



EDITORIALES

Dolly Orfilia Arias Torresⁱ

En reciente visita a la Escuela de Enfermería Alfredo Pinto de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro, luego de la generosa invitación que me hiciera el Doctor Carlos Roberto Lyra Da Silva, editor de la Revista, adquirí el compromiso de escribir sobre Promoción de Salud (PS) y Enfoque Sanológico (ES), tema de la tesis doctoral defendida en La Habana-Cuba. Sin pretender agotar la discusión, a continuación, se presenta una aproximación a dos aspectos polémicos e inacabados: fundamentos conceptuales y prácticos de PS y ES, partiendo, por supuesto, de algunas acepciones teóricas de salud.

Salud es el producto de la interacción de diversos factores articulados al devenir social del ser humano. Es la capacidad de adaptación y de autocuidado a la luz de los desafíos sociales, físicos y emocionales.¹ Desde una visión no dicotómica, se concibe como proceso dialéctico, biológico, social y estructural resultante de la integración de la persona, la familia y los colectivos con su ambiente; es la disposición para mantener buenas relaciones consigo mismo, con otras personas y con el entorno; aquello que se refleja en la mirada, en la postura corporal, en la actitud, en la espiritualidad, en las prácticas cotidianas, en la forma de ver a los semejantes, de asumir la vida y el futuro; es la capacidad de disfrutar la alegría de vivir, de incorporar la poesía, la música y la contemplación artística a la existencia cotidiana.² La salud debe pensarse “en referencia al itinerario que la misma vida fija, a los valores que las personas y la sociedad construyen y a las prácticas culturales que le dan sentido”.³ Como se puede apreciar, el concepto en sí mismo es dinámico, no es absoluto y no se construye en solitario.

La PS, según la Carta de Ottawa, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.⁴ También se le puede definir como estrategia para el desarrollo integral del ser humano; en tal sentido, debe ser asumida como “proceso social y político que posibilita la construcción colectiva de la capacidad para proteger y mantener la salud de las poblaciones”.⁵ La doctrina sobre PS se resume en las Cartas de Ottawa-1986⁶, Adelaide-1988⁷, Sudnsvall-1991⁸, Santafé de Bogotá-1992⁹, Yakarta- 1997¹⁰, México-2000¹¹ y Bangkok-2006¹², mismas que enfatizan en la equidad, la solidaridad y la inversión social como condiciones para trabajar en este campo; en ellas se reconoce que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social» y que son condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. En últimas, la PS, tal como se concluyó en Río de Janeiro, ha de actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con miras a reducir las inequidades para lograr

J. res.: fundam. care. online 2013. abr./jun. 5(2)

una sociedad vigorosa, inclusiva, equitativa, económicamente productiva y sana, y para superar los problemas nacionales, regionales y mundiales del desarrollo sostenible.¹³

Por sus características, el quehacer promocional ha de soportarse en los postulados de la Teoría de los Sistemas Complejos, versión llamada por algunos ‘Teoría del Caos’ y por otros, ‘Teoría de la Complejidad’. La Teoría del Caos, es un paradigma en el que la realidad es vista como ‘un todo en donde cualquier factor, por pequeño que parezca, puede afectar el comportamiento y la evolución de la naturaleza’. Este precepto aplicado al tema que nos ocupa permite explicar por qué, por ejemplo, un sólo cambio pequeño en la alimentación, el ejercicio físico, o en la política económica, puede traer repercusiones importantes en la salud general de la persona, y aún, de la familia.

Desde la Teoría de la Complejidad, en los planos gnoseológico y ontológico, se constituye una unidad indisoluble entre el sujeto y el objeto del conocimiento, en la que “el sujeto del conocimiento asume la realidad desde su propia experiencia o vivencia, de modo que lo que hay que conocer es al sujeto cognoscente enriquecido por conocimientos que ha forjado y su capacidad para construir o reconstruir la realidad”.¹⁵ Por esta razón, el arte dialógico, se convierte en estrategia fundamental para el desarrollo de nuevas concepciones y prácticas sanitarias a partir de las expectativas y creencias de las partes intervinientes, pues “la salud pertenece al ámbito comunitario en su conjunto y desde la complejidad no debe admitirse su clausura en un coto privado de expertos”.¹⁶ Inspirada en esta teoría, la PS ha de ser una confrontación al reduccionismo imperante en la práctica de salud convencional, en la medida en que busca recuperar un manejo holístico del ser humano.¹⁷

Modelo sanológico aplicado a la promoción de salud

El modelo sanológico es un enfoque complejo en construcción; es un proyecto interdisciplinario académico y de servicios del Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos-CESBH de la Universidad de La Habana, creado en 1990. Se inspira en la Sanología, “saber de síntesis socio, psico, biológica y medio ambiental que da una nueva concepción de la salud del hombre; una visión autóctona y reestructuradora de la salud; pretende ser también una nueva cultura humanista y un nuevo modelo social, orientado al aspecto olvidado del proceso salud-enfermedad: la salud”.¹⁸ La Sanología se nutre de lo mejor de la cultura artística y literaria universal, incorpora a la naturaleza humana sanogenética la importancia de los ritmos de la música y la poesía y de la contemplación y expresión de la belleza en sus diferentes manifestaciones; es el producto de la visión compleja e interdisciplinaria que permite visualizar a la persona desde el hiper espacio que representa su cultura, identificando a la salud como uno de los valores trascendentales en la vida, construido desde su propio accionar interno en el cual se integran los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, sin reducirla a la oposición dicotómica con la enfermedad.¹⁹

La PS desde el ES, exige nuevas categorías y términos idiomáticos propios: salud individual y social, autoevaluaciones, autorreflexiones, identificación de áreas de sanoacción, formulación, implementación y evaluación de rutas o planes individuales, familiares y colectivos de salud. Los promotores de salud, desde esta perspectiva, se deben apartar de egoísmos profesionales y de sus posiciones hegemónicas, con la grandeza y sabiduría disciplinar, robustecida con los aportes de otros profesionales y de los mismos sujetos de atención. Para ello es preciso utilizar instrumentos que den cuenta de las nociones, percepciones y prácticas de salud a partir del dominio popular de los factores que la determinan, de la identificación autónoma de las acciones que se pueden adelantar en pro de la misma y de las responsabilidades que deben asumir los gobiernos. Un reto nada fácil en momentos caracterizados por el incremento de inequidades de

diferente índole, predominio de modelos de atención curativa, altamente medicalizados y mediados por intereses del gran capital.

Gracias por esta bella oportunidad, con la cual esperamos estrechar lazos de amistad, fraternidad y enriquecimiento científico.

Cordialmente, Dolly

REFERENCIAS

1. BMJ 2011; 343:d4817. What is health? Fiona Godlee, editor, BMJ (Published 27 July 2011). Disponible en www.bmj.com. Consultada el 10 de agosto de 2011.
2. ARIAS, Dolly. Estrategia de intervención para la promoción de salud en Neiva, Huila-Colombia. Tesis doctoral. La Habana-Cuba. 2008. Pág. 15-16.
3. NAJMANOVICH, Denise. Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. Disponible en http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0200_publicaciones.php.
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Carta de Ottawa. Disponible en www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf.
5. Eslava-Castañeda Juan C. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. salud pública [serial on the Internet]. [cited 2012 Sep 09]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000500009&lng=en.
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Ottawa Canadá, 1986.
7. _____. Carta de Adelaide. 1988
8. _____. Carta de Sundsvall, 1991
9. _____. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Santafé de Bogotá, 1992.
10. _____. Declaración de Yakarta, 1997. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf.
11. _____. Declaración de México, 2000. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf.
12. _____. Carta de Bangkok, 2006. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.
13. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro Brasil. Octubre 19-21 de 2011. Disponible en http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf. Consultada el 25 de agosto de 2012.
14. DELGADO, Carlos. Conferencia sobre cognición, problema ambiental y bioética. La Habana-Cuba, 2007. Págs. 12 y 13.
15. NAJMANOVICH, Denise. Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. Disponible en http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0200_publicaciones.php.
16. HURTADO de B Jaqueline. Metodología de la investigación. Quirón ediciones y Cíea-Sypal. 4a Ed. Bogotá-Caracas, 2010. Pág, 58.
17. ALDEREGUÍA, Jorge. La sanología hoy. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana-Cuba. Diciembre, 1996. Disponible en www.sld.cu/libros/libro2/sanologia.pdf.
18. AMABLE, Zoraida. Sanología y promoción de salud. Informe final de la investigación, Premio UDUAL, 2001, Pág.5.

ⁱ Enfermera Departamento de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana, Neiva. Colombia.