factor estilo de vida al proponer cambios en las conductas individuales relacionadas a la salud. Sin embargo, en 1982, se desarrolló una estrategia más amplia en la que se incluyeron, además de los estilos de vida, medidas de políticas públicas estructurales, aunque éstas no fueron completamente implementadas.

3 ALMA-ATA, CARTA DE OTTAWA Y REPORTE EPP

Ante el deterioro macro económico de finales del siglo xx, distintos países industrializados produjeron su propia versión del Informe Lalonde con la intención de alentar

la inversión más allá de los sistemas de salud cuya dificultad, para ser financiados con recursos públicos, era cada vez mayor. En ese contexto se llevó a cabo la Conferencia de Alma-Ata (1978), auspiciada por la OMS y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y fue ahí donde se propuso regresar al fortalecimiento de la atención primaria en salud y a trabajar en el conjunto de factores descritos en el Informe Lalonde. En el Cuadro 3, podrás observar una serie de ideas sobre la atención primaria en salud desarrolladas en la Conferencia de Alma-Ata.

CUADRO 3

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA⁷

* Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, y está basada en la aplicación de los resultados relevantes sociales, biomédicos y de la investigación de los servicios de salud y de la experiencia en salud pública.
* Dirige su atención a los principales problemas comunitarios proporcionando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
* Incluye educación para prevenir y controlar problemas de salud, promoción de una nutrición apropiada, suministro adecuado de agua potable y sanidad básica, cuidado sanitario maternal e infantil incluyendo planificación familiar, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamientos apropiados para enfermedades comunes y lesiones, provisión de medicamentos básicos.
* Involucra, además del sector salud, a sectores y aspectos relacionados al desarrollo nacional y comunitario, en particular: agricultura, labranza, alimentación, industria, educación, vivienda, obra pública y comunicación. Demanda, además, la coordinación de esfuerzos de los sectores mencionados.
* Requiere y promueve la máxima autosuficiencia comunitaria e individual y la participación en la planeación, la organización, la operación y el control de la atención primaria en salud haciendo pleno uso de los recursos locales y nacionales con el fin de desarrollar, a través de una educación apropiada, la habilidad de participación de las comunidades.
* Sustentada en sistemas referenciales integrales, funcionales y solidarios, dirige la mejora progresiva del cuidado exhaustivo de la salud para todas/os, priorizando a quienes más lo necesiten.
* Asiste, en los niveles locales y referenciales, a trabajadoras/es de la salud, incluyendo médicas/os, enfermeras/os, parteras, auxiliares y trabajadoras/es comunitarias/os, así como a médicas/os tradicionales, adecuadamente entrenadas/os social y técnicamente para trabajar como equipo de salud y así responder a las necesidades de la salud comunitaria.

⁷ Elaboración propia a partir de O'Neill *et al.* (2012).

Conscientes de las propuestas expresadas en la Conferencia de Alma-Ata, personas funcionarias de la mayor parte de los países del mundo se reunieron, un año después de la Conferencia de Alma-Ata, en la Asamblea Mundial de la Salud. Dicha Asamblea, celebrada en 1979, fue auspiciada por la OMS. En ella se aprobó la resolución «Salud para todos en el año 2000». La resolución propuso una serie de medidas vinculadas al Informe Lalonde y a la Declaración de Alma Ata. Las medidas fueron sistematizadas por la OMS y dieron pie al documento conocido como «Estrategia global de salud para todos en el año 2000» (1982).⁸

En 1984, la oficina europea de la OMS en Copenhague, bajo el liderazgo de Ilona Kickbusch, articuló para Europa una propuesta de transición de educación de la salud a promoción de la salud expresada en el escrito *Promoción de la Salud: un documento para discutir sus conceptos y principios* (OMS, 1984). Este aporte condujo a la organización de la primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986.

De esta primera conferencia internacional derivó la Carta de Ottawa,⁹ la cual señala 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» (OMS, 1988). Propone, además, cinco líneas de acción: 1) elaboración de una política pública sana, 2) creación de ambientes favorables, 3) reforzamiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de las aptitudes personales y 5) reorientación de servicios sanitarios.

Otro resultado clave de la colaboración entre la OMS y académicas/os canadienses fue demostrar la importancia de factores ambientales en la salud que, si bien fueron identificados en el Informe Lalonde, recibieron poca atención en Canadá y en el resto del mundo. Por otra parte, la comunidad canadiense con trabajo en educación para la salud había comenzado a articular sus propias críticas durante la segunda mitad de la década de los años setenta consciente de que ofrecer información sobre salud de manera aislada, y enfocada en conductas individuales, podría llevar a culpar a las víctimas de sus propios problemas de salud. Las voces críticas argumentaron que cambiar el ambiente debía ser tan primordial como cambiar las conductas individuales. Los ambientes sociales, políticos, económicos, culturales y físicos debían transformarse en apoyos, en lugar de barreras, para los cambios individuales si la gente quería modificar su manera de vivir, de trabajar y de descansar.

Para algunas/os teóricas/os canadienses, el término «promoción de la salud» fue una señal crítica de la evolución de una educación de la salud tradicional e individual hacia una mirada ecológica y de modelos multinivel que emergieron, en 1986, con la publicación de la Carta de Ottawa. Estos modelos enfocaron la atención a los factores ambientales globales sin dejar de observar aquellos que operan a nivel individual, familiar y comunitario. Esto se ilustra en la Carta de Ottawa y en el documento canadiense *Alcanzando la Salud para Todos*, mejor conocido como Reporte Epp,¹⁰ presentado en la Primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (Epp, 1986).

⁸ Cuadro 4 y Anexo 3.

⁹ Anexo 4.

¹⁰ Anexo 5.

En el Reporte Epp, presentado por el entonces ministro de la Salud y Bienestar Nacional, Jack Epp, se reconoce que, a pesar de que Canadá cuenta con un sistema de salud sólido, existían tres retos que no habían sido adecuadamente trabajados a partir de políticas y prácticas de salud: 1) la existencia de grupos en desventaja que habían disminuido significativamente su esperanza de vida, 2) distintas formas de enfermedades y daños evitables que continuaban socavando la salud y la calidad de vida de las y los canadienses y 3) la necesidad de apoyos comunitarios para ayudar a miles de canadienses con enfermedades crónicas, discapacidad y varias formas de estrés emocional.

El Reporte Epp contiene cinco retos nacionales y tres estrategias. Los retos: 1) reducir inequidades, 2) incrementar el esfuerzo preventivo, 3) mejorar la capacidad de las personas para salir adelante, 4) promoción de la salud como respuesta y 5) un marco de referencia de la promoción de la salud. Las estrategias: 1) alentar la participación pública, 2) fortalecer los servicios comunitarios de salud y 3) coordinar política pública de salud.

4 CONSOLIDACIÓN Y DIVERSIFICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CANADÁ (1986-2007)

Después de 1986, la promoción de la salud recibió una importante atención internacional. Ilona Kickbusch, quien habría impulsado el programa europeo de la OMS, se trasladó a su sede central para desarrollar una acción global en promoción de la salud. La segunda conferencia internacional en promoción de la salud (Adelaide, Australia, 1988), así como la tercera (Sundsvall, Suecia, 1991), buscaron profundizar dos de las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa: políticas públicas de salud y creación de ambientes favorables, respectivamente.

Los años subsecuentes al lanzamiento de la Carta de Ottawa y al Reporte Epp fueron muy importantes para la promoción de la salud en Canadá. A la Dirección de Promoción de la Salud se le asignaron mayores recursos económicos y, por otro lado, iniciativas y programas expresados en el Reporte Epp fueron implementados. El proyecto Fortalecimiento de la Salud Comunitaria¹¹ y la iniciativa Comunidades Saludables¹² reflejan la intensidad de la actividad de este periodo. Estas dos estrategias buscaron, a nivel local, proveer recursos para estimular la mejora de procesos de movilización comunitaria.

A partir de 1994, y producto de los cambios en la economía canadiense y mundial, así como de la emergencia de la «salud poblacional» como nueva y poderosa perspectiva en Canadá, comenzó una etapa de debilitamiento en el apoyo a la promoción de la salud en Canadá y a nivel internacional.

Para O'Neill *et al.* (2012), a partir de mediados de los años noventa el alejamiento del Estado de Bienestar que iniciaría –para el caso canadiense– a finales de la década anterior, era cada vez más claro. Los discursos sobre la necesidad de presupuestos gubernamentales equilibrados, de reducir el déficit fiscal, de disminuir del rol del Estado

¹¹ The Strengthening Community Health project.

¹² The Healthy Communities initiative.

y de alentar una mayor presencia del mercado, de una mayor competencia económica en la era neoliberal, cobraron mayor fuerza. El dominio de esta perspectiva económica en sustitución de la llevada a cabo desde las economías de Estado de Bienestar tuvo sus consecuencias. Por ejemplo, la OMS, así como otros organismos de las Naciones Unidas, perdieron influencia, mientras que las empresas transnacionales y las instituciones económicas mundiales, como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio, se hicieron más poderosas.

Ron Labonté (2007) argumenta que las tendencias económicas mundiales de los años ochenta, y el colapso del socialismo real a inicios de los años noventa, dejó el campo abierto para que Estados Unidos definiera el nuevo orden mundial, situación que tendría importantes consecuencias en la evolución de la promoción de la salud. Ante este escenario, Labonté propuso entrelazar a la promoción de la salud con los movimientos sociales globales por la salud y la justicia, construir vínculos de empoderamiento entre naciones pobres y naciones ricas, así como participar en debates sobre el impacto de la globalización en la equidad de la salud internacional. Enfatizó, además, la necesidad de que las y los promotores de la salud ubicaran a las prácticas económicas neoliberales como las principales responsables de socavar la salud de las personas alrededor del mundo.

Ilona Kickbusch (2007) argumenta que gran parte de las instituciones clave que instrumentalizaron el nacimiento de la promoción de la salud prácticamente la abandonaron a partir de 1994. Después de la conferencia internacional de promoción de la salud de Sundsvall, Suecia, llevada a cabo en 1991, en lugar de dar continuidad al patrón de celebrar conferencias internacionales cada dos años para encaminar las tres estrategias restantes de la Carta de Ottawa (fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar servicios de salud), la OMS fue forzada a realizar los encuentros de manera irregular y sobre temas de preocupación de los países sede. Tales fueron los casos de las conferencias de Yakarta (1997), México (2000) y Bangkok (2005). Como resultado de estas transformaciones, la comunidad internacional de promotoras y promotores de la salud alzó su voz en la conferencia de México para denunciar la falta de compromiso de la OMS y, años más tarde, para denunciar la inclusión del sector privado como socio clave en la Carta de Bangkok. La preocupación era que, si los gobiernos, que habían sido los principales mecanismos a través de los cuales se adoptaron mejores políticas de salud por décadas de lo global a lo local, ponían los asuntos de la promoción de la salud en manos de empresas privadas cuyo principal interés radica en maximizar las ganancias de sus accionistas, el bienestar común y la salud poblacional estarían en riesgo.

En el caso canadiense, la publicación del libro *¿Por qué algunas personas están saludables y otras no?* (Evans, Barer y Marmor, 1994),¹³ editado por economistas de la salud canadienses y estadounidenses, ayudó a posicionar el concepto «salud poblacional» en la agenda de la política pública canadiense e internacional. Esta obra llevó a que el gobierno canadiense abandonara su liderazgo internacional en promoción de la salud. Entre los indicadores de este cambio, señala Pinder (2007),

¹³ Evans, R.G., Barer, M.L. y Marmor, T.R. (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.

se ubican el reemplazo de la Dirección de Promoción de la Salud por la Dirección de Salud Poblacional en 1995 y, dos años más tarde, la adopción de la perspectiva en salud poblacional por parte del poder ejecutivo para trazar las directrices de las políticas públicas en salud. Además, muchas de las provincias adoptaron a la salud poblacional para el diseño de sus políticas.

Sin embargo, la promoción de la salud no desapareció del todo a nivel federal y provincial. Por ejemplo, Health Canada –la entidad del gobierno federal canadiense sobre salud– realizó esfuerzos para integrar salud, población y promoción de la salud en una estructura común además de mantener y producir programas basados en lo que la promoción de la salud dejó establecido durante dos décadas. Los conceptos y los acercamientos en promoción de la salud fueron integrados a estrategias de nivel territorial, provincial y federal y, en al menos dos provincias, se establecieron ministerios o departamentos de promoción de la salud. Adicionalmente, Health Canada, y posteriormente la Agencia de Salud Pública de Canadá, suministraron financiamiento y apoyo al Consorcio Canadiense para la Investigación en Promoción de la Salud con el objetivo de impulsar proyectos y organizar la décimo novena conferencia de la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación para la Salud, la cual se llevó a cabo en la ciudad de Vancouver en 2007. Por otro lado, la red canadiense de centros universitarios de investigación en promoción de la salud logró obtener recursos para continuar su trabajo. La Agencia de Salud Pública, creada en 2004, implementó el Centro para la Promoción de la Salud poco tiempo después de su creación.

A pesar de que entre 1994 y 2007 la salud poblacional eclipsó a la promoción de la salud, esta última estuvo todavía activa como campo académico y de acción. Los liderazgos en el campo cambiaron del gobierno a la academia. Para 2007, año de la Conferencia de la IUHPE en Vancouver, las y los profesionales de la promoción de la salud en Canadá veían con optimismo el futuro de la misma y la oportunidad para consolidar, nuevamente, a Canadá como líder internacional en la materia.

5 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CONTEMPORÁNEA EN CANADÁ (2007-2017)

Ann Pederson, Irving Rootman, Katherine L. Frohlich, Sophie Dupéré y Michel O'Neill (2017) señalan que el colapso del mercado hipotecario estadounidense de 2008 llevó a una crisis económica global y forzó a la mayor parte de los países a reevaluar sus compromisos en materia de programas sociales, incluyendo los relacionados a la promoción de la salud. En Europa, por ejemplo, habría reducido el financiamiento público a los sistemas de salud, así como a programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En el contexto de esta recesión económica, destacan Pederson *et al.* (2017), la OMS habría lanzado en 2008 el reporte de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud trabajado durante tres años con representantes de países desarrollados (incluyendo Canadá) y en desarrollo. Este reporte hace un llamado a los gobiernos para que atiendan las inequidades asociadas a los determinantes sociales de la salud a través de distintos medios, como la promoción de la salud. Dos años más tarde, durante la conferencia de

la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE) celebrada en Ginebra, Margaret Chan, directora general de la OMS, se presentó como una fuerte aliada de la promoción de la salud y renovó el compromiso de la OMS con el campo disciplinar. Cabe destacar que Canadá fue la segunda delegación más grande que participó en dicha conferencia (Pederson *et al.*, 2017).

En ese periodo, la investigación, la educación y la capacitación siguieron adelante. Los cinco programas canadienses de licenciatura en promoción de la salud continuaron preparando profesionistas en Dalhousie University, University of Montréal, Université Laval, University of Toronto y University of Alberta. Adicionalmente, estudiantes de posgrado en salud pública tuvieron acceso a formación en promoción de la salud (Pederson *et al.*, 2017).

El aniversario vigésimo quinto de la publicación de la Carta de Ottawa, celebrado en 2011, generó mucha atención y discusión sobre el impacto de la Carta y el legado canadiense en la materia. En la conferencia anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) de 2011, Trevor Hancock, uno de los principales representantes de la promoción de la salud canadiense, retó a los asistentes a «atrapar la antorcha» del legado expresado en la Carta. Una serie de reuniones subsecuentes a las conferencias anuales de la CPHA de 2011 culminaron, en junio de 2016, con una sesión titulada: «Atrapar la Antorcha de la Promoción de la Salud». El encuentro ayudó a fortalecer las relaciones entre las comunidades de profesionistas e investigadoras/es para el desarrollo de la nueva organización Health Promotion Canada (Promoción de la Salud de Canadá) (Pederson *et al.*, 2017).

Como parte de las conmemoraciones de los 30 años de la Carta de Ottawa se llevó a cabo el Sexto Foro Global de Promoción de la Salud en Charlottetown, Isla del Príncipe Eduardo, en octubre de 2016. Asistieron alrededor de 300 personas de 25 países quienes lanzaron la Declaración de Promoción de la Salud de la Isla del Príncipe Eduardo, la cual fue compartida con los organizadores de la OMS que llevaron a cabo la novena conferencia internacional de promoción de la salud en Shanghái, China, en noviembre del mismo año (Pederson *et al.*, 2017).

A pesar de estos esfuerzos, Pederson *et al.* (2017) reconocen que, en Canadá, la promoción de la salud y la salud pública en general, permanecen bajo ataque. En uno de los principales diarios nacionales de mayor circulación, *The Globe and Mail*, P. S. Taylor publicó el 17 de noviembre de 2014 que no es tarea de la salud pública opinar sobre impuestos, política económica, libre comercio y control corporativo. Tampoco debería ser de su preocupación el interferir en las decisiones libres de las y los adultos. Estos ataques, advierten Pederson *et al.* (2017), han contribuido a generar un clima que permite a los gobiernos reducir el financiamiento a iniciativas de salud pública y a disminuir la fuerza de los profesionistas de la salud pública.

GUÍA DE PREGUNTAS DE LA UNIDAD I

1. Investiga qué pueblos formaban parte del actual territorio canadiense, qué imperios europeos colonizaron dicho territorio y qué impactos tuvo la colonización en términos políticos, económicos y culturales para los pueblos originarios del Canadá.
2. Según Robin Badgley (1994), ¿qué caracterizó a la salud pública canadiense durante el siglo XX?
3. ¿Qué funciones desempeñó la Comisión de Salud Provincial de Ontario fundada en 1882 y qué significó para la salud pública canadiense?
4. ¿Qué opinión te merece la postura de Wilfred Laurier, primer ministro del Canadá (1896-1911), quien se opuso a la regulación legislativa para el consumo del tabaco en 1904 y, un año más tarde, a la intervención federal para atender la tuberculosis?
5. ¿Cuándo se establecieron los primeros programas en promoción de la salud del Canadá y en qué consistieron, según Robin Badgley (1994)?
6. ¿Qué encuentros y desencuentros se dieron, durante la década de los años setenta del siglo XX, entre educación para la salud y la naciente promoción de la salud en Canadá?
7. ¿Qué relación encuentran O'Neill, Rootman, Dupéré y Pederson (2012) entre el Informe Lalonde y el Estado de Bienestar?
8. ¿Qué aportó el Informe Lalonde para su época?
9. ¿Cuál fue la importancia de la Conferencia de Alma-Ata, celebrada en 1978, y cuál consideras que sea su importancia actual ante el escenario pandémico y post pandémico derivado de la emergencia sanitaria asociada a COVID-19?
10. ¿Cuáles son las cinco líneas de acción de la Carta de Ottawa?
11. ¿Qué importancia conlleva el Reporte Epp de 1986 para la Promoción de la Salud del Canadá?
12. ¿Qué papel jugó el neoliberalismo en el debilitamiento de la promoción de la salud del Canadá a partir de 1994?
13. Investiga y lee la Declaración de Promoción de la Salud de la Isla del Príncipe Eduardo (2016) y analízala a partir de la información de la Unidad I.
14. ¿Qué postura tienes sobre las opiniones de P.S. Taylor expresadas, el 17 de noviembre de 2014, en el diario canadiense The Globe and Mail?

UNIDAD II

REFLEXIONES TEÓRICAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

1 CONCEPTOS CLAVE EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CANADIENSE

La promoción de la salud internacional comparte una serie de conceptos y categorías, siempre en debate, para su constante acción reflexiva y práctica cotidiana. En el caso canadiense, Irving Rootman y Michel O'Neill (2017) señalan que la definición de «salud» –contenida en la Carta de Ottawa– ha tenido una significativa influencia en la práctica de la promoción de la salud de Canadá.

La Carta de Ottawa define a la salud como «un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de vivir. Salud es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas» (OMS, 1986: 1).

Otro concepto canadiense de impacto en la promoción de la salud internacional ha sido el concepto «campo de salud» (Lalonde, 1974), el cual sugiere que la salud está determinada no solo por los servicios de salud. Incorpora, en consecuencia, cuatro elementos o factores –que más adelante serán considerados como determinantes– delineando el campo de salud: «biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la salud» (Rootman y O'Neill, 2017: 22).

Para las y los promotores de la salud de Canadá, la introducción de los conceptos estilo de vida y medio ambiente en el ámbito de la salud impactó su quehacer al menos durante la década posterior al Informe Lalonde. Durante la década de los años ochenta, se produjo un cambio de una promoción de la salud con perspectiva en comportamientos individuales a una perspectiva en promoción de la salud con énfasis en aspectos más sociales y políticos.

En la primera edición del libro *Health Promotion in Canada* (1994), Rootman y Raeburn apuntaron:

Salud, como es percibida en el contexto de la promoción de la salud canadiense, se vincula la calidad de vida física, mental y social de las personas determinadas por dimensiones psicológicas, societales, culturales y políticas. Las y los promotores de la salud canadienses consideran que la salud mejora con un estilo de vida adecuado y el uso equitativo de los recursos públicos y privados que permitan a las personas aprovechar sus iniciativas individuales y colectivas para mantener y mejorar su propio bienestar, de la manera en que ellas mismas lo definan (Rootman y Raeburn, 1994: 69).

Trece años más tarde, en la segunda edición de *Health Promotion in Canada* (2007), los mismos autores fueron más allá de su primer concepto y enfrentaron los dilemas que éste generaba. Concluyeron que se necesitaba un nuevo concepto de salud para el siglo XXI para revitalizar la promoción de la salud:

En el ámbito de la promoción de la salud, la salud es equivalente a la sanidad y está relacionada con los conceptos de resiliencia y capacidad. Se refiere principalmente a las dimensiones mentales y físicas de la sanidad, tiene fuertes aspectos vivenciales y sociales, y está determinada por muchos factores internos y externos, incluyendo aquellos de naturaleza personal, colectiva, medioambiental, política y global (Raeburn y Rootman, 2007: 28).

En 2008, Monica Eriksson y Bengt Lindström argumentaron en un artículo publicado en *Health Promotion International* que la teoría salutogénica de Antonovsky debía convertirse en clave conceptual para el campo de la promoción de la salud. Los autores señalaron que colocar el foco en los factores que apoyan el bienestar, en contraste con aquellos que causan la enfermedad, podría generar una importante contribución a la teoría y práctica de la promoción de la salud. La propuesta de retomar la salutogénesis fue recibida con beneplácito en la Vigésima Conferencia Global en Promoción de la Salud celebrada, en 2010, en la ciudad de Ginebra. En ese mismo año, los autores referidos indicaron:

El término salutogénesis fue presentado por Aaron Antonovsky a inicios de la década de los años ochenta para describir un acercamiento a la salud humana enfatizando los factores que sostienen la salud y el bienestar, en lugar de aquellos que causan la enfermedad. Él desarrolló este concepto desde su investigación sobre cómo las personas sobreviven, se adaptan y superan inclusive las experiencias de vida más difíciles y estresantes, como el vivir en un campo de concentración. Hipotetizó el que un factor estresante pudiese ser patogénico, neutral o saludable, dependiendo en lo que él llamó recursos de resistencia generalizada. Según el autor, estos recursos ayudan a las personas a construir sentido y manejar situaciones. Postuló que el sentido de coherencia de las personas determina si el estrés las dañará. (Lindström y Eriksoon, 2010).

En 2014, en otro artículo publicado en *Health Promotion International* se señaló que la salutogénesis «provee un cuadro teórico donde el sufrimiento es presentado como una fuente potencial positiva de aprendizaje (Oliveira, 2014: 222).

Para Rootman y O'Neill (2017), si bien no existe una definición unánime sobre salud, existe consenso entre promotoras/es de la salud canadiense en reconocer que la salud tiene componentes físicos, mentales y sociales, que está relacionada al bienestar y que puede ser vista como un recurso de vida.

En cuanto a conceptos sobre promoción de la salud, dos de ellos han tenido fuerte influencia en Canadá. El de la Carta de Ottawa que define a la promoción de la salud como «el proceso de permitir a las personas aumentar el control y mejorar su salud» (OMS, 1986: 1) y aquel que señala que la promoción de la salud se refiere a:

cualquier combinación planeada de apoyos educacionales, políticos, regulatorios y organizacionales, así como de condiciones de vida conducentes a mejorar la salud de individuos, grupos y comunidades. (Green y Kreuter, 2005: 462).

Esta última definición concibe a la promoción de la salud como una subárea especializada, o función esencial, de los sistemas de salud públicos. En contraste a dicha concepción restrictiva, Rootman y O'Neill (2017) advierten que lo definitorio en promoción de la salud es el foco en el cambio planeado de estilos de vida y de condiciones de vida que tienen impacto en la salud, utilizando una variedad de estrategias como la educación para la salud, el mercadeo social y la comunicación masiva para la esfera

individual y, para la esfera colectiva, la acción política, la organización comunitaria y el desarrollo organizacional.

Para aclarar las fronteras de promoción de la salud como campo disciplinar, O'Neill y Striling (2007) señalan la importancia de compararlo con el campo disciplinar de la educación para la salud. En Canadá, la promoción de la salud emergió como una evolución de la educación para la salud, la cual se formalizó a inicios de la década de los años cincuenta y trabaja, principalmente, en incidir en el cambio de conductas individuales relacionadas a la salud. Ya en la década de los años setenta, distintas/os educadoras/es de la salud se dieron cuenta que intentar incidir en el cambio comportamental individual sin alterar el medio ambiente en el que se manifiesta, produce resultados limitados. A mediados de la década de los años ochenta, al campo de la educación para la salud se le identificó, en Canadá, como promoción de la salud con el objetivo de ir más allá de las conductas individuales. Inclusive, se propusieron fronteras más amplias que más tardes fueron conocidas como «ecológicas».

Para algunas/os trabajadoras/es de la salud, la transición de una educación para la salud con perspectiva individualista a una promoción de la salud con un enfoque más ecológico que requirió de profesionistas para intervenir a múltiples niveles, resultó un reto complicado (Green y Raeburn, 1988). Fue hasta 1993 que la principal organización en la materia, la Unión Internacional para Educación de la Salud (IUHPE), decidió cambiar su nombre al de Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud (IUHPE), conservando tanto educación como promoción en tanto designación.

En países como Estados Unidos y Francia, comentan Rootman y O'Neill (2017), el término educación de la salud ha sido más usado que el de promoción de la salud, tanto para referirse a acciones de carácter más individual como a acciones que van más allá de lo individual.

Para Nutbeam:

La educación de la salud comprende oportunidades construidas conscientemente para aprender a incorporar formas de comunicación diseñadas para el mejoramiento de la alfabetización en salud, incluyendo el incremento del conocimiento y el desarrollo de habilidades para la vida conducentes a mejorar la salud individual y comunitaria. (Nutbeam, 1998: 354).

A pesar de que en el campo de la educación de la salud canadiense han existido posicionamientos críticos a la reducción del mismo, la mayor parte de las y los promotores de la salud canadienses actualmente conciben a la educación de la salud como una estrategia en el campo más amplio de la promoción de la salud (Rootman y O'Neill, 2017).

Como resultado del trabajo del Grupo de Salud Poblacional del Instituto Canadiense para la Investigación Avanzada,¹ en 1994 los ministros federal y provinciales de salud en Canadá endosaron una lista de «determinantes de la salud» que incluían, además de los cuatro elementos del «concepto campo de salud» (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención a la salud), el ingreso económico, el estatus

¹ Population Health Group at the Canadian Institute of Advanced Research.

social, las redes de apoyo, la educación, el empleo, las condiciones de trabajo, la genética, el autocuidado y la habilidad para afrontar retos, el desarrollo de la salud infantil y los servicios de salud (Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1994). Más adelante, Health Canada agregó género y cultura al listado.

Desde entonces, de los distintos conjuntos de determinantes que tienen impacto en la salud, los sociales han ganado mayor importancia en la promoción de la salud de Canadá. Rootman y O'Neill (2017) reconocen el legado histórico de Federico Engels y de Rudolf Virchow quienes, durante el siglo XIX, dieron cuenta de la relación entre condiciones sociales y salud, aunque no hacen mención de los aportes de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericanas al respecto.

Según Rootman y O'Neill (2017), el término «determinantes sociales de la salud» fue propuesto por primera vez en 1996 por los investigadores británicos David Blane, Eric Brunner y Richard Wilkinson, ampliando el concepto de medio ambiente propuesto en el Informe Lalonde al considerar que el concepto no solamente era físico, sino también social. En 2002, durante la Conferencia sobre Determinantes Sociales de la Salud organizada en York University a nivel canadiense, fueron identificados doce determinantes sociales de la salud: 1) estatus aborígen,² 2) primeros años de vida, 3) educación, 4) empleo y condiciones de trabajo, 5) seguridad alimentaria, 6) género, 7) servicios de salud, 8) vivienda, 9) ingreso y distribución, 10) exclusión social, 11) redes de seguridad social y 12) desempleo y seguridad laboral. Además, el concepto «determinantes sociales de la salud» fue definido como: «las condiciones económicas y sociales que configuran la salud de los individuos, las comunidades y las jurisdicciones como un todo» (Raphael, 2009: 2). Otros cuatro elementos sociales de la salud fueron añadidos, posteriormente, desde la academia canadiense: 13) discapacidad, 14) geografía, 15) estatuto migratorio y 14) raza (Raphael, 2016).

A pesar de que la Comisión Social de los Determinantes Sociales en Salud de la OMS no ofreció una definición concreta de los determinantes sociales de la salud en su reporte de 2008, un documento posterior que habla de los antecedentes del reporte referido, conceptualiza a los determinantes sociales de la salud como «las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para tratar las enfermedades» (OMS, 2010: 2).

El concepto anglosajón de «empoderamiento», consideran Rootman y O'Neill (2017), es otro concepto sustantivo para la promoción de la salud. De hecho, se ha señalado que:

[...] el principal criterio para determinar si cierta iniciativa debe ser considerada, o no, promotora de la salud, es el de analizar si ésta incorpora el proceso de habilidad o empoderamiento de individuos o comunidades (Rootman, Goodstadt, Potvin y Springett, 2011: 14).

² El término utilizado por Raphael (2009) en inglés es el de «aboriginal status». Para no entrar en la complejidad de los debates conceptuales, y por respeto a la definición misma, la traducción la realicé de manera literal. En el contexto canadiense el término «aborígen» no es equivalente al término «indígena».

Para Rootman *et al.* (2011) la promoción de la salud consiste fundamentalmente en garantizar que las personas y las comunidades puedan asumir el poder al que tienen derecho. El concepto de «empoderamiento» ha ganado relevancia en la promoción de la salud canadiense al ser un mecanismo que reduce las inequidades en salud, objetivo fundamental de la promoción de la salud, subrayan Rootman y O'Neill (2017).

El concepto de empoderamiento habría sido desarrollado en el campo de la psicología comunitaria durante de la década de los años ochenta y fue definido como «un mecanismo a través del cual las personas, las organizaciones y las comunidades ganan dominio sobre sus vidas» (Rappaport, 1987: 122). Chris Rissel (1994) incorporó el concepto de empoderamiento a la promoción de la salud distinguiendo el individual del comunitario. En cuanto al primero, el autor lo define como el sentimiento que las personas viven al obtener mayor control sobre sus propias vidas al incorporarse de manera activa a grupos y organizaciones sin que necesariamente ocurra desde la acción política colectiva. En cuanto al empoderamiento comunitario, Rissel visibiliza: 1) el aumento del nivel de empoderamiento psicológico entre las y los integrantes de una comunidad, 2) el componente de la acción política a la que se incorporan las y los individuos y 3) el logro de cierta redistribución de recursos o decisiones favorables al grupo o a la comunidad.

Wallerstein, Minkler, Cater-Edwards, Avila y Sanchez (2015) definieron empoderamiento como un proceso de acción social para que las personas obtengan control sobre sus vidas en el contexto de cambiar sus ambientes sociales y políticos para mejorar la equidad y la calidad de vida.

Resulta interesante observar que Irving Rootman y Michel O'Neill (2017) reconocen a Paulo Freire, pedagogo brasileño y autor de *Pedagogía del oprimido*, como un pionero del empoderamiento a pesar de que Freire, reconocen Rootman y O'Neill, jamás haya usado empoderamiento como concepto. Para ellos, la propuesta de Freire sobre cómo las/os oprimidas/os pueden ser ejemplo de la lucha por su propia redención todavía se sostiene como una definición que inspira la esencia del empoderamiento y ha tenido, además, un importante impacto en la manera en la que el empoderamiento es visto en la promoción de la salud contemporánea (Rootman y O'Neill, 2017).

La alfabetización en salud ha ganado terreno como otro concepto vital en la promoción de la salud canadiense (Rootman, Franklish y Kazsap, 2007). A pesar de que el concepto apareció por primera vez en la educación para la salud (Simonds, 1974), éste fue incorporado a la promoción de la salud a finales de la década de los años noventa por Kickbusch (1997), así como en un glosario de términos en promoción de la salud elaborado por Nutbeam (1998) y en un artículo en el que Nutbeam (2000) argumentó que la alfabetización en salud es fundamental para las actividades en educación de la salud.

El concepto de alfabetización en salud, para el caso canadiense y siguiendo a Rootman y O'Neill (2017), apareció por primera vez en el año 2000 durante la primera Conferencia Canadiense en Alfabetización y Salud. Se ha convertido en un objeto de investigación y práctica creciente en Canadá como se constató en el Panel Canadiense de Expertos en Alfabetización en Salud (Rootman y Gordon-El-Bohbet, 2008). A pesar de que existe cierta controversia sobre la definición en alfabetización en salud, la pro-

puesta presentada en 2006 por el equipo de Investigación de Columbia Británica en Alfabetización en Salud ha ganado mayor terreno en Canadá:

El grado en el que las personas son capaces de acceder, entender, evaluar y comunicar información para vincularse con las demandas de distintos contextos de salud y así promover y mantener una buena salud durante el curso de vida. (Kwan, Frankish y Rootman, 2006).

Durante los últimos años, advierten Rootman y O’Neill (2017), se ha observado cierto progreso en el desarrollo de una definición más adecuada sobre alfabetización en salud. Dicho progreso puede observarse en el documento Consideraciones para una Nueva Definición en Alfabetización en Salud (Pleasant *et al*, 2016, citado en Rootman y O’Neill, 2017), el cual sugiere cuatro componentes necesarios para la conceptualización de alfabetización en salud: 1) incluir tanto las demandas y las complejidades sistémicas como las habilidades y las capacidades personales; 2) incluir componentes, procesos y productos medibles; 3) reconocer el potencial para el análisis del cambio y 4) demostrar la relación entre decisiones informadas y acción.

Rootman y O’Neill (2017) colocan al concepto «calidad de vida» dentro de los conceptos fundamentales de la promoción de la salud canadiense, del cual se hace mención en la Carta de Ottawa y es visto, por lo general, como el resultado final del trabajo en promoción de la salud. El Centro de Promoción de la Salud de Toronto definió a la calidad de vida como el grado en el que una persona disfruta de las alternativas sustantivas de su vida. Esta definición ha sido representada en nueve sectores de vida agrupados en Ser, Pertener y Devenir como se demuestra en el cuadro cinco:

CUADRO 5
 MODELO DE CALIDAD DE VIDA
 Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto³

SER	QUIÉN ES UNA/O
Ser físico	Salud física Higiene personal Nutrición Ejercicio Aseo y vestido Apariencia física personal
Ser psicológico	Salud psicológica y adaptación Cogniciones Sentimientos Autoestima, autopercepción y autocontrol

³ Elaboración propia a partir de Rootman y O’Neill (2017).

Ser espiritual	Valores personales Estándares personales de conducta Creencias espirituales
PERTENECER	CONEXIONES CON LOS AMBIENTES
Pertenencia física	Hogar Lugar de trabajo y de estudio Lugar de residencia Comunidad
Pertenencia social	Intimidad con otros Familia Amistades Compañeros de trabajo Barrio y comunidad
Pertenencia comunitaria	Ingreso adecuado Servicios sociales y de salud Empleo Programas educacionales Programas recreacionales Eventos y actividades comunitarias
DEVENIR	ALCANZAR METAS PERSONALES, ESPERANZAS Y ASPIRACIONES
Devenir práctico	Actividades domésticas Trabajo pagado Actividades escolares y voluntarias Encuentro con salud y necesidades sociales
Devenir en ocio	Actividades que promueven la relajación y la reducción del estrés
Devenir en crecimiento	Actividades que promueven el mantenimiento o la mejora del conocimiento y de las capacidades Adaptación al cambio

Finalmente, Rootman y O'Neill (2017) reconocen que existen otros conceptos clave en la promoción de la salud canadiense como curso de vida, el cual proviene desde tiempo atrás del campo de la gerontología y su uso se ha incrementado en la investigación y en la práctica de la promoción de la salud. Segall y Fries (2011) utilizan la perspectiva de curso de vida a manera de acercamiento para investigar cómo ciertos factores sociales como clase, género y etnicidad operan en diferentes etapas del ciclo de vida y contribuyen a crear disparidades en salud. Estos autores ligan curso de vida a los conceptos de determinantes de la salud, inequidades en salud y a la teoría interseccional.

2 TEORÍA SOCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Simon Carroll (2017), académico del Departamento de Sociología de la Universidad de Victoria, reconoce que lo que define a la promoción de la salud como campo de pen-

samiento y de práctica ambiguo, contradictorio y algunas veces nebuloso es su vínculo problemático con sus propias bases teóricas. La promoción de la salud, señala Carroll, ha utilizado una amplia gama de teorías y, hasta fechas recientes, se ha reflexionado sobre lo que debe constituir su propia base teórica.

La promoción de la salud –a diferencia de la medicina, de la prevención de la enfermedad, e inclusive de la salud poblacional– se relacionaría casi exclusivamente a la acción social entendida en sentido amplio, argumenta Carroll. La promoción de la salud tendría que ver con el cambio social y, a pesar de que está vinculada a las personas, su interés radicaría en las personas en tanto seres sociales. Si salud se produce socialmente, la salud individual solo puede ser entendida, sin lugar a dudas, dentro de un contexto social, agrega Kickbusch (1989).

Para Carroll, la perspectiva de entender la promoción de la salud en términos sociales implica la necesidad de pensar de forma diferente lo teórico a lo que tradicionalmente propone la ciencia empírica positivista. De hecho, el tipo de teorización necesaria para la promoción de la salud estaría más cerca de las tradiciones de la filosofía y de la teoría social que de las teorías emanadas de las ciencias naturales (Carroll, 2017). La propuesta de apartarse del entendimiento científico ortodoxo sobre lo teórico ha sido difícil de manejar, particularmente para un campo tan institucionalmente dominado por sus relaciones con las ciencias biomédicas y con la epidemiología, enuncia Carroll (2017), e inclusive con ciertas perspectivas ortodoxas positivistas tanto de la psicología como de acercamientos sociológicos a las ciencias sociales.

Carroll (2017) advierte que existe una tendencia desafortunada que lleva a pensar los métodos y las teorías en tanto entidades separadas que operan de manera independiente al quehacer científico. Para este autor, todos los métodos científicos estarían contruidos a partir de presuposiciones teóricas. De hecho, la importante distinción entre metodología y métodos estaría contruida desde dicha perspectiva. La metodología sería la justificación lógica o teórica para el uso de métodos específicos que dan respuesta a tipos específicos de preguntas de investigación. En consecuencia, cuando se habla de diferentes maneras de teorizar sobre promoción de la salud, se estaría hablando al mismo tiempo sobre qué tipo de implicaciones metodológicas tienen las diferentes conceptualizaciones teóricas para el campo de la promoción de la salud (Carroll, 2017).

Teoría, en promoción de la salud, se vincularía al objeto (dimensión ontológica)⁴ de la promoción de la salud y a cómo sabemos lo que sabemos acerca del objeto (dimensión epistemológica)⁵ y, en consecuencia, a qué racionalidad o justificación (dimensión metodológica)⁶ está siendo empleada para adquirir conocimiento de una serie determinada de métodos (Carroll, 2017).

⁴ Para el Diccionario de la Real Academia Española, la ontología es la parte de la metafísica que trata del ser en general y de sus propiedades trascendentales (Real Academia Española, s.f., definición 1).

⁵ Para el Diccionario de la Real Academia Española, la epistemología es la teoría de los fundamentos y métodos del conocimiento científico (Real Academia Española, s.f., definición 1).

⁶ Para el Diccionario de la Real Academia Española, la metodología es un conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica o en una exposición doctrinal (Real Academia Española, s.f., definición 2).

La promoción de la salud se habría construido como una crítica social a la salud pública. De hecho, y siguiendo a Carroll, la orientación básica de la promoción de la salud sería un proyecto emancipatorio que proviene de la tradición de la teoría social crítica. La tradición del razonamiento crítico, desde Kant, sería la historia de la constante evolución del movimiento dialéctico de razonar ligado a la crítica de una sociedad existente, y que habría tenido como objetivo la emancipación de los seres humanos de una variedad de restricciones arbitrarias y colectivamente autoimpuestas para desarrollar la habilidad y la capacidad de emerger y expresarnos de manera equitativa, libre y auténtica (Carroll, 2017).

Para Carroll (2017), tres temáticas clave de la teoría social se vinculan a los dilemas de la investigación y de la práctica en promoción de la salud: 1) clase y estatus, 2) la dialéctica de la racionalización y 3) la dualidad entre estructura y agencia.

A pesar de que la promoción de la salud está inundada de referencias sobre el vínculo entre inequidad social y resultados de salud inequitativos, advierte Carroll, existe una débil o prácticamente nula confrontación con una de las preguntas centrales de la teoría social: ¿Cuáles son los principales mecanismos causales que subyacen a las inequidades sociales? Dentro de la tradición sociológica, la respuesta a esta interrogante constituiría una de las principales diferencias entre las/os herederos de Marx y las/os herederos de Weber, enuncia Carroll. Y, para la promoción de la salud, esto resultaría fundamental una vez que la promoción de la salud aspiraría a cambiar la sociedad para reducir la inequidad social y, en consecuencia, para reducir la inequidad en salud. Para ello, la promoción de la salud requeriría, en principio y siguiendo a Carroll, de un perspicaz acercamiento para entender qué causa dichas inequidades y, de este modo, ser efectivas/os en su transformación. Simon Carroll insiste en la necesidad de entender los mecanismos subyacentes y dinámicos que configuran y reproducen diferencias grupales relativamente estables como son el ingreso, el bienestar, la vivienda, la educación y la salud (Carroll, 2017).

Para Marx, señala Carroll, resultaba claro que la principal fuerza que conducía a generar inequidades sociales era la división de la sociedad en clases antagónicas, las cuales estarían definidas por su relación con los medios de reproducción material de las sociedades. En las sociedades occidentales en particular, las etapas del desarrollo social fueron divididas en diferentes tipos de relaciones productivas de clase, desde las sociedades clásicas de la antigüedad basadas en la relación entre los dueños de esclavas/os y las/os esclavas/os, a las sociedades feudales basadas en la relación entre los dueños de la tierra y las/os siervas/os, hasta las sociedades modernas capitalistas basadas en la relación entre los dueños burgueses del capital y las/os trabajadoras/es forzadas/os a vender su mano de obra para subsistir. Para las y los marxistas, indica Carroll, la dinámica de la lucha de clases en las sociedades capitalistas por la división del valor de la plusvalía entre capital y trabajo representa la fuerza más poderosa que subyace a la generación de las inequidades sociales. La clase capitalista habría sido relativamente exitosa en trasladar los costos de las crisis económicas a las y los trabajadores y a salir de las crisis económicas desde posiciones fortalecidas para la renovación de la rentabilidad (Carroll, 2017).

En síntesis, Carroll apunta cómo las y los marxistas ven a la clase social como la fuerza sustantiva detrás de la generación de las inequidades sociales. Incorporar una

perspectiva marxista o de inspiración marxista sobre inequidad social implicaría, en consecuencia, incorporar una perspectiva de mediano y largo plazo una vez que ésta enfoca su mirada en las fuerzas económicas fundamentales que subyacen y afectan todos los niveles de la sociedad. La determinación de esta perspectiva depende de cómo se conceptualiza y teoriza la relación entre las fuerzas económicas básicas y otros niveles y esferas del mundo social. Para la promoción de la salud, siguiendo a Carroll, la perspectiva marxista ayuda a entender que para tener un verdadero impacto en transformar las inequidades sociales se requiere de cambios básicos en las relaciones entre dueñas/os del capital y aquellas/os que trabajan para las/os dueños del capital. Esto no significaría que nada positivo pueda hacerse más allá de la revolución social, pero sí implicaría el contar con una mirada más optimista sobre las posibilidades de cambio social al interior de un sistema que tan poderosamente controla las inequidades sociales más profundas que se buscan reducir (Carroll, 2017).

Simon Carroll acude a Olin Wright (2009) para construir puentes de diálogo teórico entre Karl Marx y Max Weber propicios para una promoción de la salud crítica. Mientras que el acercamiento weberiano a clase social y estatus difiere significativamente del acercamiento marxista, indica Carroll, ambos compartirían una característica en común que estaría faltando en la concepción epidemiológica más convencional sobre clase y estatus: la estratificación jerárquica de atributos y de condiciones sociales (Olin Wright, 2009). Tanto las concepciones marxistas como las concepciones weberianas de clase y de estatus están profundamente conectadas a relaciones de poder, anota Carroll. Para Marx, las relaciones de poder son relaciones de dominación y de explotación, mientras que para Weber son relaciones de exclusión y de distinción. Esta característica teórica resulta fundamental en cuanto a que este aspecto relacional de clase y estatus distingue tanto al antagonismo y al dinamismo de clase como a las sociedades divididas por estatus. El análisis marxista demuestra, siguiendo a Carroll, el antagonismo entre la distribución general de la plusvalía económica entre lucro y salario, así como las relaciones de dominación al interior de los espacios laborales entre empleadoras/es y trabajadoras/es. El análisis weberiano se enfoca, a su vez, en las formas de cercar y excluir que las clases privilegiadas imponen a las clases subordinadas en el mercado laboral junto a formas de autoridad establecidas a través de la distinción social entre grupos de diferente estatus. Ambos acercamientos nos hablarían, señala Carroll, de las fuerzas sociales fundamentales que conducen el cambio y conservan el poder en las sociedades modernas, además de exponer las profundas escisiones y contradicciones que se ubican en el núcleo de dichas sociedades. Mientras que para Marx el eje fundamental de poder estaría representado por la posesión y por el control de los medios de producción, para Weber dicho eje lo representaría la propiedad y los servicios comercializables (Carroll, 2017).

Carroll nos invita a echar un vistazo a investigaciones en promoción de la salud, que incorporan teorías sociales más recientes producidas al interior de la amplia tradición de los marcos referenciales sobre clase y estatus, con el objetivo de entender cómo los referentes clásicos de teoría social son todavía relevantes para la promoción de la salud contemporánea. Uno de los problemas más interesantes con los que la promoción de la salud se ha enfrentado, siguiendo a Carroll, al intentar pensar a través de los aspectos sociales de su propia revolución en salud pública es el cómo lidiar con los llamados

estilos de vida. Para Carroll, resulta indiscutible la existencia de una relación directa y causal entre ciertas conductas individuales relacionadas a la salud –dieta inadecuada, falta de ejercicio, fumar– y resultados negativos en salud. Inclusive, la promoción de la salud, desde la Carta de Ottawa, habría reconocido el vínculo entre dichas conductas y la estratificación social; y existiría evidencia consistente de que las conductas negativas relacionadas a la salud estarían asociadas directamente a los estratos socioeconómicos más bajos. Esto llevaría a plantear, señala Carroll, dos conclusiones recíprocas: 1) la necesidad de mayores esfuerzos para entender la causalidad social de los «factores de riesgo» y, por otra parte, 2) la necesidad de mayores esfuerzos para entender cómo intervenir eficazmente para cambiar dichas conductas. Muchas/os promotoras/es de la salud, denuncia Carroll, se han desencantado con el enfoque tradicional, psicológico-individual, de distintas estrategias de cambio comportamental, así como con la tendencia de dichos enfoques que implícitamente respaldan una narrativa de culpar a la víctima. Un acercamiento alternativo, propone Carroll, es el de reconsiderar la noción de estilos de vida desde perspectivas sociológicas (Carroll, 2017).

Carroll nos recuerda cómo Abel (2007); Frohlich, Corin y Potvin (2001) y Kickbusch (1989) han recurrido al trabajo de Pierre Bourdieu, uno de los principales teóricos de la sociología contemporánea, para desarrollar la noción de estilos de vida colectivos. Si bien Bourdieu habría creado su propia perspectiva teórica, no cabe duda, señala Carroll, de la influencia de Marx y de Weber en su trabajo. Para Carroll, la concepción de Bourdieu sobre cómo las clases se reproducen a sí mismas en sociedad es una perspectiva profundamente relacional. Tanto para Bourdieu, como para Weber, el campo social, en cuanto sistema de posiciones sociales, es un espacio de constantes batallas de poder a las que Bourdieu definió y dividió como capital económico, social, cultural y simbólico (Carroll, 2017). Como Weber, Bourdieu era crítico de la tendencia marxista de enfocar solamente a la esfera económica en el contexto de la lucha de clases y de subordinar otros niveles de lo social en la lucha de clases, indica Carroll. Bourdieu estaba principalmente ocupado con una pregunta particular: ¿Por qué las clases subordinadas y los grupos de estatus en la sociedad tienden a resignarse a su destino en la jerarquía social? Utilizando sus conceptos de *habitus*, campo y capital, y siguiendo a Carroll, Bourdieu habría ofrecido un marco de referencias explicativo que habría permitido conceptualizar cómo las y los individuos internalizan la estructura social a través de la interacción entre los campos de acción en los que operan las distintas formas de capital y su *habitus*, el cual representa el escenario de disposiciones primordialmente irreflexivas que configuran tanto el medio como el resultado de las actividades prácticas de los individuos. Bourdieu habría demostrado que los gustos musicales, la dieta, las preferencias deportivas y muchas otras variables estaban claramente alineadas como disposiciones heredadas de acuerdo a qué parte de la estructura de clase una persona proviene, más que al resultado de elecciones conscientes individuales (Carroll, 2017).

Abel (2007) argumenta que, para pensar sobre estilos de vida colectivos, resulta útil recurrir a un concepto sustantivo como el de capital cultural, resalta Carroll. Para Bourdieu (2011), el capital cultural consistiría en conocimientos educativos, vestido, hábitos alimentarios, gustos musicales, hábitos deportivos, e inclusive comportamiento corporal (Carroll, 2017). En lugar de concebir todo lo anterior como un grupo de decisiones individuales realizadas de manera consiente, Bourdieu las entendió, siguiendo a Carroll,

como disposiciones primarias o hábitos que se encuentran imbricados socialmente en las personas al formar parte de un determinado estrato social, grupo o facción de clase. Desde la perspectiva de Carroll (2017), para Weber y Marx estas formas de capital son el objeto de batallas políticas en tanto que su valor se vincula a la escasez mantenida través de la exclusión de formas de cercamiento social para subordinar ciertos estratos sociales. Una conclusión crítica a la que Bourdieu habría llegado fue que el subordinar grupos y clases produciría violencia simbólica, en donde ciertos gustos culturales y hábitos son evaluados mejores que otros y, los que son mejor evaluados, tenderían a pertenecer a grupos que gozan de mayor bienestar y estatus, indica Carroll. Los grupos oprimidos, por lo general, aceptarían esta evaluación y legitimarían su estatus subordinado como parte del «orden natural» de las cosas. Las implicaciones que esto conllevaría para generar cambio en los hábitos sociales de los grupos en desventaja, y en las poblaciones en situación de riesgo desde una perspectiva de salud, serían de largo alcance (Carroll, 2017).

Para Carroll (2017), existen dos preocupaciones significativas en torno al marco teórico de Bourdieu, a pesar de su fructífero potencial de indagación para la promoción de la salud. En principio, la propuesta de Bourdieu tendería a mirar un escenario profundamente pesimista cuando se habla de cambio emancipatorio debido a su epistemología social. De acuerdo con Bourdieu, estaríamos altamente constreñidas/os por el hecho de que buena parte de la inequidad social estaría profundamente engranada a través de hábitos internalizados, lo cual dificultaría superarlas. Además, para Bourdieu, señala Carroll, constantemente reproducimos las inequidades, inclusive si conscientemente intentamos reducirlas. Por otro lado, habría quienes señalan que Bourdieu ofrece un realismo positivo que conduciría a trabajar mucho más fuerte para convertirnos en profesionales reflexivos para el desarrollo del cambio social y que a pesar de que su concepto de *habitus* nos lleva al grado más determinista del espectro estructura/agencia, necesitamos de dicho concepto como mediador entre praxis y estructura social, indica Carroll a partir de Mouzelis (2007) y Sayer (2005).

Una crítica más severa es la desarrollada por Andrew Sayer (2009), quien argumenta que Bourdieu sobre sociologiza la interacción humana al grado de que no deja lugar para que una perspectiva empírica positiva formule cuestionamientos normativos o evaluativos una vez que toda interacción se reduce a estrategias para acumular capital, incluyendo el movimiento del razonamiento moral. Carroll (2017) sugiere que las y los promotores de salud, cuando citen a teóricos como Pierre Bourdieu o Anthony Giddens, deben estar conscientes del contexto del trabajo teórico citado como parte de una continuidad de largo alcance en torno a la reflexión sobre clase social. Sin esta precaución, las implicaciones políticas inherentes a su trabajo, así como los entendimientos de las causas sociales que subyacen a la inequidad, estarán perdidas.

El segundo gran tema de la teoría social de la modernidad, señala Carroll (2017), es el de la dialéctica de la racionalización. Desde la publicación de los trabajos de Immanuel Kant, indica Carroll, ha existido al interior de la filosofía occidental una tradición de cuestionar los límites y las fronteras de la razón. Un tema constante ha sido el de las potenciales o actuales contradicciones entre un instrumental de razonamiento del cálculo medios-fines, un razonamiento práctico-moral en una orientación substantiva de valores para la acción y una racionalidad de juicio estético basado en distinciones

del gusto (Carroll, 2017). Algunas/os académicas/os ligadas/os al legado de Kant tenderían a pensar a la modernidad como si estuviera diferenciada por diversas esferas de valores, donde cada tipo de razonamiento legisla sobre su propia jurisdicción social (el razonamiento puramente teórico gobernando las ciencias, el razonamiento práctico gobernando la política y el derecho, el razonamiento estético gobernando las artes y otras áreas de la producción cultural), señala Carroll. Otras/os teóricas/os habrían estado preocupadas/os sobre la dominación de un tipo de razonamiento por encima de otros. Foucault (2008), siguiendo a Carroll, habría desarrollado su propia crítica a la razón occidental en una serie de análisis en torno a diferentes instituciones de la modernidad, como el hospital, la prisión y el vínculo terapéutico dominado por el psicoanálisis. Además, el filósofo francés habría analizado la relación entre poder, conocimiento y lo que denominó como «biopolítica de salud». Para Carroll (2017), una tentativa para desarrollar un acercamiento más balanceado al legado de la Ilustración y de la Modernidad a través de una reconstrucción positiva de la historia o del racionamiento moderno ha sido el trabajo de Jürgen Habermas, el filósofo que más se habría aproximado a la tradición sociológica y quien habría vinculado con mayor énfasis la tradición de la teoría crítica a la filosofía. La manera de entender nuestra relación con la historia de la racionalidad occidental, advierte Carroll (2017), puede tener una profunda influencia en cómo hacemos promoción de la salud; particularmente, en cuanto a la reflexión sobre la razón instrumental, una vez que nuestro relativo optimismo o pesimismo sobre su potencial para resolver problemas sociales nos puede llevar a direcciones muy concretas en términos de tipos de programas que desarrollamos o tipos de procesos para llevar a cabo nuestro trabajo.

En teoría social, advierte Carroll, una amplia diversidad de teóricas/os han tomado el análisis original de Max Weber de lo que llamó contradicciones entre la razón formal y la razón sustantiva (Carroll, 2017). Weber habría resumido cómo las mayores instituciones modernas –incluyendo el capitalismo, la autoridad racional-legal, los sistemas legales, la burocracia, la ciencia y la tecnología– incorporaban la contradicción entre una razón formal e instrumental, que buscaba intervenir en la sociedad para hacerla más eficiente y efectiva a través de un costo-beneficio generalizado, de una racionalidad calculada, y una razón sustantiva, que analiza los resultados con base en valores concretos y particulares (Carroll, 2017). Weber habría argumentado sobre la dialéctica constante de la racionalización en la sociedad moderna que hace de las intervenciones racionales formales la base de consecuencias primordiales y ambiguas, algunas juzgadas de forma negativa y solicitadas para posteriores intervenciones, indica Carroll. Un ejemplo típico relevante para la promoción de la salud y para la salud pública, denuncia Carroll (2017), es el problema de redireccionar los resultados de las inequidades sociales a través de la implementación de una serie de políticas públicas de apoyo social, las cuales generarían efectos negativos, posiblemente involuntarios, crearían dependencia y reducirían el empoderamiento de las comunidades locales.

El tercer tema clave de la teoría social, el de la dualidad entre agencia y estructura, se vincularía con la reflexión sobre la naturaleza de la socialidad y de la acción social, argumenta Carroll (2017). Filosóficamente, la reflexión sobre la acción social estaría entrelazada a viejos debates como el del voluntarismo contra el determinismo, las explicaciones individualistas contra las explicaciones holísticas, o la oposición entre el

nivel micro y el nivel macro. Mientras Marx y Durkheim tendían a defender un holismo estructural o funcionalista, Weber y otras/os pensadoras/es de influencia fenomenológica tenderían a mirar el orden social constituido por la interacción social, desde la perspectiva de lo que Talcott Parsons definió como «acto de unidad», señala Carroll. En consecuencia, la mayor parte de la historia de la teoría social habría sido construida sobre un dualismo interno mayor entre aquellas/os que observan a la estructura social como el nivel primario de valor explicativo, y quienes observan al escenario de la interacción como el lugar para la producción del orden social. Las/os estructuralistas y las/los funcionalistas habrían sido acusadas/os de limpiar por completo al agente humano individual del mapa de la teoría social, mientras que las/los interaccionistas han sido acusadas/os de tener una mirada estrecha sobre las estructuras y, en particular, de ignorar los constreñimientos que ellas y ellos mismos imponen a la acción humana. Podemos observar, indica Carroll, cómo en un ejemplo más reciente de un acercamiento que ha intentado convertir este dualismo en uno más balanceado: el de la «dualidad de estructura y agencia», como fue acuñado por Giddens (1984).

Para la promoción de la salud, advierte Carroll (2017), resulta necesario negociar cuidadosamente cómo reconciliamos la necesidad de integrar perspectivas relacionadas a constricciones estructurales para la agencia humana y decisiones bajo el imperativo de no tratar a las y los actores sociales como si estuvieran culturalmente engañadas/os y, por tanto, socavadas/os de su autonomía y dignidad, situación que destruiría su potencial de participación y empoderamiento, el cual resulta vital para la promoción de la salud. Los peligros de no negociar dicha integración de perspectivas implicarían, por un lado, el acceder a un voluntarismo donde se culpa a la víctima y se sobre enfatiza la habilidad de las personas para tomar decisiones simples relativas a sus estilos de vida en salud y, por otra parte, el desarrollar una narrativa tan poderosa de la constricción social donde la posibilidad de cambio y de resistencia resida en futuro utópico y nunca factible (Carroll, 2017).

También resulta importante observar, subraya Carroll (2017), cómo este dualismo es conceptualizado una vez que, dependiendo desde qué polo del dualismo se enfatizan las prioridades estratégicas de intervención y de compromiso. Por ejemplo, si el argumento recae del lado de la importancia de la estructura y de los fenómenos institucionales de nivel macro, entonces el objetivo tendería a ofrecer prescripciones que aboguen por cambios de larga escala en política pública a costa de un menor compromiso comunitario de nivel micro, indica Carroll. A la inversa, si el argumento recae en la importancia de la agencia y de la acción local, entonces nos enfocaríamos a cambios comportamentales individuales y a desarrollo comunitario a costa de no tomar en cuenta la necesidad de contar con ambientes de apoyo más amplios y de una política pública en salud de nivel marco. En otras palabras, Carroll afirma que el dualismo estructura/agencia está estrechamente ligado en promoción de la salud a considerar, o no, un acercamiento integrado a la implementación de las estrategias de la Carta de Ottawa. Si el dualismo persiste, entonces las disputas sobre qué estrategias son más importantes tendrían lugar. Si verdaderamente podemos trascender dicho dualismo y pensarlo en cuanto dualidad, entonces sería mucho más fácil conceptualizar el acercamiento multi estratégico, multi nivel e integral que ha sido consistentemente defendido desde hace más de una década en Canadá (Carroll, 2017).

El acercamiento de Anthony Giddens posiblemente sea el esfuerzo teórico contemporáneo más conocido para resolver el dualismo y, su teoría de la estructuración, resulta todavía un recurso socorrido para aquellas/os que se resisten a optar por alguno de los polos de los viejos debates dicotómicos, señala Carroll. La propuesta de Giddens representaría un marco de referencia ontológico para el estudio de las actividades sociales humanas y, esencialmente, implicaría una recategorización conceptual del pensamiento social clásico que buscaría reconciliar el dualismo agencia-estructura (Carroll, 2017).

Los conceptos operativos clave que Giddens emplea, en su búsqueda para trascender el dualismo referido, son tiempo y espacio en tanto categorías que relativizan la agencia social y la estructura social, señala Carroll. Para Giddens, la permanencia relativa de los sistemas sociales y de las instituciones sociales se relacionaría con los patrones sistemáticos de la actividad social (agencia) en la medida en que son distribuidos a través del tiempo y del espacio; en consecuencia, la estructura social es tanto el medio como el resultado de la actividad social. Como medio, la estructura puede ser limitante o permisiva en relación a la acción social. Giddens, siguiendo a Carroll, argumenta que el proceso de modernización ha construido sociedades cada vez más distanciadas, donde los efectos de la acción social y de las instituciones se diseminan a través de amplias extensiones de tiempo y de espacio, reduciendo la relativa importancia de las interacciones cara a cara en la estructuración de las sociedades. De modo contrario, los nuevos medios de comunicación han incrementado la cantidad de interacción social posible entre sujetos ubicados en espacios distanciados al reducir la cantidad de tiempo para vincularse a dichas interacciones. Giddens (1984), además, incorporaría los conceptos de poder y dominación en su marco teórico, destaca Carroll. En términos de Giddens, las sociedades modernas han incrementado el poder administrativo en tanto habilidad para transformar y actuar a lo largo de un crecimiento potencial de las relaciones de dominación, particularmente a través del uso del conocimiento (Carroll, 2017).

Mientras el trabajo de Giddens es todavía visto como una contribución sustantiva, algunos teóricos como Bob Jessop (2001) y Nicos Mouzelis (1995), señala Carroll, han sugerido que el académico británico ha fracasado en trascender por completo el dualismo entre estructura y agencia a nivel conceptual. Para Carroll (2017), esto no significa desalentar el uso de la propuesta de Giddens; sin embargo, propone que las y los promotores de la salud reconozcan que, al interior del campo de la sociología, y entre las/os propias/os teóricas/os sociales, existe un reducido consenso en cómo avanzar en la conceptualización de los aspectos ontológicos y epistemológicos del mundo social. Siguiendo la perspectiva crítica de Mouzelis, Carroll considera que las y los promotores de la salud debemos mantener la perspectiva teórica de tensión representada por el dualismo entre estructura y agencia o, en términos antiguos, entre la interacción social y las instituciones sociales. Muchas preguntas clave que la promoción de la salud debe dirigir, reconoce Carroll (2017), requieren tanto de un análisis de modelos sustantivos de la interacción social (como estilos de vida colectivos), así como análisis sistemáticos de las instituciones sociales, incluyendo cómo las instituciones gubernamentales, los mercados y las redes funcionan para coordinar la acción social en escalas amplias. La dualidad de la estructura es una mirada esencial compartida por un número amplio de pensadoras/es contemporáneas/os, pero esta mirada aislada no producirá por sí

mismo conocimiento trascendente para las temáticas importantes de la promoción de la salud, advierte Carroll (2017).

Otro acercamiento teórico emergente para resolver el dualismo entre estructura y agencia es el de la teoría de la complejidad (Carroll, 2017). Originada desde el trabajo de una diversidad de campos (teoría de sistemas, cibernética, teoría del caos, dinámica no lineal, teoría de la información), algunas/os científicas/os habrían comenzado, a finales de los años ochenta, a reunirse alrededor de una serie de propuestas generales concernientes al funcionamiento de los sistemas complejos (Waldrop, 1992). Mientras que casi todas y todos los teóricos aceptarían la proposición de que no existe una brecha ontológica entre instituciones sociales y acción social, una disputa central es la de reconocer si las instituciones sociales son solamente los resultados agregados de la agencia individual humana, señala Carroll. O, de manera más drástica, ¿puede la estructura social ser reducida a las propiedades de los agentes individuales? Para Carroll, ésta es una cuestión profundamente epistemológica. ¿Cómo sabemos acerca de la estructura social? ¿Podemos predecir cómo será una estructura social examinando solamente la interacción de los individuos? El individualismo metodológico de las ciencias sociales, advierte Carroll (2017), nos dice que, si accedemos a las proposiciones ontológicas anteriormente mencionadas, entonces no puede quedar nada una vez tomadas en cuenta todas las actividades individuales. Inclusive, el holismo metodológico, siguiendo a Carroll, señala la existencia de características que ciertas estructuras sociales o instituciones poseen a diferencia de un agente humano individual. Hasta ahora, el individualismo metodológico ha demostrado su reduccionismo al intentar explicar el completo desarrollo de las instituciones sociales complejas y el de los sistemas a partir del individuo. En sentido opuesto, el holismo metodológico podría ofrecer todavía mayor información sobre la irreducible complejidad de los sistemas sociales, inclusive dejando abierta la posibilidad de legitimar la crítica relativa a la nebulosa cualidad perteneciente a los órdenes sociales que no puede ser encontrada en los individuos que crearon dichos órdenes (Carroll, 2017).

Para Carroll (2017), la teoría de la complejidad ofrece una salida al dilema del dualismo entre estructura y agencia. A través del concepto de «emergencia» (Sawyer, 2005), se ofrece una rigurosa y sistemática manera de demostrar cómo los componentes individuales de un sistema interactúan para crear órdenes duraderos, incluyendo instituciones sociales, normas, estructuras de roles, además de señalar que las interacciones productoras de los órdenes sociales no pueden ser reducidas a las propiedades originales del sistema, incluyendo todos sus componentes individuales (Carroll, 2017). Esta resolución no socava el argumento ontológico básico del individualismo metodológico sobre los órdenes sociales producidos por la interacción social; más bien, dirige el énfasis al fracaso epistemológico del programa reduccionista del individualismo metodológico, advierte Carroll. Se argumenta, en primera instancia, que las propiedades genuinamente originales ciertamente son generadas, parcial o completamente, por la interacción de agentes individuales –ninguno de ellos poseería dichas propiedades– previamente a la generación del conjunto de las interacciones relevantes, enuncia Carroll. Además, destaca la implicación metodológica que esto conlleva: los modelos predictivos, lineales, estáticos en los que la ciencia social ha confiado profundamente necesitan ser reemplazados por nuevos modelos que estimulen sistemas sociales al permitir interacciones

artificiales, de base computacional, con parámetros cambiantes que busquen reflejar de manera realista las variables socio ambientales, propone Carroll (2017).

Para Carroll (2017), la promoción de la salud se debe ligar de manera mucho más profunda con la teoría social durante la siguiente década mientras intenta transformar sus intuiciones juveniles en un campo maduro y sustantivo de investigación. En la medida en que la promoción de la salud comience a abordar de manera más seria la cuestión de la teoría social, preocupada con la aplicación de la razón reflexiva a cuestiones básicas sobre poder, equidad, valores, recursos, capacidades y prosperidad humana general, podría evitar caer en la trampa de usar la teoría social de una forma exclusivamente instrumental como cualquier otro recurso argumentativo a modo de ejercicio académico. Mientras la promoción de la salud se sienta más cómoda recurriendo a la teoría social, encontrará que puede mejorar sustantivamente sus recursos intelectuales al vincularse a debates sociales más amplios, más allá de la mirada estrecha al sector salud, a una perspectiva que será cada vez más necesaria si las y los promotores de la salud armonizan su investigación y su abogacía a su retórica, particularmente en relación a la inequidad social y a la inequidad en salud, concluye Carroll (2017).

3 INTERSECCIONALIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Colleen Reid, Ann Pederson y Sophie Dupéré (2012), académicas destacadas de la promoción de la salud de Canadá, concuerdan con la necesidad de desarrollar mayor teoría social en promoción de la salud y con expandir las alianzas de dicho campo académico con el fin de enriquecer su base teórica una vez que, como señalan Carroll (2012); Frohlich, Poland, y Shareck (2012); Potvin, Gendron, Bilodeau y Chabot (2005); el sustento teórico de la promoción de la salud ha sido ampliamente dominado por modelos biomédicos, psicológicos y comportamentales (Reid, Pederson y Dupéré, 2012).

Reid *et al.* (2012), ante la necesidad de aporte teórico social, argumentan que la promoción de la salud podría obtener importantes aprendizajes si fortalece el diálogo y el intercambio con la academia feminista, particularmente en lo relativo a teoría de la interseccionalidad, importante contribución que ayudaría a la promoción de la salud a vincularse a la reflexión sobre la diversidad social y con la reflexión de la persistencia de las inequidades en salud. En consecuencia, ellas afirman que la interseccionalidad (Cuadro 6) puede incrementar el rigor teórico de la promoción de la salud y, al mismo tiempo, puede vincular el campo disciplinar en su dimensión práctica y de diseño de política pública, particularmente, en temas sobre salud de las mujeres.

CUADRO 6

INTERSECCIONALIDAD

Para Cuoto, de Oliveira, Alves Separavich y Luiz (2019), la perspectiva feminista de la interseccionalidad ha sido utilizada críticamente por investigadoras e investigadores de América Latina subrayando que el análisis de las desigualdades marcadas, simultáneamente, por clase, género, raza/etnia tendría que construirse a la luz de una necesaria «crítica al sistema de subordinación colonizador, capitalista y globalizado, característico de las sociedades locales (p: 3)». Para estas/os autoras/es, dicho sistema de poder clasificaría socialmente a las y los sujetos otorgando en su jerarquización social los peldaños más bajos a quienes no se ajustan a estereotipos físicos y sexuales impuestos por el colonizador occidental: hombre, blanco, clase media o superior y heterosexual.

Al insistir en mantener la perspectiva en los cambios de estilos de vida, denuncian Reid *et al.* (2012), la promoción de la salud ha contribuido a mantener las inequidades en salud una vez que perpetúa las ventajas que ciertos grupos sociales de la sociedad canadiense tienen y que se reflejan en el acceso a la información, en la organización autónoma para el cambio y en la creación de condiciones para el apoyo de vidas saludables.

Daykin y Naidoo (1995), desde la década de los años noventa, ya consideraban que la promoción de la salud perpetuaba ciertos aspectos de las inequidades de género, señalan Reid *et al.* (2012). Particularmente, argumentaron que la promoción de la salud apoyaba la responsabilidad de las mujeres para cuidar de sí mismas y de otras/os, y que utilizaba las técnicas de la educación para la salud y el mercadeo social para alentar a las mujeres a adoptar estilos de vida sin considerar las fuerzas individuales y estructurales de poder, ingreso, raza (Cuadro 7) y educación, entre otras, que limitan las habilidades de las mujeres para actuar en temas de salud.

CUADRO 7

RAZA⁷

Entre los seres humanos, no existen «las razas» como se llegó a postular durante los últimos siglos por la ciencia occidental e inclusive por algunos gobiernos como el encabezado por Adolfo Hitler en Alemania (1934-1945). Para las ciencias sociales, raza hoy en día es una categoría de análisis académico. Peter Wade reconoce la existencia de múltiples acercamientos e interpretaciones históricas en torno al concepto de raza; sin embargo, señala que es en el siglo XVIII, y sobre todo en el siglo XIX, cuando «la idea de raza se consolida alrededor del cuerpo, la naturaleza y especialmente la biología» (Wide, 2014: 36). Y es, precisamente en ese momento, el auge del determinismo racial y del racismo presuntamente científico.

Distintas/os académicas/os han reconocido que la promoción de la salud ha contribuido a producir inequidades de género además de las inequidades anteriormente apuntadas por Daykin y Naidoo (1995). Por ejemplo, al mantener la confusión de no observar las diferencias entre sexo y género y la tendencia a considerar ambas como dicotómicas (Clow, Pederson, Haworth-Brockman y Bernier, 2009); al fracasar en no

⁷ Elaboración propia a partir de Wade (2014)

reconocer al género como un determinante social de la salud (Benoit, Shumka, Phillips, Hallgrímsdóttir, Kobayashi, Hankivsky, Reid y Brief, 2009), al homogeneizar y aislar socialmente categorías como género, clase y etnicidad en lugar de analizar las relaciones de poder y los valores asociados a éstas como la justicia social (Reid, Ponc, Hara, Kaweesi y Ledrew, 2011) y al contribuir a legitimar una ambigüedad generalizada respecto a las inequidades en salud (Hankivsky, Reid, Cormier, Varcoe, Clark, Benoit y Brotman, 2010).

A pesar de que la OMS, a través del reporte final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009), reconoció desde 2008 a la inequidad de género como parte del conjunto de inequidades sociales, Reid *et al.* (2012) consideran que dicho reporte es débil en cuanto a las recomendaciones específicas para atender las inequidades relacionadas al género y ofrece, solamente, una mirada parcial de la contribución del género a la salud. Dicho reporte, señalan las académicas, ofrece un marco referencial donde sitúa al género como factor intermedio que estaría determinado por factores –a decir de la OMS– de mayor importancia como serían el estatus socio económico y el orden político, así como las normas y los valores culturales y sociales. En contraposición, académicas como Cecilia Benoit y Leah Shumka (2009) argumentan que el género debe ser entendido como un determinante fundamental de la salud una vez que estructura el acceso a recursos básicos. Además, apuntan que tanto sexo como género determinan el acceso a la educación, al empleo, al cuidado infantil, a la seguridad habitacional y a servicios de salud, elementos que a su vez son determinantes de la salud. La importancia de la propuesta de Benoit y Shumka (2009) radica, además, en identificar otros aspectos centrales del orden social como clase social (Cuadro 8), raza, etnicidad (Cuadro 9), edad, estatus migratorio y localización geográfica como determinantes sociales y de la salud. Al actuar de manera concatenada, estos determinantes impactan en el acceso a los recursos y eventualmente en las conductas de salud, en la morbilidad y en la mortalidad. Para Reid *et al.* (2012), entender las relaciones entre los determinantes de la salud resulta vital para actuar en la reducción de las inequidades en salud que emergen del género y les resulta grave que el foco de atención de la OMS no descansa en las acciones para hacerle frente a las inequidades relacionadas al género, tanto en las directas como en las indirectas, sino en las inequidades en salud, las cuales son consecuencia de las inequidades de género. La investigación y la práctica en promoción de la salud en Canadá, en consecuencia, necesitaría tomar acciones audaces, propone Raphael (2008). Las innovaciones teóricas para mejorar el conocimiento y la praxis, como las recomendaciones recibidas por Benoit y Shumka (2009), resultan necesarias para vincular al abordaje de la compleja interrelación de los determinantes de la salud y para entender su interseccionalidad y cómo se refuerzan entre sí (Reid *et al.*, 2012).

CUADRO 8 CLASE SOCIAL⁸

Para Erik Olin Wright, la clase social como categoría de análisis debe entenderse desde una perspectiva relacional; es decir, desde una perspectiva donde las relaciones de clase determinan el acceso a diferentes recursos económicamente relevantes constituyentes de relaciones de poder sobre recursos y actividades económicas. Las relaciones de poder, señala Wright, involucrarían la explotación y la alienación: la explotación porque los frutos del trabajo y el esfuerzo de un grupo de personas son apropiados por otro grupo de personas; y la alienación porque las personas pierden el control sobre su conducta y sobre el propósito de sus vidas. Desde este enfoque marxista analítico, Wright reconoce que las relaciones de clase/relaciones de poder son multidimensionales y complejas en cuanto a restricción para el acceso a recursos y actividades económicas.

CUADRO 9 ETNICIDAD⁹

Para Stuart Hall (2010), el término etnicidad reconoce el lugar que juega la historia, el lenguaje y la cultura en la construcción de la subjetividad y de la identidad, al igual que el hecho de que todo discurso está localizado, posicionado, situado, y de que todo conocimiento es contextual. Etnicidad, para Hall, es el término que damos a los rasgos culturales –lenguaje, religión, costumbres, tradición, sentimiento «de lugar»– que son compartidos por un pueblo; son los puntos de apego que dan al individuo un sentido «de lugar» y de posición en el mundo, referidos ya sea a comunidades particulares, localidades, territorios, lenguajes, religiones o culturas. La cuestión de etnicidad, señala Hall, nos recuerda que todos venimos de algún lugar –aun si es sólo una «comunidad imaginada»– y que todos necesitamos algún sentido de identificación y pertenencia.

El movimiento canadiense de la salud de las mujeres y la promoción de la salud, señalan Reid *et al.* (2012), comparten valores centrales, prioridades y acercamiento a la práctica. Quienes se han involucrado en el movimiento de la salud de las mujeres han incorporado una conceptualización positiva sobre salud (Thurston y O'Connor, 1996), y la perciben como un continuum que se extiende a lo largo del ciclo de vida y que está crítica e íntimamente relacionado a las condiciones bajo las cuales vive cada mujer. Además, las activistas de la salud de las mujeres y la propia academia habrían reconocido desde hace tiempo el vínculo entre el lugar social que ocupa una persona o un grupo y su salud, además de que habrían defendido tanto el empoderamiento individual como el empoderamiento comunitario para mejorar su salud (Reid *et al.*, 2012).

Temáticas que han sido planteadas al inicio del movimiento por la salud de las mujeres y que continúan orientando la investigación en salud de las mujeres y género, así como la investigación en salud, pueden resultar ilustrativas para la teoría y para la praxis de la promoción de la salud, reconocen Reid *et al.* (2012). Por más de cuatro décadas

⁸ Elaboración propia a partir de Wright (2011).

⁹ Elaboración propia a partir de Stuart Hall (2010).

el campo amplio del movimiento de mujeres ha lidiado con retos de primera índole, como el generar consciencia sobre «lo personal es político»; el denunciar el incremento en la medicalización de la salud de las mujeres y su pérdida de control en torno a la toma de decisiones; el debatir sobre los distintos impactos e interacciones entre biología y estructura social; el examinar la particularidad de las temáticas de las mujeres en contraste con las distintas diversidades y diferencias entre las propias mujeres; y el entender la relevancia del género para analizar las experiencias de los varones, además de ampliar las categorías analíticas para comprender las experiencias de las mujeres y las experiencias de los varones (Reid *et al.*, 2012).

La categoría sexo, señalan Johnson, Greaves y Repta (2007), es un constructo biológico multidimensional que abarca anatomía, fisiología, genes y hormonas que, en conjunto, crean el envoltorio humano que influye en la manera en que somos etiquetadas/os. La categoría género, por su parte, es un constructo social, cultural e históricamente determinado, y se refiere a las dimensiones socialmente prescritas y vividas de lo considerado como femenino y como masculino al interior de una sociedad (Johnson *et al.*, 2007).

Para Greaves (2009), dilucidar las categorías sexo y género al describir sus interacciones y sus efectos, y al situar este análisis en el contexto de otras opresiones, ha cobrado una importancia significativa para entender la salud de las mujeres. Johnson *et al.* (2007) argumentan que el incluir los conceptos de sexo y de género en la investigación nos permite acceder a una gama de posibles beneficios, como el incrementar el rigor y la validación investigativa, el contar con mayores elementos para luchar por una mayor justicia social, así como la posibilidad para el cuidado de la vida. Esta inclusión, además, formula posicionamientos políticos fundamentales. Por ejemplo, la argumentación basada en el análisis del sexo y del género refleja los valores de inclusión y de equidad, y están legitimados por exigencias históricas que buscan el desagravio de las mujeres (Greaves, 2009).

Si bien Reid *et al.* (2012) defienden los avances del movimiento canadiense por la salud de las mujeres debido al aporte que ofrece a la promoción de la salud y a la crítica sobre la lenta incorporación de teorías y conceptos a la promoción de la salud, también reconocen que los estudios de género han estado atados a ciertas limitaciones. A pesar de los avances teóricos de los estudios de género, caracterizados por su complejidad y sofisticación, hacen notar la permanencia en dicho campo disciplinar de esencializar la categoría mujer al pensar al género como si afectara casi exclusivamente a las mujeres, e ignorando o dando poca atención sobre los varones y sobre la masculinidad. Oleana Hankivsky, Colleen Reid, Renee Cormier, Colleen Varcoe, Natalie Clark, Cecilia Benoit y Shari Brotman (2010) argumentan que algunas luchas por la salud de las mujeres dan una importancia desmedida al género por encima de otros determinantes de la salud que también son fundamentales, o fallan en reconocer y admitir esta limitación en sus trabajos, denuncian Reid *et al.* (2012).

Ostlin, George y Sen (2003) sostienen que el género, la clase social, la raza y la etnicidad, en cuanto factores sociales, y en su vínculo con ciertas relaciones de poder, generan no solo inequidades entre mujeres y hombres, son también inequidad entre diferentes grupos de mujeres y diferentes grupos de varones.

La teoría de la interseccionalidad, desde la perspectiva de Brah y Phoenix (2004), estaría basada en la idea de que las diferentes dimensiones de la vida social no pueden

estar separadas en ramas discretionales o puras. Cuando intenta comprender las inequidades sociales, la mirada del análisis interseccional se sitúa en las relaciones sociales de poder en lugar de colocar la mirada en el acceso a los recursos, advierten. Por otra parte, McCall (2005) considera que el análisis interseccional examina las experiencias sociales y cómo éstas se entrecruzan en múltiples formas de opresión, y qué resulta de dichos procesos relacionales.

La interseccionalidad, propone Davis (2008), coloca en primer plano la complejidad de las ubicaciones sociales y de las experiencias sociales que, para el caso de la promoción de la salud, ayudan a entender las diferentes necesidades en salud y cómo encarar dichas necesidades. Se refiere a la interacción entre género, raza y otras categorías diferenciales de las vidas individuales, de las prácticas sociales, de las disposiciones institucionales, de las ideologías culturales y de los resultados de estas interacciones en términos de poder (Davis, 2008). Los supuestos clave de la interseccionalidad incluyen: 1) la búsqueda de la justicia social como objetivo central; 2) la conceptualización de identidad como resistencia a esencializar un grupo o a asumir que los grupos comparten perspectivas similares; 3) el reconocimiento de que las categorías sociales diferenciales como género, raza, edad, entre otras, son complejas, fluidas y flexibles y 4) el poder y los sistemas de dominación como elementos centrales para el análisis (Hanvisky, Cormier y Merich, 2009).

La teoría de la interseccionalidad, reconocen Collins (1989) y Fonow y Cook (1991), fue desarrollada predominantemente por científicas sociales del feminismo negro quienes enfatizaron en el proceso de producción simultánea de inequidades de raza, de clase y de género una vez que el analizar de manera aislada, o exclusiva, alguna de estas categorías, dificulta entender y medir la inequidad en su conjunto. Para Mullings y Schulz (2006) esta perspectiva sugiere que, en cuanto categorías socialmente construidas, lo propio del género y de la raza, así como sus implicaciones, varía en función de la relación entre ambas. Las experiencias sociales de ser blanca/o o de ser negra/o están atravesadas por el género, así como la masculinidad y la feminidad están racializadas al interior de contextos culturales particulares, señalan. Por ello, frecuentemente resulta complicado determinar con precisión cómo la interacción, la articulación, y la simultaneidad de raza, clase social y género afecta a las mujeres y a los varones en sus vidas cotidianas, y las formas en que estos modos de inequidad interactúan en situaciones específicas para condicionar la salud (Mulling y Schulz, 2006).

La teoría de la interseccionalidad (Reid *et al.*, 2012) propone la necesidad de ir más allá de mirarnos a nosotras/os mismas/os, y a las/os otras/os, como partes únicas de cierto grupo de dicotomías específicas: masculino/femenino, blanco/negro, heterosexual/homosexual, académico/activista, con poder o sin poder. Más bien, como apunta Byrdon-Miller (2004), necesitamos imaginarnos existiendo en la interacción de identidades múltiples, donde todas ellas generan influencias recíprocas, y en conjunto modelan nuestras experiencias e interacciones en continua transformación (Reid *et al.*, 2012).

Como hemos observado, siguiendo a Reid *et al.* (2012), la interseccionalidad desde el espacio académico surge fundamentalmente para entender y para dirigir, de mejor manera, las dimensiones múltiples de la inequidad social, generadas por clase social, raza/etnicidad, género, orientación sexual, edad y discapacidad. La interseccionalidad,

apuntan estas/os académicas/os, es una herramienta analítica, así como un campo referencial, que puede ser usado tanto a nivel micro como a nivel macro. A nivel micro, busca entender los efectos de las inequidades estructurales sobre las vidas individuales al enfocarse en la interacción entre categorías sociales y las múltiples fuentes de recursos de poder y de privilegio. A nivel macro, se interesa por entender cómo los diversos sistemas de poder, como las instituciones, están implicados en la producción, en la organización y en la sustentabilidad de las inequidades. Como lo define Bilge (2009), la interseccionalidad provee un análisis estructural y social de la inequidad.

Hankivsky *et al.* (2010) consideran que la diferencia de la teoría de la interseccionalidad con la perspectiva de los determinantes sociales de la salud de la OMS estriba en que el análisis interseccional no busca simplemente el añadir categorías sin construir un análisis profundo a dicha sumatoria como sí lo hace la OMS, más bien la interseccionalidad lucha por entender lo producido y lo vivido en la intersección de dos o más categorías. Al hacerlo, indica Hannan (2001), la interseccionalidad reconoce, como núcleo de análisis, la naturaleza multidimensional y relacional de: 1) las experiencias vividas desde la diversidad de ubicaciones sociales y lugares sociales, 2) las fuerzas sociales y 3) los sistemas superpuestos de discriminación y de subordinación.

Reid *et al.* (2012) admiten que mientras la flexibilidad de la interseccionalidad ofrece ventajas en algunos aspectos, puede también prestarse a una apropiación teórica superficial. Inclusive, hay quienes argumentan que la interseccionalidad ha sido utilizada de una manera reduccionista y simplista (Knapp, 2005); que ha sido empleada en ciertos análisis de nivel micro que enfocan solamente la narrativa de las identidades sociales excluyendo el análisis estructural de nivel macro sobre las inequidades (Bilge, 2009) o que tiene limitaciones para explicar el tema del poder (Bilge, 2009). Sin embargo, Reid *et al.* (2012) argumentaban hace a inicios de la década pasada que si bien la teoría de la interseccionalidad se encontraba todavía en una etapa temprana de desarrollo y necesitaba de aportes teóricos y metodológicos complementarios, sin lugar a dudas podía orientar a la promoción de la salud a reconocer y dirigir el abordaje de la temática de la diversidad social en la investigación, en la política pública y en la práctica.

En términos de investigación y de práctica en promoción de la salud, Reid *et al.* (2012) consideran que la interseccionalidad ayuda a observar a través y más allá de los grupos poblacionales, de los escenarios clave y de los temas específicos en salud. Matsuda (1991), por ejemplo, propone «formular la otra pregunta» una vez que reflexiona sobre un cuestionamiento común desde la experiencia de la investigadora y del investigador cuando ésta y éste tienen dificultad en observar el patriarcado en situaciones eminentemente racistas o cuando en situaciones claramente sexistas cuesta trabajo ubicar el privilegio racial. Reid *et al.* (2011), en un estudio que involucró la participación de mujeres del sur de Asia y mujeres aborígenes canadienses, «formularon la otra pregunta» y adoptaron estrategias de investigación y un análisis sólido para evitar observar las experiencias de las mujeres como producto exclusivamente del género o de la etnicidad. Algunas/os académicas/os en Canadá (Cole, 2008; Hankivsky *et al.*, 2010; Hanvinsky, Cormier y De Merich, 2009; Weber, 2007) han aportado una serie de preguntas útiles para conducir un análisis interseccional que profundice en las temáticas tradicionales de la práctica y de la investigación en promoción de la salud:

1. ¿Cuál es la población clave para este estudio o intervención?, ¿por qué esta población fue seleccionada y cómo sus integrantes se identifican a sí mismas/os?, ¿quién está siendo comparado con quién y por qué?
2. ¿Cuáles son los temas de medular importancia para las/los investigadoras/es, profesionales de la promoción de la salud y para la propia gente?, ¿cómo se identificaron dichos temas?, ¿temas relacionados a la dominación y a la explotación fueron examinados?, ¿cómo el tema del poder se colocará en la parte central del análisis?
3. ¿Cómo los puntos en común y las diferencias, ambas de índole humana, se reconocerán sin recurrir a generalidades amplias, categorías estereotipadas y a obviedades de patrones históricos y contemporáneos de inequidad?
4. ¿Cómo las/os investigadoras/es y las/os profesionales pueden tener certeza de que no están viendo lo que previamente querían ver?
5. ¿Están representadas las perspectivas de todos los grupos clave como las de las/los hacedoras/es de política pública, las de las/los activistas de base y las de los grupos comunitarios incluyendo las múltiples comunidades oprimidas?
6. ¿La investigación o intervención está enmarcada dentro de los actuales contextos culturales, sociales y/o situacionales?

Para Reid *et al.* (2012), la formulación de estas preguntas desde la investigación y desde la práctica de la promoción de la salud: 1) mejoraría el trabajo a realizar; 2) la serie de temas abordados sería más amplia y sería analizada a mayor profundidad; 3) la naturaleza del trabajo a realizar se ampliaría y 4) nuevas dimensiones anteriormente no exploradas conducirán a mejorar el tipo de temas a trabajar, así como a cambiar la naturaleza de la propia promoción de la salud. Sin caer en la ingenuidad, estas académicas admiten que, por la propia complejidad de la interseccionalidad, y a pesar de la formulación del conjunto de preguntas anteriormente expuestas, no existe un acercamiento único para abordar los distintos temas de investigación.

Por lo anterior, Reid *et al.* (2012) plantean cinco recomendaciones para la práctica de la promoción de la salud desde la perspectiva de la interseccionalidad: 1) cambiar la mirada sobre características individuales, 2) replantear el concepto de salud, 3) cambiar el objetivo de la investigación, 4) reconocer múltiples y diversas perspectivas a través de perspectivas holísticas y de base comunitaria y 5) alentar la práctica reflexiva.¹⁰

Finalmente, Reid *et al.* (2012) reconocen que, debido a las amplias críticas de la naturaleza presuntamente ateórica de la investigación y de la práctica en promoción de la salud, así como a ciertos llamados desde la promoción de la salud, la salud pública y la investigación en ciencias de la salud por un mayor rigor teórico para una mejor práctica y política, proponen como aporte la teoría de la interseccionalidad al implicar un reto sobre la conceptualización de lo inherente, de lo contextual y de lo fronterizo de los grupos sociales (Mullings y Schulz, 2006). Inclusive, comentan Reid *et al.* (2012), existirían dos retos importantes: 1) fomentar el que las y los investigadoras/es, profesionales, educadoras/es y activistas de la promoción de la salud entiendan la complejidad y la diversidad de la salud a través del análisis intersectorial y 2) desarrollar estrategias para

¹⁰ Para una descripción más detallada de estas recomendaciones, consultar el Cuadro 10 en el Anexo 5.

transitar hacia una promoción de la salud con una mayor base teórica que sea reconocida en los espacios convencionales de la disciplina. Estas autoras consideran que hay oportunidad e interés en la promoción de la salud canadiense para poner atención a las comprensiones más matizadas y complejas sobre las inequidades en salud, así como a temas sobre salud de las mujeres y de los varones que recientemente han cobrado auge a partir del trabajo de la academia feminista e intersectorial. Además, señalan que el análisis de la interseccionalidad conduce a las/os investigadoras/es, teóricas/os y profesionales de la promoción de la salud a reconocer la necesidad de contar con una teoría del poder si estamos comprometidas/os con entender las inequidades en salud y con su transformación. El campo de la promoción de la salud, advierten, ayuda a que las y los académicas/os de la intersectorialidad reflexionen sobre la necesidad de adaptar su marco teórico al desarrollo de la política pública y de la práctica permanente. La tradición de acción y compromiso de la promoción de la salud podría ser útil para aquellas/os que posiblemente se hubiesen quedado atrapadas/os en la crítica y se avocasen a teorizar a costa de descuidar la práctica. Al aprender mutuamente los campos de la promoción de la salud y de la interseccionalidad se podría contribuir a reducir las disparidades en salud, concluyen Reid *et al.* (2012).

4 PERSPECTIVAS ECOLÓGICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la promoción de la salud de Canadá, así como en la salud pública canadiense, las aproximaciones ecológicas han generado especial interés entre teóricas/os, diseñadoras/es de política pública y profesionales de la promoción de la salud. De manera innovadora, las perspectivas ecológicas ofrecen miradas y modelos congruentes vinculados a lo que en Canadá se le ha denominado «nueva salud pública»,¹¹ así como un potencial creciente para que las intervenciones se traduzcan en beneficios en términos de lo también denominado, en Canadá, como «salud poblacional».¹²

Derivadas de la ecología, subcampo de la biología, las perspectivas ecológicas ofrecen un marco referencial de investigación y acción que enfatizan las interacciones complejas entre personas, grupos y ambientes, señalan Lucie Richard y Lise Gauvin (2017). Para estas académicas, dichas perspectivas utilizadas en la promoción de la salud canadiense, en oposición a la ecología tradicional que destaca las características físicas del ambiente, tienen una naturaleza más socio-ecológica y observan con mayor atención los componentes sociales, organizacionales y culturales del ambiente. Distintas/os autoras/es coinciden en reconocer que las perspectivas ecológicas son más eficaces que el conjunto tradicional de intervenciones centradas en la educación para la salud

¹¹ En el contexto canadiense, a la «promoción de la salud» asociada a la promoción de la salud institucional que nace a partir de la Carta de Ottawa se lo conoce también como «nueva salud pública» (Kirk, Tomm-Binde y Schreiber, 2014).

¹² Para la Agencia de Salud Pública del Canadá, «salud poblacional» es una disciplina que permite el aproximamiento a la salud con el objetivo de mejorarla para beneficio de toda la población y reducir, a su vez, las inequidades en salud entre los distintos grupos poblacionales (Kirk, Tomm-Binde y Schreiber, 2014).

individual (Richard, Gauvin y Raine, 2011; Sallis y Owen, 2015; Trickett y Beehler, 2015), destacan Richard y Gauvin (2017).

Richard y Gauvin (2017) apuntan que el pensamiento ecológico tiene una larga historia en disciplinas como la biología y la psicología. Cierta énfasis en determinantes socioambientales de la salud puede ubicarse en las raíces de la salud pública a finales del siglo XIX. Sin embargo, el discurso ecológico en salud pública habría reemergido mucho tiempo después cuando, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud presentó, en 1984, su nueva conceptualización sobre la salud y temas vinculantes. Esta conceptualización habría reiterado la importancia de los determinantes ambientales de la salud y de las aproximaciones ecológicas para promover la salud poblacional (Richard y Gauvin, 2017).

Desde la mirada de Green, Richard y Potvin (1996), y debido a su énfasis en el campo de la complejidad y en la de los sistemas de escala amplia, las perspectivas ecológicas han sido consideradas difíciles para su operatividad. Richard y Gauvin (2017) comentan que existe una estrategia para resolver esta problemática y es la de estratificar el ambiente como, por ejemplo, las y los psicólogos lo han hecho. Bronfenbrenner (1979) propuso dicha estratificación a niveles micro, meso, exo y macro; mientras que Moos (1979) propuso una clasificación de cuatro estratos relacionados a espacios físicos, factores organizacionales, factores agregados por los seres humanos y cambio climático (Richard y Gauvin, 2017).

Los modelos ecológicos contemporáneos en promoción de la salud, apuntan Richard y Gauvin (2017), integrarían nuevas dimensiones analíticas y enfatizarían, cada vez más, conceptualizaciones que provendrían de otras disciplinas académicas. Por ejemplo, Stokols, Grzywacz, McMahan y Phillips (2003) habría contemplado la noción de ambiente favorable a la salud, propuesta por Stokols a inicios de la reflexión ambiental en promoción de la salud, al enfatizar el concepto de capacidad comunitaria hacia el mejoramiento de la salud. Best, Stokols, Green, Leischow, Holmes y Buchholz (2003), desde una perspectiva semejante, habrían propuesto un marco referencial general al integrar no solamente el eje asociado a la comunidad, sino también una dimensión de lo temporal que destaca la centralidad de los procesos de curso de vida.

A pesar de los esfuerzos anteriores, la materialización de las perspectivas ecológicas en promoción de la salud, indican Richard y Gauvin (2017), todavía se perciben como un trabajo en construcción, aunque ya con frutos concretos. Estas investigadoras, con el objetivo de promover una mayor integración de las perspectivas ecológicas a las prácticas profesionales, describen tres experiencias consideradas exitosas para la promoción de la salud de Canadá, las cuales incorporan enfoques ecológicos a programas de promoción de la salud y ofrecen, además, un acercamiento a la evolución del vínculo entre promoción de la salud y perspectivas ecológicas.

El primer ejemplo seleccionado por Richard y Gauvin (2017), conocido con el nombre de «Promoviendo Acción hacia la Salud» (Promoting Action toward Health, PATH), se trató de un proyecto de investigación financiado por el gobierno federal canadiense y tuvo una duración de cinco años. Fue implementado en una zona de carencias relativas de una ciudad de tamaño medio del oeste del Canadá. Implicó, además, la asociación entre un centro comunitario, una autoridad regional en salud y una universidad. Inicialmente, PATH se enfocaba a la prevención de la diabetes tipo 2 entre personas adultas del

rango etario de 35 a 64 años. Sin embargo, y como lo ilustran Chappell, Funk, Carson, MacKenzie y Stanwick (2006), ante el reconocimiento de que muchas causas clínicas y no clínicas de la diabetes, como la obesidad o la pobreza, están al mismo tiempo en la raíz de muchas otras enfermedades crónicas, la necesidad por incluir otros grupos etarios y por adoptar un enfoque de salud población fue reconocido. Resultó evidente, al inicio del proyecto, y como lo denotan Carson, Chappell y Knight (2007), la necesidad de un mayor involucramiento comunitario para facilitar un desarrollo comunitario amplio. Chappell *et al.* (2006) comentan que, gradualmente, se encontraron con la necesidad de dar un mayor énfasis a la reducción de las inequidades en salud.

En coherencia con las perspectivas ecológicas que las/los promotoras/es de la salud explícitamente adoptaron como base teórica, un criterio central que condujo a la selección de iniciativas para el proyecto fue el de la capacidad para trabajar con uno o más determinantes de la salud y producir cambios en múltiples niveles (Chappell *et al.*, 2006). Para asegurar que el enfoque multi nivel se llevara a cabo, habría sido implementada, apuntan Richard y Gauvin (2017) siguiendo a Chappell *et al.* (2006), una herramienta de planeación para diseñar el mapa de las actividades del proyecto por niveles de cambio. A esta herramienta se le denominó «marco de posibilidades» (Possibility Framework) y enlista iniciativas específicas del proyecto a partir de los distintos niveles de enfoque. Incluye, además, posibles ejemplos de actividades a otros niveles de intervención. Richard y Gauvin (2017), quienes realizaron una adaptación del «marco de posibilidades» a partir de la propuesta original de Chappell *et al.* (2006), y que podemos observar en el cuadro 11, reconocen que el listado de iniciativas de su adaptación, y del «marco de posibilidades» original, no es exhaustivo; sin embargo, aseguran que la información refleja una fortaleza del amplio alcance ecológico del proyecto PATH.

CUADRO 11

MARCO DE POSIBILIDADES PARA LAS INICIATIVAS MULTI NIVEL¹³

	NIVEL INDIVIDUAL	NIVEL GRUPAL	NIVEL ORGANIZACIONAL	NIVEL COMUNITARIO	NIVEL MACRO POLÍTICO
Comedores comunitarios	Quienes participan en los comedores comunitarios aprenden habilidades para la preparación de comida a bajo costo.	Se promueven lazos de amistad y actividades sociales entre aquellas/os que participan en los grupos de apoyo.	Las autoridades locales se involucran al proveer entrenamiento y capacitación a quienes participan en los comedores comunitarios.	Los grupos de comedores promueven un sentido comunitario al llevar a cabo eventos culinarios y al publicar recetas de cocina.	El entrenamiento sobre preparación de comida a bajo costo podría influir el desarrollo de políticas en torno a temas alimentarios.

¹³ Elaboración propia a partir de Richard y Gauvin (2017).

<i>Facilitación de redes y vínculos interorganizacionales</i>	Mayor disposición individual para trabajar con individuos de otras organizaciones que mantienen perspectivas diferentes.	Se forman nuevas relaciones y lazos de confianza entre aquellas/os que enfrentan retos similares en sus roles laborales.	La capacidad para el trabajo colectivo se mejora para beneficio de las y los integrantes de las distintas organizaciones.	Los espectáculos artísticos, los programas de extensión y el embellecimiento barrial a través del arte promueve un sentido comunitario.	La posibilidad de esfuerzos cooperativos interorganizacionales con mayor fortalecimiento para el cambio de política pública que afecta a los residentes locales.
<i>Centros artísticos comunitarios</i>	Quienes participan en los centros artísticos incrementan su autoestima, desarrollan creatividad y conocimiento.	Se estimula el apoyo social a través de la promoción de eventos grupales y al compartir ideas y experiencias artísticas.	La capacidad escolar para el desarrollo de programas artísticos mejora.	El mejoramiento barrial a través de la creación de espacios verdes mejora la vida comunitaria.	Las políticas del Consejo Escolar posiblemente se vuelvan más sensibles al alternar el uso de los espacios y al vincularse con los grupos comunitarios en beneficio mutuo.
<i>Participación en iniciativas para la creación de espacios verdes</i>	Quienes participan en eventos para trazar el mapa de actividades renuevan su apreciación entorno a los espacios verdes.	Se forman grupos nuevos en la zona para proteger los espacios locales y se conoce gente que comparte intereses similares.	La capacidad de las organizaciones existentes puede ser fortalecida a partir del incremento de recursos y de información.	El mejoramiento de los barrios a través de la creación de espacios verdes mejoraría la vida comunitaria.	Los grupos locales obtienen apoyo público y eficacia respecto a las políticas públicas en torno al uso de la tierra.

Como puede observarse en el Cuadro 11, siguiendo a Richard y Gauvin (2017), las iniciativas implementadas tenían la potencialidad de alcanzar una variedad de escenarios. PATH, al mismo tiempo, incluyó una diversidad de objetivos y de estrategias de intervención. A nivel organizativo, se establecieron redes y vínculos para mejorar la colaboración entre los grupos. Por ejemplo, las cocinas comunitarias que fueron desarrolladas en colaboración con un centro comunitario involucraron a profesionales del sector salud quienes ofrecieron capacitación a las y los participantes. Esta red en la que participaron dos entes no solo habría facilitado, aseguran Richard y Gauvin (2017), la implementación de los comedores comunitarios, también habría contribuido a desarrollar la capacidad para incrementar la participación comunitaria e iniciativas de abogacía. Otras estrategias del PATH se habrían alcanzado al desarrollar y al reforzar competencias personales. Por ejemplo, entre sus objetivos el centro comunitario de artes explícitamente buscó enlazar competencias individuales, incluyendo elevar la autoestima de las y los parti-

cipantes, implementar el desarrollo creativo, fomentar las habilidades artísticas y los saberes (Richard y Gauvin, 2017).

Para Arlene Carson, Neena L. Chappell y Carolyn J. Knight (2007), así como para Neena L. Chappel, Laura Funk, Arlene Carson, Patricia MacKenzie y Richard Stanwick (2006), una fortaleza final del proyecto PATH se vincula al profundo énfasis dirigido a la participación comunitaria. Por ejemplo, y en consonancia con una estrategia de activación comunitaria, a las y los integrantes de las comunidades y de las organizaciones locales se les involucró en la planeación, en el diseño y en la administración de las actividades. En consecuencia, sugieren estas autoras y el autor, se considera que las iniciativas deben venir de las/os residentes, más que de las/os profesionales y de las/os investigadoras/es.

El proyecto PATH ha concluido. Distintas iniciativas, como los espacios verdes, los comedores comunitarios y un periódico comunitario que comenzó a ser publicado a raíz del proyecto continuaban en marcha, al menos hasta septiembre de 2016. Dichas iniciativas, además, eran dirigidas por integrantes de las propias comunidades. Para Richard y Gauvin (2017), una línea de investigación de interés académico se relaciona al análisis de las dimensiones ecológicas de las propuestas de PATH, así como de las condiciones y de las dinámicas que facilitaron su permanencia al término del financiamiento de esta investigación.

El segundo ejemplo sobre incorporación de perspectivas ecológicas a la promoción de la salud, que Richard y Gauvin (2017) destacan, es el relacionado al proyecto de escuela promotora de la salud de Annapolis Valley (Annapolis Valley Health Promoting School Project, AVHPSP) y se enmarca en lo que Deschênes, Martins y Hills (2003), así como Veugelers y Schwartz (2010), denominaron «salud escolar integral». Es una de las pocas iniciativas que han sido evaluadas, apuntan Veugelers y Fitzgerald (2005), en términos de resultados en cuanto a conductas y salud.

De manera similar al proyecto PATH, el proyecto AVHPSP buscó hacer de la alternativa más saludable la alternativa más sencilla, aunque enfocado en promover una dieta saludable y en fomentar actividad física diaria para luchar contra el sobrepeso y la obesidad entre niñas/os de escuelas primarias de la provincia de Nueva Escocia (Richard y Gauvin, 2017). Las y los promotores del programa consideraron que las múltiples estrategias llevadas a cabo para promover alimentación saludable y actividad física aumentan la aceptación y la habilidad para mejorar los programas en las escuelas, en el Consejo Escolar y a nivel comunitario. Estas estrategias incluyen política pública, educación, conciencia, desarrollo de liderazgo, desarrollo de programas, implementación de programas y abogacía. Las actividades estuvieron organizadas en seis acciones: 1) movilizar a las personas alrededor de la idea de que es posible cambiar los ambientes, de que es posible desarrollar políticas para llevar a cabo cambios al crear vínculos con la comunidad y al desarrollar liderazgos entre el personal escolar; 2) llevar a cabo encuestas escolares y compartir información escolar específica con las escuelas; 3) desarrollar un plan de ahorro económico para la preparación de comida saludable y para llevar a cabo actividad física en cada escuela participante; 4) diseñar una estrategia de alimentación saludable que incluyera cambios en las ofertas de comidas y en la presentación de nuevos tipos de alimentos; 5) implementar actividad física diaria desde una lógica no competitiva y 6) crear vínculos entre escuelas y comunidades al construir alianzas con actores clave. Una evaluación de la efectividad del proyecto AVHPSP mostró, indican

Veugelers y Fitzgerald (2005), que las y los niños que asistían a las escuelas donde se llevó a cabo el programa tuvieron índices más bajos de obesidad y sobrepeso, dietas más saludables y mayores actividades físicas en comparación a las/os niñas/os de las escuelas donde no se implementó el programa, (Richard y Gauvin, 2017).

El proyecto AVHPSP sirvió de inspiración para otro proyecto a gran escala, un proyecto considerado por Richard y Gauvin (2017) como exitoso y al que se le llamó Proyecto Alberta promoviendo una vida activa y una alimentación saludable en las escuelas (Alberta Project Promoting active Living and healthy Eating in Schools, APPLE Schools). Además de la creación de ambientes saludables, cada escuela del proyecto APPLE incluyó un(a) facilitador(a) de salud de tiempo completo cuyo principal rol fue el de adaptar las intervenciones a las características particulares de cada escuela. Para alcanzar dicho fin, las/os facilitadoras/es crearon lazos entre escuelas y comunidades, promovieron una capacitación permanente del personal escolar y se involucraron en el desarrollo curricular y de política pública con las escuelas. Un seguimiento de dos años del proyecto APPLE, señalan Fung, Kuhle, Lu, Purcell, Schwartz, Storey y Veugelers (2012), demostró que las niñas y los niños comían más frutas y verduras, acumulaban menos calorías, eran físicamente más activas/os y tendían a ser menas/os obesas/os en comparación a niñas y niños de otras escuelas de Alberta. Además de estos hallazgos, el equipo de investigadoras/es también exploró cómo el programa sirvió para disminuir las inequidades sociales para la realización de actividades físicas, qué podría hacerse para entrenar a las/os facilitadores escolares, el rol de las/os directivos escolares para apoyar el éxito de la intervención, así como los determinantes de la sustentabilidad (Richard y Gauvin, 2017).

Los proyectos AVHPSP y APPLE, consideran Richard y Gauvin (2017), son ejemplo de incorporaciones exitosas de principios ecológicos a programas de promoción de la salud que logran desarrollar, a través de indicadores de salud poblacional, cambios medibles. De hecho, agregan las autoras, los proyectos se han mantenido y se les ha vinculado a otras iniciativas federales y provinciales que buscan mejorar la alimentación y las actividades físicas de niñas/os y personas jóvenes (Richard y Gauvin, 2017).

Finalmente, el tercer ejemplo seleccionado por Richard y Gauvin (2017) es el proyecto Montreal sin tabaco (Montréal sans tabac), el cual se implementó en 2012. Esta estrategia incluyó siete objetivos, entre los más importantes destacan: 1) disminuir la prevalencia en el consumo del tabaco entre distintos grupos poblacionales (niñas/os, adolescentes, personas adultas, mujeres embarazadas); 2) reducir la exposición de niñas, niños y adolescentes al humo del tabaco y 3) elevar las tasas de cese en el consumo del tabaco entre personas fumadoras. Lo que habría subyacido a las acciones propuestas en el plan, señalan Richard y Gauvin (2017), es la preocupación sobre la reducción de inequidades en salud vinculadas al consumo del tabaco.

En cuanto a las acciones de este proyecto, tres fueron de corte transversal:

- Movilización y consulta a actores clave de los servicios sociales, de salud, de la educación y de las redes de atención a personas menores. Apoyo a la planeación y a la implementación de actividades en organizaciones locales (centros de salud y de servicio social, organizaciones comunitarias).

- Adquisición de conocimientos y diseminación de los mismos. Observación, investigación, evaluación, monitoreo, actualización del conocimiento, apoyar en el uso de la evidencia a partir de la participación de distintos actores involucrados en planear e implementar actividades.
- Impacto en las políticas públicas. Influir en la toma de decisiones en política pública a distintos niveles: políticas emergentes, formulación e implementación de políticas públicas a todos los niveles (federal, provincial, regional y local).

Otras tres acciones se vincularon a intervenciones específicas en contra del uso del tabaco:

- Prevenir el consumo del tabaco entre adolescentes. Intervenciones aquí orientadas hacia la complementación y el apoyo de estrategias provinciales amplias de carácter fiscal, legislativo y mediático. Involucraron el alcance a personas jóvenes en sus propios espacios: familia, escuela y medio social. Incluyeron una variedad de estrategias: elevar la consciencia y movilizar a pares en los sectores educativos y de la salud, apoyar las acciones sociales de las y los adolescentes y el que se involucren en proyectos llevados a cabo en sus ambientes, así como fomentar actividades que estimulen la creación de ambientes escolares libres de tabaco.
- La protección en contra de ambientes de personas fumadoras o ambientes de humo de segunda mano. Aquí el objetivo fue proteger a la población en el contexto de espacios privados. Las acciones incluyeron un incremento en la conciencia entre personas fumadoras a nivel local (educación, salud, servicios de cuidado a la infancia) y el apoyo a medidas desarrolladas a nivel provincial.
- Intervenciones para el cese del consumo del tabaco. El plan involucra una variedad de estrategias y escenarios para desarrollar y fortalecer acciones incluyendo consejería de corto plazo en espacio clínicos, incremento en el acceso a herramientas y servicios para el cese en el consumo del tabaco, y promoción del cese del consumo del tabaco a través de campañas enfocadas tanto en la población general como en grupos específicos. El plan incluye una sección dedicada específicamente al cese del consumo de tabaco entre adolescentes.

Para Richard y Gauvin (2017), el proyecto Montreal sin tabaco es un excelente ejemplo de intervención ecológica. En primera instancia, integraría objetivos ambientales e individuales a través de una variedad de escenarios. Por un lado, estos objetivos se trasladarían a una diversidad de estrategias, algunas de ellas vinculadas a poblaciones y otras al medio ambiente. Por otro lado, destacan que el consumo del tabaco ha estado entre las principales preocupaciones de la salud pública redefinidas desde perspectivas sociales amplias que se extienden más allá de las conductas individuales.

Richard y Gauvin (2017) consideran que las perspectivas ecológicas son marcos referenciales prácticos que ayudan a orientar la implementación de intervenciones en promoción de la salud. Sin embargo, reconocen que existen distintos retos para prácticas e investigaciones futuras. El primer reto es conceptual y se relaciona a la participación comunitaria en el desarrollo y en la implementación de programas. A pesar de que se ha subrayado el hecho de que los programas de promoción de la salud con perspectivas

ecológicas están basados en una concepción amplia de los determinantes de la salud, también es de destacar el que se le ha dado menor énfasis al rol de la participación de la comunidad a pesar de que éste es visto como central en la promoción de la salud y en la salud poblacional, subrayan.

Un segundo reto es la presunta renuencia de las y los profesionales en promoción de la salud para la defensa de cambios legislativos y políticos, en parte –consideran Richard y Gauvin (2017)– porque se encuentran en la posición incómoda de intentar incidir en las personas que los están empleando y en la difícil posición de interferir con los intereses de corporaciones poderosas. Como resultado, los programas de promoción de la salud existentes despliegan esfuerzos limitados para influir en la esfera política. Sin embargo, como anteriormente revisamos, algunas acciones a nivel político han sido exitosamente llevadas a cabo. La defensa de una política pública anti-tabaco es una de las seis áreas de acción del proyecto Montreal sin tabaco, con profesionales de la salud pública involucradas/os en diferentes etapas del desarrollo y de la implementación de cambios legislativos. Inclusive, Breton, Richard, Gagnon, Jacques y Bergeron (2008), y siguiendo a Richard y Gauvin (2017), estudiaron el proceso de aprobación de la ley anti tabaco, previo al proyecto Montreal sin tabaco, y concluyeron que una manera para facilitar la acción política es la de involucrar a las coaliciones del sector de la salud pública y otras redes colaborativas para que actúen como líderes de la acción política. Asimismo, Richard y Gauvin (2017) sostienen que en el «marco de posibilidades» del proyecto PATH, las actividades estuvieron dirigidas a los esfuerzos cooperativos interorganizacionales para cambiar políticas que afectan a residentes locales.

Un tercer reto que destacan Richard y Gauvin (2017) es el de la evaluación de los programas complejos y multi nivel que integran perspectivas ecológicas. Como señalan Trickett y Beehler (2015), y siguiendo a Richard y Gauvin (2017), existe la necesidad de apropiarse de diseños y de métodos para tratar la complejidad de intervenciones de objetivos múltiples y de escenarios variados. Distintas/os académicas/os han demostrado que los métodos clínicos convencionales, que representan el estándar más apreciado para evaluar la evidencia, son difíciles de aplicar para evaluar programas comunitarios complejos (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth y Petticrew, 2008; Moore, Audrey, Barker, Bond, Bonell, Hardeman, Moore, O’Cathain, Tinati, Wight y Baird, 2015; Victoria, Habicht y Bryce, 2004) y, en contraste, existen interesantes alternativas como los ensayos aleatorios agrupados, la cuasi-experimentación y los estudios de caso (Shadish y Cook, 2009). Además, advierten Richard y Gauvin (2017), la eficacia y la efectividad no son los únicos focos de evaluación, los esfuerzos de la promoción de la salud también se dirigen a los alcances, a las incorporaciones, a las implementaciones y a las conservaciones.

Un último reto se vincula a los recursos. El implementar programas de larga escala e intervenciones de factores múltiples requiere, indudablemente, un alto nivel de recursos materiales, financieros y de tiempo. Richard, Gauvin, Gosselin, Ducharme, Sapinski y Trudel (2008) confirman que la presencia de recursos abundantes ha sido un factor esencial en el apoyo a las organizaciones regionales de salud pública para que, exitosamente, implementen programas de promoción de la salud con perspectiva ecológica.

Richard y Gauvin (2017) concluyen, a partir de los tres casos abordados, que el integrar principios ecológicos a la práctica es posible. Anticipan, además, la existencia de avances a futuro en la medida en que las y los investigadores de la promoción de

la salud dediquen esfuerzos a diseñar evaluaciones exhaustivas en torno a programas con perspectivas ecológicas, a la transferencia de conocimientos y al intercambio de actividades.

GUÍA DE PREGUNTAS DE LA UNIDAD II

1. Elabora un cuadro con los conceptos clave de la promoción de la salud canadiense, sus significados y sus referencias bibliográficas.

2. ¿Cuál es la importancia de que en 2002, en York University, se hayan identificado doce determinantes sociales de la salud y, posteriormente, cuatro más? ¿Cuáles son estos dieciséis determinantes y qué concepto de determinantes sociales de la salud se utilizó en dicho espacio académico?

3. A partir de tres ejemplos de tu propia comunidad, ¿a qué consideras que se refiere Simon Carroll cuando habla de teoría en promoción de la salud al inicio de su argumentación?

4. Elabora tres mapas conceptuales sobre las tres temáticas clave de la teoría social que Carroll vincula a los dilemas de la investigación y de la práctica en promoción de la salud: 1) clase y estatus, 2) la dialéctica de la racionalización y 3) la dualidad entre estructura y agencia.

5. ¿Consideras que la propuesta de interseccionalidad podría ser un aporte importante a la promoción de la salud latinoamericana y por qué?

6. ¿Cuál es el origen, siguiendo a Collins (1989) y a Fonow y Cook (1991), de la teoría de la interseccionalidad?

7. ¿Qué implica el análisis de la interseccionalidad en los niveles micro y macro para Reid et al. (2012) en el campo de la promoción de la salud?

8. En términos de Matsuda (1991), ¿qué significa «formular la otra pregunta»?

9. ¿A qué se refieren Reid et al. (2012) en sus recomendaciones para la práctica en promoción de la salud con «las causas de las causas» y con «alentar la práctica reflexiva»?

10. ¿Qué elementos sostienen la argumentación de Richard y Gauvin (2017) para señalar las experiencias de: 1) «Promoviendo Acción hacia la Salud PATH», 2) «proyecto AVHPSP de Annapolis Valley» y 3) «proyecto Montreal sin tabaco» como experiencias exitosas de incorporación de enfoques ecológicos a programas de promoción de la salud?

11. ¿Cuáles son los cuatro retos que Richard y Gauvin (2017) ubican para prácticas e investigaciones en promoción de la salud desde perspectivas ecológicas?

UNIDAD III

PRÁCTICAS CONTEMPORÁNEAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

1 PUNTOS DE ENTRADA PARA LAS ACCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE CANADÁ

Katherine L. Frohlich, Blake Poland y Martine Shareck (2017), académicas/os de la promoción de la salud de Canadá, coinciden en que históricamente han existido tres principales puntos de entrada para las acciones en la práctica de la promoción de la salud canadiense: 1) factores de riesgo, 2) grupos poblacionales y grupos de riesgo y 3) escenarios. Para estas/os autoras/es, el punto de entrada resulta sustantivo porque de éste depende cómo un problema es enmarcado y, en consecuencia, cómo se aborda. Cada acercamiento reflejaría diferentes suposiciones sobre lo que define a la salud y lo que podría ser transformado. En los tres puntos de entrada, aunque de modos distintos, el contexto social resultaría relevante (Frohlich *et al.*, 2017).

El contexto social, comentan estos autores, no es un simple elemento de fondo a ser factorizado estadísticamente en la búsqueda de intervenciones generalizables. En la medida en que la promoción de la salud busca crear cambios a través de intervenciones cada vez más complejas, caracterizadas por colaboraciones intersectoriales, la importancia del contexto se intensificaría, apuntan.

Mientras al contexto, denuncian Frohlich *et al.* (2017), frecuentemente se le invoca en la investigación sobre intervenciones en salud pública, éste permanece mal definido y sub teorizado. Por ello, los autores consideran fundamental pensar en términos de contexto social y, para ello, retoman el concepto de contexto social de Poland, Frohlich y Cargo (2008). Dicho concepto hace referencia a la combinación local de condiciones y eventos (agentes sociales, objetos e interacciones) que caracterizan a los sistemas abiertos y cuya única confluencia en el tiempo y en el espacio activa selectivamente poderes o mecanismos causales en una cadena de reacciones de las que posiblemente se obtengan resultados muy diferentes dependiendo de la interacción dinámica de las condiciones y de los mecanismos sobre el tiempo y sobre el espacio (Poland *et al.*, 2008).

Para situar la discusión, Frohlich *et al.* (2017) construyen una descripción de cada uno de los puntos de entrada, y de su relación con la noción de contexto social, destacando sus fortalezas y sus debilidades. Concluyen con la propuesta de un potencial cuarto punto de entrada para la investigación y para la práctica en promoción de la salud: estilos de vida colectivos.

Factores de riesgo. Para Frohlich *et al.* (2017), la Carta de Ottawa estableció el escenario para la práctica de la promoción de la salud. El alcance de la Carta, señalan, era amplio, cubría cinco áreas grandes de acción y múltiples condiciones y recursos para la salud. Las y los progresistas al interior del movimiento, recuerdan los autores, elogiaron la mirada amplia y la atención a los prerequisites de la salud, a los determinantes sociales fundacionales y al involucramiento comunitario. Sin embargo, advierten Frohlich *et al.* (2017), dichas propuestas tuvieron poca articulación en el contexto de una industria emergente del bienestar personal, de grandes burocracias orientadas a la educación en salud y, principalmente, de una sociedad norteamericana con un profundo compromiso cultural e institucional con el individualismo. Como resultado, el «desarrollo de habilidades individuales», una de las cinco áreas de acción identificadas en la Carta,

continuó recibiendo financiamiento, investigación y atención pública en las décadas posteriores al lanzamiento de la Carta de Ottawa (Frohlich *et al.*, 2017).

Desde entonces, comentan Frohlich *et al.* (2017), la práctica de la promoción de la salud en Canadá ha estado dedicada a desarrollar habilidades personales por tres vías centrales: 1) al enfocarse en la reducción de la prevalencia y de la incidencia de las enfermedades que más afectaban a la población (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y VIH/SIDA); 2) al enfocarse en la reducción de factores de riesgo, especialmente hábitos ligados a problemas de salud que prevalecían en la población (fumar, dietas poco saludables, poco ejercicio físico, insuficiente uso del condón) y 3) al reducir condiciones de riesgo como la falta de vivienda. A pesar de incluir ésta última, la atención mayoritaria desde la Carta de Ottawa continúa centrada en la reducción de estilos de vida no saludables a través de programas informativos y educativos y, más recientemente, a través de la alfabetización en salud, aunque con una mirada expandida en incrementar las alternativas de las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud y sobre sus propios ambientes para reducir la prevalencia y la incidencia de las principales enfermedades, así como en las condiciones de riesgo, advierten Frohlich *et al.* (2017).

La mirada en torno a los factores de riesgo en las intervenciones de promoción de la salud, siguiendo a Frohlich *et al.* (2017), conlleva una historia larga que se remonta a las raíces históricas de la promoción de la salud en la epidemiología y en la educación para la salud, así como en la influencia del Informe Lalonde. Es bien sabido que lo que medimos, y cómo lo medimos, en la etapa de la identificación del problema y de las necesidades de valoración tiene un profundo impacto en las fases subsecuentes del desarrollo, de la implementación y de la evaluación de los programas, señalan Frohlich *et al.* (2017). Tannahill (1992) describe el rol fundamental que la epidemiología juega para la promoción de la salud al identificar y al priorizar problemas de salud y sus causas, subrayan Frohlich *et al.* (2017). En principio, los programas y las intervenciones estarían orientadas a dirigir los problemas que son destacados por los estudios epidemiológicos. Por ello, la mirada en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, el VIH/SIDA, dirigidas por estudios epidemiológicos, habría generado una importante influencia para que los programas en promoción de la salud incorporen dichas temáticas. Además, las y los epidemiólogos derivan categorías de los factores de riesgo asociados a estos problemas de salud que, de ser prevenidos, se presume reducirían la enfermedad y la muerte, como lo señalan Frohlich y Potvin (1999). Estos factores de riesgo, y siguiendo a Frohlich *et al.* (2017), frecuentemente se trasladarían a programas de promoción de la salud. Ya que muchos de estos factores de riesgo (presión alta, sobrepeso, conducta sexual de riesgo) son vistos como potencialmente modificables a través del cambio de conducta, la atención de la promoción de la salud habría estado más enfocada en los factores de riesgo individuales presuntamente con mayor posibilidad de modificación, indican Frohlich *et al.* (2017).

La contribución de Lalonde al encuadramiento de las intervenciones en promoción de la salud resulta igualmente significativa. El Informe Lalonde recomendó que el foco de las intervenciones en salud pública estuviera colocado en los segmentos poblacionales con los más altos niveles de exposición al riesgo. En este sentido, las intervenciones comenzaron a mirar lo que posteriormente fue conocido como poblaciones de riesgo o grupos que mostraban un riesgo elevado por alguna enfermedad (Frohlich *et al.*, 2017).

Como resultado tanto de la mirada epidemiológica como del enfoque de Lalonde en la reducción de los factores de riesgo a nivel individual, la promoción de la salud canadiense se basó en teorías de nivel individual como sustento para la creación de sus programas de intervención. Estos conocimientos, enuncian Frohlich *et al.* (2017), provienen mayoritariamente de modelos de la psicología social como el modelo de creencias en salud (Becker, 1974), la teoría social cognitiva de Bandura (1986) y la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), todos ellos centrados en la atención a los principales factores de riesgo biomédicos y comportamentales. Lo que subyace a estos modelos, como señalan Barnett, Anderson, Blosnich, Halverson y Novak (2005), es la suposición de que la prevalencia de condiciones adversas en la población es modificable al proveer educación y herramientas de cambio de conductas a individuos con el fin de que modifiquen sus estilos de vida (Frohlich *et al.*, 2017).

Una de las críticas más importantes al «desarrollo de habilidades personales» en la práctica de la promoción de la salud canadiense se ha enfocado en señalar que los modelos de base individualista para el cambio conductual no han producido los efectos esperados (Frohlich *et al.*, 2017). El problema que, de las aproximaciones a modificaciones de comportamientos de alto riesgo, si compartimos la convicción de luchar por cambios permanentes a nivel poblacional, es que dichas aproximaciones no se enfocan a lo que ha sido denominado por Link y Phelan (1995) como las «causas fundamentales». Este concepto postula la necesidad de entender los factores, así como los mecanismos que ponen en riesgo a las personas; es decir, el contexto social y no la atención en los factores de riesgo de manera aislada, señalan Frohlich *et al.* (2017).

Para Frohlich *et al.* (2017), el segundo punto de entrada más importante en la promoción de la salud canadiense, al situar su mirada en grupos poblacionales, ha sido el de la búsqueda de grupos particulares que compartan ciertas características clave. Frecuentemente se piensa, y siguiendo a estos autores, que estas características predisponen a ciertos grupos a estar en un riesgo mayor. La principal ventaja de este acercamiento sería que provee una oportunidad para observar cómo las conductas se agrupan al interior de las poblaciones.

Una crítica importante a las intervenciones preocupadas con poblaciones específicas, según Frohlich *et al.* (2017), es la de su atención a las exposiciones mayores que estas poblaciones tienen a enfermedades o factores de riesgo específicos, atendiendo solo un factor de riesgo o una enfermedad a la vez. Algunos grupos con mayor riesgo de contraer alguna enfermedad estarían, por lo general, en alto riesgo de contraer otras enfermedades a la vez. Está en cuestión no solo la exposición a factores de riesgo específicos para una sola enfermedad, sino los patrones de exposición a través de diversos factores que predisponen a ciertos grupos a estar rutinariamente en situaciones de mayor vulnerabilidad o desventaja que otros. Para Frohlich *et al.* (2017) la pregunta que debe ser formulada es la del por qué estos grupos están en mayor riesgo por encima de otros.

Se ha sugerido que las intervenciones en promoción de la salud sean desarrolladas usando el concepto de poblaciones «vulnerables» (Frohlich y Potvin, 2008). Poblaciones «vulnerables», apuntan Frohlich *et al.* (2017), difiere de grupos poblacionales específicos en que, debido a su posición en el estrato social, están comúnmente expuestos a condiciones contextuales que los distinguen del resto de la población. Lo que definiría a las poblaciones vulnerables son las características sociales compartidas y generadas

por distribuciones no aleatorias de condiciones materiales y sociales. Estas características tendrían sus raíces en relaciones de poder estructuradas en sociedad para crear escisiones entre raza, clase y género (Grabb, 2002) como características duraderas sustantivas del contexto social (Poland, Frohlich y Cargo, 2008; Poland, Frohlich, Haines, Mykhalovskiy, Rock y Sparks, 2006). Esto involucraría, señalan Frohlich *et al.* (2017), las relaciones estructurales entre lo que Alinsky (1971) llamaría «los que tienen» y «los que no tienen», así como el poder que opera a través del control sobre los recursos materiales, los recursos ideológicos y los seres humanos (Grabb, 2002). De este modo, la etiqueta de «vulnerable» podría ser vista como culpar a la víctima, mientras que los términos marginalizado o desventajado describen de manera más clara el problema de la marginalización (Frohlich *et al.*, 2017).

Un ejemplo particular de una población en situación de alta vulnerabilidad y marginación, hoy en día en Canadá, es la de los pueblos indígenas, denuncian Frohlich *et al.* (2017). Los pueblos indígenas, indican estos autores, son diversos en lengua y en cultura, pero todos ellos comparten la experiencia común de la colonización y todo lo que ha implicado: reasentamientos forzados, escuelas residenciales (Cuadro 12), eliminación de tierras ancestrales, violaciones a tratados, derecho a servicios mínimos definidos de acuerdo al arbitraje gubernamental sobre quién califica como indígena o no. Las y los líderes indígenas han luchado en contra del paradigma cultural occidental dominante de culpar a la víctima y han defendido una comprensión que coloca los problemas de salud de la comunidad en su propio contexto histórico: colonización y racismo institucionalizado (Frohlich *et al.*, 2017). La convulsión cultural resultante –como son las rupturas familiares y comunitarias, el sedentarismo, el quiebre de la conexión con la tierra– ha tenido consecuencias severas en términos de salud mental, social, espiritual y física a niveles individual y comunitario, denuncian Frohlich *et al.* (2017). Como resultado, la amplia mayoría de comunidades indígenas canadienses se encuentran en un riesgo mucho más alto, y con una prevalencia mayor, de muchos de los más importantes marcadores de morbilidad y mortalidad, como son las adicciones, el suicidio, la diabetes, el VIH/SIDA, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, entre otros procesos de salud-enfermedad-atención (Frohlich *et al.*, 2017).

CUADRO 12

ESCUELAS RESIDENCIALES

Las escuelas residenciales fueron establecidas en 1889 con el objetivo de «educar» a las niñas y a los niños de los pueblos indígenas canadienses. Sin respetar la cultura de donde provenían, el gobierno canadiense, especialmente desde 1920, buscó que todas y todos los infantes indígenas viviesen por lo menos diez meses al año en dichas escuelas asistidas, mayoritariamente, por iglesias católicas, protestantes y presbiterianas. Las y los niños indígenas tenían prohibido hablar sus propias lenguas al interior de dichas escuelas, así como utilizar sus atuendos o realizar actividades propias de sus comunidades de origen. Los casos de abusos físicos y sexuales en dichos espacios presuntamente educativos han sido ampliamente documentados. La última escuela residencia cerró en 1986. En mayo de 2006, el gobierno de Canadá dio a conocer el Acuerdo para la Resolución de las Escuelas Residenciales Indias «para realizar compensaciones por 1.9

billones de dólares canadienses a las personas mayores de 65 años que hayan sufrido tal sistema educativo» (Gastélum, 2006).

Los escenarios donde las personas viven, trabajan y juegan son el tercer punto de entrada para la práctica en promoción de la salud (Poland, Green y Rootman, 2000). Los escenarios pueden ser definidos como el lugar físico y el espacio social donde las personas se envuelven en actividades diarias, y donde los factores personales, organizacionales y ambientales interactúan para incidir en la salud y en el bienestar (Nutbeam, 1998; Rice y Hancock, 2016). Ejemplos comunes de escenarios incluyen escuelas, lugares de trabajo, hospitales, clubes deportivos y prisiones; áreas geográficas como barrios y ciudades; así como comunidades con límites menos nítidos. En la práctica han emergido dos conceptualizaciones diferentes de escenarios y el tipo de intervenciones vinculadas a éstas (Frohlich *et al.*, 2017).

La primera percibe a los escenarios como entidades físicamente delimitadas y con una estructura organizacional clara, con sus poblaciones cautivas, blanco de las intervenciones en promoción de la salud. Esta conceptualización de escenarios ha sido ampliamente asociada a actividades de promoción de la salud enfocadas en lo individual como campañas en los medios masivos, educación para la salud y desarrollo de habilidades personales hacia el cambio de conducta de las personas (Frohlich *et al.*, 2017).

La segunda conceptualización de escenarios intenta abordar las limitaciones de la primera al aprovechar el contexto social definido en tanto estructura de escenarios y las/os individuos que se encuentran en dicha estructura (Poland *et al.*, 2008). Esta conceptualización está basada en un modelo ecológico de salud que asume que las diferencias en salud están influenciadas por interacciones entre factores personales, interpersonales, organizacionales, comunitarios y políticos que se despliegan sobre el curso de vida de individuos, familias y comunidades (Frohlich *et al.*, 2017). También involucra una perspectiva de sistema por lo cual los escenarios comprenden individuos y estructuras que constantemente interactúan, creando un todo que es más complejo que la suma de sus partes. Finalmente, coloca por delante un desarrollo del sistema en su conjunto y un acercamiento al cambio, lo que implica enfocarse en cambiar la organización y la estructura de los escenarios en lugar de simplemente buscar el cambio en las/os individuos (Frohlich *et al.*, 2017).

Frohlich *et al.* (2017) reconocen que los tres principales puntos de entrada para las intervenciones en promoción de la salud tienen fallas en tomar en cuenta el contexto social. De ahí que estos autores propongan conocer con mayor especificidad cómo las inequidades sociales en salud se producen y reproducen y, por tanto, qué del entorno social contribuye a la mala salud; no solo qué factores son importantes, sino cómo y por qué son importantes. Perciben, además, a las y los promotores de la salud canadienses completamente competentes; sin embargo, admiten que, a pesar del creciente reconocimiento sobre la importancia de trabajar las inequidades en salud, resulta tremendamente difícil cambiar las prácticas institucionales una vez que las posibilidades profesionales de la salud pública para innovar están significativamente limitadas por cuestiones de financiamiento, políticas y recursos humanos.

Frohlich *et al.* (2017) sostienen que una aproximación teórica para entender el concepto de «estilos de vida colectivos» (Frohlich, Corin y Potvin, 2002), construida a partir de las propuestas de Weber y Bourdieu, tiene un mayor potencial que ofrecer a

la práctica en promoción de la salud que pensar dicho concepto como sinónimo de patrones de conductas individuales de riesgo y conjuntos de variables. Los estilos de vida colectivos abarcarían patrones interactivos de conductas relacionadas a la salud, orientaciones y recursos adoptados por grupos de personas en respuesta a su ambiente social, cultural y económico. De este modo, señalan Frohlich *et al.* (2017), los estilos de vida colectivos estarían emparentados a perspectivas socioambientales que toman en consideración los ambientes sociales, culturales y económicos en los que las personas viven, se enferman y mueren. Para estos autores hay importantes diferencias entre las dos aproximaciones que hacen de los estilos de vida colectivos una opción particularmente atractiva para las y los promotores de la salud que buscan el cambio.

En principio, el marco referencial de estilos de vida colectivos desarrolla el tema de las alternativas y de las posibilidades al situarlos en la teoría sociológica contemporánea, señalan Frohlich *et al.* (2017). Al interior de este marco referencial, se habla de prácticas sociales y estructura social. Las prácticas sociales, en consecuencia, serían comportamientos sociales rutinarios comunes a los grupos y, estructura social, se definiría como el modo en que la sociedad se organiza, incorpora normas, recursos, políticas y prácticas institucionales. De manera semejante a los cambios, las prácticas sociales se entenderían como emergiendo de la estructura, de ahí que la relación entre estructura y prácticas sea siempre explícita y recurrente. De este modo, una conducta individual, o práctica social, nunca estaría separada de su posición al interior de la estructura social. Además, esta relación no sería unidireccional, la estructura modelaría las prácticas sociales de las personas, y a su vez, las prácticas sociales de las personas impactarían la estructura ya sea reproduciéndola o transformándola (Frohlich *et al.*, 2017).

En segundo lugar, apuntan Frohlich *et al.* (2017), las prácticas sociales no serían consideradas exclusivamente en términos de conductas saludables. Un tercer elemento que estos autores destacan del marco referencial de estilos de vida colectivos, es la mirada a las restricciones y a las oportunidades para la agencia individual y las implicaciones que éstas tienen para el empoderamiento real. La posición de las personas al interior de la estructura social claramente configuraría su agencia (Frohlich *et al.*, 2017).

Un cuarto aspecto implícito y poco desarrollado de los estilos de vida colectivos es el tema del poder. Para Frohlich *et al.* (2017), las relaciones de poder son sustantivas en la configuración de la distribución social desigual de las conductas de salud y de los resultados de la enfermedad entre los grupos, así como en crear y sostener la estructura social. Una mirada sobre el poder, señalan los autores, nos invita a considerar nuestro rol, al interior de la práctica de promoción de la salud, como actores al interior de los sistemas de poder y nuestro relativo privilegio o marginalidad.

Un quinto aspecto de los estilos de vida colectivos para entender el contexto social es el de la reflexividad respecto al lugar social de la promoción social como campo (Frohlich *et al.*, 2017). Por reflexividad, los autores entienden el mantener una actitud autocrítica, cuestionar suposiciones dadas por hecho mirando la naturaleza política de la promoción de la salud y sus efectos voluntarios e involuntarios, así como la distribución social de estos efectos. De manera más concreta, señalan Frohlich *et al.* (2017), la reflexividad podría incluir: 1) atención al conocimiento y a las perspectivas tácitas que las y los profesionales llevan a su trabajo; 2) apertura a ser transformado por la experiencia de vinculación con individuos que posiblemente cuestionen la práctica de la

promoción de la salud; 3) cuestionamiento al conocimiento recibido (lo que consideramos evidente y verdadero); 4) curiosidad franca sobre otras perspectivas; 5) consciencia sobre las relaciones de poder y el lugar que uno ocupa en dichas relaciones.

Finalmente, Frohlich *et al.* (2017) consideran que los estilos de vida colectivos, opuestos a las conductas aisladas, tienen tres implicaciones importantes para la promoción de la salud y para el estudio de los efectos en áreas urbanas: 1) se propone que al estudiar los efectos de un área en la conducta debemos ir más allá de una mirada centrada en conductas individuales de alto riesgo a una mirada que considere tanto las barreras estructurales como las oportunidades y cómo estas condiciones estructuran, y son estructuradas, por las conductas; 2) se sugiere que estas barreras y oportunidades afectan de maneras diferenciales a los grupos con base a su posición al interior de la estructura social y 3) una mirada desde los estilos de vida colectivos introduciría la agenda de la justicia social. Si estas barreras y oportunidades para desarrollar conductas saludables están inequitativamente distribuidas a través de áreas, y si percibimos a la estructura social como mutable, la promoción de la salud debiese pensar esta problemática como una problemática de injusticia, subrayan Frohlich *et al.* (2017).

2 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COMUNIDADES INDÍGENAS

Para Charlotte Loppie (2017), académica de la Universidad de Victoria y especialista en promoción de la salud indígena del Canadá, el conocer los contextos políticos y culturales indígenas, las inequidades en salud indígena, los determinantes sociales de la salud indígena, así como las construcciones indígenas sobre salud, resulta indispensable para el diseño de cualquier acción en promoción de la salud dirigida a las comunidades indígenas canadienses.

Las y los integrantes de los pueblos indígenas del Canadá, señala Loppie (2017), experimentan inequidades sustantivas en salud en comparación con las y los canadienses de origen europeo. Desde el inicio de la colonización se registró un rápido declive en la salud general de niñas/os indígenas, personas jóvenes indígenas, personas adultas indígenas y personas adultas mayores indígenas. Las estadísticas actuales reflejan claramente dichas inequidades producto de la colonización geográfica, de la dominación política, de la desventaja económica, y de la discriminación social (Loppie, 2017).

Loppie pone en relieve la contradicción entre la definición de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la manera en que los pueblos indígenas son vistos por la propia OMS. De acuerdo con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades

sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2016: 1).

A pesar del reconocimiento internacional de esta definición, cuestiona Loopie (2017), el pertenecer a un pueblo indígena permanece enlistado entre los determinantes sociales de la salud, como si el simple hecho de ser indígena causara que una persona se enfermara más seguido o muriera de manera más prematura. El ser indígena o ser miembro de algún otro grupo racializado, afirma la académica, no predispone inherentemente a tener una buena o una mala salud. Es la marginalización social, política y económica, así como la discriminación en contra de los pueblos indígenas, sostenida por aquellas/os en posiciones de poder racializadas, lo que produciría las inequidades en salud, sostiene Loopie. En consecuencia, dentro de los determinantes sociales de la salud, se encontrarían también el racismo, la colonización y el colonialismo, los cuales configurarían los determinantes más críticos para la salud de los pueblos indígenas (Loopie, 2017).

Los pueblos indígenas a nivel mundial han experimentado, apunta Loopie (2017), siglos de colonización europea resultante de la pérdida de sus territorios, lenguas, tradiciones, así como un incremento desproporcionado de enfermedades, daños y muertes prematuras. Desafortunadamente, las creencias racistas, así como la dominación política, social y económica, determinarían las prácticas que frecuentemente patologizan y dañan a los pueblos indígenas (Loopie, 2017).

Afortunadamente, comenta la autora, la emergencia de filosofías en torno a la justicia social de la última parte del siglo xx habrían llevado al nacimiento de la promoción de la salud. Este campo disciplinar toma en cuenta las inequidades etno-culturales que, en el caso de la salud indígena, serían parte de su determinación social. Por otro lado, los traumas históricos de los pueblos indígenas habrían creado una desconfianza justificada respecto a las estructuras coloniales canadienses, incluyendo las instituciones de salud, apunta Loopie. La confianza entre profesionales de la salud y pueblos indígenas, lentamente, se estaría construyendo, aunque un amplio número de integrantes del campo de la salud continúan, inconsciente o intencionalmente, ignorando los contextos culturales u otros contextos críticos que perpetúan las relaciones coloniales con los pueblos indígenas afectando negativamente su salud y su bienestar (Loopie, 2017).

Los pueblos indígenas canadienses, añade Loopie (2017), frecuentemente conceptualizan la salud (o el bienestar) al interior de múltiples dominios (físico, emocional, mental y espiritual) unidos y recíprocamente configurados. En general, las culturas indígenas reflejan una estructura filosófica que coloca la vida de un individuo en una red de familia, comunidad o nación. Al interior de estos contextos cada individuo es socialmente vital. La salud holística se alcanza cuando hay equilibrio al interior y entre los dominios de la salud, así como al interior y entre las familias, las comunidades, las naciones y el medio ambiente (Loopie, 2017).

Las metafísicas indígenas canadienses, sostiene Loopie (2017), frecuentemente sitúan al cuerpo humano donde las esferas de lo físico y de lo espiritual se entrecruzan. La armonía se extiende a lo largo del tiempo, simbolizando así el respeto por la sabiduría indígena, así como la conexión y la preocupación con las generaciones futuras. Este paradigma, basado en la unicidad, la interrelación y el balance, difiere sustantivamente

de las nociones occidentales sobre salud de base cartesiana, que frecuentemente deconstruyen el cuerpo físico al aislarlo de las esferas espirituales (Loopie, 2017).

Al interior de diferentes comunidades indígenas canadienses, ilustra Loopie (2017), se ha utilizado un círculo para representar la naturaleza cíclica y dinámica de la vida humana, la cual consiste en diversas etapas: nacer, crecer, morir y renovarse. El círculo también simbolizaría la íntima conexión entre creencias, saberes, sentimientos y acciones, así como entre el individuo, la familia, la comunidad, la cultura y el cosmos. La rueda de la medicina habría sido utilizada tradicionalmente por pueblos indígenas de las regiones centrales de norteamérica, aunque recientemente habría sido adoptado por otros pueblos sin que ello signifique que los significados de la rueda sean los mismos para todos ellos, recuerda Loopie (2017).

Un concepto de primer orden que Loopie (2017) destaca en el contexto de la presente discusión es el pluralismo. Para la académica, el pluralismo se refiere al valor de la diversidad y a la práctica de asegurar que las personas no sean excluidas de la sociedad o humilladas por poseer creencias, espiritualidades, culturas, lenguas o prácticas sociales distintas a las dominantes. Como señala Yunkaporta (2007), la sabiduría indígena tiene un carácter plural, supera la lógica binaria y de oposición que demanda adherirse a un absoluto y rechazar su contrario. En contraste, la tensión y el balance entre los opuestos sería fuente tanto de creación nueva como de cohesión social (Loopie, 2017).

El concepto de pluralismo, considera Loopie (2017), ofrece una alternativa a la existente división entre acercamientos indígenas, por un lado; y acercamientos occidentales, por otro, a la promoción de la salud. En lugar de observar estos enfoques culturalmente distintos como inconmensurables uno al otro, Elder Marshall (2015), siguiendo a Loopie, sugiere observar a la salud con un ojo en las fortalezas de los conocimientos indígenas y sus formas de conocer y, con el otro ojo, en las fortalezas de los conocimientos occidentales –a pesar de ser eurocéntricos y convencionales– y sus formas de conocer. De este modo, apunta Loopie (2017), las estrategias en promoción de la salud pueden diseñarse desde las perspectivas de ambas miradas en lugar de intentar imponer una sobre la otra. Willie Ermine (2007) conceptualiza el espacio de la pluralidad como «el espacio ético», el cual se forma cuando dos sociedades, con cosmovisiones dispares, están preparadas para comprometerse una a la otra (Loopie, 2017).

Loopie (2017) señala que el artículo 23 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece que:

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones. (ONU, 2007: 7).

Este llamado a decolonizar las estructuras y los sistemas de salud, añade Loopie (2017), también está fundamentado en los artículos 21 y 24 del documento canadiense titulado Comisión de la Reconciliación y la Verdad: Llamados para la Acción, en el cual se propusieron cambios al financiamiento, a la implementación y al personal de los servicios de

salud indígena, así como capacitación en seguridad cultural para todos los profesionales de la salud que trabajan en el área de la salud indígena (The Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015).

La seguridad cultural se refiere a las relaciones y a los ambientes percibidos por los pueblos indígenas como como inofensivos, respetuosos y no violentos (Wilson *et al.*, 2003). Crear dichas relaciones y ambientes, reconoce Loopie (2017), requiere de un largo compromiso de vida por parte de las y los profesionales en salud para reflexionar sobre el sistema de creencias y el sistema cultural propio. Asimismo, se debería asumir un posicionamiento crítico en torno a las suposiciones que sustentan los desbalances del poder relacionados a nuestra posición social, que subsecuentemente guía nuestra práctica y a estar alertas de la no tan evidente manera no intencionada de convertirse en un profesional paternalista o dominante (Wilson *et al.*, 2013), propone Loopie.

Hasta cierto grado, indica Loopie (2017), la promoción de la salud indígena continúa estando emprendida por personas que no pertenecen a las comunidades indígenas, rara vez consultan o se involucran con integrantes de los pueblos indígenas. Esta forma de promoción de la salud colonizada aparece cuando las y los profesionales desarrollan programas basados en sus propios contextos culturales y políticos y, posteriormente, sin ser invitadas/os, ingresan a las comunidades indígenas para implementar y evaluar el alcance presuntamente exitoso de los programas utilizando criterios que, por lo general, no son relevantes para las y los integrantes de las comunidades (Loopie, 2017).

Comprometidas con la decolonización de la investigación en salud, las comunidades indígenas canadienses afirman el derecho a controlar el proceso de programas y prácticas emprendidos en torno, acerca y para ellas (Loopie, 2017). En este contexto, y de acuerdo al First Nations Information Governance Centre (2005), el concepto de control hace referencia a las aspiraciones y a los derechos de los pueblos indígenas para mantener y recuperar el control de todos los aspectos de sus propias vidas e instituciones (Loopie, 2017).

Loopie (2017) sostiene que el involucramiento de las comunidades indígenas representa un proceso mediante el cual sus integrantes toman acciones significativas dirigidas al beneficio colectivo de la comunidad. Los valores indígenas del vínculo y de la reciprocidad, así como la perspectiva colectiva, apuntalan este proceso mediante el cual los miembros de la comunidad trabajan en conjunto para la generación de cambios. Como en otros contextos, la participación de la comunidad en promoción de la salud refleja un componente crítico de la autodeterminación (Loopie, 2017).

Cuando profesionales y políticas/os colaboran en pueblos indígenas para el desarrollo y para la implementación de actividades en promoción de la salud, pueden emerger alianzas reales en una atmósfera de confianza mutua, indica Loopie (2017). Las alianzas colaborativas, añade la autora, mejoran el grado en el que las comunidades indígenas comparten el poder de tomar decisiones y ayudan a asegurar que la promoción de la salud sea entendida de una manera respetuosa, relevante, recíproca y culturalmente apropiada. Loopie destaca cuatro experiencias de promoción de la salud en comunidades indígenas situadas en contextos urbanos, o en reservas, de los grupos First Nations, Métis e Inuit.

El proyecto The wusht, iniciado en 2005, formalmente conocido como el Proyecto de Jardines y Cocinas Comunitarias Aborígenes Urbanas (Urban Aboriginal Community

Kitchen/Garden Project), aunque mejor conocido como proyecto The Tu'wusht (en la lengua *tla'amin* de la costa Salish *tu'wusht* significa «nosotros pertenecemos»). Esta iniciativa, desarrollada en territorio del pueblo indígena *musqueam* de la provincia de British Columbia, provee oportunidades para que integrantes de dicho pueblo accedan al ambiente natural, así como a comidas tradicionales nutritivas. Está guiado por distintos saberes indígenas incluyendo la rueda de la medicina e involucra el compartir los saberes de los pueblos indígenas. Su misión es la de proveer apoyo y oportunidad a la población indígena que vive al este de la ciudad de Vancouver para mejorar su salud, incrementar su capacidad de crear un espacio seguro con el objetivo de que personas adultas mayores y personas jóvenes interactúen, así como para promover la cura a través de la jardinería. El proyecto incluye contar con una actividad de comedor comunitario semanal donde las personas adultas mayores indígenas e integrantes de las comunidades –incluyendo distintas organizaciones juveniles– se reúnan, preparen y coman alimentos saludables, además de compartir saberes y habilidades (Loopie, 2017).

Mundel y Chapman (2010) evaluaron este proyecto entrevistando a personas adultas mayores y a otras/os participantes del mismo. Reportaron que el proyecto estimula la construcción de relaciones donde sus integrantes se convierten en una suerte de familia al proveer conocimientos prácticos y apoyo emocional al interior y más allá del proyecto. Además de mejorar su salud física a través del incremento de su actividad y del consumo de alimentos saludables como vegetales orgánicos, los participantes también describieron cómo los ambientes de aprendizaje informal les ayudaron a inspirarse y desarrollar distintas habilidades promotoras de la salud (Loopie, 2017).

Para Loopie, el proyecto Tu'wusht promueve no sólo la salud individual una vez que incluye la mirada en la salud de la comunidad, en el ecosistema y en el universo. Las y los participantes reportaron que el proyecto les ayudó a conectarse con su cultura a través del tiempo invertido en el trabajo en la tierra y al vincularse a las distintas actividades del proyecto. Algunas/os participantes, además, observaron a las actividades como decolonizadoras. Al proveer un espacio para que los pueblos indígenas estén unidos en la tierra y aprender de las personas adultas mayores, el proyecto sirve como un excelente ejemplo de cómo la promoción de la salud decolonizada, señala (Loopie, 2017), puede facilitar procesos de cura indígenas y de autodeterminación en un contexto urbano.

El proyecto *Prevención de la Diabetes en Escuelas Kahnawake*. En 1993, y como parte de la propuesta de personas adultas mayores para dar respuesta a la epidemia de diabetes al interior de la comunidad Mohawk de Kahnawake, miembros de la comunidad colaboraron con médicas/os, dietistas, investigadoras/es y autoridades escolares para desarrollar el proyecto Prevención de la Diabetes en Escuelas Kahnawake (Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project, KSDPP). Desde entonces, y con la participación activa de una junta asesora local, el KSDPP continuaba –al menos hasta 2017– ofreciendo un programa de promoción de la salud con base en el salón de clases, holístico y culturalmente apropiado, que incluía nutrición, actividad física, comprensión de la diabetes, entendimiento del cuerpo humano, estilos de vida saludables, así como un programa de apoyo en casa para madres y padres de familia, y cuidadoras/es, sobre nutrición, actividad física y estilos de vida saludables. (Loopie, 2017).

A pesar de que inicialmente fue desarrollado como proyecto piloto a tres años para mejorar la alimentación saludable y la actividad física entre estudiantes de nivel prima-

ria, el KSDPP se ha expandido para atender a todas/os las/os estudiantes de la comunidad. Los programas de colaboración más recientes incluyen, para beneficios de ambas partes, alianzas de investigación con universidades locales, así como construcción de capacidades a través de la capacitación para proveedores de servicios de otras comunidades (Loopie, 2017).

Este programa, señala Loopie (2017), controlado por la comunidad, abraza un modelo plural de promoción de la salud a través de la incorporación de teorías indígenas y occidentales, incluyendo teorías sobre aprendizajes sociales, el modelo PRECEDE-PROCEED, la Carta de Ottawa y enseñanzas indígenas tradicionales. Además de los objetivos relacionados a la salud física, el KSDPP se avoca a incrementar la participación comunitaria a través del compartir información, de la construcción de capacidades y de la toma de decisiones colectiva (Loopie, 2017).

El programa Día de Campo Sprouts. Desde 2001, el programa Día de Campo Sprouts (The Sprouts Day Camp Program) ha facilitado a las y los niños y a las y los jóvenes en Iqaluit, Nunavut, de oportunidades para aprender a promover la cultura, la salud y la educación utilizando saberes y prácticas tradicionales Inuit, advierte Loopie. Cada verano, las y los niños Inuit en el rango etario de 7 a 15 años de edad asisten a una serie de días de campo semanales ofrecidos por una alianza entre la Asociación Qikiqtani Inuit y Actua Canada's Aboriginal Outreach Program (Loopie, 2017).

Los contenidos del programa Día de Campo Sprouts incorporan ciencia y tecnología; en consecuencia, señala Loopie (2017), las y los jóvenes indígenas pueden continuar carreras en el contexto del potencial crecimiento canadiense de las industrias del petróleo y del gas. Las personas adultas mayores de la comunidad, así como otras/os voluntarias/os de la comunidad, dedican su tiempo a dirigir actividades y a proveer a las y los estudiantes de vínculos con la cultura local y los saberes tradicionales. Las personas adultas mayores abren y cierran ceremonias y comparten enseñanzas culturalmente relevantes, mientras que las y los voluntarios comunitarios llevan a estudiantes a excursiones de campo en lugares con culturalmente relevantes, describe Loopie (2017).

Este proyecto emplea a egresadas/os de la escuela inuit Nunavut Sivuniksavut como instructores. Por treinta años, este programa –con base en la provincia de Ottawa– ha estado facilitando la transición de personas jóvenes inuit del bachillerato a la educación superior y al mercado de trabajo. Las y los instructores, considera Loopie (2017), se convierten, además, en figuras de inspiración para las y los niños en términos de aprovechamiento académico, participación comunitaria y voluntariado, así como para alentarlos a enorgullecerse de su herencia cultural y para realizar cambios positivos para futuras generaciones.

Sociedad de Servicios Comunitarios y Familia Hulitan. Localizado en Victoria, provincia de British Columbia, el proyecto Sociedad de Servicios Comunitarios y Familia Hulitan (Hulitan Family and Community Services Society) es una agencia urbana indígena que ofrece programas seguros y culturalmente relevantes para apoyar el bienestar de las y los niños, de las y los jóvenes y de las familias indígenas que viven en la ciudad de Victoria (Loopie, 2017).

El programa Jornadas del Aprendizaje Cultural del Corazón (Journeys of the Heart Cultural Programa) que provee la organización tiene como objetivo particular facilitar el desarrollo físico, intelectual, emocional y espiritual de las y los niños indígenas.

El programa, con duración de diez meses, está diseñado para alimentar la identidad cultural de niñas y niños indígenas de dos a cinco años y ayudarles en su inserción en el sistema escolar público, apunta Loopie. Las actividades del programa incluyen actividades culturalmente relevantes para la preparación hacia el ingreso al jardín de niñas/os, «modelado de roles», paternidad y técnicas de socialización para madres/padres de familia; además de actividad física con base familiar y el conectar a las familias urbanas indígenas con organizaciones y recursos comunitarios (Loopie, 2017). A pesar de que Hulitan reconoce a las/los madres/padres como las/los principales maestras/os, también incorporan valores indígenas tradicionales relacionados al importante rol de miembros de las familias extendidas en la crianza infantil. Además, el programa trabaja de manera cercana con redes familiares y programas comunitarios indígenas locales, destaca Loopie (2017).

El programa L, KI, L (significados de confianza) de Salud Mental para la Niñez y la Juventud (The L, KI, L Child and Youth Mental Health Program) facilita mejoras a la salud mental y para el bienestar entre niñas/os y personas jóvenes indígenas, desde el nacimiento, hasta los 18 años, subraya Loopie. El programa emplea un cierto número de modalidades tradicionales occidentales e indígenas, entre otras, consejería uno a uno y familiar, círculos de cura, arte terapia, apoyos culturales y actividades con base en la tierra (Loopie, 2017). El programa, además, incorpora el compartir conocimientos (con jóvenes y adultas/os) acerca de los impactos intergeneracionales de la colonización y de las escuelas residenciales tanto en las familias indígenas como en la paternidad. A pesar de que el objeto central del programa es el bienestar mental, una mirada holística, que incorpora las enseñanzas de la rueda de la medicina, también acompaña la enseñanza y da apoyo emocional, físico y espiritual a niñas/os, personas jóvenes y familias indígenas (Loopie, 2017).

El programa de Paternidad Intensiva Kwen'an'latel (Kwen'an'latel Intensive Program) es un programa de paternidad para padres indígenas urbanos a quienes el Ministerio de la Infancia y el Desarrollo Familiar les ha quitado a sus hijas/os, advierte Loopie. Este programa diseñado localmente, y culturalmente apropiado, emplea acercamientos holísticos relevantes para las realidades sociales y los valores culturales de personas indígenas que viven en la isla de Vancouver (Loopie, 2017). Los objetivos del programa son el aumentar los conocimientos de paternidad y las habilidades entre las familias indígenas, incrementar el entendimiento de los padres sobre las conductas de riesgo que impactan en la salud de las/os niñas/os, e incrementar el vínculo de los padres a los recursos culturales y comunitarios. En este programa de seis a nueve meses de duración, los padres tienen la oportunidad de incorporar conocimiento y habilidades tradicionales occidentales e indígenas a su práctica de paternidad y de recibir apoyo culturalmente apropiado de la organización Familia Hulitan Desarrollando Trabajadores (Hulitan Family Development Workers) (Loopie, 2017).

Los pueblos indígenas de Canadá, señala Loopie (2017), son culturalmente diversos, están geográficamente dispersos y están sometidos a veloces cambios sociales, culturales y económicos. Ante la necesidad de afrontar obstáculos, distintos programas de base comunitaria han demostrado cómo balancear el desarrollo de iniciativas comunitarias en promoción de la salud con políticas públicas socioculturales amplias para crear ambientes saludables para los pueblos indígenas (Loopie, 2017).

El éxito de estos programas puede ser atribuido, al menos en parte, a la apreciación y a la aplicación de conceptos, contexto y procesos indígenas, considera Loopie (2017). Inicialmente, la incorporación de perspectivas distintas occidentales e indígenas refleja un panorama más plural y alternativo a la existente división entre acercamientos a la promoción de la salud desde lo indígena y desde lo occidental. De manera más notable, es claro que, al desarrollar e implementar estos apoyos de la promoción de la salud exitosos, quienes diseñan programas y política pública, así como profesionales del campo, toman en consideración los contextos diferentes que impactan en todas las dimensiones de la salud indígena. Si se está dando una respuesta a la seguridad alimentaria, a la diabetes, al desarrollo infantil o a la cohesión familiar, todos estos programas estarían sustentados bajo la premisa de que las soluciones a la salud y a los retos sociales que enfrentan los pueblos indígenas pueden ser encontrados en las enseñanzas y en las tradiciones de sus ancestros/os, así como en las de sus aliadas/os, argumenta Loopie (2017).

Durante las últimas tres décadas, concluye Loopie (2017), las/os teóricas/os sociales e investigadoras/es han establecido que el control sobre la vida de una/o mismo es fundamental para mejorar la salud y el bienestar. Por otro lado, las estructuras y los sistemas coloniales represivos habrían disminuido las oportunidades para la autodeterminación entre los pueblos indígenas, de este modo influirían en el deterioro de los demás determinantes de la salud. De cualquier manera, en el caso de la promoción de la salud, la autodeterminación se estaría desarrollando en ciertas comunidades indígenas, las cuales estarían comenzando a tomar control y a involucrarse activamente en todas las decisiones y actividades vinculadas a los apoyos en salud (Loopie, 2017).

3 PROMOCIÓN DE LA SALUD E INMIGRANTES

Para Mushira Mohsin Khan y Karen Kobayashi (2017), la creciente diversidad de las poblaciones inmigrantes en Canadá plantea importantes preocupaciones respecto a las necesidades de salud de dichas poblaciones, particularmente en el contexto de los desafíos planteados por las exigencias sociales, económicas, geográficas, culturales y ambientales que acompañan al proceso migratorio. La salud de las personas inmigrantes y de sus familias tiene, para estas autoras, importantes implicaciones para el futuro perfil de salud de la nación canadiense. De ahí que les resulte significativamente trascendente la necesidad de que quienes diseñan política pública, y otras/os actores clave, dirijan preguntas complejas y a detalle sobre la salud de la población inmigrante como: 1) ¿Cuáles son los determinantes de la salud inmigrante?, 2) ¿Cuáles son las barreras para la recepción de prácticas de promoción de la salud entre la población inmigrante? y 3) ¿Cómo podemos optimizar la receptividad de prácticas de promoción de la salud entre la población inmigrante? (Khan y Kobayashi, 2017).

Khan y Kobayashi (2017) subrayan que las investigaciones sobre salud e inmigración en Canadá coinciden en señalar que, al momento de la llegada de la población inmigrante, ésta suele gozar de mejor salud al comparar las tasas de mortalidad por edad frente a las de contrapartes nacidas en Canadá, fenómeno al que se le conoce como el «efecto inmigrante saludable». Esta situación, comentan las autoras, puede

ser atribuida en gran medida a la naturaleza selectiva de la inmigración internacional. Dicha selección incluye, entre otros elementos, un examen de salud obligatorio para asegurar que solamente las y los inmigrantes más sanos sean admitidos en Canadá (Khan y Kobayashi, 2017).

Zoua Vang, Jennifer Sigouin, Astrid Flenon y Alain Gagnon (2015), señalan Khan y Kobayashi (2017), encontraron que la ventaja de la salud inmigrante varía a través y en cada etapa del curso de vida. El efecto de la salud inmigrante aparecería con mayor fortaleza durante la edad adulta y, con menor intensidad, durante la infancia, la adolescencia y la vejez. Sin embargo, y de acuerdo a estos autores, inclusive en la edad adulta, persisten discrepancias entre diferentes grupos de inmigrantes (Khan y Kobayashi, 2017). Por ejemplo, las tasas de mortalidad de enfermedades isquémicas del corazón son más altas entre las poblaciones inmigrantes del Sur de Asia, el grupo inmigrante de mayor crecimiento en Canadá (Arasaratnam, Ayoub y Ruddy, 2015). En comparación con la población blanca, las poblaciones del Sur de Asia tienen índices de prevalencia de hipertensión más alta, casi el doble de índices de prevalencia de diabetes tipo dos, un porcentaje mayor de grasa corporal, niveles más bajos de actividad física y mayor consumo de carbohidratos. Todos estos factores contribuyen al particular perfil patológico cardiovascular de este grupo (Rana, De Souza, Kandaswamy, Lear y Anand, 2014).

Khan y Kobayashi (2017) consideran que, una aproximación desde los determinantes sociales de la salud a los problemas de enfermedad de las poblaciones de inmigrantes, resulta particularmente útil al proveer ideas de cómo el estatus de «nacido en el extranjero» y marcadores de identidad relacionados a la etnicidad, a la lengua, a la cultura, a la edad y al género pueden impedir que las y los inmigrantes accedan y usen efectivamente los recursos canadienses en promoción de la salud.

Las autoras ubican, dentro de los determinantes de la salud más importantes, las transiciones del curso de vida como la inmigración. Los estresores asociados al establecerse en un país que no resultan familiares a las personas inmigrantes y afectan la salud. Señalan que las y los inmigrantes recién llegados a Canadá encuentran dificultad para acceder a información relacionada a la salud debido a: 1) la falta de conocimientos sobre el sistema de salud canadiense, 2) un historial de confiar en medios informales sobre información en salud en sus países de origen y 3) un limitado conocimiento sobre prevención de la enfermedad como alimentación saludable y cuidado nutricional.

Khan y Kobayashi (2017) contrastan, a partir de investigaciones desarrolladas por Saraswati (2000) que, por un lado, las poblaciones inmigrantes son por lo general más educadas que las poblaciones promedio en Canadá y, paradójicamente, tienden a estar subempleadas. Cuando están empleadas, tienden a ganar menos y, rara vez, ocupan puestos gerenciales. Adicionalmente, la problemática de la sobrerrepresentación de mujeres inmigrantes en trabajos de poco ingreso refleja la continua racialización y el carácter de inequidad de género propio del mercado de trabajo, denuncian las autoras. Zuberi y Ptashnick (2012), siguiendo a Khan y a Kobayashi (2017), reconocen que la experiencia inmigrante está caracterizada por el subempleo, el desempleo y la pobreza.

El dominio del idioma, apuntan Khan y Kobayashi (2017), es posiblemente la barrera más significativa para la receptividad de prácticas en promoción de la salud entre personas inmigrantes. La falta de habilidades lingüísticas, la disponibilidad limitada de servicios de traducción en Canadá, el poco conocimiento de la importancia de la

interpretación cultural, así como de la especialización que se requiere en los servicios de traducción, y la baja calidad de las interacciones clínicas debido a las barreras del lenguaje posiblemente estén relacionados a los bajos niveles en el uso de recursos de salud por parte de las poblaciones inmigrantes, consideran Khan y Kobayashi a partir de Koehn, Jarvis, Sandhra, Bains y Addson (2014).

Spitzer, Neufeld, Harrison, Hughes y Stewart (2003) señalan que, por lo general, en las familias de inmigrantes la carga de cuidar a niñas y niños pequeños, así como a personas adultas mayores, recae desproporcionalmente en las mujeres (Khan y Kobayashi, 2017). Desde la perspectiva de Ahmad, Shik, Vanza, Cheung, George y Stewart (2004), en general, las mujeres inmigrantes serían indiferentes a sus necesidades relacionadas a la salud debido a prácticas tradicionales de sus culturas, de este modo, el género se convertiría en una barrera central para la participación en prácticas de promoción de la salud, particularmente aquellas relacionadas a la prevención de la enfermedad (Khan y Kobayashi, 2017).

Las percepciones culturales sobre salud y enfermedad, sintetizan Khan y Kobayashi (2017), resultan una barrera significativa para la participación de poblaciones inmigrantes en acciones de promoción de la salud. Las investigadoras ponen como ejemplo la idea arraigada, entre ciertas comunidades del Sur de Asia, de que la enfermedad va más allá del control individual entre quienes buscan conductas saludables.

Khan y Kobayashi (2017) demuestran que la edad es otro elemento que impacta en la salud de las y los inmigrantes en Canadá. Como es del dominio de la salud pública canadiense, las personas adultas mayores canadienses viven una situación de soledad y aislamiento considerable, tanto así que las y los investigadores sociales y de la salud han ubicado a la soledad entre personas adultas mayores en Canadá como una «epidemia pública» que puede desembocar en depresión, hipertensión, disturbios del sueño y demencia (De Jong Gierveld, Keating y Fast, 2015). Y las personas inmigrantes que llegaron a Canadá en una edad adulta tienen un mayor riesgo de soledad y aislamiento, particularmente, aquellas/os inmigrantes que no tienen descendencia europea por las barreras culturales y de lenguaje que enfrentan, señalan Khan y Kobayashi siguiendo a De Jong Gierveld (2015).

Para Khan y Kobayashi, la situación de salud y de enfermedad de las personas inmigrantes en Canadá está atravesada, entre otras situaciones, por la clase social, el estatus socio-económico, la competencia lingüística, el género, las percepciones culturales en torno a la salud y a la prevención de la enfermedad, así como a la edad. En consecuencia, resulta razonable que la promoción de la salud canadiense se proponga como reto el diseñar acciones a partir de dicha diversidad y complejidad de determinantes sociales y de percepciones socioculturales, desde perspectivas culturalmente apropiadas, y atendiendo las estructuras sociales que generan inequidad en una población inmigrante que, fuera de casa, encuentra serias dificultades para su desarrollo.

Khan y Kobayashi (2017) analizaron de manera crítica el programa Familias Saludables BC¹ (Healthy Families BC) y colocaron como contraste dos programas en promoción de la salud inmigrante que consideran exitosos: 1) la Prueba de Ejercicio del Sur de Asia (The South Asian Exercise Trial, SAET) y 2) Promoción de la Salud Mental al Interior de

¹ BC hace referencia a la Provincia de British Columbia.

las Comunidades de Inmigrantes (Mental Health Promotion within Immigrant Communities).

Familias Saludables BC fue un conjunto de iniciativas implementadas de manera amplia en la Provincia de British Columbia para promover un estilo de vida activo y fomentar que las y los residentes de dicha provincia tuviesen un mejor manejo de su propia salud y una reducción de sus enfermedades crónicas. Entre las acciones de este programa, dirigidas por el gobierno provincial de inicios de la segunda década del siglo XXI, se incluían el Reto de Caminata de Familias Saludables BC 2011 (2011 Healthy Families BC Walking Challenge); Cena Informada (Informed Dining), un programa que promovía el acceso a información nutricional antes de seleccionar platillos cuando se consumían alimentos fuera de casa; Sentido de Compra (Shopping Sense) que, en alianza con cinco grandes cadenas de tiendas de alimentos, apoyaba a las familias a planear y a preparar comidas saludables y nutritivas; así como el Plan de Reducción de Sodio de BC (BC's Sodium Reduction Plan). Y, de modo más reciente, el gobierno habría implementado el programa Recompensas de Zanahorias (Carrot Rewards), una aplicación electrónica innovadora que promovía estilos de vida saludables entre sus usuarios/os (Khan y Kobayashi, 2017).

Estos programas de promoción de la salud, indican las autoras, aunque loables por sus objetivos en salud poblacional, no eran necesariamente adecuados para los grupos de personas inmigrantes. Los programas nutricionales y de salud Cena informada y el Plan de Reducción de Sodio de BC, por ejemplo, estaban sustentados principalmente en nociones occidentalizadas sobre cocinar y planear alimento. La iniciativa Cena Informada, entre la decena de restaurantes que sugiere, incluía muy pocos restaurantes de comida «étnica». La baja participación de restaurantes no occidentales, comentan Khan y Kobayashi (2017), se atribuía, en parte, a las dificultades prácticas de adaptar comida no occidental a los estándares de las guías nutricionales canadienses. Por otro lado, el libro del gobierno de la Provincia de Columbia Británica, Comida Saludable para Adultos Mayores (Healthy Eating for Seniors), solo se había traducido, al menos hasta 2017, al chino y al punjabi, desconsiderando la heterogeneidad cultural de dicha provincia. En lo relacionado a la tecnología, las personas inmigrantes adultas mayores no necesariamente tenían acceso a dispositivos electrónicos y, muchas de ellas, desconocían su uso, apuntan Khan y Kobayashi (2017).

La Prueba de Ejercicio del Sur de Asia (The South Asian Exercise Trial, SAET). El programa SAET habría sido diseñado para medir la eficacia del ejercicio cardiovascular en la distribución de la grasa corporal en mujeres inmigrantes del Sur de Asia. Este programa gratuito se habría basado en ejercicios culturalmente apropiados de danza *bhangra*, en combinación con ejercicios aeróbicos convencionales, para disminuir los riesgos de enfermedades cardiovasculares entre mujeres inmigrantes del Sur de Asia. En una prueba aleatoria de doce semanas, el 75% por ciento de mujeres postmenopáusicas con una circunferencia de cintura mayor a los 80 centímetros participaron en el programa. Al grupo se le pidió acudir a tres clases por semana, de una hora de duración, durante un periodo de doce semanas. Se habrían registrado las medidas basales, la grasa abdominal interna, la masa magra, el riesgo cardiovascular y la actividad física. Lesser, Guenette, Hoogbruin, Mackey, Singer, Gasevic y Lear (2016), siguiendo a Khan y Kobayashi (2017), habrían reportado que la participación durante el periodo completo se mantuvo alta y,

en consecuencia, el tejido visceral adiposo se habría reducido significativamente entre aquellas mujeres que tuvieron adherencia al programa y, muchas de ellas, habrían reportado una mejora en su sentido de bienestar.

Para Khan y Kobayashi (2017), aquellos programas de promoción de la salud dirigidos de manera apropiada y adaptados culturalmente como el SEAT son importantes por distintas razones: 1) el programa fue ofrecido en un centro comunitario de Surrey, ciudad que tiene una amplia población del Sur de Asia; 2) un programa de ejercicios culturalmente apropiado, basado en la danza *bhangra*, anima a las mujeres adultas, que posiblemente sientan ambivalencia sobre participar o no en programas de salud, a sobrepasar algunas de sus inhibiciones en torno al ejercicio comunitario; 3) dada la activa participación de las mujeres en el estudio, evidenciado por la alta tasa de participación en el programa, es muy probable que las participantes fueran más receptivas a prácticas de promoción de la salud en espacios cotidianos y a mensajes sobre una vida activa y alternativas de estilos de vida saludables.

Promoción de la Salud Mental al Interior de las Comunidades de Inmigrantes. Fundada por la Iniciativa de Acción Comunitaria (Community Action Initiative), el Centro Familiar Multicultural ALCANZAR de Vancouver del Este (East Vancouver's REACH Multicultural Family Centre), en asociación con organizaciones de servicios para personas inmigrantes, centros comunitarios y agencias de salud comunitaria y de salud mental, este programa tiene como objetivo promover la salud mental y el bienestar de las comunidades de inmigrantes de la zona metropolitana de Vancouver que se encuentran en situaciones de alto riesgo. Esta iniciativa, que se implementó entre abril de 2010 y marzo de 2012, se distinguió, señalan Khan y Kobayashi (2017), por incorporar a promotoras y promotores de la salud transculturales,² quienes tenían un liderazgo comunitario, y que no solo desempeñaron la función de traductoras/es lingüísticos. Facilitaron la transferencia efectiva de información de modos culturalmente sensibles. Esencialmente, estas/os promotores de la salud habrían actuado como puente entre los valores y las creencias de la cultura hegemónica canadiense y las tradiciones y los valores de las culturas de las y los inmigrantes, destacan las autoras. El programa constó de dos componentes: 1) grupos de apoyo social y 2) actividades de construcción de capacidades comunitarias (Khan y Kobayashi, 2017).

El Círculo Social de Mujeres Afganas (The Afghan Women's Social Circle) es un ejemplo, indican las autoras, de un grupo de apoyo social. El objetivo del Círculo fue la reducción del aislamiento social entre mujeres afganas y apoyarlas para el desarrollo de habilidades asertivas y de manejo del estrés. Quienes se desempeñaron como promotoras de la salud provenían de la comunidad afgana, lo que permitió que el grupo desarrollara fácilmente sentido de pertenencia. El módulo de construcción de capacidades del programa incorporó distintas iniciativas: 1) en colaboración con el Programa de Salud Mental Transcultural de la Salud Costera de Vancouver (Vancouver Coastal Health's Cross-Cultural Mental Health), las promotoras de la salud participaron en un

² La frase en inglés utilizada por las autoras es: «cross-cultural health promoters». Para respetar el sentido conceptual utilizado, y no recurrir a otros conceptos como «intercultural» que tienen mayor uso, aunque diferente sentido en el caso latinoamericano, decidí utilizar la traducción del concepto «cross-cultural» como «trans-cultural».

proceso de adaptación cultural del programa de terapia grupal psicoeducativo; 2) las promotoras de la salud se sometieron a un entrenamiento en primeros auxilios en salud mental, un programa de salud mental internacional que familiariza a las y los participantes con el contexto occidental de salud y enfermedad mental y 3) las promotoras de la salud compartieron estos conocimientos con sus comunidades para empoderar a integrantes de sus comunidades a partir del desarrollo de habilidades de autocuidado en salud mental (Khan y Kobayashi 2017).

Estas medidas, según las autoras, facilitaron la construcción de un ambiente donde podían establecerse diálogos respetuosos sobre salud mental mitigando parte del estigma asociado a la enfermedad mental al interior de distintas comunidades de inmigrantes. Para Khan y Kobayashi (2017), la mirada en la construcción de capacidades colaborativas comunitarias de este programa destaca como un excelente ejemplo de cómo la promoción de la salud puede actuar como una estrategia mediadora entre las personas y sus ambientes al tomar en consideración lo social, lo cultural e iniciativas que estimulan el trabajar en apoyo a las comunidades de inmigrantes, construyendo habilidades, e incrementando las oportunidades adaptadas a necesidades únicas de la comunidad. Estas iniciativas, apuntan, han demostrado efectividad al sobrepasar algunos de los obstáculos que integrantes de las comunidades inmigrantes pueden encontrar en el acceso a los servicios de salud y a la participación en las acciones de promoción de la salud (Khan y Kobayashi, 2017).

Khan y Kobayashi (2017), a manera de conclusión, observan que el rápido incremento de la población inmigrante a Canadá implica un cambio demográfico traducido a una serie de retos para el sistema de salud canadiense. Defienden, además, la necesidad de que quienes diseñan política pública a múltiples niveles necesitan desarrollar estrategias en promoción de la salud dirigidas a las necesidades específicas de una creciente y diversa población inmigrante. Un importante paso para alcanzar esta meta, reconocen, es el adoptar una mirada que coloque los temas de falta de equidad y falta de igualdad entre personas inmigrantes y quienes nacieron en Canadá, así como entre los distintos grupos de inmigrantes. Para este fin, advierten las académicas, es necesario confrontar el discurso político que señala a las y los inmigrantes como una carga al sistema de salud y abogar, además, por un cambio a través de iniciativas que reconozcan los múltiples ejes de la inequidad como esenciales para la construcción de políticas de justicia social una vez que dichas inequidades impactan en las experiencias cotidianas de los grupos de inmigrantes

4 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNIVERSIDADES

Desde la perspectiva de las académicas canadienses Paola Ardiles, Crystal Hutchinson, Alisa Stanton, Rosie Dhaliwal, Michelle Aslan y Tara Black (2017), las instituciones universitarias tienen amplias capacidades socio-políticas en cuanto formadoras de ciudadanas y de ciudadanos, así como de espacios de construcción de conocimientos, situación que podría apuntalar el avance de la agenda en promoción de la salud. La perspectiva de universidad promotora de la salud (Health Promoting University), basado en la «aproximación de escenarios» revisada en la sección 1 de la presente unidad, ha

sido ampliamente desarrollada en distintas partes del mundo, incluyendo las redes de universidades promotoras de la salud del Reino Unido, Alemania e Iberoamérica. En la teorización sobre el tema, indican Ardiles *et al.* (2017), se ha enfatizado la perspectiva de sistemas y se ha adoptado una perspectiva de sistema-completo al observar cómo el sistema trabaja como una entidad entera. A pesar de que la mayor parte de estas universidades estaría trabajando hacia metas similares, habría una ausencia de documentación en términos de cómo estas iniciativas estarían siendo implementadas en distintos contextos (Ardiles *et al.*, 2017).

Canadá, subrayan las académicas, ha jugado un rol significativo en cuanto convocante global a conferencias internacionales de primer orden y como actor estratégico en momentos históricos del movimiento de las universidades promotoras de la salud. En 2005, la Carta Edmonton para universidades e instituciones de educación superior promotoras de la salud (Edmonton Charter for Health Promoting Universities and Institutions of Higher Education) fue desarrollada con aportes internacionales, articulando principios y metas para la educación superior hacia la creación de acciones en promoción de la salud y ambientes de aprendizaje, de vida y de trabajo sustentable. Una década más tarde, una delegación internacional crearía la Carta Okanagan (Okanagan Charter), una carta internacional para las universidades promotoras de la salud. Esta carta, siguiendo a Ardiles *et al.* (2017), llama a los centros de educación superior a la articulación de la salud en todos los aspectos de la acción universitaria, incluyendo lo administrativo, lo operativo y lo académico, y a desarrollar acciones en promoción de la salud de manera más amplia. La Carta Okanagan provee un marco referencial para conducir a una aproximación e implementación de sistema-completo. En el caso canadiense, según Ardiles *et al.* (2017), algunas instituciones ya estarían pavimentando el terreno hacia dicha aproximación, particularmente, la Universidad de Columbia Británica (University of British Columbia, UBC) y la Universidad Simon Fraser (University of Simon Fraser, SFU) en la Provincia de Columbia Británica. Ardiles *et al.* (2017) analizaron algunas de estas iniciativas a partir de sus barreras y facilidades para su implementación.

Las instituciones de educación superior promotoras de la salud, comentan estas académicas, se enfrentan a la tensión de enfocarse en temas específicos de salud, prevenir la enfermedad y promover la salud a nivel de sistemas. Una aproximación de escenarios requeriría de un paradigma de cambio en cuanto a cómo diseñar ambientes sociales, organizacionales y físicos que promuevan la salud y el bienestar recurriendo a un acercamiento holístico de campus y de persona (Ardiles *et al.*, 2017). Para Poland, Krupa y McCall (2009), este cambio precisaría de que las instituciones transiten de iniciativas en educación para la salud enfocadas principalmente en individuos a trabajar a niveles mayores, a niveles donde los contextos de educación superior fuesen el foco de atención. En este sentido, las instituciones superiores de salud se convertirían en el objeto de investigación e intervención al entrelazar salud y bienestar en sus postulados básicos (Ardiles *et al.*, 2017).

Las instituciones canadienses, indican Ardiles *et al.* (2017), habían empezado a tomar nota de los resultados de la encuesta Evaluación Nacional Universitaria en Salud (National College Health Assessment, NCHA) del 2008, la cual habría revelado que el aislamiento, el estrés, la depresión y la ansiedad estaban impactando significativamente las y los estudiantes de nivel superior de Estados Unidos y de Canadá. En 2013, una

cohorte canadiense de escuelas de educación superior y universidades participaron en la encuesta NCHA y los resultados indicaron que el estrés era la barrera más común para alcanzar los logros académicos: más del 57% de las y los estudiantes reportaron niveles de estrés por encima del promedio y relacionado a cuestiones académicas, financieras y problemas para dormir. Como conclusión de esta encuesta, a la salud mental se le situó como un tema prioritario a trabajar en las instituciones de educación superior canadienses. En 2016, una cohorte canadiense nuevamente participó en la encuesta NCHA y, sus resultados, indicaron nuevamente como un tema de preocupación central el de la salud mental, con datos inclusive más alarmantes que en 2013, donde el 13% de las y los participantes en la encuesta había considerado seriamente cometer suicidio. Además, el 66% se sentía muy solo, el 44% se sentía tan deprimido que le costaba trabajo funcionar y el 65% había sentido una ansiedad abrumadora durante los últimos 12 meses. El estrés (42%), la ansiedad (33%) y la depresión (20%) mantenían un considerable impacto negativo hacia el alcance de logros académicos, reportan Ardiles *et al.* (2017).

En 2012, la Universidad de Columbia Británica (University of British Columbia) en Vancouver, destacan Ardiles *et al.* (2017), habría demostrado liderazgo en el área de promoción de la salud mental y habría implementado la Estrategia de Salud Mental y Bienestar (Mental Health and Wellbeing Strategy), un modelo presuntamente innovador que conectaría la salud mental y el bienestar al aprendizaje y al éxito académico. El modelo habría identificado distintos objetivos a través de un continuum del cuidado, desde la promoción y la prevención, hasta la identificación temprana de casos para su manejo y tratamiento. Algunos de los objetivos habrían incluido la expansión de oportunidades educativas por fuera del salón de clases (servicios de aprendizaje comunitario, participaciones cooperativas y prácticas internacionales) y el apoyo al bienestar de las y los estudiantes. Esta estrategia, señalan Ardiles *et al.* (2017), estuvo sustentada en una perspectiva holística de salud, más allá del ámbito de los servicios clínicos de salud, y en el cambio crítico hacia una universidad que se pensó, a sí misma, en términos de sistema.

A nivel provincial, Mentas Saludables Campus Saludables (Healthy Minds Healthy Campuses), reconocen Ardiles *et al.* (2017), ha sido una iniciativa de primer orden de la Asociación Canadiense de Salud Mental (Canadian Mental Health Association, CMHA) y del Centro para la Investigación en Adicción de Columbia Británica (Centre for Addictions Research of British Columbia, CARBC) para ser implementada en una comunidad de acercamiento práctico en salud mental y uso de sustancias psicoactivas a nivel campus. Las académicas observan que esta iniciativa ha construido una plataforma donde las diversas partes interesadas de las distintas universidades participantes pueden compartir conocimientos, intercambiar nuevas ideas y obtener habilidades técnicas para facilitar la autogestión, la detección y la prevención temprana de temas vinculados a la salud mental y al uso de sustancias psicoactivas. En 2013, la Asociación Canadiense para los Servicios Estudiantiles de Universidades y la Asociación Canadiense de Salud Mental colaboraron en la publicación Salud mental del estudiante postsecundario: una guía para un enfoque sistemático (Post-Secondary Student Mental Health: A Guide to a Systematic Approach). Este enfoque subraya la importancia de aproximaciones amplias para el trabajo de la salud mental en los recintos universitarios (Ardiles *et al.*, 2017).

Para Ardiles *et al.* (2017), una de las áreas más significativas de los determinantes de la salud mental y del uso de sustancias psicoactivas identificado por las comunidades universitarias se relaciona a la construcción de escenarios de educación superior sostenidos en tradiciones, expectativas y suposiciones creadoras de una cultura tóxica. Los sistemas burocráticos y jerárquicos afectan las relaciones del personal administrativo y del personal académico y, eventualmente, impactaría a toda la universidad, señalan. Los ambientes de competitividad, a su vez, permearían los salones de clase. Las instituciones académicas canadienses se enfrentarían a prioridades de competencia, a recortes financieros y a una cultura corporativa cada vez más enfocada en atraer «lo mejor» y en producir «las/os mejores» estudiantes. Se esperaría que «produzcan» a las/os innovadoras/es y a las futuras personas líderes capaces de resolver los retos más difíciles de la sociedad como el cambio climático, las crecientes disparidades entre personas ricas y personas pobres, los cambios tecnológicos, así como la inestabilidad económica y política alrededor del mundo, destacan Ardiles *et al.* (2017). No habría sido hasta la publicación de la Carta de Okanagan que el apoyo desde los niveles administrativos universitarios de mayor jerarquía comenzó a dar aproximaciones de sistema-total para promover la salud y el bienestar como instrumento central para el éxito académico, apuntan Ardiles *et al.* (2017).

En 2010, señalan Ardiles *et al.* (2017), la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad Simon Fraser (Simon Fraser University, SFU) impulsó la adopción de un acercamiento sistémico a la promoción de la salud y desarrolló el Marco Comunitario Saludable del Campus (Healthy Campus Community Framework) basado en la literatura y en las mejores prácticas tanto de lugares de trabajo como de escenarios escolares. El principal objetivo de esta iniciativa fue crear un ambiente para mejorar el bienestar de trabajadoras/es administrativas/os, trabajadoras/es académicas/os y estudiantes a través de políticas, prácticas, espacios, enseñanzas y programas. Además, siguiendo a Ardiles *et al.* (2017), se habrían desarrollado programas específicos para facilitar su acción. La Unidad de Promoción de la Salud de la SFU, por ejemplo, habría logrado vincular al profesorado y al Centro de Aprendizaje y Enseñanza (Teaching and Learning Centre) para apoyar la implementación, a partir de 2012, del proyecto Bienestar en Entornos de Aprendizaje (Well-being in Learning Environments) para promover condiciones de bienestar en los salones de clases en las prácticas de enseñanza. Este proyecto innovador, indican las académicas, ha generado interés en otros centros universitarios de Canadá, e incorporaría el trabajar con personal dedicado a la capacitación para crear las condiciones de bienestar al interior de los ambientes de aprendizaje. Estas condiciones, basadas en la revisión de literatura especializada y retroalimentada por estudiantes, profesoras/es, y administrativas/os incluyen los siguientes temas: 1) conexión social, 2) inclusión, 3) aprendizaje de la vida real, 4) desafío óptimo, 5) flexibilidad, 6) apoyo instructivo, 7) servicios y apoyos, 8) cultura positiva en el salón de clases, 9) vinculación cívica y 10) desarrollo personal (Ardiles *et al.*, 2017).

Para Ardiles *et al.* (2017) existe cada vez mayor evidencia científica que demuestra vínculos positivos entre la construcción de ambientes artificiales y condiciones óptimas de salud. Para estas autoras, durante los últimos años el diseño de edificios universitarios donde participan los sectores corporativos y educativos han incluido, intencionalmente, mejoras para crear un entorno que promueva la salud. Un espacio débilmente diseñado,

señalan, puede causar distracción, irritabilidad, incomodidad física, incremento en los niveles de estrés y aumento en la presión sanguínea. En contraste, espacios bien diseñados tienen la capacidad de impactar positivamente el estado de ánimo, la creatividad, la conexión social y el aprendizaje (Ardiles *et al.*, 2017).

El objetivo de la Universidad Simon Fraser sobre bienestar a través de la construcción de espacios físicos, destacan Ardiles *et al.* (2017), es innovador al interior del contexto canadiense de educación superior. El proyecto Bienestar a través de Espacios Físicos (Wellbeing through Physical Spaces project) buscaría vincular el bienestar psicosocial a través del diseño de ambientes artificialmente construidos. El proyecto se alinearía con los documentos WELL Building Standard (Delos Living LLC, 2014) y con la Carta de Okanagan para las Universidades Promotoras de la Salud (Okanagan Charter for Health Promotion Universities and Colleges, 2015), los cuales identificarían la creación de ambientes universitarios y el trabajo transdepartamental vinculado al bienestar estudiantil (Ardiles *et al.*, 2017).

Sobre otra temática sustantiva, la Carta de Okanagan pide a las instituciones que éstas se asocien dentro y fuera de los recintos universitarios para llevar a cabo acciones para la promoción de la salud a nivel local y global, enfatizan Ardiles *et al.* (2017). En la construcción de alianzas comunitarias que se extiendan más allá de los contextos inmediatos a los recintos universitarios, las instituciones deben crear oportunidades para la vinculación cívica y el desarrollo de futuras/os ciudadanas/os «con la capacidad para actuar como agentes para promover cambios en la salud más allá de las universidades» (Okanagan Charter, 2015).

Durante el verano de 2016, señalan Ardiles *et al.* (2017), 30 estudiantes de licenciatura de la Universidad Simon Fraser participaron del Laboratorio para el Cambio en Salud (Health Change Lab), un curso experimental en la ciudad de Surrey y desarrollado por el Facultad de Ciencias de la Salud (Faculty Health Sciences) y el Laboratorio de Innovación Social RADIUS de la Escuela de Negocios Beedie (RADIUS Social Innovation Laboratory of the Beedie School of Business). El Laboratorio para el Cambio Social se diseñó, indican las autoras, para que las y los estudiantes implementasen soluciones innovadoras y emprendedoras a problemas de salud complejos en la comunidad. La ciudad de Surrey, una de las ciudades culturalmente más diversas y de mayor crecimiento en Canadá, se enfrentó a retos sociales complejos de salud vinculados al crecimiento, como el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, inseguridad alimentaria, exclusión social y envejecimiento poblacional (Ardiles *et al.*, 2017).

Este curso de «innovación social en salud», como lo denominan Ardiles *et al.* (2017), estuvo basado en equipos de proyectos interdisciplinarios y habría dotado a las y los estudiantes de oportunidades para el aprendizaje experimental, el pensamiento en diseño, la vinculación comunitaria y la aplicación del pensamiento sistémico para dirigir temas de salud a contextos comunitarios. Como parte de su involucramiento con la comunidad de Surrey, las y los estudiantes tuvieron la tarea de encontrar soluciones potenciales para algunos problemas clave en salud comunitaria, mientras aprendían y recibían orientación del personal de la Alcaldía de Surrey (City of Surrey), la Autoridad en Salud de Surrey (Fraser Health Authority) y el Campus Surrey de la Universidad Simon Fraser (SFU Surrey Campus), así como de distintas/os aliadas/os comunitarias/os (Ardiles *et al.*, 2017). Las y los estudiantes pasaron un día por semana en la ciudad de Surrey,

concibiendo ideas y creando proyectos diseñados para impactar en la salud y en el bienestar de la comunidad. Esta cohorte de 30 estudiantes habría estado activamente ligada al aprendizaje sobre la aplicación de los valores y de los principios de la promoción de la salud en conjunción con habilidades de emprendimiento social, afirman las autoras. Siete equipos interdisciplinarios habrían abordado temas como seguridad alimentaria, restablecimiento de refugiadas/os, salud mental y uso de sustancias psicoactivas, seguridad cultural, y transporte activo, todos ellos, desde una mirada amplia enfocada en las causas más que en los síntomas (Ardiles *et al.*, 2017).

A manera de conclusión, Ardiles *et al.* (2017) señalan que los ejemplos anteriormente citados muestran un cuerpo teórico creciente, así como de evidencia práctica en aumento, ligados a los principios de la Carta de Okanagan. Para la tercera década del actual siglo, señalan las autoras, las instituciones canadienses tienen la oportunidad de construir evidencia de base para enfocarse en ciertos principios clave de implementación como: 1) valorar los contextos y las prioridades de las comunidades locales e indígenas; 2) desarrollar colaboraciones transdisciplinarias y alianzas intersectoriales y 3) asegurar que la acción de la promoción de la salud incorpore los principios de justicia social, equidad, dignidad y respeto por la diversidad y, al mismo tiempo, reconocer la interconexión entre la salud de las personas y los determinantes de la salud, incluyendo los sistemas económico y social y el cambio ecológico global (Ardiles *et al.*, 2017).

GUÍA DE PREGUNTAS DE LA UNIDAD III

1. ¿Por qué, según Frohlich, Poland y Shareck (2017), los puntos de entrada para las acciones en promoción de la salud resultan sustantivos y cuáles son los cuatro que identifican para el caso canadiense?
2. ¿Qué efecto tuvo el individualismo de las sociedades norteamericanas anglosajonas, desde la perspectiva de Frohlich *et al.* (2017), para la naciente promoción de la salud derivada de la Carta de Ottawa?
3. ¿Qué papel ha jugado la epidemiología convencional y los factores de riesgo en la promoción de la salud canadiense?
4. ¿Qué impacto tuvo el Informe Lalonde y el concepto estilos de vida en la promoción de la salud canadiense según Frohlich *et al.* (2017)?
5. ¿A qué se refieren Link y Phelan (1995) cuando hablan de las «causas fundamentales» en la crítica de Frohlich *et al.* (2017) al «desarrollo de habilidades personales» en la práctica de la promoción de la salud canadiense?
6. Ubica los alcances y las limitaciones en torno a «grupos poblacionales» y/o «grupos en situación de riesgo o vulnerabilidad» sobre los que comentan Frohlich *et al.* (2017), así como «escenarios» en tanto punto de entrada para la promoción de la salud.
7. Siguiendo Frohlich *et al.* (2017), ¿en qué consisten los cinco aspectos de «estilos de vida colectivos»? ¿Qué ejemplo puedes pensar al respecto sobre tu propia comunidad?
8. ¿Por qué, y a partir de los datos epidemiológicos presentados por Charlotte Loopie, las condiciones de salud de la población indígena son más precarias en comparación a otros grupos sociales del Canadá?
9. ¿Qué contradicciones observa Loopie (2017) en la definición de determinantes sociales de la OMS en su vínculo con pueblos indígenas?
10. ¿Qué importancia ha tenido, desde la perspectiva de Loopie (2017), tanto la justicia social como el tomar en cuenta las inequidades etno-culturales en la construcción de la promoción de la salud indígena canadiense?
11. ¿Por qué la perspectiva de la pluralidad, siguiendo a Charlotte Loopie (2017) y a Elder Marshall (2015), resulta fundamental para la promoción de la salud?
12. ¿Qué aprendizajes destacas de las cuatro experiencias de promoción de la salud en las comunidades indígenas First Nations, Métis e Inuits abordadas por Loopie (2017)?

13. En términos de Mushira Mohsin Khan y Karen Kobayashi (2017), ¿a qué se le conoce como «efecto inmigrante saludable»?

14. Para Khan y Kobayashi (2017), ¿qué papel juegan los determinantes sociales de la salud en el proceso salud-enfermedad-atención de la población migrante del Canadá y cuáles son los que dichas autoras subrayan en su análisis?

15. ¿Qué limitaciones y qué aportes ubicas en los programas Familias Saludables BC, Prueba de Ejercicio del Sur de Asia y Promoción de la Salud Mental al Interior de las Comunidades de Inmigrantes analizadas por Khan y Kobayashi (2017)?

16. Busca en Internet la carta internacional para las universidades promotoras de la salud, Carta Okanagan, y piensa cómo el contenido de dicha Carta podría ser discutido y, en su caso, puesto en operación al interior de las comunidades de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

17. ¿Qué reflexiones merecen desde la promoción de la salud en las universidades los resultados arrojados de las cohortes canadienses asociadas a las encuestas de la Evaluación Nacional Universitaria en Salud (NCHA) 2013 y 2016?

18. Para Ardiles, Hutchinson, Stanton, Dhaliwal, Aslan y Black (2017), ¿cuál es una de las áreas más significativas de los determinantes de la salud mental y del uso de sustancias psicoactivas identificado por las comunidades universitarias y en qué tipo de sistemas se construye?

19. ¿Por qué son importantes, siguiendo a Ardiles *et al.* (2017), las acciones para la promoción de la salud a nivel local y global propuestas en la Carta de Okanagan?

20. ¿Qué elementos consideras importantes para la promoción de la salud en universidades relativa a la experiencia del Laboratorio para el Cambio en Salud de la Universidad Simon Fraser comentada por Ardiles *et al.* (2017)?

CONSIDERACIONES FINALES

Sin lugar a dudas, Canadá ocupa un lugar privilegiado en el nacimiento institucional de la promoción de la salud internacional. Como revisamos en la primera unidad, las condiciones sociopolíticas y académicas de la segunda mitad del siglo XX canadiense permitieron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontrar en el país de la hoja de maple la plataforma global para el lanzamiento de su proyecto social en salud. Canadá, desde inicios de la década de los años setenta, contaba con un cuerpo de funcionarias/os y académicas/os sensibles a ciertos postulados sociales en salud pública, no en la lógica de lo que fue la medicina social europea del siglo XIX e inicios del siglo XX (Rosen, 2005), ni de lo que sería la medicina social latinoamericana (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Mehry, 2002) de la segunda mitad del siglo XX o de la salud colectiva (López, 2017) del siglo XXI, sino más bien acordes a un modelo económico capitalista de Estado de bienestar que, de manera fugaz, aunque suficientemente audaz, logró generar permanencia institucional e intersectorial, además de desarrollo académico hasta la actualidad, en Canadá y en los países que conforman parte de la OMS.

Marc Lalonde, ciertamente, es uno de los principales precursores internacionales de la promoción de la salud institucional al reconocer, en 1974, desde el Ministerio de Salud Canadiense, a la salud más allá de la biología humana. Incorpora, en su documento *Una Nueva Perspectiva en la Salud de los Canadienses*, al medio ambiente, al estilo de vida y a la organización de la salud. Cuando Hancock (1985) señala que el Informe Lalonde es el primer documento gubernamental occidental en reconocer que el énfasis otorgado al sistema de atención biomédico es erróneo tiene razón siempre y cuando, si con occidental se refiere a aquellos países que impusieron la modernidad/colonialidad (Segato, 2011) europea en los territorios avasallados, o sus élites poblaciones, como la canadiense contemporánea reproduce tal estructura de dominación, propia de la modernidad/colonialidad, subyugando a grupos minoritarios como son los grupos indígenas o los grupos inmigrantes no europeos. Pero si se refiere con «occidental» al hemisferio occidental, pasa de largo el valiosísimo legado de Salvador Allende como ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social (1939), senador (1945-1961, 1966-1970) y presidente de la República de Chile (1970-1973). En 1939, ya en el cargo de ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Salvador Allende publicó *La Realidad Médico-Social Chilena* donde analizó las relaciones entre estructura social, enfermedad y sufrimiento. Allende conceptualizó la enfermedad como una alteración del individuo favorecido por las condiciones de privación social. Promovió soluciones sociales, más que médicas, a los problemas de salud (Waitzkin, 2006), entre otras muchas acciones de gran alcance social que tuvieron fin producto de un cobarde golpe militar a manos de la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos y del Ejército de Chile al mando de Augusto Pinochet.

Más allá de este debate sobre la hegemonía occidental y la falta de voluntad política para mirar lo que sucede académicamente en América Latina desde América del Norte, el Informe Lalonde, en el contexto de los países industrializados, tuvo una segunda virtud: la de apoyar la atención primaria en salud en un contexto de crisis económica donde los sistemas de salud de los países ricos entraban en serias dificultades para garantizar el derecho a la atención a la salud. Estas acciones se reflejaron, consecuentemente, en la Conferencia de Alma-Ata de 1978.

Posterior a la Conferencia de Alma-Ata, y a la Asamblea Mundial de la Salud de 1979 donde se aprobó la resolución «Salud para todos en el año 2000», la oficina europea de la OMS, encabezada por Ilona Kickbusch, articuló para Europa una propuesta de transición de educación de la salud a promoción de la salud expresada en el escrito *Promoción de la Salud: un documento para discutir sus conceptos y principios* (OMS, 1984) como lo revisamos en la primera unidad. De este hecho nació la primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986. Esta conferencia propuso cinco líneas de acción que, a la fecha, son vigentes para la promoción de la salud institucional: 1) elaboración de una política pública saludable, 2) creación de ambientes favorables, 3) reforzamiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de aptitudes personales y 5) reorientación de servicios sanitarios.

La Carta de Ottawa señala 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» (OMS, 1988), definición que genera un interesante debate porque nos coloca en la disyuntiva entre cierta responsabilidad de Estado como garante de los derechos sociales y un Estado paternalista y controlador de la autonomía de comunidades e individuos. Sin embargo, el aporte sustantivo descansa en el reconocimiento implícito del derecho a la salud, más allá del derecho a la protección de la salud o a la prevención de la enfermedad.

Por otro lado, y durante la Conferencia de Ottawa, un segundo documento de alcance nacional fue presentado por el entonces ministro de la Salud y Bienestar Nacional, Jack Epp, *Alcanzando la Salud para Todos* (Epp, 1986) reconoce que, a pesar de que Canadá cuenta con un sistema de salud sólido, existían tres retos que no habían sido adecuadamente trabajados a partir de políticas y prácticas de salud: 1) la existencia de grupos en desventaja que habían disminuido significativamente su esperanza de vida, 2) distintas formas de enfermedades y daños evitables que continuaban socavando la salud y la calidad de vida de las y los canadienses y 3) la necesidad de apoyos comunitarios para ayudar a miles de canadienses con enfermedades crónicas, discapacidades y varias formas de estrés emocional.

Como vimos, tanto la segunda conferencia internacional en promoción de la salud (Adelaide, Australia, 1988), como la tercera (Sundsvall, Suecia, 1991), buscaron profundizar dos de las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa: políticas públicas de salud y creación de ambientes favorables, respectivamente. Sin embargo, a partir de 1994, producto del embate neoliberal, así como de la emergencia de la «salud poblacional» como nueva perspectiva académica en Canadá, comenzó una etapa de debilitamiento de la promoción de la salud canadiense internacional.

Ilona Kickbusch (2007), quien impulsara la creación de la Primera Conferencia en Promoción de la Salud, denuncia que las instituciones que instrumentalizaron el nacimiento de la promoción de la salud prácticamente la abandonaron a partir de 1994. Después de la conferencia internacional de promoción de la salud de Sundsvall, Suecia, llevada a cabo en 1991, ya no se dio continuidad al patrón de celebrar conferencias internacionales cada dos años para encaminar las tres estrategias restantes de la Carta de Ottawa (fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar servicios de salud).

A pesar del desplome de la promoción de la salud en Canadá, y del avance de la salud poblacional, el liderazgo en manos del gobierno en el campo pasó a la academia

y, al menos hasta 2017, cinco programas canadienses de licenciatura en promoción de la salud continuaban preparando profesionistas en Dalhousie University, University of Montréal, Université Laval, University of Toronto y University of Alberta.

Respecto a la segunda unidad, resulta interesante qué conceptos son considerados clave en la promoción de la salud canadiense: salud, campo de salud, estilo de vida, medio ambiente, salutogénesis, educación para la salud, determinantes sociales de la salud -mas no determinación social de la salud-, empoderamiento, alfabetización en salud, calidad de vida y curso de vida. Dichos conceptos reflejan el tipo de desarrollo de promoción de la salud, más ligada a una salud pública convencional que a una salud pública crítica, sin demeritar los alcances y las articulaciones intersectoriales alcanzadas entre gobierno, academia y sociedad civil canadienses.

En contraste, y a diferencia del desarrollo teórico de la promoción de la salud latinoamericana, los apartados 2, 3 y 4 de la Unidad II ofrecen una perspectiva general, aunque de profunda madurez, de una trayectoria académica canadiense que desde décadas atrás ha reflexionado en abierto diálogo, principalmente con las ciencias sociales y bajo el objetivo de dotar a nuestro campo disciplinar de una mayor consistencia explicativa a la altura de los retos que se plantea. Es de llamar la atención que, desde inicios del siglo XXI, perspectivas de la interseccionalidad aparezcan en diálogo en el campo de la promoción de la salud canadiense. Y, como uno de los sellos distintivos de la promoción de la salud canadiense, la complejización de las aproximaciones ecológicas, como una constante.

Sobre la tercera unidad, me interesó destacar una discusión metodológica y tres temáticas. La discusión metodológica descansa en tres entradas de acciones en promoción de la salud que, para el caso canadiense, se subdividen en: 1) factores de riesgo, 2) grupos poblaciones y grupos de riesgo y 3) escenarios. Se revisaron las consideraciones para cada una de ellas, las implicaciones, las pertinencias, las desventajas y el por qué se han subdivido desde esa lógica. Y, sobre las tres temáticas, decidí narrar el trabajo realizados con dos de los grupos poblaciones que viven en las condiciones materiales de mayor injusticia social del Canadá: pueblos indígenas e inmigrantes. Más allá de las críticas que podamos hacer a una academia canadiense hegemónica, no cabe la menor duda de que existen académicas y académicos en Canadá críticas/os y autocríticas/os con su propia historia, comprometidas/os con la justicia social y respetuosas/os de las voces de otras/os, quienes trabajan no desde una lógica paternalista, sino desde el entender y el acompañar los procesos de quienes están en mayor y evidente desventaja económica y social. Actualmente, nuevas generaciones de promotoras y promotores de la salud indígenas e inmigrantes, desde sus propias comunidades, están haciendo valiosas aportaciones para la construcción de una nación menos racista, patriarcal, xenófoba y excluyente. Y, al tratarse éste de un libro dirigido a estudiantes universitarias/os, la última temática versó, precisamente, sobre lo que se hace en algunas universidades canadienses que, si bien tienen condiciones distintas a las universidades mexicanas, reflejadas inclusive en alianzas abiertamente con empresas privadas que contrasta con el carácter público de la vocación de la promoción de la salud mexicana, da pie para reflexionar cómo hacer promoción de la salud desde perspectivas diferentes en el caso mexicano y, particularmente, en el caso de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

ANEXOS

ANEXO 1

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA, 1978

La Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que se separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y la 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.

IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social.

VI. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, práctica, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII. La atención primaria sanitaria:

(1) Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

(2) Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

(3) Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principios de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de los medicamentos esenciales.

(4) Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

(5) Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

(6) Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se basa, tanto en el plan local como en el de referencia y consulta de datos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria en salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria en salud en todo el mundo.

X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y a la UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a

que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

ANEXO 2

PROMOCIÓN DE LA SALUD

UNA DISCUSIÓN SOBRE EL CONCEPTO Y LOS PRINCIPIOS

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
OFICINA REGIONAL PARA EUROPA

ANTECEDENTES

En enero de 1984, un nuevo programa en Promoción de la Salud fue establecido en la Oficina Regional para Europa de la OMS. Es el primer programa de este tipo en la OMS y su desarrollo ha tenido un importante apoyo de los Estados Miembros. La planeación inició en 1981, desde entonces determinado número de reuniones, que han reuniones a personas de disciplinas académicas y profesionales y grupos de usuarios, han ayudado a clarificar el enfoque especial de dicho programa. Este trabajo ha sido documentado por la Oficina Regional en documentos de trabajo y publicaciones.

Como parte del proceso continuo del desarrollo del programa, un grupo de trabajo se reunió en julio de 1984 para discutir «Conceptos y Principios en Promoción de la Salud». Este documento es el resultado de ese grupo de trabajo. Está diseñado para aclarar algunos de los más importantes temas con relación al desarrollo de políticas y programas en promoción de la salud. No se pretende que sea una declaración final, sino un elemento central de discusión para sustentar el desarrollo de las actividades en promoción de la salud en Europa.

El grupo está plenamente consciente de que el desarrollo de prioridades y prácticas para la promoción de la salud dependen de las condiciones económicas y culturales existentes. En cada país, región y distrito, la promoción de la salud debe incorporar la plena participación de toda la gente en el desarrollo de su propia salud.

INTRODUCCIÓN

En un nivel general, la promoción de la salud ha llegado a representar un concepto unificado para aquellos que reconocen la necesidad de transformar las maneras y las condiciones de vida, para promover la salud. Promoción de la salud representa una estrategia de mediación entre las personas y sus ambientes, sintetizando las decisiones individuales y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable.

Los recursos básicos para la salud son el ingreso, la vivienda y la alimentación. Mejorar la salud requiere una base sólida de estos recursos básicos, pero también: información y habilidades para la vida; un ambiente de apoyo; proporcionar oportunidades para tomar decisiones saludables sobre bienes, servicios y facilidades; y condiciones en los ambientes (el ambiente «total») económico, físico, social y cultural que mejoren la salud.

El vínculo inseparable entre personas y sus ambientes constituye la base del enfoque socio-ecológico de la salud y ello proporcionó el marco de referencia conceptual para la discusión de este grupo de trabajo. Las discusiones fueron organizadas alrededor de cuatro materias-principios, áreas temáticas, prioridades para el desarrollo de políticas y dilemas en promoción de la salud.

ÁREAS TEMÁTICAS

La mejor manera en que la promoción de la salud mejora la salud es a través de la acción integrada a diferentes niveles en aquellos factores que impactan la salud, la economía, el medio ambiente, lo social y lo personal. Dados estos principios básicos una lista casi ilimitada de temas para la promoción de la salud podría ser generada: política alimentaria, vivienda, tabaquismo, habilidades para hacer frente a la vida, redes sociales. El grupo de trabajo trató de enmarcar las *temáticas generales para la promoción de la salud* en las siguientes áreas:

- El enfoque de la promoción de la salud es el *acceso a la salud*: reducir inequidades en salud e incrementar oportunidades para mejorarla. Esto envuelve cambiar políticas públicas y corporativas para hacerlas propicias a la salud, y envuelve la reorientación de los servicios de salud para la conservación y el desarrollo de la salud de la población, independientemente del estado de salud actual.
- La mejora de la salud depende del *desarrollo de un entorno propicio para la salud*, especialmente en las condiciones de trabajo y en el hogar. Ya que este entorno es dinámico, la promoción de la salud involucra seguimiento y evaluación del estado y las tendencias tecnológicas, culturales y económicas.
- La promoción de la salud implica el *fortalecimiento de las redes sociales y de los apoyos sociales*. Ello está basado en el reconocimiento de la importancia de las fuerzas sociales y de las relaciones sociales como determinantes de los valores y de las conductas relacionadas a la salud, y como recursos significativos para afrontar el estrés y mantener la salud.
- El modo de vida predominante en la sociedad es fundamental para la promoción de la salud, ya que dicho modo fomenta patrones de conducta personal que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. La promoción de estilos de vida conducentes a la salud implica la consideración de estrategias y disposiciones personales para afrontar retos, así como creencias y valores relevantes para la salud, todo ello determinado por experiencias y condiciones de vida. *Promover una conducta positiva en salud y estrategias apropiadas para afrontar retos* es un objetivo clave de la promoción de la salud.
- La información y la educación proporcionan la base de información para la toma de decisiones. Son componentes centrales y necesarios de la promoción de la salud,

cuyos objetivos son *incrementar el conocimiento y difundir información* relacionada a la salud. Esto debe incluir: las percepciones públicas y experiencias de salud y cómo éstas podrían ser buscadas; el conocimiento de la epidemiología, de lo social y de otras ciencias sobre los patrones de salud y de enfermedad y de los factores que los afectan; y las descripciones del ambiente «total» en el que la salud y las decisiones sobre la salud se configuran. Los medios masivos de comunicación y las nuevas tecnologías informativas son particularmente importantes.

PRINCIPIOS

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control de su salud y mejorarla. Esta perspectiva se deriva de una concepción de salud mediante la cual un individuo o grupo es capaz, por un lado, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otro, de cambiar o afrontar el ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso de la vida diaria, no como el objetivo de vivir; es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.

- La promoción de la salud involucra a la población como un todo en el contexto de su diario vivir, en lugar de enfocarse sobre la gente en situación de riesgo por enfermedades concretas. Permite a las personas tomar control y responsabilidad por su propia salud como componente importante de su vida cotidiana, ya sea por acciones en salud espontáneas u organizadas. Esto requiere acceso pleno y continuo a la información sobre salud y cómo ésta podría ser encontrada por toda la población usando, para ello, todos los métodos de difusión disponibles.
- La promoción de la salud está dirigida a actuar sobre los determinantes o causas de la salud. La promoción de la salud, en consecuencia, requiere de una cooperación entre sectores más allá de los servicios de salud, reflejando la diversidad de las condiciones en que impacta a la salud. El gobierno, tanto a nivel local como a nivel nacional, tiene una responsabilidad única para actuar apropiadamente y de modo oportuno para asegurar que el ambiente «total», que está más allá del control de individuos y grupos, sea propicio para la salud.
- La promoción de la salud combina métodos o enfoques diversos, pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizacional, desarrollo comunitario y actividades locales en contra los peligros de la salud.
- La promoción de la salud propone particularmente una participación pública concreta y efectiva. Este enfoque requiere de mayor desarrollo sobre la definición de los problemas y sobre las decisiones sobre los estilos de vida tanto individuales como colectivos.
- Mientras que la promoción de la salud es básicamente una actividad en los campos social y de la salud, y no en el servicio médico, los profesionales de la salud –par-

ticularmente en la atención primaria en salud– tienen un rol importante en alimentar y hacer posible la promoción de la salud. Los profesionales de la salud deben trabajar para desarrollar contribuciones especiales en educación y en defensoría de la salud.

PRIORIDADES PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud representa el esfuerzo colectivo para alcanzar la salud. Los gobiernos, a través de las políticas públicas, tienen una responsabilidad especial para asegurar condiciones básicas para una vida saludable y para hacer que las elecciones más saludables sean las más sencillas. Al mismo tiempo, quienes apoyan la promoción de la salud en los gobiernos necesitan estar al tanto del papel de la acción espontánea en salud, por ejemplo, del papel de los movimientos sociales, la autoayuda y el autocuidado, y de la necesidad de cooperación continua con la gente en todas las temáticas en promoción de la salud.

- El concepto y el significado de la promoción de la salud debe ser aclarado a cada nivel de planeación, enfatizando lo social, económico y económico sobre una perspectiva en salud meramente física y mental. El desarrollo de la política en promoción de la salud puede entonces estar relacionada e integrada con la política de otros sectores como trabajo, vivienda, servicios sociales y atención primaria en salud.
- El compromiso político con la promoción de la salud puede ser expresado a través del establecimiento de puntos focales para la promoción de la salud en todos los niveles: local, regional y nacional. Estos serían mecanismos organizacionales para la planeación coordinada e intersectorial en promoción de la salud. Deben proporcionar liderazgo y responsabilidad de modo que, cuando una acción sea acordada, el progreso sea asegurado. El financiamiento adecuado y el personal calificado son esenciales para permitir el desarrollo de programas de largo plazo en promoción de la salud.
- En el desarrollo de las políticas en promoción de la salud, debe existir consulta continua, diálogo e intercambio de ideas entre individuos y grupos, tanto con legos como con profesionales. Los mecanismos de la política deben ser establecidos para asegurar las oportunidades de la expresión y del desarrollo de los intereses públicos en salud.
- Cuando seleccionamos áreas prioritarias para el desarrollo de la política se debe realizar una revisión de:

Indicadores de salud y su distribución en la población.

Conocimiento actual, habilidades y prácticas saludables de la población.

Políticas actuales gubernamentales y en otros sectores.

Más adelante, se debe hacer una evaluación de:

El impacto esperado en salud de las diferentes políticas y programas.

Las restricciones económicas y los subsidios.

La aceptación social y cultural.

La factibilidad política de las distintas alternativas.

- El apoyo a la investigación es esencial para el desarrollo de las políticas y de la evaluación para ofrecer un entendimiento de los factores que influyen en la salud y en su desarrollo. Existe la necesidad de desarrollar metodologías para la investigación y el análisis, en particular, crear enfoques evaluativos más apropiados. Los resultados de la investigación deben diseminarse ampliamente y, además, deben realizarse comparaciones dentro y entre las naciones.

DILEMAS

La salud vinculada a la política pública siempre se enfrentará a dilemas básicos, tanto políticos como morales, una vez que pretende el equilibrio de lo público y de la responsabilidad individual para la salud. Aquellos que están vinculados a la promoción de la salud necesitan estar conscientes de los posibles conflictos de interés tanto a nivel social como a nivel individual.

- Existe la posibilidad con la promoción de la salud de que la salud sea vista como la meta final que incorpora toda vida. Esta ideología, algunas veces llamada salutismo, puede llevar a que se prescriba lo que los individuos deben hacer y cómo se deben de comportar, lo que es contrario a los principios de la promoción de la salud.
- Los programas de promoción de la salud posiblemente estén dirigidos de manera inapropiada a los individuos a expensas de abordar los problemas económicos y sociales. La experiencia ha demostrado que los individuos frecuentemente son considerados por quienes diseñan política pública como los responsables exclusivos de su propia salud. Por lo general está implícito que las personas tienen el poder de transformar por completo sus propias vidas y las de sus familiares para liberarse de la carga evitable de la enfermedad. En consecuencia, cuando están enfermos, son culpados y discriminados por ello.
- Los recursos, incluyendo la información, posiblemente no sean accesibles a la gente frente a las expectativas, creencias, preferencias y habilidades con las que se cuentan. Ello quizá incremente las inequidades sociales. La información aislada es inadecuada, concientizar sin aumentar el control o las posibilidades de cambio quizá lleve a generar ansiedad y sentimientos de impotencia.
- Existe el peligro de que la promoción de la salud sea apropiada por un grupo de profesionales y hagan un campo de especialización excluyendo a otros profesionales y personas legas. Para incrementar el control de su propia salud, la gente requiere una mayor distribución de los recursos por parte de los profesionales y del gobierno.

CONCLUSIONES

El concepto de promoción de la salud es positivo, dinámico y empoderante, lo que lo hace retóricamente útil y políticamente atractivo. Al considerar los principios recomendados, las áreas temáticas, las prioridades en política y los dilemas se espera que

las futuras actividades en el campo de la promoción de la salud puedan ser planeadas, implementadas y evaluadas de una manera más exitosa. Claramente se requiere un trabajo a desarrollar y éste será una tarea para la Oficina Regional para Europa de la OMS.

ANEXO 3

CUADRO 4

ESTRATEGIA GLOBAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000¹

- * Se ratifica la contribución sustantiva de los Estados Miembros para alcanzar el objetivo social y mundial de salud para todos en el año 2000 y para cumplir la Estrategia Internacional de Desarrollo.
- * Insta a todos los Estados Miembros a asegurar la implementación de la Estrategia Global como parte de esfuerzos multisectoriales para implementar las disposiciones contenidas en la Estrategia Internacional de Desarrollo.
- * Insta a todos los Estados Miembros a la cooperación mutua y con la Organización Mundial de la Salud para asegurar que la acción internacional sea tomada en cuenta para implementar la Estrategia Global como parte del cumplimiento de la Estrategia Internacional de Desarrollo.
- * Solicita a todas las organizaciones y organismos del sistema de Naciones Unidas, incluyendo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); a la Organización Internacional del Trabajo (OIT); al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); al Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP); a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial, para colaborar directamente con la Organización Mundial de la Salud a desarrollar la Estrategia Global.
- * Solicita al director general de la Organización Mundial de la Salud que las medidas para implementar la Estrategia Global sean tomadas en cuenta en su revisión y evaluación.

¹ Elaboración propia a partir de O'Neill *et al.* (2012).

ANEXO 4

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo «Salud para Todos en el año 2000». Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento «Los Objetivos de la Salud para Todos» de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

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

PRERREQUISITOS PARA LA SALUD

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

PROMOCIONAR EL CONCEPTO

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

PROPORCIONAR LOS MEDIOS

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de

oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las personas no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

ACTUAR COMO MEDIADOR

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las personas de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD IMPLICA:

LA ELABORACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SANA

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

LA CREACIÓN DE AMBIENTES FAVORABLES

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

EL REFORZAMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y de control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

EL DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones

crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

LA REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo, deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

IRRUMPIR EN EL FUTURO

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

EL COMPROMISO A FAVOR DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar a favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los

recursos naturales. Asimismo, se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;

- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuente alianza a favor de la salud.

LLAMADO A LA ACCIÓN INTERNACIONAL

La Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar a favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo «Salud para Todos en el año 2000» se hará realidad.

ANEXO 5

CUADRO 10

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INTERSECCIONALIDAD²

- Cambiar la mirada sobre características individuales. Un análisis interseccional desplazaría el enfoque sobre características individuales inmutables, como sexo o etnicidad, a realidades sociales que pueden ser modificadas, por ejemplo, aquellas que pueden ser objeto de acciones en promoción de la salud. Género y raza no son simples categorías biológicas, son fundamentalmente sociales (Krieger, 2003). En lugar de adoptar categorías rígidas sobre «poblaciones», la mirada debe situarse en la interacción que se da entre las categorías sociales.
- Replantear el concepto de salud. Una conceptualización amplia de salud debe incluir el enfoque de un marco explicativo vasto de relaciones sociales y debe ubicar a la salud en las familias y en las comunidades, no solo en los cuerpos de los individuos.
- Cambiar el objetivo de la investigación. Un análisis interseccional nos invita a pensar el objetivo de la promoción de la salud más allá del individuo al tomar en consideración las estructuras sociales, los procesos sociales y las relaciones de poder. Esto implica desarrollar intervenciones y políticas públicas de carácter amplio (por ejemplo, tomar medidas en torno a «las causas de las causas» –los macro determinantes de la salud, como la pobreza) y adoptar aproximaciones ecológicas y multisectoriales. Adicionalmente, un análisis interseccional profundizaría la comprensión de la salud al adoptar un marco de referencia sobre el poder y la opresión, y al conceptualizar intervenciones alternativas en salud.
- Reconocer múltiples y diversas perspectivas a través de perspectivas holísticas y de base comunitaria. Una perspectiva holística nos llama a examinar las experiencias sociales, cómo éstas se entrecruzan en múltiples canales de opresión, y qué sucede con estos entrecruzamientos (McCall, 2005). Nos alienta, además, a juntar múltiples y diversos actores y a mirar investigación y práctica en una lógica mutua y recíproca. Acercamientos holísticos y de base comunitaria fomentan una participación amplia de actores, prácticas intersectoriales, creación de coaliciones y de alianzas estratégicas, así como a aumentar las formas de activismo. Además, dichos enfoques ayudarían a operativizar la interseccionalidad en términos de «desempacar las tuercas y los tornillos» hacia la implementación de una iniciativa o de un proyecto de investigación.

² Elaboración propia a partir de Reid *et al.* (2012).

- Alentar la práctica reflexiva. La teoría de la interseccionalidad nos convoca a poner atención a los procesos sociales, a las dinámicas sociales, y al rol del poder en producir y sostener las inequidades sociales. También motiva al profesional y al investigador a vincular sus identidades personales y políticas, y a estar atento del poder y de los privilegios de los que goza. Adoptar una práctica reflexiva puede ayudar a prevenir que los investigadores y profesionales, sin saberlo, perpetúen, sostengan y refuercen estereotipos perjudiciales.

ANEXO 6

ALCANZAR SALUD PARA TODOS: UN MARCO DE REFERENCIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

HONORABLE JAKE EPP
MINISTRO DE SALUD Y BIENESTAR NACIONAL

PREFACIO

Asumí el encargo bajo el compromiso de fomentar la mejora de la calidad de vida de los canadienses. El 17 de junio de 1986, en la 77 Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, afirmé ese compromiso al anunciar mi intención de explorar ideas para el futuro dirigidas a los retos emergentes en salud. Mi convicción era que para continuar mejorando la salud de los canadienses debíamos avanzar con nuevas medidas y soluciones.

Este documento representa las ideas que han surgido como resultado de nuestra búsqueda hacia un camino realista de acción. «Alcanzando Salud para Todos: un Marco de Referencia para la Promoción de la Salud» refleja la dirección que estoy proponiendo en nuestro esfuerzo por lograr equidad en salud.

Con placer he escogido la ocasión de la Conferencia Internacional en Promoción de la Salud para compartir este pensamiento. Confío en que los conceptos, retos y estrategias elaboradas en el marco de referencia sirvan para inspirar reflexión, discusión y acción con respecto a la salud y a la calidad de vida de los canadienses.

Invito y recibo sus comentarios.
Jake Epp
Ministro de Salud y Bienestar Nacional
Ottawa, Canadá Noviembre 1986

I. INTRODUCCIÓN

Canadá ha construido un sistema de salud sólido y ha logrado para su gente un nivel de salud del que todos estamos orgullosos. Queremos continuar esta tradición. Mientras que ciertamente el panorama de salud del canadiense promedio ha mejorado durante las décadas recientes, todavía están pendientes tres retos importantes que no han sido adecuadamente dirigidos a través de políticas y prácticas de salud:

- Hay grupos en desventaja que han disminuido significativamente su expectativa de vida. Frente al canadiense promedio, tienen una peor salud y una mayor prevalencia en discapacidad.

- Distintas formas de enfermedades y daños evitables continúan socavando la salud y la calidad de vida de muchos canadienses.
- Miles de canadienses sufren de enfermedades crónicas, discapacidad y varias formas de estrés emocional. Hace falta un adecuado apoyo comunitario para ayudarles a hacer frente y desempeñar vidas significativas, productivas y dignas.

Los tiempos en que vivimos están caracterizados por un cambio social rápido e irreversible. Las estructuras familiares en transformación, una población que envejece y una participación más amplia de las mujeres en las fuerza de trabajo asalariada están exacerbando ciertos problemas de salud y creando presión para nuevos tipos de apoyo social. Están forzándonos, al mismo tiempo, a buscar nuevos enfoques para tratar de manera efectiva las preocupaciones de salud futuras.

Este documento propone un enfoque que ayude a los canadienses a atender retos emergentes en salud. Llamamos a este enfoque «promoción de la salud». Es una integración de ideas provenientes de distintas arenas –salud pública, educación para la salud y políticas públicas– y representa una expansión del uso tradicional del término «promoción de la salud». Observamos a la promoción de la salud como un enfoque que complementa y fortalece al actual sistema de atención a la salud.

II. UNA NUEVA VISIÓN EN SALUD

En el pasado, cuando las enfermedades infecciosas eran la causa predominante de la enfermedad y de la muerte, la salud era definida en términos de ausencia de enfermedad. A mediados del siglo XX, sin embargo, redujimos la incidencia de muchas infecciones y la salud significó más que el simple hecho de no estar enfermo. Fue entonces definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social. En 1974, una publicación federal titulada *Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses* presentó la perspectiva de que la salud de la gente estaba influenciada una amplia serie de factores: biología humana, estilo de vida, la organización de la atención a la salud, y los ambientes sociales y físicos donde las personas viven. Esta representación de factores contribuyen a legitimar la idea sobre desarrollar políticas y prácticas de salud en un contexto más amplio.

Actualmente, estamos trabajando con un concepto que representa a la salud como parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de nuestras vidas. Calidad de vida, en este contexto, implica la oportunidad de hacer elecciones y adquirir satisfacción de vivir. La salud es entonces concebida como un recurso que le da a las personas la habilidad de manejar e inclusive de cambiar sus ambientes. Esta perspectiva de salud reconoce la libertad de elección y enfatiza el rol de los individuos y de las comunidades en definir lo que la salud representa para ellos.

De esta perspectiva, la salud deja de ser estrictamente medible en términos de enfermedad y muerte. Se vuelve un estado en el que individuos y comunidades se esfuerzan por alcanzar, mantener o recuperar, y no algo que llega meramente como resultado de tratar y curar enfermedades y lesiones. Es una fuerza básica y dinámica en nuestras vidas diarias, influenciada por nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestros ambientes sociales, económicos y físicos.

Esta nueva visión de la salud no representa un repentino o dramático cambio en nuestro pensamiento. Es una mirada que reviste y adopta ideas anteriores, buscando hacerlas relevantes frente a los problemas contemporáneos.

III. RETOS NACIONALES EN SALUD

Mientras ampliamos y profundizamos nuestro entendimiento sobre salud, comenzamos a percibir con mayor claridad la importancia y la magnitud de los retos que se vislumbran en el campo de la salud. También trazamos la conclusión de que nuestro sistema de atención a la salud como actualmente existe no trata adecuadamente las principales preocupaciones en salud de nuestra época.

Los retos que enfrentamos hoy no son nuevos. Han sido identificados de manera separada en distintas ocasiones. De cualquier manera, mirar estos retos juntos nos permite vislumbrar ciertas tendencias. Éstas sugieren que avanzamos al enfoque que llamamos promoción de la salud.

Antes de explorar el significado práctico de promoción de la salud, examinemos a mayor detalle la naturaleza de los cambios en salud que enfrentamos los canadienses. Al final de este documento debemos circunscribir nuestra atención a esos retos considerados de importancia nacional. Anticipamos, sin embargo, que algunas comunidades quizá encuentren estos retos nacionales de poco valor frente a problemas exclusivamente de carácter regional o local.

RETO I: REDUCIR INEQUIDADES

El primer reto que enfrentamos es el de encontrar maneras para reducir inequidades en salud de grupos con bajos ingresos frente a los grupos de altos ingresos en Canadá.

Hay evidencia preocupante que muestra que a pesar del avanzado sistema de servicios de salud, la salud de las personas continúa directamente relacionada a su estatus económico. Por ejemplo, ha sido documentado que los hombres con un ingreso económico superior viven seis años más que los hombres con un ingreso económico inferior. La diferencia entre mujeres es de poco menos años. Con respecto a las discapacidades, la evidencia es inclusive más alarmante. Los hombres con mayores ingresos tienen 14 años de vida sin discapacidad en comparación con los hombres de menores ingresos; en el caso de las mujeres, la diferencia es de ocho años.

Entre grupos de bajos ingresos, las personas son más susceptibles a morir como resultado de caídas accidentales, enfermedades respiratorias crónicas, neumonía, tuberculosis y cirrosis de hígado. Asimismo, ciertas condiciones tienen mayor prevalencia entre canadienses de bajos ingresos, incluidos desórdenes en la salud mental, presión alta y problemas en articulaciones y miembros.

En el conjunto de bajos ingresos, ciertos grupos tienen mayor posibilidad de sufrir una salud deficiente. Las personas mayores, los desempleados, los beneficiarios de la asistencia social, las madres solteras y las minorías como los indígenas y los inmigrantes están en esta categoría. Más de un millón de niños en Canadá son pobres. La pobreza afecta a más de la mitad de familias monoparentales, la aplastante mayoría de ellas

encabezadas por mujeres. Estos son los grupos para quienes «mayor vida pero salud empeorada» es una espantosa realidad.

Hasta ahora, no hemos realizado lo suficiente para atender las disparidades. Mientras buscamos políticas en salud que puedan llevar a este país de manera segura al futuro, resulta obvio que la reducción de las inequidades en salud entre los grupos de alto ingreso y de bajo ingreso es uno de nuestros retos a enfrentar.

RETO II: INCREMENTAR EL ESFUERZO PREVENTIVO

Nuestro segundo reto es el encontrar nuevas y mejores maneras de prevenir la existencia de lesiones, enfermedades, condiciones crónicas y sus discapacidades resultantes.

La prevención involucra identificar los factores que causan una afección para reducirlos o eliminarlos. La inmunización y la cloración del agua para beber son ejemplos centrales de medidas introducidas para prevenir y reducir la incidencia de enfermedades infecciosas. En el último siglo, a través de esfuerzos de salud pública, la práctica de la prevención ganó una amplia aceptación. De hecho, muchas medidas preventivas que actualmente damos por sentado iniciaron durante el siglo XIX.

En años recientes, el esfuerzo preventivo se ha extendido al área del estilo de vida y la conducta individual. La comprensión de que fumar, consumir alcohol y dietas altas en grasas contribuyen de diversas maneras al cáncer de pulmón, a la cirrosis de hígado, a la enfermedad cardiovascular y a los accidentes vehiculares, dirigen nuestra atención a reducir la conducta de riesgo y a intentar cambiar los estilos de vida de las personas.

Desafortunadamente, las relaciones causales entre conducta y salud no son tan claras como las que existen entre gérmenes y enfermedades. Las enfermedades y las lesiones de la actualidad y las discapacidades que conllevan son los resultados de la interacción de numerosos factores. Esto significa que la prevención es un compromiso mucho más complejo de lo que alguna vez imaginamos.

A pesar de ello, hay un ámbito considerable para la prevención. Ya los niños están entre los principales beneficiados. En el cuidado prenatal y neonatal, las medidas de prevención produjeron una reducción considerable de la mortalidad infantil. Un progreso destacado se ha logrado en prevenir discapacidades del aprendizaje y, las medidas de prevención están ayudando, por ejemplo, a superar dificultades asociadas a la dislexia, hiperactividad y limitaciones del habla y auditivas. Con respecto a los adultos, se considera que la puesta en práctica de medidas preventivas desemboque en una reducción futura del 50% de la incidencia de cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas.

RETO III: MEJORAR LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS PARA SALIR ADELANTE

En este siglo, las afecciones crónicas y los problemas de salud mental han reemplazados a las enfermedades transmisibles como los problemas de salud predominantes entre los canadienses de todas las edades. Nuestro tercer reto es mejorar las habilidades de las personas para enfrentarse a afecciones crónicas, discapacidades y problemas de salud mental.

Condiciones como la artritis, la hipertensión, los malestares respiratorios, la dependencia a las drogas y la depresión crónica pueden limitar la capacidad de las personas para trabajar, cuidarse, desempeñar actividades cotidianas y disfrutar de la vida.

Canadá está experimentando un auge etario, el número de gente mayor en este país se va a duplicar en los próximos 35 años. Por ello, para la población de edad más avanzada, enfrentar las afecciones crónicas y las discapacidades que conllevan es una preocupación particular. Frecuentemente es difícil, para los adultos mayores que están incapacitados debido a discapacidades, andar de manera independiente. Las tareas del día a día, como tomar un baño o abrir un frasco, se vuelven difíciles o inclusive inmanejables.

Es particularmente importante asegurar que las personas estén respaldadas en el campo de la salud mental. Obviamente, no podemos permitir disminuir nuestros esfuerzos en asistir a quienes sufren de enfermedades mentales severas; sin embargo, es esencial que asignemos prioridad equitativa al ayudar a que las personas permanezcan mentalmente saludables.

Los estudios indican que muchos canadienses perciben que sus vidas son estresantes. Las mujeres son más vulnerables al respecto. El hecho de que a las mujeres se les prescriban tranquilizantes y antidepresivos más que el doble que a los hombres es un signo fuerte de la tensión emocional que las mujeres experimentan. Para algunas, posiblemente sea la dudosa y cambiante naturaleza de su rol que es excesivamente estresante. Otras, quizá estén abrumadas por el peso de cuidar a integrantes de sus familias, particularmente de aquellos crónicamente enfermos o discapacitados. Tanto para hombres como para mujeres, el agotamiento laboral ha incrementado. La naturaleza cambiante de los roles sociales y de los factores como el desempleo también han tenido efecto en el bienestar emocional de los hombres, quienes pueden desarrollar problemas como úlceras, dependencia al alcohol y depresión.

Sabemos que la ansiedad, la tensión, la tristeza, la soledad, el insomnio y la fatiga son frecuentemente síntomas de estrés mental que se expresan de muchas formas, incluyendo abuso infantil, violencia familiar, abuso de drogas y alcohol, y suicidio. Los problemas asociados con el estrés mental pueden ocurrir en tiempos de crisis, o ser el resultado de circunstancias acumuladas de vida.

Nuestro reto es proveer las habilidades y el apoyo comunitario adecuado para que las personas con discapacidades y problemas de salud mental conduzcan vidas estables de manera efectiva y mejoren su calidad de vida. Debemos reconocer la importancia de asegurar que los cuidadores informales tengan acceso al apoyo que necesitan. Muchas personas, especialmente mujeres, se preocupan por otros de manera regular. La salud y la capacidad de estas personas para lidiar con ello no es menos importante que la salud de aquellos a quienes cuidan. El cuidado en casa, los enfermeros de casa, el cuidado de relevo y las alertas postales son servicios que intensifican la capacidad de salir adelante para aquellos con discapacidades y sus cuidadores.

Reducir inequidades, ampliar los esfuerzos de prevención y mejorar las habilidades de las personas para salir adelante son los principales retos que encaramos mientras Canadá entra al siglo XXI. Es hacia estos retos que debemos dedicar nuestros esfuerzos y recursos.

IV. PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO RESPUESTA

Hasta ahora, hemos descrito una perspectiva positiva y global de la salud, y hemos esbozado tres retos en salud de la mayor importancia nacional. Nuestra responsabilidad final es asegurar que la salud de los canadienses sea preservada y mejorada, un objetivo que solo puede ser alcanzado si a cada uno de nosotros se le puede asegurar acceso equitativo a la salud. Es claro, de cualquier manera, que las actuales políticas y prácticas no son suficientemente efectivas para asegurar que los hombres y las mujeres canadienses de todas las edades y de todos los orígenes puedan tener una oportunidad equitativa de lograr salud.

En nuestra búsqueda de soluciones a estos problemas, nos preguntamos dos cosas: «¿Qué mecanismos se necesitan para responder efectivamente a los retos emergentes?» y «¿qué estrategias o procesos podemos implementar para hacer frente a estos retos?»

Concluimos que estas preguntas pueden ser respondidas de mejor manera a través de una amplia intervención en promoción de la salud. Un enfoque en promoción de la salud, con suficiente esfuerzo y recursos, se podría integrar fácilmente al actual sistema de salud. Creemos que así como el cuidado a la salud es conocido como la piedra angular del sistema de salud canadiense, la promoción de la salud está destinada a ser otra importante piedra angular de ese mismo sistema.

La gente frecuentemente asocia promoción de la salud con carteles y folletos. Esta es una mirada simplista semejante a asociar cuidado médico con batas blancas y estetoscopios. En palabras de la Organización Mundial de la Salud, «promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla». Esta, «representa una estrategia de mediación entre las personas y sus ambientes, sintetizando decisiones individuales y responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable.»

Es muy cierto que, hasta hace muy poco, la promoción de la salud ha confiado especialmente en la distribución de información en salud, apuntalando mensajes de salud a la gente bajo la expectativa de que posiblemente generen los cambios deseados en los estilos de vida de las personas. A pesar de que este enfoque sí produjo algunas transformaciones en las actitudes y en las conductas en salud, han sido pequeñas y lentas. Resultó cada vez más evidente que para ser efectivas, las campañas informativas no debieron llevarse a cabo de manera aislada; tuvieron que combinarse con diversas actividades. La promoción de la salud se convirtió en un ejercicio multifacético que incluyó educación, capacitación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario. Esta perspectiva ganó bastante aceptación entre muchos profesionales y voluntarios en comunidades. Para mediados de los años setenta, las actividades en promoción de la salud se fueron volviendo más visibles en las escuelas, en los servicios comunitarios de salud, en las comisiones sobre drogas y alcohol y en los lugares de trabajo.

Menos de una década después, muchos programas de alcance nacional estaban en operación. Cubriendo una diversidad de temáticas, estas iniciativas centrales fueron el resultado de esfuerzos cooperativos entre distintos niveles de gobierno y el sector del voluntariado. Incluyeron *Diálogo sobre la Bebida*; el *Programa de Amamantamiento*; *Solo son tus Nervios*, programa enfocado en el uso de alcohol y tranquilizante entre mujeres;

Hora de Dejar de Fumar, un programa para dejar de fumar; *Permanece Real*, un programa de información sobre drogas; y *Libérate*, una iniciativa colaborativa dirigida a reducir el consumo de tabaco en jóvenes.

Comunidades y grupos de voluntarios están comprometidos a emprender actividades en promoción de la salud a nivel local donde sean capaces de aprovechar los recursos financieros, incluyendo el del gobierno federal *Nuevos Horizontes* que otorga subsidios a asociaciones de voluntarios, y el Programa de Contribución a la Promoción de la Salud. A través de Canadá, organización y grupos tan diversos como el Instituto Canadiense de la Salud Infantil, la Alianza de los Individuos Discapacitados, el Centro de las Mujeres de L'Estrie, la Sociedad de Alzheimer de Canadá y muchas otras contribuyeron significativamente al crecimiento de los logros en la promoción de la salud de este país.

La experiencia de los diez años pasados ha confirmado nuestra perspectiva de que la promoción de la salud proporciona un camino para enfrentar los retos emergentes, un enfoque que apoyo a los canadienses a mejorar la calidad de su salud. En síntesis, ofrece un medio para alcanzar la salud de todos los canadienses.

V. EL MARCO DE REFERENCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Hemos echado una mirada a nuestros esfuerzos pasados en salud y hemos juzgado nuestro progreso. Hemos mirado hacia delante y hemos identificado caminos relacionados a la atención de importantes inequidades en salud, particularmente relativas a grupos en desventaja y próximas generaciones de adultos mayores. Hemos revisado diez años de experiencia en promoción de la salud. Nuestra conclusión es que el enfoque de promoción de la salud ofrece un potencial considerable y tiene alcance para cumplir los complejos retos en salud que enfrentan los canadienses.

El Marco de Referencia para la Promoción de la Salud descrito aquí proporciona un medio para vincular las ideas y las acciones que consideramos fundamentales para alcanzar salud para todos, el objetivo al que aspiramos.

Previamente, identificamos los retos nacionales en salud que necesitan ser superados mientras busquemos ese objetivo. Otros componentes clave del marco de referencia son el conjunto de mecanismos en promoción de la salud y la serie de estrategias de intervención. Presentamos ahora los mecanismos y las estrategias, en su relación entre cada una de ellas y con los retos en salud del Marco de Referencia en Promoción de la Salud.

Para una representación visual de todos estos componentes y las relaciones entre ellos mismos, el lector puede consultar el diagrama titulado «Un Marco Conceptual para la Promoción de la Salud».

Creemos que los tres mecanismos intrínsecos a la promoción de la salud son:

- Auto-cuidado, y las decisiones y acciones que los individuos toman en provecho de su propia salud.
- Ayuda mutua, o las acciones que las personas toman para ayudarse entre sí; y
- Ambientes saludables, o la creación de las condiciones que conducen a la salud.

Cuando hablamos de auto-cuidado, nos referimos a las decisiones tomadas y a las prácticas adoptadas a nivel individual específicamente para la preservación de su salud. Una persona mayor que usa un bastón cuando la banqueta se congela, una persona con diabetes que se auto suministra insulina, una persona que escoge una dieta equilibrada, alguien que hace ejercicio de manera regular: todos estos son ejemplos de auto-cuidado. Factores como las creencias, el acceso a información apropiada y estar en ambientes que sean manejables juegan un papel importante. Simplemente alentar auto-cuidado implica alentar elecciones saludables.

El segundo mecanismo de la promoción de la salud, ayuda mutua, se refiere a los esfuerzos de las personas para tratar con sus preocupaciones de salud a través del trabajo conjunto. Implica la ayuda mutua de las personas, el apoyo emocional, el compartir ideas. Frecuentemente referida como apoyo social, la ayuda mutua puede surgir en la familia, el barrio, la organización de voluntarios o el grupo de auto-ayuda.

Las redes informales están reconocidas como un recurso fundamental en la promoción de la salud. Hay evidencia importante de que las personas que tienen apoyo social son más sanas que aquellas que no lo tienen. El valor de dicho apoyo descansa en su naturaleza emocional y práctica: permite a las personas vivir interdependientemente en una comunidad y, al mismo tiempo, retener su independencia. Un padre con un hijo con discapacidad, un adulto mayor soportando dolor artrítico, un adolescente consumiendo drogas: estas personas necesitan no solo de servicios profesionales, también de comprensión y de sentido de pertenencia que se adquiere con ser socialmente apoyado.

En Canadá, el «movimiento de autoayuda» nos ofrece ejemplos abundantes de ayuda mutua en acción. Alcohólicos Anónimos (AA), Una Voz de Adultos Mayores, Bloque de Padres, Coalición de Organizaciones Provinciales de Discapacitados (COPOH), y los centros de atención a personas en situación de crisis por violación son algunos ejemplos. A través de la autoayuda, las personas se juntan para enfrentar las consecuencias de estar indispuestos, sobrecargados, afligidos o en situación de crisis.

El tercer mecanismo de promoción de la salud es la creación de ambientes saludables. Esto significa alterar o adaptar nuestros entornos sociales, económicos y físicos de modo que nos ayude no solo a preservarlos, sino también a mejorar nuestra salud. Significa asegurar que políticas y prácticas estén asentadas para proporcionar a los canadienses ambientes saludables en la casa, la escuela, el trabajo o donde quiera que estén. Significa el trabajo de comunidades y regiones en conjunto para crear ambientes que conduzcan a la salud.

Desde esta perspectiva, el ambiente lo abarca todo. El concepto de fronteras es inapropiado cuando hablamos de la promoción de la salud. El ambiente incluye los edificios donde vivimos, el aire que respiramos y los trabajos que desempeñamos. Implica, por ejemplo, la educación, el transporte y los sistemas de salud. Por la amplitud y el alcance del ambiente entendido de esta manera, el cambio ambiental se vuelve por mucho el más complejo y el más difícil de los tres mecanismos o tipos de acción requerida para la promoción de la salud.

El sector público y otros sectores ya están vinculado, en distintos grados, para fomentar que las personas se cuiden, que se reúnan para el apoyo mutuo y para cambiar las circunstancias y los entornos que actúan como barreras para alcanzar la salud. A pesar de que hay políticas y prácticas que apoyan el concepto de promoción de la sa-

lud, este tiende a ser implícito en lugar de explícito. En la mayoría de los casos, no son el resultado de estrategias deliberadamente planeadas. Desde nuestra perspectiva, es momento de articular de manera clara el rumbo con el que expresamente se diseñará la promoción de la salud de los canadienses.

Llevarlo a cabo implica establecer un conjunto de estrategias, cuya implementación nos permitirá alcanzar nuestro objetivo de alcanzar salud para todos. En la 77 Conferencia Anual de la Asociación de Salud Pública Canadiense, presentamos seis estrategias para la promoción de la salud: asegurar el acceso a la información en salud; estimular el consenso sobre ideas específicas en salud; fomentar investigación en apoyo a la promoción de la salud; alentar la participación pública; abogar para que el sistema de atención a la salud juegue un papel fuerte, particularmente a favor de los servicios comunitarios en salud; coordinador políticas entre distintos sectores.

De estas seis estrategias, hay tres que nos proporcionan una atención central, bajo las cuales las restantes pueden ser subsumidas. Desde nuestra mirada, las principales estrategias o procesos por los que podemos actuar de manera decidida en respuesta a los retos en salud que afronta Canadá son:

- alentar la participación pública
- fortalecer los servicios de salud comunitarios
- coordinar las políticas públicas en salud.

Vamos a explorar las estrategias que estamos proponiendo como base para la acción.

ESTRATEGIA I. ALENTAR LA PARTICIPACIÓN PÚBLICA

La promoción de la salud busca asegurar que los canadienses sean capaces de actuar para mejorar su propia salud. En la misión nacional por la salud, las personas constituyen un recurso fundamental, tanto individual como en grupos. Nuestra experiencia confirma que la gente entiende y está interesada en las circunstancias y en los eventos que influyen en su salud. Sabemos que están buscando oportunidades para tomar responsabilidades.

Alentar la participación pública implica ayudar a las personas a asegurar el control de los factores que afectan su salud. Debemos equipar y habilitar a las personas para actuar hacia la preservación o mejoramiento de su salud. Al crear un clima favorable a la participación pública, podemos encauzar la energía, las habilidades y la creatividad de los integrantes de la comunidad en el esfuerzo nacional de alcanzar la salud.

El impacto duradero de la participación pública en salud está muy documentado. En el programa «Cuídate» de Vancouver, una red de adultos mayores estableció un modelo de autoayuda para alentar que los participantes cuiden de su propia salud. La cooperativa Azafrán, de Saskatoon, ofrece programas y consejería a adultos con enfermedades mentales. En Quebec, una asociación multiétnica da información y asiste a niños y adultos con discapacidad sobre el uso de servicios. La Sociedad Canadiense de la Célula Falciforme, pasó de estar conformada por un puñado de voluntarios a una organización nacional dedicada a educar, realizar pruebas y dar consejería a los

canadienses afectados por la anemia. En una pequeña comunidad rural de Ontario, los adultos mayores se organizaron para preparar servicios alimentarios, visitas a domicilio y ayuda en el hogar para sus vecinos menos favorecidos.

Estos ejemplos ilustran cómo el fomentar la participación pública nos puede ayudar a dar respuesta a uno de nuestros principales retos, el de incrementar la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas. Podríamos, de hecho, tomar cualquier reto nacional y producir evidencia de que los esfuerzos iniciados por la gente pueden ofrecer respuestas efectivas a las preocupaciones en salud. La conclusión es ineludible: la participación pública no es solo valiosa, sino esencial para alcanzar salud para todos los canadienses.

ESTRATEGIA II: FORTALECER LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD

Los servicios comunitarios de salud ya juegan un papel indispensable en preservar la salud. Pensamos que deben existir una expansión de dicho papel y que debe ser expresamente orientado a promover la salud y a prevenir la enfermedad. Al mismo tiempo, reconocemos que asignar mayor responsabilidad a los servicios comunitarios del sistema de salud actual implica asignar una serie de recursos a dichos servicios.

Una orientación en promoción de la salud y en prevención de la enfermedad implica que los servicios de salud comunitaria tendrán que enfocarse más en resolver los retos en salud que hemos identificado. Por ejemplo, se asume que habrá mayor énfasis en otorgar servicios a grupos en situación de desventaja. Se da por sentado que las comunidades se involucrarán más en planear sus propios servicios, y que las ligas entre comunidades y sus propios servicios e instituciones se fortalecerán.

De esta manera, los servicios de salud comunitaria se volverán un instrumento de la promoción de la salud, asumiendo un papel clave en fomentar el auto-cuidado, la ayuda mutua y la creación de ambientes saludables. Ello involucrará programas de coordinación mucho más cercanos a los servicios sociales para mantener el impulso en el esfuerzo de la promoción de la salud. Dado el alcance de sus responsabilidades, resulta lógico que los servicios de salud comunitaria deben jugar un papel mayor en promover la salud de las comunidades.

Consideramos especialmente importante que los servicios de salud comunitaria sean más activos en ayudar a las personas que enfrentan discapacidades. Si las personas pueden valerse de manera efectiva, entonces habrá un continuo en el cuidado que será suficientemente flexible para conocer sus necesidades de ayuda –sean temporales o de largo plazo- sin hacer cambios preocupantes e innecesarios en sus vidas. Para lograr esto, es vital que exista coordinación entre los servicios disponibles. Los servicios de salud comunitaria proporcionan un punto central para coordinar servicios como diagnósticos, cuidado del hogar, cuidado de relevo, consejería y el valioso trabajo de los voluntarios.

Las personas que están enfrentando problemas de salud mental, también se beneficiarán del fortalecimiento de los servicios de salud comunitaria. Mientras que los servicios de tratamiento psiquiátrico claramente están dirigidos para las personas gravemente enfermas, aquellos que encuentran dificultad para lidiar con la vida podrían ser tratados y apoyados en los servicios de salud comunitaria.

Para todos aquellos que buscan responsabilizarse de su propia salud, ya sea en grupo o como individuos, los servicios de salud comunitaria están bien posicionados para asumir un papel mucho más destacado en el esfuerzo de la promoción de la salud.

ESTRATEGIA III: COORDINAR POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

La potencialidad de la política pública para influir en las decisiones de las personas es considerable. No es una exageración decir que la política pública tiene el poder de ofrecer a las personas oportunidades para la salud, así como negarles dichas oportunidades. Todas las políticas, y por consiguiente todos los sectores, tienen un sustento en la salud. Los que nosotros buscamos son políticas públicas de salud.

Creemos que la promoción de la salud es una vía apropiada para alcanzar nuestro principal objetivo, el de acceso equitativo a la salud. Sabemos que el autocuidado, la ayuda mutua y el ambiente saludable están ligados de manera integral a la promoción de la salud, y que aparecen con mayor probabilidad cuando las políticas públicas aparecen. Las políticas en salud ayudan a establecer el escenario para la promoción de la salud, una vez que facilitan que las personas tomen decisiones saludables.

Todas las políticas que tienen un soporte en salud deben ser coordinadas. La lista es larga e incluye, entre otras, seguridad salarial, empleo, educación, vivienda, negocios, agricultura, transporte, justicia y tecnología. No será una misión fácil coordinar las políticas entre varios sectores, los cuales tienen sus propias prioridades. Debemos tener en cuenta que la salud no es necesariamente una prioridad para otros sectores. Esto implica que debemos buscar que los problemas de salud sean atractivos para otros sectores, así como buscar que las decisiones saludables sean atractivas para la gente.

Posiblemente existan conflictos de interés entre los sectores. Dichos conflictos son intrínsecos a la sociedad. Tomemos el ejemplo del tabaquismo. Nosotros proponemos un ambiente libre de humo. Por otro lado, hay agricultores canadienses que cultivaban tabaco para su sustento. Los cambios en las políticas del tabaco tienen implicaciones tanto para los agricultores como para los fumadores. En este caso, la creación de política pública en salud necesita afrontar un serio problema de salud así como sus implicaciones económicas.

El gobierno federal ya ha iniciado el proceso de crear política pública sobre tabaquismo. En octubre de 1985, un programa nacional para reducir el consumo del tabaco fue aprobado por los ministerios de salud federal y provinciales, y por siete organizaciones no gubernamentales. Ha habido consultas con los departamentos federales responsables de la agricultura, la justicia, el transporte, los ingresos y con la Junta del Tesoro. Como resultado, muchos de estos departamentos están revisando sus políticas en áreas relevantes como fumar en el lugar de trabajo, sustitución de cultivo, prácticas de mercadotecnia del tabaco y fumar en el transporte público.

El manejar de manera inconveniente es otro tema que se está tratando de manera coordinada a nivel federal y provincial. Desde una perspectiva en promoción de la salud, la responsabilidad es lograr que sea socialmente inaceptable que la gente conduzca bajo la influencia del alcohol y reducir las consecuencias trágicas de hacerlo. Otras responsabilidades igualmente importantes incluyen enmendar el código penal, mejorar la seguridad de los caminos, hacer políticas aplicadas más eficientes y controlar

la disponibilidad del alcohol. En este contexto, los cambios coordinados de la política pública se están alcanzando a través de consultas y consensos entre los departamentos federales de Salud y Bienestar, Justicia, Transporte y el Fiscal General, así como de sus contrapartes departamentales.

El control del tabaquismo y el conducir de manera segura son solo dos ejemplos de esfuerzos por asegurar la coordinación de la política pública. El punto fundamental para que las políticas públicas sean saludables es que deban responder a las necesidades en salud de la gente y de sus comunidades, ya sea que se diseñen en oficinas gubernamentales, legislaturas, reuniones, iglesias, asambleas sindicales o centros de adultos mayores.

Las estrategias mutuamente reforzadas, en conjunto con los mecanismos, comprenden los elementos básicos del Marco de Referencia en Promoción de la Salud. Es importante señalar que una estrategia o mecanismo por sí mismo tendrá un significado pequeño. Solo colocando estas piezas juntas, asignando recursos y estableciendo prioridades, podremos estar seguros de que la promoción de la salud tiene sentido y cobra vida. Creemos que el enfoque que proponemos nos permite responder de manera efectiva y ética a las preocupaciones en salud actuales y futuras.

VI. CONCLUSIÓN

Ésta, entonces, es nuestra propuesta para un marco de referencia en promoción de la salud: una perspectiva de la salud como una dimensión de la calidad de vida; una articulación de los retos en salud actuales y futuros que encara este país; un entendimiento de la promoción de la salud como un proceso que permite que las personas incrementen el control sobre su propia salud; una identificación de tres mecanismos que pueden dinamizar la promoción de la salud y, finalmente, una elaboración de tres estrategias de implementación que pensamos harán posible a todos los canadienses alcanzar acceso equitativo a la salud.

En síntesis, la promoción de la salud implica compromiso para afrontar los retos de reducir inequidades, extender el alcance de la prevención y ayudar a las personas a hacer frente a sus circunstancias. Significa alentar la participación pública, fortalecer los servicios de salud comunitaria y coordinar políticas públicas de salud. Además, significa crear ambientes que conduzcan a la salud, donde las personas tengan mayor capacidad de cuidar de sí mismos, y de apoyarse para resolver y manejar problemas colectivos de salud.

Hay una cierta oportunidad para la promoción de la salud. Los signos son evidentes en todo el país. Juntas regionales de salud, organizaciones profesionales, consejos provinciales y nacionales, así como asociaciones de voluntarios, están articulando políticas para apoyar el concepto de promoción de la salud. La evidencia más convincente es la voz del apoyo popular. La gente por todas partes está demostrando apoyo para actuar en cuestiones de salud. Cada año, por ejemplo, los programas federales de financiamiento reciben miles de solicitudes de recursos para ser usados en proyectos de salud comunitaria. Mujeres de bajos ingresos, adultos mayores, indígenas, personas con discapacidad, grupos de inmigrantes y muchos otros están expresando sus propias ideas

sobre las necesidades de salud de sus comunidades, así como su deseo por encontrar caminos para satisfacer dichas necesidades.

Estamos conscientes de que existen ciertos dilemas inherentes a la promoción de la salud. Por ejemplo, no podemos invitar a personas a que asuman la responsabilidad sobre su salud y luego dar la vuelta y fallarles por enfermedades y discapacidades que son el resultado de circunstancias sociales y económicas más amplias. Esa actitud de «culpar a la víctima» está basada en la noción no realista de que el individuo tiene el control final y completo de su vida y de su muerte.

En segundo lugar, está la cuestión de asignar recursos en tiempos de escasez. La disponibilidad del financiamiento es obviamente un tema sustantivo para todos nosotros. Canadá se ha desempeñado bastante bien en controlar los costos del sistema de salud; sin embargo, el control de los costos es un problema de preocupación continua. Las presiones creadas por una población en proceso de envejecimiento y el crecimiento de la incidencia de las discapacidades en nuestra sociedad implicará un alto costo para nuestros recursos financieros. Creemos, de cualquier modo, que el enfoque de la promoción de la salud tiene el potencial a largo plazo de retardar el aumento de los costos en la atención a la salud.

Todos los días, los canadienses enfrentamos situaciones difíciles. Observamos adolescentes embrizadas tristes, niños que sufren abuso, mujeres que están deprimidas, adultos mayores que están solos, hombres de mediana edad incapacitados por enfermedades del corazón y personas sufriendo por enfermedades incurables como esclerosis múltiple o artritis. Existe, sin embargo, otro lado de la historia. Observamos refugios de transición, consejería familiar, centros para el tratamiento de drogas, grupos de autoayuda, esfuerzos en los lugares de trabajo para contratar a personas con discapacidad y, sobre todo, personas que actúan de manera voluntaria para ayudarse entre sí e impactar en los otros. Esto es lo que queremos ver y esto es lo que queremos alentar.

El Marco Referencia de la Promoción de la Salud nos ayuda a formular maneras de afrontar los temas cotidianos de salud. Lo podemos utilizar para visualizar los tipos de mecanismos y estrategias que se necesitan para apoyar y alentar a los canadienses mientras se esfuerzan en vivir saludablemente en plenitud. El marco de referencia une un conjunto de conceptos, nos otorga una manera de pensar particular y actúa para alcanzar nuestro objetivo de salud para todos en este país. Sobre todo, la promoción de la salud es un enfoque que puede desarrollarse e integrarse a nuestro sofisticado sistema de salud. Ya en nuestras vidas privadas y profesionales, muchos de nosotros estamos pensando y actuando de modo consistente con el concepto de promoción de la salud.

Tomará tiempo darle sentido a la promoción de la salud. Un elemento vital para el proceso será el de la discusión a escala nacional. Ello permitirá a los canadienses valorar las implicaciones de la promoción de la salud. El cuerpo de conocimientos y experiencias se está acumulando de manera rápida: individuos y grupos en muchas partes del país ya están familiarizados con el enfoque que estamos llamando promoción de la salud.

Tenemos los cimientos sobre los cuales construir. Continuemos nuestros esfuerzos por alcanzar salud y mejorar la calidad de vida de las personas de las comunidades de Canadá.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, T. (2007). Cultural capital in health promotion. En D. McQueen e I. Kickbush (Eds.), *Health & modernity: The role of theory in health promotion* (pp. 43-73). Springer.
- AHMAD, F., Shik, A., Vanza, R., Cheung, A., George, U., y Stewart, D. E. (2004). Popular Health promotion strategies among Chinese and East Indian immigrant women. *Women and Health*, 40(1), 21-40. https://doi.org/10.1300/J013v40n01_02
- AJZEN, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Prentice-Hall.
- ALINSKY, S. D. (1971). *Rules for radicals: A realistic primer for realistic radicals*. Random House. <https://bit.ly/2NC7GLy>
- ARASARATNAM, P., Ayoub, C., y Ruddy, T. R. (2015). Canadian multiethnicity – Differences in coronary artery disease prevalence and progression and relevance to cardiac imaging. *Current Cardiovascular Imaging Reports*, (8), 9314. Doi: 10.1007/s12410-014-9314-9
- ARDILES, P., Hutchinson, C., Stanton, A., Dhaliwal, R., Aslam, M., y Black, T. (2017) Health Promoting Universities: Shifting from Health Education to Social Innovation. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (pp. 267-285). Canadian Scholars' Press Inc.
- BADGLEY, R. (1994). Health Promotion and Social Change in the Health of Canadians. En A. Pederson, M. O'Neill e I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives*. W.B. Saunders Canada.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- BARNETT, E., Anderson, T., Blossnich, J., Halverson, J., y Novak, J. (2005). Promoting cardiovascular health: From environment goals to social environmental change. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.07.036>
- BECKER, M. H. (1974). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- BENOIT, C. y Shumka, L. (2009). *Gendering the health determinants framework Why girls' and women's health matters*. Health Research Network.
- BENOIT, C., Shumka, L., Phillips, R., Hallgrímsdóttir, H., Kobayashi, K., Hankivsky, O., Reid, C. y Brief, E. (2009). Explaining the health gap between girls and women in Canada. *Sociological Research Online*, 14(5), 1-13. <https://doi.org/10.5153/sro.2024>
- BEST, A., Stokols, D., Green, L. W., Leischow, S., Holmes, B., y Buchholz, K. (2003). An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. *American Journal of Health Promotion*, 18, 168-176. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.2.168>
- BILGE, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, 1(225), 70-88. <https://bit.ly/37mTnBl>
- BOURDIEU, P. (2011). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Siglo XXI.
- BRAH, A. y Phoenix, A. (2004). Ain't I a woman? Revisiting intersectionality. *Journal of International Women's Studies*, 5(3), 75-86. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol5/iss3/8>
- BRESLOW, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*, 281(11), 1030-1033. doi:10.1001/jama.281.11.1030

- BRETON, E., Richard, L., Gagnon, F., Jacques, M., y Bergeron, P. (2008). Health promotion research and practice require sound policy analysis models: The case of Quebec's Tobacco Act. *Social Science and Medicine*, 67, 1679-1689. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.07.028>
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press. <https://bit.ly/3u3kbQX>
- BYRDON-Miller, M. (2004). The terrifying truth: Interrogating systems of power and privilege and choosing to act. En M. Brydon-Miller, P. Maguire y A. McIntyre, *Traveling companions: Feminism, teaching, and action research*. Praeger.
- CARROLL, S. (2012). Social Theory and Health Promotion. En I. Rootman, S. Dupéré y A. Pederson (Eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*. Canadian Scholar's Press Inc.
- CARROLL, S. (2017). Social Theory and Health Promotion. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (pp. 44-66). Canadian Scholars' Press Inc.
- CARSON, A., Chappell, N. L., y Knight, C. J. (2007). Promoting health and innovate health promotion practice through a community arts centre. *Health Promotion Practice*, 8(4), 366- 374. <https://doi.org/10.1177/1524839906289342>
- CHAPPELL, N., Funk, L., Carson, A., MacKenzie, P., y Stanwick, R. (2006). Multilevel community health promotion: How can we make it work? *Community Development Journal*, 41(3), 352-366. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsi061>
- CLOW, B., Pederson, A., Haworth-Brockman, M. y Bernier, J. (2009). *Rising to the challenge: Sex and gendered-based analysis for health planning, policy, and research in Canada*. Atlantic Centre of Excellence for Women's Health. <https://bit.ly/3s2vqr8>
- COLE, E. (2008). Coalitions as a model for intersectionality: From practice to theory. *Sex Roles*, 59(5-6), 443-453. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9419-1>
- COLLINS, P. (1989). The social construction of Black feminist thought. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 14(4), 745-773. <https://bit.ly/2NvxHvZ>
- CONRAD, M. (2012). *A concise history of Canada*. United States: Cambridge University Press.
- CRAIG, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., y Petticrew, M. (2008). Developing evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 29(337), a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- COUTO, M.C., de Oliveira E., Alves Separavich M E. y Luiz O. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, (15), 1-14, doi: 10.18294/sc.2019.1994
- DAVIS, K. (2008). Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on What makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, (9), 67-85. <https://doi.org/10.1177/1464700108086364>
- DAYKIN, N. y Naidoo, J. (1995). Feminist critiques of health promotion. En R. Bunton, S. Nettleton y R. Burrows (Eds.), *The sociology of health promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle, and risk*. Routledge.
- DE Jong Gierveld, J. (2015). Intra-couple caregiving of older adults living apart together: Commitment and Independence. *Canadian Journal on Aging*, 34, 356-365. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000264>

- DE Jong Gierveld, J., Keating, N., y Fast, J. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal of Aging*, 23, S61-S69. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>
- DELLOS Living LLC. (2014). *The WELL Building Standard (1.0)*. Delos Living LLC.
- DESCHÊNES, M., Martin, C., y Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18, 387-396. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag410>
- ERMINE, W. (2007). The ethical space of engagement. *Indigenous Law Journal*, 6(1), 193-203. <http://bit.ly/2NeBMEU>
- EPP, J. (1986). *Alcanzar Salud para Todos: un Marco de Referencia para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Ministerio de la Salud y del Bienestar del Canadá. <http://bit.ly/3s2uQcF>
- ERIKSSON, M. y Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199. [10.1093/heapro/dan014](https://doi.org/10.1093/heapro/dan014)
- EVANS, R.G., Barer, M.L. y Marmor, T.R. (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. Aldine de Gruyter.
- FEDERAL PROVINCIAL AND TERRITORIAL ADVISORY COMMITTEE ON POPULATION HEALTH (FPT ACPH). (1994). *Strategies for population health*. Health Canada.
- FIRST NATIONS INFORMATION GOVERNANCE CENTRE. (2005). *Owernship Control, Access, and Possession (OCAP), or Self-Determination Applied to Research: A Critical Analysis of Contemporary First Nation Research and Some Options for First Nation Communities*. National Aboriginal Health Organization. <https://bit.ly/3bghmmN>
- FONOW, M. y Cook, J. (1991). Back to the future: A look to the second wave of feminist epistemology and methodology. En M. Fonow y J. Cook (Eds.), *Beyond methodology: Feminist scholarship as lived research*. Indiana University Press.
- FOUCAULT, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the College of France, 1978-1979*. Palgrave MacMillan.
- FROHLICH, K. L., Corin, E., y Potvin, L. (2002). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23, 776-797. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00275>
- FROHLICH, K. L., Poland, B. y Shareck, M. (2012). Contrasting Entry Points for Intervention in Health Promotion Practice: Situating and Working with Context. En I. Rootman, S. Dupéré y A. Pederson (Eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*. Canadian Scholar's Press Inc. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00275>
- FROHLICH, K. L., Poland, B. y Shareck, M. (2017). Contrasting Entry Points for Intervention in Health Promotion Practice: Situating and Working with Context. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (pp. 106-123). Canadian Scholars' Press Inc.
- FROHLICH, K. L. y Potvin, L. (1999). Health promotion through the lens of population health: Toward a salutogenic setting. *Critical Public Health*, 20, 35-46. <https://doi.org/10.1080/09581599908402933>
- FROHLICH, K. L. y Potvin, L. (2008). The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98, 216-221. doi: 10.2105/AJPH.2007.114777
- FUNG, C., Kuhle, S., Lu, C., Purcell, M., Schwartz, M., Storey, K., y Veugelers, P. J. (2012). From «best practice» to «next practice»: the effectiveness of school-based health promotion in impro-

- ving healty eating and physical activity and preventing childhood obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 27. DOI: 10.1186/1479-5868-9-27
- GASTÉLUM, C. (2006). Las escuelas residenciales para aborígenes desde una perspectiva sociológica. *Revista Mexicana de Estudios Canadienses*, (11), 87-100. <https://bit.ly/3pJQz7I>
- GIDDENS, A. (1984). *The constitution of society: Outline of theory of structuration*. Polity Press.
- GRABB, E. G. (2002). *Theories of social inequality: Classical and contemporary perspectives*. Harcourt Brace.
- GREAVES, L. (2009). Women, gender, and health research. En P. Armstrong y J. Deadman (Eds.), *Women's health: Intersections of policy, research, and practice*. Women's Press.
- GREEN, L. W., y Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. MCGraw-Hill Higher Education.
- GREEN, L. W., y Raeburn, J. (1988). Health promotion: What it is? What will it become? *Health Promotion*, 3(2), 151-159. <https://doi.org/10.1093/heapro/3.2.151>
- GREEN, L. W., Richard, L., y Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281. DOI: 10.4278/0890-1171-10.4.270
- HALL, S. (2010). *Sin garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Instituto de estudios sociales y culturales Pensar, Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Andina Simón Bolívar sede Ecuador, Envió Editores.
- HANCOCK, T. (1985). Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy *Canadian Journal of Public Health*, (76), 9-11. <https://bit.ly/3u74KXL>
- HANKIVSKY, O., Cormier, R. y De Merich, D. (2009). *Intersectionality: Moving women's health research and policy forward*. Women's Health Research Network. <https://bit.ly/37IAhvC>
- HANKIVSKY, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, C., Clark, N., Benoit, C. y Brotman, S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health*, 9(5), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>
- HANNAN, C. (2001). Gender mainstreaming – a strategy for promoting gender equality: With particular focus on HIV/AIDS and racism. Documento presentado en la consultoría a organizaciones no gubernamentales hacia la preparación de la 45 sesión de la Comisión sobre el Estatus de la Mujer, NYU, Medical Center, Nueva York. <https://bit.ly/2NF0o9x>
- IRIART, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Mehry, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica* 12(2), 128-136. <http://bit.ly/37q9Kx3>
- JESSOP, B. (2001). Institucional re(turns) and the strategic-relational approach. *Environment and Planning A*, 33, 1213-1235. <https://doi.org/10.1068/a32183>
- JOHNSON, J., Greaves L. y Repta, R. (2007). *Better science with sex and gender*. Women's Health Research Network. <https://bit.ly/2NvscNH>
- KHAN, M. M., y Kobayashi, K. (2017). No one Should be Left Behind: Identifying Appropriate Health Promotion Practices for Immigrants. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (pp. 203-219). Canadian Scholars' Press Inc.
- KICKBUSCH, I. (1989). Approaches to an ecological base to public health. *Health Promotion International*, 4, 265-268. <https://doi.org/10.1093/heapro/4.4.265>
- KICKBUSCH, I. (1994). Introduction: Tell Me a Story. En A. Pederson, M. O'Neill e I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives*. W.B. Saunders Canada.
- KICKBUSCH, I. (1997). Think health: What makes the difference? *Health Promotion International*, 12, 265-272. <https://doi.org/10.1093/heapro/12.4.265>

- KICKBUSCH, I. (2007). Health Promotion: Not a Tree But a Rhizome. En M. O'Neill, A. Pederson, S. Dupéré e I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- KIRK, M., Tomm-Bonde, L. y Schreiber, R. (2014). Public health reform and health promotion in Canada. *Global Health Promotion*, 21(2), 15-22. DOI: 10.1177/1757975913512157
- KNAPP, G. (2005). Race, Class, Gender: Reclaiming Baggage in Fast Travelling Theories. *European Journal of Women's Studies*, 12(3), 249-265. <https://doi.org/10.1177/1350506805054267>
- KOEHN, S., Jarvis, P., Sandhra, S. K., Bains, S. K., y Addison, M. (2014). Promoting mental health of immigrant seniors in community. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 7(3), 146-156. doi: 10.1108/eihsc-11-2013-0048.
- KRIEGER, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- KWAN, B., Frankish, J., y Rootman, I. (2006). *The development and evaluation of measures of health literacy in different populations*. Institute of Health Promotion Research. <https://bit.ly/37pXGMf>
- LABONTÉ, R. (2007). Promoting Health in a Globalizing World: The Biggest Challenge of All? En M. O'Neill, A. Pederson, S. Dupéré e I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- LESSER, I. A., Guenette, J. A., Hoogbruin, A., Mackey, D. C., Singer, J., Gasevic, D., y Lear, S. A. (2016). Association between exercise-induced change in a body composition and change in cardiometabolic risk factors in postmenopausal South Asian women. *Applied Psychology, Nutrition, and Metabolism*, 41(9), 931-937. doi: 10.1139/apnm-2016-0082
- LINDSTRÖM, B. y Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Folkalsan Research Centre.
- LINK, B. G., y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behaviour*, Extra Issue, 80-94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- LÓPEZ, O. (2017). Salud Pública y Salud Colectiva, ¿se está hablando de lo mismo? En M. C. Morales (Ed.), *Salud Pública y Salud Colectiva, ¿se está hablando de lo mismo?* (15-30). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <https://bit.ly/3jWtJIK>
- LOPPIE, CH. (2017). Promoting Practices in Indigenous Community Health Promotion. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (184-202). Canadian Scholars' Press Inc.
- MATSUDA, M. (1991). Beside my sister, facing the enemy: Legal theory out of coalition. *Stanford Law Review*, 43(6), 1183-1192. <https://doi.org/10.2307/1229035>
- MCCALL, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800. <https://doi.org/10.1086/426800>
- MOORE, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. y Baird, J. (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. *British Medical Journal*, 350, h1258. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- MOOS, R. H. (1979). Social-ecological perspectives on health. En G. Stone, F. Cohen y N. Alder (Eds.), *Health psychology – a handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system*. Jossey-Bass.
- MOUZELIS, N. (1995). *Sociological theory: What went wrong?* Routledge.

- MOUZELIS, N. (2007). Social causation: Between social constructionism and critical realism. *Modern and Postmodern Social Theorizing: Bridging the Divide* (pp. 191-214). Cambridge University Press.
- MULLINGS, L. y Schulz, A. (2006). Intersectionality and health: An introduction. En A. Schulz y L. Mullings (Eds.), *Gender, race, and health: Intersectional approaches*. Jossey-Bass.
- MUNDEL, E., y Chapman, G. (2010). A decolonizing approach to health promotion in Canada: The case of the urban Aboriginal community kitchen garden project. *Health Promotion International, 25*(2), 166-173. DOI: 10.1093/heapro/daq016
- NUTBEAM, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*, 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- NUTBEAM, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349-364. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349
- O'NEILL, M., Pederson, A., Dupéré, S., y Rootman, I. (2007). *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- O'NEILL, M., Rootman, I., Dupéré, S., y Pederson, A. (2012). The evolution of health promotion in Canada. En I. Rootman, S. Dupéré y A. Pederson (Eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*. Canadian Scholar's Press Inc.
- O'NEILL, M. y Stirling, A. (2007). The promotion of health or health promotion? En M. O'Neill, A. Pederson, S. Dupéré e I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- OKANAGAN Charter: An international Charter for Health Promotion Universities and Colleges. (2015). Recuperado de: <http://internationalhealthycampuses2015.sites.olt.ubc.ca/files/2016/01/Okanagan-Charter-January13v2.pdf>
- OLIVEIRA, C. (2014). Suffering and salutogenesis. *Health Promotion International, 30*(2), 222-227. DOI: 10.1093/heapro/dau061
- OLMOS, C. y Silva, R. (2011). El desarrollo del Estado de Bienestar en los países capitalistas avanzados: Un enfoque socio-histórico. *Rev. Sociedad & Equidad, (1)*, 1-8. doi: 10.5354/0718-9990.2011.10599
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (2010) *Backgrounder 3: Key concepts*. <https://bit.ly/3u9Jl0k>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ediciones Journal S.A. <https://bit.ly/3pvjH2D>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: OMS. <https://bit.ly/3qvxRC4>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://bit.ly/3arIjVC>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1978). *Declaración de Alma Ata*. OMS. <https://bit.ly/3d-nz0HW>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (ONU). (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígena. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/RES/61/295>
- OSTLIN, P., George, A. y Sen, G. (2003). Gender, health, and equity: The intersections. En R. Horfichter (Ed.), *Health and social justice: Politics, ideology, and inequity in the distribution of disease*. Jossey-Bass.

- PEDERSON, A., O'Neill, M., y Rootman, I. (1994). *Health Promotion in Canada. Provincial, National and International Perspectives*. W.B. Saunderson Canada.
- PEDERSON, A., Rootman, I., Frohlich, K., Dupéré, S. y O'Neill, M. (2017). The Continuing evolution of Health Promotion in Canada. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (pp. 3-19). Canadian Scholars' Press Inc.
- PINDER, L. (2007). The Federal Role in Health Promotion: Under the Radar. En M.O'Neill, A. Pederson, S. Dupéré e I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- PLEASANT, A., Rudd, R., O'Leary, C., Pasche-Orlow, M., Allen, M., Alvarado-Little, W., Myres, L., Parson, K. y Rosen, S. (2016). *Consideration for a new definition of health literacy*. National Academy of Medicine. <https://doi.org/10.31478/201604a>
- POLAND, B., Frohlich, K. L., y Cargo, M. (2008). Context as fundamental dimensión of health promotion program evaluation. En L. Potvin y D.V. McQueen (Eds.), *Health promotion evaluation practices in the Americas values and research*. Springer.
- POLAND, B., Frohlich, K. L., Haines, R. J., Mykhalovskiy, E., Rock, M. y Sparks, R.(2006). The social context of smoking: The next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15(1), 59-63. doi: 10.1136/tc.2004.009886
- POLAND, B., Green, L. W., y Rootman, I. (Eds.). (2000). *Settings for health promotion: Linking theory and practice*. Sage Publications.
- POLAND, B., Krupa, G., y Mc Call, D. (2009). Setting for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505-516. DOI: 10.1177/1524839909341025
- PORTER, R. (2000). *The Enlightenment*. Palgrave.
- POTVIN, L., Gendron, S., Bilodeau, A. y Chabot, P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, 95(4), 591-595. doi: 10.2105/AJPH.2004.048017
- POTVIN, L. y McQueen, D. (2007) Modernity, public health, and health promotion: A reflexive discourse. En D. McQueen e I. Kickbusch (Eds.), *Health & modernity: The role of theory in health promotion*. Springer.
- RANA, A., De Souza, R., Kandaswamy, S., Lear, S., y Anand, S. (2014). Cardiovascular risk among South Asian living in Canada: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*, 2(3), E183-E191. DOI: 10.9778/cmajo.20130064
- RAPHAEL, D. (2008). Grasping at straws: A recent history of health promotion inCanada. *Critical Public Health*, 18(4), 483-495. <https://doi.org/10.1080/09581590802443604>
- RAPHAEL, D. (2009). *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Canadian Scholars' Press.
- RAPHAEL, D (2016). *Social determinants of health: Canadian perspectives. Third edition*. Canadian Scholar's Press.
- RAPPAPORT, J. (1987). Terms of empowerment/examplers of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2),121-148. DOI: 10.1007/BF00919275
- RAEBURN, J., y Rootman, I. (2007). A new appraisal of the concept of health. En M. O'Neill, A. Pederson, S. Dupéré e I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s.f.). Epistemología. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 15 de febrero de 2021, de <https://dle.rae.es/epistemolog%C3%ADa>

- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s.f.). Metodología. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 15 de febrero de 2021, de <https://dle.rae.es/metodolog%C3%ADa>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (s.f.). Ontología. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 15 de febrero de 2021, de <https://dle.rae.es/ontolog%C3%ADa>
- REID, C., Ponik, P., Hara, L., Kaweesi, C., y Ledrew, R. (2011). Performing intersectionality: The mutuality of intersectional analysis and feminist participatory action research. En O. Hankivsky (Ed.), *Health and intersectionality inquiry in Canada*. UBC Press.
- REID, C., Pederson, A., y Dupéré, S. (2012). Addressing diversity and inequities in Health Promotion: The implications of Intersectional Theory. En I. Rootman, S. Dupéré y A. Pederson (Eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*. Canadian Scholar's Press Inc.
- RICE, M., y Hancock, T. (2016). Equity, sustainability and governance in urban settings. *Global Health Promotion, 23*, 94-97. DOI: 10.1177/1757975915601038
- RICHARD, L., y Gauvin, L. (2017). Building and Implementing Ecological Health Promotion Interventions. En I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich y S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research* (pp. 84-99). Canadian Scholars' Press Inc.
- RICHARD, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J. P., y Trudel, M. (2008). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: A survey of programmes aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health, 53*, 43-56. DOI: 10.1007/s00038-007-6099-5
- RICHARD, L., Gauvin, L., y Raine, K. (2011). Ecological models revisited: Their uses and Evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health, 32*, 307-326. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101141
- RICHARD, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., y Green, L. W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion, 10*(4), 318-328. DOI: 10.4278/0890-1171-10.4.318
- RISSEL, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion. *Health Promotion International, 9*(1), 39-47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- ROSALES Flores, R., Granados Cosme, A. y Mendoza Rodríguez J. M. (2016). Análisis crítico de las nociones de la Promoción de la Salud a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud. *Salud Problema, 10*, 71-84. <https://bit.ly/2LQbDeA>
- ROSEN, G. (2005). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI.
- ROOTMAN, I., y Gordon-El-Bohbet, D. (2008). *A vision for a health promotion: Principles and perspectives*. Canadian Scholar's Press.
- ROOTMAN, I., y Raeburn, J. (1994). The concept of health. En A. Pederson, M. O'Neill e I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives*. W.B. Saunders Canada.
- ROOTMAN, I., Frankish, J., y Kazsap, M. (2007). Health literacy: A new frontier. En M. O'Neill, A. Pederson, S. Dupéré e I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical Perspectives*. Canadian Scholars' Press Inc.
- ROOTMAN, I., Dupéré, S., Pederson, A., y O'Neill, M. (2012). *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*. Canadian Scholars' Press Inc.

- ROOTMAN, I., Pederson, A., Frohlich, K., y Dupéré, S. (2017). *Health Promotion in Canada: New Perspectives on Theory, Practice, Policy, and Research*. Canadian Scholars' Press Inc.
- SALLIS, J. F., y Owen, N. (2015). Ecological models of health behaviours. En K. Glanz, B. K. Rimer y K. Viswanath (Eds.), *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. Jossey-Bass.
- SARASWATI, J. (2000). Poverty and visible minority women in Canada. *Canadian Women Studies*, 20(3), 49-53. <https://bit.ly/3aufF6h>
- SAYER, A. (2009). Chapter 3: Bourdieu, ethics and practice. Recuperado de: http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/sayer_chapter_3_bourdieu_ethics_&_practice.pdf
- SAYER, A. (2005). *The moral significance of class*. Cambridge University Press.
- SEGATO, R. L. (2011). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un Vocabulario estratégico descolonial. En K. Bidaseca y V. Vázquez. (Comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina* (pp. 17-47). Ediciones Godot.
- SHADISH, W. R., y Cook, T. D. (2009). The renaissance of field experimentation in evaluating interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 607-629. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163544
- SIMONDS, S. (1974). Health education and social policy. *Health Education Monographs*, 2, 1-10. <https://doi.org/10.1177/109019817400205102>
- SPITZER, D., Neufeld, A., Harrison, M., Hughes, K., y Stewart, M. (2003) Caregiving in a transnational context: «My wings have been cut; where can I fly?» *Gender and Society*, 17(2), 267-286. <https://www.jstor.org/stable/3594691>
- STOKOLS, D., Grzywacz, J. G., McMahan, S., y Phillips, K. (2003). Increasing the health promotion capacity of human environments. *American Journal of Health Promotion*, 18(1), 4-13. DOI: 10.4278/0890-1171-18.1.4
- TANNAHILL, A. (1992). Epidemiology and health promotion: A common understanding. En R. Bunton y G. Macdonald (Eds.), *Health promotion: Disciplines and diversity*. Routledge.
- TAYLOR, P. S. (17 de noviembre de 2014). Public health officers should focus on disease, not politics. *The Globe and Mail*. <http://tgam.ca/3k2AXuX>
- THE TRUTH AND RECONCILIATION COMMISSION OF CANADA. (TRC). (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action*. Recuperado de: www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_English2.pdf
- THURSTON, W., y O'Connor, M. (1996). *Health promotion for women: A Canadian perspective*. Ontario.
- TRICKETT, E. J., y Beehler, S. (2015). The ecology of multilevel interventions to reduce social inequalities in health. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1227-1248. <https://doi.org/10.1177/0002764213487342>
- VANG, Z. M., Sigouin, J., Flenon, A., y Gagnon, A. (2015). The health immigrant effect in Canada: A systematic review: Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series 3(1), Article 4. Recuperado de: ir.lib.uwo.ca/pclc/vo13/iss1/4
- VEUGELERS, P. J., y Fitzgerald, A. L. (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison. *American Journal of Public Health*, 95(3), 432-435. DOI: 10.2105/AJPH.2004.045898
- VEUGELERS, P. J., y Schwartz, M. E. (2010). Comprehensive school health in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 2010, 101, S5-S8. DOI: 10.1007/BF03405617
- VICTORIA, C. G., Habicht, J. P., y Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 94, 400-405. doi: 10.2105/

- ajph.94.3.400 Wade, P. (2014). Raza, ciencia, sociedad. *INTERdisciplina*, 2(4), 35-62. <http://dx.doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2014.4.47204>
- WAITZKIN, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, (1)1. <http://bit.ly/3pvcr6K>
- WALDROP, M. (1992). *Complexity: The emerging science at the edge of chaos*. Touchstone.
- WALLERSTEIN, N., Minkler, M., Cater-Edwards, L., Avila, M., y Sanchez, V. (2015). Improving health through community engagement, community organization, and community building. En K. Glanz, B. Rimer y K. Viswanath (Eds.), *Health behaviour: Theory, research and practice*. Jossey-Bass.
- WEBER, L. (2007). *Through a fly's eyes: Addressing diversity in our creative, research, and scholarly endeavours*. State University of New York.
- WILSON, D., Ronde, S., Brascoupé, S., Nicole Apale., A., Barney, L., Guthrie, B.,... Wolfe, S. (2013). Health professionals working with First Nations, Inuit, and Mérits – Consensus guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(6), 550-553. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30915-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30915-4)
- WRIGHT, E. O. (2011). Ciencia social emancipatoria: Repensar el marxismo hoy. *Entramados y perspectivas*, 1(1), 221-229. <https://bit.ly/3dtu4S8>
- WRIGHT, E. O. (2009). Comprender la clase. Hacia un planteamiento analítico integrado. *New Left Review*, 60, 98-112. <https://bit.ly/2LYGztp>
- YUNKAPORTA, T. (2007). Indigenous knowledge systems: Comparing Aboriginal and Western ways of knowing. (Tesis doctoral). Tomado de: researchonline.jcu.edu.au/10974/4/04/Bookchapter.pdf
- ZUBERI, D., y Ptashnick, M. (2012). In search of a better life: The experiences of working poor immigrants in Vancouver, Canada. *International Migration*, 50(S1), e60-e93. DOI: 10.1111/j.1468-2435.2010.00659.x

SUMARIO

Agradecimientos	9
Introducción	11
Unidad I.	17
Orígenes, Desarrollos y Conceptualizaciones de la Promoción de la Salud del Canadá	
1 Una breve mirada histórica previa al surgimiento de la promoción de la salud de Canadá	19
2 Informe Lalonde y surgimiento de la promoción de la salud de Canadá	22
3 Alma-Ata, Carta de Ottawa y Reporte Epp	25
4 Consolidación y diversificación de la Promoción de la Salud de Canadá (1986-2007)	28
5 La promoción de la salud contemporánea de Canadá (2007-2017)	30
Guía de preguntas de la Unidad I	32
Unidad II.	35
Reflexiones teóricas de la Promoción de la Salud de Canadá	
1 Conceptos clave en la promoción de la salud canadiense	37
2 Teoría social y promoción de la salud	43
3 Interseccionalidad y promoción de la salud	53
4 Perspectivas ecológicas en promoción de la salud	61
Guía de preguntas de la Unidad II	70
Unidad III.	71
Prácticas contemporáneas de la Promoción de la Salud de Canadá	
1 Puntos de entrada para las acciones en promoción de la salud de Canadá	73
2 Promoción de la salud en comunidades indígenas	79
3 Promoción de la salud e inmigrantes	86
4 Promoción de la salud en universidades	91
Guía de preguntas de la Unidad III	97
Consideraciones finales	99
Anexos	105
Anexo 1. Declaración de Alma-Ata	107

Anexo 2. Promoción de la Salud. Una discusión sobre el concepto y los principios	111
Anexo 3. Estrategia global de salud para todos en el año 2000	117
Anexo 4. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	118
Anexo 5. Recomendaciones para la práctica de la Promoción de la Salud desde la perspectiva de la Interseccionalidad	123
Anexo 6. Alcanzar Salud para Todos: un Marco de Referencia para la Promoción de la Salud	125
Bibliografía	139

A 47 años del Informe Lalonde.
Desarrollos, retos y perspectivas contemporáneas en la
Promoción de la Salud del Canadá
se terminó de imprimir en agosto de 2022,
en los talleres de Editorial Color S.A. de C.V., Naranjo No. 96 Bis,
Col. Santa María la Ribera, Alcaldía Cuauhtémoc, 06400,
Ciudad de México con un tiraje de
500 ejemplares.
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

La importancia de este libro descansa en la necesidad de las y los estudiantes, particularmente de la licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, de construir una mirada amplia sobre el desarrollo histórico de la promoción de la salud en tanto campo disciplinar. En Canadá emergen, y cobijadas por la Organización Mundial de la Salud, las bases de la promoción de la salud institucional, posterior al lanzamiento del Informe Lalonde de la década de los años setenta del siglo XX y de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (1978). De ahí la importancia de conocer el desarrollo que ha tenido la promoción de la salud canadiense desde sus aspectos teóricos, metodológicos y prácticos.

JAVIER MARMOLEJO

Es licenciado en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH, 2004), maestro en Antropología Social por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC, 2007) y doctor en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM, 2018). Trabajó como profesor-investigador de la Academia de Promoción de la Salud de agosto de 2008 a abril de 2022 de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Fue integrante del Segundo Consejo Universitario (2010-2012), del Sexto Consejo Universitario (2019) y Secretario General del Sindicato Único de Trabajadores de la UACM (SUTUACM) de 2013 a 2015. Actualmente estudia meditación, hatha yoga, tantra, aryuveda, medicinas ancestrales, cantos devocionales, danzas sagradas y budismo tibetano en las costas de Oaxaca.

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Biblioteca
BE
del
Estudiante

ISBN 978-607-8840-41-0



9 786078 840410