

ENSAYO

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DESDE LA FISIOTERAPIA

Revisión conceptual

Adriana Prieto Rodríguez

Profesora Asistente Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Universidad del Rosario Bogotá.

* *Correspondencia : aprieto@bacata.usc.unal.edu.co*

Resumen

Se efectúa una revisión del proceso de conceptualización de la fisioterapia y de la prevención de la enfermedad y afianzamiento de la promoción de la salud, se avanza hacia el estudio de estos conceptos aproximándose epistemológicamente a sus planteamientos y luego se continúa con las estrategias definidas para la intervención y se termina con las declaraciones de promoción de la salud desarrolladas después de Ottawa. Se tiene por objetivo describir la evolución que han tenido los conceptos desde una visión sanitarista a otra de corte político, y en qué medida estos le conciernen a la fisioterapia. (Rev Fac Med Univ Nal Colomb 2004; 52: 62-74)

Palabras clave: fisioterapia, salud, enfermedad, prevención, promoción de la salud.

Summary

Under an epistemological approach is analyzed the conceptualization process in physiotherapy, the disease prevention and the encouragement of the health promotion. In addition the intervention

strategy is discussed in order to review the conception about health promotion declared after Ottawa.

The principal objective is describing the evolution that these concepts had had since an hygienist vision to a political one, and how this is related with physiotherapy. (Rev Fac Med Univ Nal Colomb 2004; 52: 62-74)

Key words: physiotherapy, health, disease, health promotion.

Introducción

La promoción en la salud y la prevención de la enfermedad se han tratado desde la fisioterapia en los últimos años. Estos conceptos en sí mismos albergan un nivel de complejidad que implican revisar su desarrollo para avanzar hacia una discusión relacionada con la práctica fisioterapéutica en el contexto de la promoción y prevención en salud. En este sentido, interesa poner en evidencia cómo la comprensión de estos conceptos se ha transformado desde una interpretación sanitarista y asistencial, hacia una de carácter social y político, situación que pone

al fisioterapeuta en una dimensión diferente para actuar en el campo, puesto que le implica entender su papel en el estudio del movimiento corporal y la salud, desde un sentido más social y cultural.

Se presenta para comenzar un referente conceptual sobre la fisioterapia y su objeto de estudio y luego se introduce el tema de promoción y prevención.

La fisioterapia y su objeto de estudio

La fisioterapia es una profesión reciente en la que se observan desarrollos claros desde su inicio. Desde el siglo XIX, es reconocida como profesión de apoyo a la salud especialmente ligada al modelo biomédico de la práctica médica, por la manera particular en que establece desde sus inicios un vínculo estratégico con ésta profesión, el cual le permitiría su rápido desarrollo (1-2). Sin embargo, hoy en día, se pretende generar un espacio de conocimiento e interacción más amplio y en cierta forma vinculado a modelos como el holístico y el social (3).

El camino presenta etapas claras que podrían describirse cronológicamente. En los años 70-80, la naturaleza de la fisioterapia se enmarcó en una comprensión biológica y funcionalista, centrada en la recuperación de la condición normal de la capacidad de movimiento, posición muy consecuente con los planteamientos parsonianos, en los cuales desde las ciencias sociales, se ajusta la comprensión biológica a una de organización jerárquica. Según Parsons, la enfermedad es “un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajuste personal y social”(4).

En los años 70, la profesión estuvo orientada hacia una concepción de atención de estas des-

viaciones biológicas, tratando las múltiples disfunciones y enfermedades que pudieran afectar la capacidad de desplazamiento y la conjugación de estrategias de tratamiento basadas en procedimientos físicos y cinéticos para controlar dichas desviaciones y las discapacidades que ellas generaran (5-10).

En los años 80, aunque permanecía la concepción biológica, se inició una búsqueda hacia el modelo biopsicosocial, un poco basado en la comprensión de Parsons (11). En esta década, se enfatizó en los procesos administrativos y de planeación, así como en la prestación de servicios con calidad (12-17).

En los años 90, se observó el énfasis que se quiere efectuar a la comprensión de la fisioterapia desde un campo no sólo biológico, sino también social; esta fusión, en principio, es parcelada y lo que hace es incorporar nuevas categorías a la mirada biológica hegemónica, especialmente se observan ya con claridad dos vertientes: la primera que acentúa la comprensión funcionalista del movimiento y por tanto del papel de la fisioterapia en el cuidado de esa capacidad y en la atención a la desviación del mismo (18-23); y, la segunda centrada en incorporar los elementos sociales y además de esto definir que la actuación fisioterapéutica trasciende el control de la alteración funcional y biológica del movimiento corporal (24-27).

Revisión histórica y del concepto de prevención y promoción en salud

La concepción de la salud ha sido uno de los fenómenos más discutidos en las profesiones que conforman su campo de estudio pasando por perspectivas clásicas positivistas a aquellas de corte fenomenológico y culturalista. En este proceso de intercambio y afianzamiento de concepciones sobre el tema, se han desarrollado nuevos

conceptos que enriquecen el primero, dos de ellos son: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En términos históricos, es posible decir que la prevención como concepto es previa a la promoción de la salud. Para el comienzo de la revolución industrial, se cuenta por lo menos con cuatro versiones de la causalidad y la prevención de la enfermedad, simultáneas y en conflicto: “la teoría contagionista, la miasmática, la comportamental o de la higiene privada y la sobrenatural o religiosa, que nunca ha desaparecido” (28).

En el siglo XIX (28), el estudio a profundidad del carácter etiopatológico de las enfermedades se conjuga con un intento de su erradicación que propicia la formulación de una epidemiología monocausal, en donde la intención de ubicar el elemento causal único se contemplaba como garantía de control y eliminación de la enfermedad, dirigido hacia el mantenimiento de la fuerza de trabajo en condiciones posibles y menos costosas, es decir que las acciones se encontraban vinculadas con los procesos económicos y políticos que vivían los Estados.

En el siglo XX la multicausalidad y desarrollo de la microbiología afianzan el estudio de la prevención de enfermedades a partir de la epidemiología clínica; el primer aspecto, relacionado con el mayor surgimiento de enfermedades crónicas y la dificultad para explicar su origen por una sola causa, al igual que el fortalecimiento de lo que Sydenham llamó la higiene privada, fortalecida por la participación de las ciencias sociales (28).

Gordon (1950), Leavell y Clark (1953) y MacMahon (1960) (28), recogen estas ideas y proponen un nuevo enfoque a la epidemiología como ciencia centrada en la historia natural de la enfermedad; lo cual favorecerá más adelante la constitución de los llamados niveles de aten-

ción y la multicausalidad solidificada a partir con la incorporación de la teoría de sistemas del trabajo de Blum, en cuanto a la clasificación de los cuatro campos o factores que determinan la salud (biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud), básicos en el desarrollo de la prevención.

Por otra parte, desde la medicina social, la prevención parte de un objeto de estudio diferente, ya no el de historia natural de la enfermedad dentro de modelos explicativos, sino de la historia social de la enfermedad, al reconocerse la historicidad y el carácter económico y político de sus determinaciones (29); se plantea como un asunto del ejercicio del poder de la sociedad civil en la transformación de las condiciones de vida (28); allí, se entiende la participación comunitaria como un proceso ligado a toda la vivencia de dicha comunidad y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de la misma y surge en el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal, puede resolver los problemas que la acción individual no puede (30).

Breilh (31), considera que la prevención es asumir con profundidad y extensión todos los determinantes que afectan la salud cuando se enfocan objetos de transformación específicos, es decir, reconocer cuáles son los procesos que protegen la vida y la salud *versus* cuáles los que la deterioran. Así, la *prevención profunda* consiste en conocer el movimiento en los distintos niveles para actuar en pro de la sobrevivencia y la salud (disfrute de valores de uso) o en contra de la enfermedad y el sobrevejecimiento (padecimiento de procesos deteriorantes o contravalores). Estos niveles corresponden a los de dominio general, como el trabajo y el consumo, la capacidad organizativa e ideológica de cada grupo; el de mediaciones como las gremiales, familiares y

de género; y, por último, el dominio singular como los procesos genéticos y las defensas fisiológicas y capacidades reactivas versus la fisiopatología y vulnerabilidades.

De otro lado, Sigerist (32) fue quien en primera instancia diferenció conceptualmente la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad al proponer los niveles de atención médica, en los que estos son parte junto con la recuperación del enfermo y la rehabilitación. Definía la promoción de la salud, como las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, de los sujetos. Su propuesta de promoción incluyó: la educación libre, mejores condiciones de trabajo y de vida, recreación y descanso, un sistema de salud y asistencia médica accesible y efectivo y centros médicos de investigación y capacitación.

Igualmente, McKneown (32), otro investigador relevante para el inicio del estudio de la promoción de la salud, asignó los avances en la salud de la población inglesa después de 1840, al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de las personas y no, a las intervenciones de tipo médico.

Es a partir de estos autores que se encuentran esfuerzos por vincular o apoyar el desarrollo de la *promoción de la salud*, aunque aún su intención fuera controlar a partir de acciones políticas, enfermedades que en su momento generaban alta mortalidad y morbilidad. El informe Lalonde (32), bajo esta preocupación, define los principales factores condicionantes de las enfermedades desde una perspectiva multicausal enfocándolos como campos de la salud; sin embargo, enfatizó en el campo que él denominó asistencial, dejando de lado los ambientes y los comportamientos que igualmente había formulado. Según Buck, (33), su alcance político fue

pobre en relación con las mayores necesidades de algunos grupos de la población canadiense. Estos campos de salud o de fuerzas determinantes en la salud, también los formula Blum, a partir del movimiento en planeación de la salud, que emerge en los años 1977 y 1978 (34); el interés de este planteamiento, se encuentra centrado en la reducción del riesgo, al entender cuándo, dónde y cómo debe ser intervenido (35). Este trabajo se sustenta en la propuesta que desde 1973 adelantaban Laframboise y Lalonde, cuando formulaban los ya mencionados campos, como base de la política sanitaria del país (36).

Así, al retomar esta propuesta bajo el nombre de «campo causal y paradigmas de bienestar en la salud» (34-35), Blum define el ambiente como el primer campo de fuerza, el más presente y omnipotente, en él incluye educación, cultura, formas de gobierno político, paz, saneamiento, ambiente natural y artificial; el segundo campo, corresponde al comportamiento, hace alusión a los estilos de vida y la morbi-mortalidad de las personas; el tercer campo, se relaciona con los servicios médicos, allí ubica las tecnologías aplicadas en el control de la enfermedad; por último, el campo relacionado con la herencia, que consiste en la información genética que define el destino biológico de los sujetos, y puede potencializarse en el medio ambiente o ser neutralizada o activada por algunas intervenciones médicas.

El modelo de Blum precisamente genera una concepción sistémica multicausal de la prevención, que apoyada en la Teoría de Sistemas pretende establecer asociaciones entre los *ingresos* y los *egresos* del proceso, integrando de manera extensiva todos los posibles elementos que abarcan este fenómeno; sin embargo, la propuesta presenta algunas dificultades (28) entre ellas la relación entre niveles de atención y complejidad, que se definen a partir de la causalidad, explica-

ción y decisión de la enfermedad y acción preventiva y por eso, para poner un ejemplo, la diarrea se convierte en problema simple (sin considerar los determinantes sociales que favorecen su aparición) y la enfermedad cardiovascular en un problema complejo.

La asignación en el modelo de la enfermedad como estado inherente al hombre, dificulta el entendimiento del papel del lenguaje y la representación social en la construcción del concepto de ella en los sujetos; así, de acuerdo con Gottraux (37), se niega la enfermedad como un mundo cultural de percepción de la corporalidad, que resulta específica en cada sujeto involucrado en esta realidad; por otra parte, se observa incoherencia entre la práctica médica y el control de la enfermedad (consultorio) siendo la enfermedad aún considerada como alteración energético-material y su modelo explicativo soportado en factores de riesgo que no establecen esa relación.

Finalmente, el sistema o modelo «biologiza» los aspectos sociales y culturales al considerarlos una parte más del funcionamiento del ser vivo, en donde lo anormal, es decir, la enfermedad se considera como la desviación del sistema; en este sentido, en 1984 Abbel, demostraría cómo la Teoría de Sistemas es la ampliación del concepto de relaciones de equilibrio, desarrollado en el campo de la biología, trasladado a casi todos los ámbitos del conocimiento (28), incluyendo aquellos de carácter social.

Por otra parte, los procesos de afianzamiento de un movimiento por la salud pública tuvieron eco, como ya se ha mencionado, en la OMS expresados en la declaración de Alma-Ata con respecto a la atención primaria; a partir de allí, los diferentes esfuerzos iniciaron un franco camino de transformación conceptual y estratégica, que se tradujo finalmente en la formulación de la

Primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, efectuada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986; en ella se evidenció, la aproximación social al entendimiento del proceso salud-enfermedad y su relación con la calidad de vida y el desarrollo de los pueblos. En esta conferencia, se define la promoción de la salud como el: “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (38).

Este concepto de promoción, recoge aspectos relevantes como el de enmarcarla bajo un carácter de acción favorable hacia la vida, de afianzamiento y control de la misma, relacionada con las propias expectativas del sujeto.

Sin embargo, la propuesta pone en evidencia la tensión aún existente sobre el concepto salud-enfermedad, como estado -con polaridades- o como proceso, cuando plantea “(...)” alcanzar un estado adecuado de bienestar “(...)” allí la salud toma nuevamente esa condición idealizante y se contraponen líneas más tarde a la afirmación “(...) la salud se percibe no como el objetivo sino como la fuente de riqueza (...)” en ésta, se le otorga un carácter positivo, inherente a la vida misma, envuelto en un proceso en el que se establece una relación dialéctica con la enfermedad.

Las tensiones arriba mencionadas son evidentes en la definición misma de las acciones de control y protección de la salud, en donde los esfuerzos pueden presentarse desarticuladamente intentando controlar los polos de enfermedad, generados en los llamados “campos de salud” y definidos por Blum para mantenerla a partir de directrices de control hechas por parte del Estado: el comportamental, el ambiental, el biológico y los servicios de salud. Aspecto que se evidencia en el planteamiento de Yépez (39): “hasta ahora la mayoría de los esfuerzos de la sociedad para mejorar la salud y el grueso de los gastos directos de salud se han centrado en la organización de la atención médica. Sin embargo, cuando identificamos las causas más importantes de enfermedad y muerte en Canadá (y en Colombia), igualmente encontramos que ellas están fundamentadas en los otros tres elementos del concepto (de campo de salud): biología humana (población), ambiente y estilos de vida. Es claro, por lo tanto, que estamos gastando inmensas sumas de dinero tratando enfermedades que deberíamos haber evitado”.(39)

Terris (32) aporta en esta dirección al considerar que se encuentran dos enfoques en la promoción de la salud, uno dirigido principalmente al control de los estilos de vida más aceptado en Estados Unidos; y otro, enfocado a la defensa de la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud más aceptado por Europa y Canadá.

Las estrategias planteadas

En Colombia, a partir de la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990, se ha entendido la promoción de la salud como “la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física y síquica

de los individuos y las colectividades” (40). La prevención de la enfermedad se refiere al conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas, cuyo objeto son los individuos o grupos sociales que por sus características tengan una gran responsabilidad de adquirirlas (alto riesgo) (40).

Las estrategias acogidas como elementos fundamentales para el desarrollo del plan de actividades consistieron en: coordinación intrasectorial, educación, comunicación, asistencia individual, evaluación y participación comunitaria. Dichas estrategias pueden agruparse en dos niveles de acción: individual y colectivo, y su ordenamiento en un plan de actividades permite generar procesos de cambio más reales en los estilos de vida y en el uso racional de servicios entre los usuarios (40).

La participación en Colombia se reglamentó a partir de la ley 100 de 1993 con el decreto 1757 (41), en ella aunque se proclamaba la democracia participativa, en realidad persiste la democracia representativa que opera bajo mecanismos formales.

Esta realidad es explicable desde la tendencia dirigida por Alma-ata, en donde la participación toma lugar en las agendas de discusión, y se ubica como prioridad, pero sin efectuar un desarrollo conceptual sobre la misma. En este enfoque, se entiende como un apoyo y colaboración de las comunidades en los programas de atención primaria.

Toma lugar así, un carácter de estrategia para el control social con respecto al acatamiento «negociado» de los aspectos de índole técnico normativo relacionados con los servicios de salud, lo cual debilita la posibilidad de una real construcción de sujetos sociales intermediada por la interacción de la sociedad civil en las políticas de salud.

Lo anterior se explica si, como plantea Carmona (41), la participación toma el sentido de una perspectiva de organización social dirigida a consolidar procesos de larga duración, que posibilite la constitución de sujetos capaces de establecer relaciones más armónicas entre los intereses individuales y los intereses colectivos. Su carácter se expresa además en las estrategias desarrolladas en la práctica: la participación social pone de manifiesto los conflictos sociales, debido a que tiene que ver con las relaciones sociales, por esto cada vez tienen más fuerza las prácticas de consenso; en este orden se han generado modelos para promover la participación en salud desde la esfera de la gerencia, en donde se habilita a la comunidad para que desarrolle destrezas y capacidades para tomar decisiones que van desde la identificación de problemas y necesidades, la articulación de las expectativas, la formulación y negociación de propuestas de solución, el seguimiento y evaluación de las acciones acordadas hasta el cumplimiento de los compromisos contraídos.

Este modo de participar, está basado en la cogestión y en el trabajo interinstitucional, que es más cercano en la medida en que se desarrolla en la esfera local, que se convierte en un escenario en el cual están las condiciones geográficas, políticas y sociales, para generar una dinámica de interacción entre los actores sociales, organizaciones e instituciones en el ánimo de resolver los intereses, concertarlos y realizarlos, es decir, los actores sociales superan las tensiones generadas por los intereses propios en la medida en que se posicionan como actores válidos (representativos), encaminados a generar pactos sociales bajo el interés común: la salud como bienestar (41).

La participación se articula con las acciones de comunicación y educación desde una óptica con-

creta: la movilización social, la cual implica favorecer la participación de los colectivos en las decisiones políticas que afectan su propio proceso de salud, requiere esto, una articulación de esfuerzos hacia la redistribución del poder y afianzamiento de la autogestión colectiva. “Esta dinámica exige el desarrollo sistemático de actividades que permitan a los ciudadanos, grupos e instituciones, tener los conocimientos, la capacidad, la información, y el poder suficiente que facilita dicho proceso” (42).

Su alcance se dirige a la consolidación de la justicia social y la disminución de brechas de desigualdad, es decir al afianzamiento de la equidad social; este concepto fue desarrollado originalmente por la UNICEF, que la define como «el proceso de conjugar a todos los posibles y prácticos aliados sociales intersectoriales, para aumentar la percepción y la demanda respecto de un determinado programa de desarrollo, para ayudar en la provisión de recursos y servicios, y para fortalecer la participación comunitaria en la sostenibilidad y la auto confianza» (43).

En la actualidad, a partir del Seminario Internacional de 1992 sobre promoción de la salud se establece consenso en que la movilización social es la concertación, voluntaria, intensa, sostenida de los recursos y esfuerzos de instituciones sociales claves, en respaldo y provecho de un programa de acción de alta prioridad y beneficio para la mayoría de los ciudadanos de un país (43).

El objetivo de la movilización es desarrollar un conjunto de acciones que le permitan al Estado, los gobiernos locales, y las comunidades, además de la concertación de acciones, el establecimiento de alianzas y consolidación de redes entre los diferentes grupos involucrados para desarrollar acciones más eficientes y alcanzar metas de desarrollo de mayor impacto social.

La educación es un tipo de relación interpersonal que acontece en un marco social. Implica una modificación del hombre en cuanto a su perfeccionamiento y una realización máxima de sus posibilidades. La estrategia de educación, se refiere a impartir orientaciones y desarrollar destrezas a través de recursos de contacto interpersonal, formal y presencial; emplea como principales competencias la pedagogía, la psicología educativa, las técnicas de contacto individual y las dinámicas de grupo como charlas, talleres, conferencias (44).

Toda fundamentación de la posibilidad educativa reside en comprender al hombre como ser posible y por lo tanto no enteramente condicionado desde su nacimiento a causa de la herencia o del ambiente. Así, la educación se presenta como una acción planeada y sistematizada; el ser humano, al tiempo que se educa se va incorporando a la cultura, adquiere lenguaje, costumbres, ideas y normas vigentes en la sociedad (44).

Por lo tanto, se puede considerar la educación como un proceso dinámico e intersubjetivo que pretende el perfeccionamiento del sujeto como persona, que busca la inserción activa y consciente del ser personal en un mundo social, y que es permanente e inacabado a lo largo de toda la vida humana. La sociedad actual exige planteamientos educativos acordes con el constante cambio tecnológico, la influencia de los medios de comunicación de masas y los nuevos enfoques políticos (44).

Es, además, un proceso de enseñanza y aprendizaje que promueve la construcción de conocimientos, cambios de conceptos, comportamientos y actitudes, refuerza conductas y en un trabajo compartido busca soluciones de acuerdo a su contexto socio-cultural. Educar es favorecer las oportunidades de que las per-

sonas construyan estrategias para solucionar sus problemas, es decir, favorecer el acceso a los códigos de lenguaje necesarios para conocer y reconocer las posibilidades y derechos ciudadanos. Asunto que afianza su empoderamiento, reflejado en cómo las personas elevan su poder de participación en la toma de decisiones sobre sus problemas de salud, las estrategias y su desarrollo.

Como ya se mencionó, la naturaleza de la educación en la promoción de salud es la movilización social que implica “un proceso por el cual los sujetos se comparten, se apropian y se construyen conocimiento” (45). Ello supone un proceso de acciones que faciliten el cambio y promuevan el desarrollo, para lo cual es indispensable tomar en cuenta las necesidades de la población, involucrarla para actuar en los procesos y propiciar el fortalecimiento tanto de los individuos como de las instituciones para la acción social.

Según Cardaci (46), de acuerdo con la forma de participar de los colectivos, existen dos modelos o tendencias educativas en salud, el modelo “paternalista/asistencialista” y el modelo de “idealismo pedagógico”.

El modelo paternalista/asistencialista presupone una participación pasiva de la población, efectúa una formulación verticalizada de las necesidades en educación en aras de los intereses y necesidades de la población (identificados por los educadores) que se convierte en receptora pasiva de las decisiones y conocimientos que le son dados desde afuera.

Este modelo se caracteriza porque desvaloriza o desconoce el conocimiento tradicional, o mejor las redes de significados construidas por los sujetos, y por la no-modificación de las condiciones en que se encuentra el colectivo, aspecto que

conduce a la formulación de pautas paliativas y no soluciones de fondo sobre las problemáticas.

La otra tendencia de “idealismo pedagógico”, parte de la posición contraria, considera que en los grupos humanos ya existen, los conocimientos para que ellas mismas definan y organicen sus propios procesos educativos al extremo de la auto-educación. Cardaci, señala que la necesidad vigente en educación es desarrollar modelos pedagógicos que armonicen los requerimientos sanitarios concretos con las posibilidades reales de participación de la población. Sin embargo, es prudente considerar que si el interés se dirige hacia la movilización social, se requeriría un mayor énfasis en el acceso a las formas de lenguaje que se expresan en el campo de la definición de políticas en salud, la autogestión y el autocuidado, la identificación de problemáticas centradas en la oportunidad de vida y no específicamente en estilos de vida saludable.

La comunicación es otra estrategia que se articula con la educación y participación en la movilización social para la promoción de la salud. Además es posible pensar que establece una fuerte relación con la estrategia de abogacía en promoción de la salud. La abogacía se entiende como “la sensibilización de la opinión pública para forjar conciencia sobre un asunto de amplia trascendencia nacional, así como el argumento para ganar la comprensión solidaria de la población y sus dirigentes a favor de una causa de bien social” (43). En sí misma, es “divulgar conocimientos, forjar actitudes e inducir prácticas. También consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de difusión al logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública; además es un proceso de intervención para el cambio social» (43). Dirigida a la comunicación, según McKnee, “la abogacía es la configura-

ción de la información, en argumentación para ser comunicada por varios canales interpersonales y masivos con miras a ganar la aceptación del liderazgo político y social y de preparar a la sociedad para un determinado programa de desarrollo” (43).

En este sentido, comunicar implica el dominio de información pero vista como un arma de doble filo determinado por su importancia, oportunidad, credibilidad, validez y por la adecuación de la propuesta a las percepciones, expectativas y lenguajes de aquellos a quienes se busca convencer. Como un proceso social a escala multitudinaria, proporciona conocimientos que forjan actitudes y provocan prácticas de salud favorables. Es en consecuencia, un instrumento básico de programación institucional que busca normar el desempeño de los organismos públicos y privados y por su intermedio lograr que la población adopte conductas propicias al cuidado eficaz de la salud.

En general, para América Latina la comunicación en la salud se ha enmarcado bajo tres diferentes tendencias, de acuerdo con Pereira (45): En primer lugar, como instrumento, herramienta, medios, en donde el énfasis se centra en la comunicación masiva, donde comunicar es transmitir información; en segundo lugar, como eje de los procesos de organización, participación y cambio social, en ella el énfasis se presenta en la comunicación política: grupal, popular, liberadora; y en tercer lugar, una concepción híbrida, entendida como red, como tejido que se constituye en fundamento de la cultura e interacción humana.

Si bien teóricamente estas corrientes tanto en participación, como en educación y comunicación, presentan posibilidades hacia la búsqueda de equidad y justicia social (objetivos medulares de la promoción), la tendencia o he-

gemonía se dirige a las acciones verticalizadas, que desconocen los procesos socioculturales propios en las comunidades y que responden a sistemas de salud medicalizados y pesimistas frente a la inversión en salud desde la transformación social.

A manera de conclusión, estas acciones se encuentran inmersas en las estrategias de promoción de la salud conocida y reafirmada en el tiempo, desde Ottawa consistentes en la formulación de políticas saludables, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de habilidades personales, creación de ambientes saludables y reorientación de los servicios de salud (47) y de abogacía introducida posteriormente (43).

La Carta de Ottawa afianza la incorporación de nuevas estrategias para la promoción, incluyendo la abogacía, la participación y la acción política (32); sin embargo, éstas han respondido a las dos tendencias, énfasis en estilos de vida y énfasis en la agenda política ya anteriormente enunciadas. Así, la participación, comunicación, y educación se presentan bien sea, como acciones puntuales jerarquizadas o como procesos colectivos de construcción social, dirigidos al empoderamiento y autogestión.

La Carta de Ottawa y declaraciones posteriores

La carta de Ottawa, expone cinco áreas consistentes en: construir políticas públicas saludables, crear los entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud. Estas se encuentran relacionadas de tal forma que no es posible actuar desde alguna sin requerir de las demás; adicionalmente, implica la movilización de diferentes sectores para tomar parte en las

acciones que se formulan.

En relación con las políticas saludables se dirige especialmente a aquellas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud, este aspecto sería tema central en futuros documentos como el de Adelaida (Australia).

En la conferencia de Adelaida-Australia, efectuada en 1988, se partió del principio de que la salud es un derecho fundamental del ser humano, y un asunto de inversión social (48). En ella se instó a los gobernantes a promover la salud a través de la integración de políticas económicas y sociales con las de salud. Se define la política pública saludable, como “la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar una vida saludable” (32). Un año más tarde, el documento “Un llamado para la acción”, formulado en 1989, por el grupo de trabajo de la OMS, recomendó estrategias de abogacía, soporte social y empoderamiento de los grupos más pobres y desfavorecidos; para que se pudieran reactivar los procesos de desarrollo en los países más pobres, afectados por la crisis económica de los años ochenta.

Posteriormente, en 1991 La Conferencia de Sundsvall (Suecia), se dirigió a resaltar la relación existente entre salud y ambiente físico, se consideró interdependiente e integrado a dimensiones de orden espiritual, social, económico, cultural, político e ideológico. Se formularon siete estrategias para agrupar los esfuerzos dirigidos a mantener y desarrollar ambientes favorables para la salud: desarrollo de políticas, regulación, reorientación de las organizaciones, abogacía, creación de alianzas, facilitando y movilizandolas comunidades.

Sundsvall, introdujo tres modelos de análisis para describir, analizar y enfocar los problemas am-

bientales y su influencia en la salud. Estos modelos consisten en el Modelo de Análisis de Estrategias de Promoción de la Salud (HELPSAM), la Pirámide Sundsvall para ambientes sostenibles, y el Modelo Acción para el Soporte de Ambientes (SESAME) (48).

En 1992, en la Conferencia y declaración de Santa Fe de Bogotá (Colombia), ya mencionada, se enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y de la equidad, como requisitos necesarios para la salud y el desarrollo en Latinoamérica (32). De igual forma, en 1993, se enfatizó este aspecto con la Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago para los países latinoamericanos de habla inglesa.

En 1997, en la Conferencia de Jakarta y su posterior declaración, se expuso la necesidad de luchar contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. Se enfatizó, también, sobre la movilización de sectores privados y conformación de alianzas estratégicas (32,49). Se plantearon como objetivos revisar y evaluar el impacto en promoción de la salud; identificar estrategias innovadoras para alcanzar logros en promoción de la salud; y facilitar el desarrollo de asociaciones en promoción de la salud para alcanzar las metas globales.

En el año 2000, se desarrolla la Quinta Conferencia de promoción de la Salud en México, allí se reconoce la urgencia de trabajar sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud, requiriéndose de la articulación de esfuerzos sectoriales y de la incorporación de la promoción de la salud en las políticas y programas de todos los países (50).

En general, las estrategias en promoción de la salud, se han afianzado y desarrollado a partir de la Carta de Ottawa bajo un enfoque específico: se dirigen finalmente al logro de la equidad y

justicia social; es decir, al logro de una distribución del poder más equilibrada y a la disminución de las desigualdades presentes en las naciones; para ello se parte de que los determinantes de la salud, se resumen en la distribución del ingreso, el grado de desigualdad y el nivel de solidaridad (51) asuntos a resolver desde diferentes sectores: económico, político, educativo entre otros, con la intención de afianzar procesos de autocuidado y autogestión.

Conclusión

La prevención de la enfermedad es un concepto que ha evolucionado desde una visión sanitarista de la salud a una comprehensiva, en donde se reconocen los aspectos sociales, culturales y económicos como sus determinantes. Sin embargo, aún en las agendas políticas se observa que existe dificultad para precisar estas posiciones teóricas en sus programas de intervención. Por su parte la promoción de la salud, concepto desarrollado en cierta medida a partir de la prevención de la enfermedad, ha presentado una evolución más marcada por la discusión política, económica y social del problema de la salud; ejemplo de ello son las conferencias, cartas y declaraciones que los países han formulado en los últimos tiempos.

Las estrategias de promoción y prevención en salud, forman parte o son producto de este desarrollo teórico e investigativo, en el cual parece ser que la velocidad de producción teórica sobre el tema, supera la capacidad de respuesta política de los pueblos.

La fisioterapia ha venido incursionando en estos discursos, sin embargo, se requiere efectuar un mayor vínculo entre las prácticas propias de la profesión y la comprensión del fenómeno de la salud y la promoción y prevención desde una perspectiva de corte social-político y cultural.

Referencias

1. **Prieto A.** Naturaleza e identidad de la Fisioterapia. Revista Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. 2000; 93:88-93.
2. **Prieto A.** El proceso Salud-enfermedad. Revisión del concepto. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. 2002;47:41-8
3. **Potts J.** Physiotherapy in the Next Century: opportunities and challenges. Physiotherapy. 1996 ; 82:150-5
4. **Clark J.** Un enfoque multiparadigmático de la sociología de la medicina, la salud y la enfermedad. En: Salud y enfermedad. Lecturas básicas de la sociología en medicina. Medellín: Editorial Yuluka; 1999.
5. **Vidarte A, Toro J.** La Fisioterapia en Salud ocupacional. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. 1997; XXXI: 61-65.
6. **Sepúlveda E.** Legislación de Fisioterapia en Colombia. Trabajo de Grado Terapia Física. Universidad Nacional de Colombia. 1995: 866.
7. **Pinkston D, Hochhauser S, Gardner K.** Standars for Basic Education in Physical Therapy: tool for planning clinical education. Physical Therapy. 1975;55: 841-9.
8. **Hislop H.** The not-so impossible dream. Physical Therapy. 1975; 55:1069-80.
9. **Harden R.** Program for physical Therapist assistants: Green River Community College. Physical Therapy. 1970; 50:1494-9.
10. **Linderman K, Teirich H, Haipertz W.** Tratado de Rehabilitación Tomo I. Barcelona:Labor Editorial;1973.
11. **Amaya M, Buitrago I, Rubiano D.** El Fisioterapeuta como facilitador del Desarrollo humano a partir del ejercicio físico. Trabajo de grado Fisioterapia. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. 2000:137.
12. **Shenck J.** Quality Assurance experiences within a Physical Therapy Curriculum. Physical Therapy.1980; 60:882-7.
13. **Guccione A.** Ethical issues in physical therapy practice. A survey of Physical Therapists in New England. Physical Therapy. 1980; 60: 1564-72.
14. **Darnell R, Fitch D.** External Review in Quality Assurance. Physical Therapy.1980;60:559-63.
15. **Mercer J.** Physiotherapy as a profession. Physiotherapy. 1980; 66:180-4.
16. **Kinston W, Ovretveit J, Teager D.** Levels of work in physiotherapy. Physiotherapy. 1981;67:236-9.
17. **Eccles M.** Some autobiographical thoughts of a blind physiotherapist. Physiotherapy. 198;67:101-3.
18. **Heine M.** Que es terapia física? Ubicación del problema. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. 1995; XL:59-66.
19. **Arboleda R.** El cuerpo: una mirada desde la ciencia y la cultura. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia.1998 ;XLIII:71-4.
20. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Madrid. <http://www.medicina.umh.es/programas/fisioterapia/3978htm>. Consultada en abril de 1999.
21. OMS. <http://www.medicina.umh.es/programas/fisioterapia/3978htm>. consultada en enero de 1999.
22. WCPT. <http://www.medicina.umh.es/programas/fisioterapia/3978htm>. consultada en noviembre de 1998.
23. WCPT. Descripción de fisioterapia adoptada en la 14 reunión general de la WCPT. 1999.
24. **Leal G, Kempowsky S, Cardona A.** Desenvolvimiento y Proyección Futura de la Fisioterapia en Colombia. Revista Asociación colombiana de Fisioterapia. 1992; XXXVII:50-9.
25. **Prieto A, Rodríguez L, Riveros M.** Aproximación a la formulación de la línea de investigación en ejercicio físico como elemento de desarrollo humano, en la Facultad de Fisioterapia de la Universidad del Rosario. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. 1999:40-5.
26. **Sarmiento M, Cruz I, Molina V, Martínez A.** Fisioterapia en Colombia: Historia y perspectiva. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. 1994;39:7-11.
27. Ley 528 de 1999. Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia.1999;44:94-100.
28. **Hernández M.** Historia y conceptualización en prevención. Memorias del Congreso Internacional sobre Prevención en salud; 1994 Medellín, Colombia.
29. **Filho N.** Epidemiología sin números. Washington USA: OPS, OMS; 1992.
30. **Testa M.** Pensar en salud. Buenos Aires: Editorial Lugar; 1989.
31. **Breihl B.** Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Quito:CEAS;1997
32. **Restrepo H.** Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En: Restrepo H, Málaga, H, editores. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana;2001. p. 15-23.
33. **Buck C.** Después de Lalonde: la creación de la salud?. En:OPS / OMS. Promoción de la salud: Una Antología. Washington;1996.
34. **Blum H.** Does health planning work anywhere, and if so, why? American journal of Health Planning. 1978;3:34-47.
35. **Blum H.** Social perspective on risk reduction. Family Community Health.1980; 3:41-6.
36. **Dever A.** Epidemiología y administración de servi-

- cios de salud. Rocville: OPS-OMS; 1991.
37. **Gotraux M.** La construcción social del campo de la prevención. Escuela de estudios sociales y pedagógicos Lausanne. Documento multicopiado.
 38. OMS. Salud y bienestar social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá, 1986.
 39. **Yepes F.** La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud, hallazgos y recomendaciones. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 1996.
 40. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud. Santafé de Bogotá, 1996.
 41. **Carmona L.** La participación en salud: base para construir ciudadanía y organización. Tesis Especialización Gerencia Social. Escuela Superior de Administración Pública. 1999:44.
 42. **Molina J.** De la higiene a la promoción de la salud. En: Manos a la salud. OPS, OMS. México DF. 1998.
 43. **Beltrán R.** La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. En: Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Conclusiones de la Reunión del Comité asesor sobre Políticas de comunicación social en los Ministerios de salud pública para la promoción de la salud. OPS, UNICEF. Washington D.C. 1993.
 44. **Prieto A.** Diseño de modelo de promoción de la salud basada en actividad física para la comunidad estudiantil de la Universidad Nacional, sede Bogotá. [tesis maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia;2003.
 45. **Pereira J.** Comunicación, promoción y salud. En: Signo y pensamiento. Universidad Javeriana 1994;13 (25):83-90
 46. **Cardaci D.** Educación para la participación en la promoción de la salud. Revista Manos a la salud. OPS, OMS. México D.F. 1998.
 47. OPS, OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario. 1986
 48. WHO. Health promotion: milestones on the road to a global alliance. 1998.
 49. WHO. Who announces new health promotion initiatives. 1997.
 50. Quinta Conferencia Mundial de la Salud. Declaración ministerial de México para la promoción de la salud. Promoción de la salud hacia una mayor equidad. México 2000.
 51. **Bradshaw J.** La conceptualización y medición de la necesidad. Una perspectiva de política social. En: Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia;1999.