

VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

¿A qué llamamos salud a principios del siglo XXI?.

Gabriela Wald.

Cita:

Gabriela Wald (2004). *¿A qué llamamos salud a principios del siglo XXI?. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/695>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

¿A qué llamamos salud a principios del siglo XXI?

Gabriela Wald - IIGG / UBA / CONICET

Introducción

“Cualquier práctica en promoción de la salud
presenta puntos de vista sobre qué es buena salud”

(Czeresnia, 2001:12)

El presente trabajo se propone acercar algunas reflexiones sobre el campo de la promoción de la salud. El problema que retoma es la contradicción entre una retórica de la salud como proceso colectivo e integral, ligado a aspectos económicos, sociales, ambientales y culturales y las prácticas que en su nombre se realizan. Estas prácticas, en su mayoría, no logran superar los modelos teóricos de base conductista e individualista, ni los supuestos sobre los que se construyó la medicina moderna.

En una primera parte se describirá la nueva concepción de salud en sentido amplio y las críticas que la misma ha recibido. Luego se hará foco en el nacimiento de la promoción de la salud como campo que no puede abordarse separado de la nueva concepción de salud. Se analizarán también las críticas que las intervenciones de promoción de la salud han recibido en el mundo, y, a partir de las mismas, se incorporarán elementos para pensar qué deberíamos tener en cuenta a la hora de pensar intervenciones colectivas en países como la Argentina, donde las condiciones de pobreza y exclusión se han profundizado.

Del concepto de salud biomédico al concepto de salud amplio.

“La salud es indivisible. El dominio de la salud personal sobre la cual el individuo puede tener control directo es muy pequeña comparada con la influencia de la cultura, la economía y el entorno” (Hafton Mahler, Director General de la OMS, 1988)

El desarrollo del campo de la promoción de la salud está asociado al cambio que ha ido experimentando el concepto de salud en las sociedades occidentales durante el último medio siglo. La génesis de esta nueva concepción puede rastrearse en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual define a la salud como el “completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1946).

A partir de aquí, el concepto biomédico de salud será cuestionado y, entre las décadas de 1980 y 1990 se consolidará un nuevo paradigma tanto en ámbitos gubernamentales como técnicos y académicos. La salud será un concepto holístico positivo, entendido ya no como ausencia de enfermedad o como consecuencia de prácticas individuales descontextualizadas sino como un proceso colectivo influido por aspectos económicos, psico-sociales, culturales y ambientales (Restrepo, 2001; Labonte, 1998; Evans y Stoddart, 1994).

La salud incluirá en su conceptualización aspectos sociales de lo más diversos, a saber: el transporte, el trabajo, la vivienda, la sexualidad, así como factores actitudinales y de comportamiento de las personas. El concepto amplio colocará a la salud en la intersección de experiencias y condiciones que son centrales en toda comunidad y por lo tanto, las acciones que en su nombre se propongan, no podrán ser diseñadas y llevadas a cabo sólo desde el sector salud.

Esta nueva concepción de la salud, impulsada por la OMS y aceptada por los países de occidente ha sido criticada tanto desde la sociología como desde la antropología, como veremos en el próximo apartado. Sin embargo, hay dos aspectos sobre los cuales no hay discusión. Por un lado, hoy en día no es posible pensar la salud como ausencia de enfermedad o de disfunciones fisiológicas y psíquicas. Por el otro, la consolidación de la salud en sentido amplio revitalizó los abordajes sociales en salud pública y ha sido la base sobre la cual se desarrolló el campo de la promoción de la salud, aún a costa de .

Las críticas al concepto holístico de salud: voces desde la sociología y la antropología.

El concepto positivo de salud ha sido criticado desde diferentes disciplinas de las ciencias sociales. Mientras la antropología crítica médica latinoamericana está en desacuerdo con la conceptualización de la salud porque al hacerlo se desconoce la idea del proceso integral que implica la salud, la enfermedad y la atención (Grimberg, 1998) la sociología de la salud encuentra que el concepto amplio de salud tiene dos problemas fundamentales. El primero es teórico, y se refiere a que con tamaña extensión, la salud sería algo tan extenso como la vida misma. De aquí se derivan otras dificultades, relacionadas con las relaciones de poder y los usos del nuevo concepto en provecho de intereses particulares, de control y de mercado. El segundo problema es práctico, porque promocionar la vida en sus múltiples dimensiones involucra a todos los niveles del estado, tanto como a la singularidad y autonomía de las personas (Czeresnia, 2001).

En este apartado discutiremos las críticas teóricas más importantes y dejaremos los problemas de aplicación para más adelante.

Desde la sociología, la crítica más extendida al concepto amplio de salud está ligada al imperialismo del mismo, es decir, a su pretensión de abarcarlo todo: “la salud se expande fuera de control” (Kelly y Charlton, 1995:83). Si la salud implica a los ambientes sociales, económicos, culturales así como al bienestar físico y psíquico, todo entraría dentro de su rango de acción. Esta problemática no puede negarse, sin embargo, hay quienes la consideran un sofisma, porque justamente lo que reconoce este nuevo concepto es que el bienestar se consigue con la acción de todos (Restrepo, 2001). Lo que hay que lograr es que el sector salud no pretenda acaparar el conjunto de acciones bajo su ala sino trabajar desde un abordaje multisectorial, reconociendo que hay otras áreas implicadas en la tarea de conseguir sociedades más saludables.

Otra objeción al concepto positivo de salud está ligada a las relaciones de poder y a la mercantilización de la salud. Kelly y Charlton (1995) exponen que el concepto de salud ha pasado de ser una idea neutral -ligada al funcionamiento fisiológico no patológico del cuerpo y al cumplimiento de roles sociales ordinarios por parte de las personas- a ser un valor político y social, cargado de connotaciones morales. Ser saludable hoy es algo deseado, no porque implique ausencia de dolor y sufrimiento sino porque es un bien fundamental. Consideran que la salud en sentido amplio es una posición moral, un principio normativo y una afirmación política, que ha sido cooptada por los poderes políticos y también por el mercado. Si bien estos autores reconocen la dimensión histórica de la salud (por ejemplo, que los gobernantes no siempre se preocuparon por la salud de sus poblaciones), pareciera que olvidan que la salud entendida en términos bio-médicos es también una construcción social

histórica y, como tal, no es “neutral”. Por lo tanto, su crítica al nuevo concepto de salud parte de una premisa equivocada¹.

Se critica también al concepto holístico de salud porque facilita la vigilancia permanente no sólo por parte de las autoridades gubernamentales sino de las comunidades hacia sus pares. O’Brien (1995) considera que esta apertura representa -y es parte de- cambios sociales más generales². La salud como bienestar puede ser entendida como un proceso de “desdiferenciación” de la misma en el contexto de la vida cotidiana, en la cual objetivos, valores, derechos y obligaciones se han unido alrededor de nuevas racionalidades socio-políticas ligadas a la participación, la autonomía, el fortalecimiento de los lazos comunitarios y el reconocimiento de las diferencias. Estas racionalidades han servido, según este autor, para que la salud pase de ser un estado o condición a alcanzar a un proceso sistemático de vigilancia, voluntario e involuntario: incluye patrones de comportamiento, balances nutricionales, técnicas de relajación y hasta modos de concebir cómo conseguir una vida saludable. El concepto de salud positivo estaría enmarcado en un doble movimiento, contradictorio, de expansión pero también de contracción. A la amplitud de la nueva manera de entender la salud se contrapone una reducción de la salud a modos de comer, de comportarse, de trabajar, de jugar, aspectos todos que pueden monitorearse e intentar controlarse a través de la intervención, que llega hasta lugares públicos pero también privados.

Ahora bien, ¿cuáles son las implicancias de estas críticas? Reconocemos que en cada una de las definiciones conceptuales de salud hay actores y/o instituciones que designan y se disputan un campo de intervención. El aporte de las críticas sociológicas servirá para hacer explícitas estas disputas e incorporarlas a la reflexión y –dentro de lo posible- a las prácticas de promoción

de la salud. Pero las mismas no deberían anular la posibilidad de nuevas modalidades de intervención que, de manera creativa, puedan aprovechar las fortalezas de la articulación con otras áreas y disciplinas.

Por su parte, la antropología médica crítica latinoamericana plantea un enfoque diferente. Considera que existen dificultades para delimitar los conceptos de salud y enfermedad, tanto en las categorías médicas como en las percepciones y las prácticas de los conjuntos sociales. Por esta razón, la salud no es un concepto sino que son “procesos de salud-enfermedad-atención” (Grimberg, 1998:24). Estos procesos son construcciones sociales históricas³ en las cuales se integran componentes teórico-técnicos y normativo-valorativos que en cada momento histórico responden a una normatividad imperante. Son a la “vez organizadores de la vida cotidiana” y “emergentes de las condiciones históricas de vida de cualquier sociedad” (Grimberg, 1998:24). Implican modos de convivir, de enfrentar y de intervenir para solucionar los problemas que de dichos procesos se deriven. Todo esto sucede en “un escenario conflictivo y de disputa entre distintos actores sociales, de relaciones de poder entre fuerzas y actores sociales” (Grimberg 1998: 24).

A pesar de no definir ni el concepto de salud ni el de enfermedad, la antropología médica crítica considera que en los procesos de salud-enfermedad-atención “se interrelacionan de manera compleja procesos económico-sociales, políticos y culturales” (Grimberg, 1998:25), abarcando aspectos relativos al trabajo y la ocupación, la vivienda y la residencia, la infraestructura urbana, las redes asociativas, las formas organizadas de participación y acción social y política, los niveles de consumo, las expectativas, los valores, los roles sociales.

Si bien es posible reconocer diferencias entre un enfoque de procesos y aquellos que definen la salud como completo bienestar, los enfoques de la sociología de la salud y la antropología médica comparten sus preocupaciones, dado que ninguna reifica la salud como un estado que puede ser determinado por el conocimiento científico sino que la conciben como un proceso colectivo al interior y dependiente de una realidad social cambiante. La dimensión del poder es tomada en cuenta por ambos enfoques, así como la extensión de la salud hacia áreas que exceden la medicina y la práctica clínica.

La promoción de la salud y la nueva salud pública.

El campo de la promoción de la salud se ha desarrollado –y aún está en desarrollo- a partir de procesos diversos y complementarios de acción, reflexión teórica y metodológica. La base conceptual para este desarrollo la constituyen los documentos que se han redactado en una serie de Conferencias Internacionales, organizadas bajo el ala de la Unión Internacional para la Educación y la Promoción de la salud.

Si bien hubo antecedentes durante los años `70 de informes y escritos que comenzaban a plantear la necesidad de intervenir en los múltiples factores que determinan la salud de las poblaciones ⁴, se considera que el documento fundacional y marco de referencia de la promoción de la salud es la Carta de Ottawa, aprobada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá, en 1986 ⁵. La Carta se apropia del concepto amplio de salud y focaliza en la necesidad de ampliar los objetivos de la promoción de la salud al trabajo con comunidades y organizaciones. Considera que la salud es un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de la vida misma. Además, identifica cinco estrategias para la acción: construir políticas públicas

saludables, crear entornos favorables, fortalecer estrategias de acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud (Kornblit y Mendes Diz, 2004).

Luego de la Conferencia de Ottawa, siguieron otros Encuentros Internacionales que produjeron declaraciones importantes en relación con la promoción de la salud ⁶, sin embargo, la Declaración firmada en la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Yakarta en 1997 es considerada el segundo gran documento en este campo. La Declaración respaldó la Carta de Ottawa e identificó puntos de acción para llevar adelante la promoción de la salud de cara al siglo XXI. Estos son: promover la responsabilidad social en el campo de la salud; aumentar las inversiones en salud utilizando abordajes multi-sectoriales y teniendo en cuenta las necesidades de los grupos particulares; consolidar y expandir las asociaciones entre diferentes actores del campo; incrementar las capacidades comunitarias y empoderar a las personas en cuestiones de salud y, por último, asegurar una estructura para la promoción de la salud a través de intervenciones focalizadas en espacios de interacción como ser escuelas o lugares de trabajo. (Watson y Platt, 2000; Kornblit y Mendez Diz, 2004). Se planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo y se enfatizó en la movilización de sectores privados y alianzas estratégicas.

Las intervenciones en promoción de la salud que estas conferencias impulsaron no han sido uniformes en los diferentes países del mundo occidental: han estado supeditadas a los recursos de cada Estado, a las líneas de intervención que cada país privilegió y a las voluntades políticas de los gobernantes de turno⁷. Tampoco han sido uniformes al interior de cada país, y

han atravesado diferentes ámbitos (instituciones del sistema de salud, instituciones de otros sectores, organizaciones comunitarias, colegios, trabajos, etc). Además, debido a la amplitud de aspectos a los cuales la promoción de la salud debía abocarse, ha habido grandes confusiones para definir realmente cuál es su campo de acción y cuál es su ubicación en el marco de la salud pública.

Así, aparecieron variadas interpretaciones y surgieron dos corrientes, cada una de las cuales privilegió una de las dimensiones para la intervención en promoción de la salud. La primera, especialmente fuerte en Estados Unidos y el Europa durante los ´80, enfocó sus acciones hacia los cambios de comportamientos (también llamados “estilos de vida”) a través de intervenciones dirigidas a las personas. La otra, adoptada por los países europeos durante la década del ´90 y por Canadá, privilegió la acción socio-política a través de intervenciones multisectoriales que trascendieran el sector salud.

Actualmente, algunos especialistas afirman que existen dos modalidades de intervención en promoción de la salud: la individual y la comunitaria o colectiva, mientras otros aseguran que el rasgo distintivo de la promoción de la salud es su carácter comunitario (Restrepo, 2001). Las tendencias individualistas han sido duramente criticadas por la sociología de la promoción de la salud, por basar sus intervenciones en modelos teóricos conductistas y cognitivistas⁸ que tuvieron su auge en la década del `70 (Nettleton y Bunton, 1995). Las críticas pueden agruparse en tres categorías: aquellas que enfatizan los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que tiene la salud, aquellas que consideran a la promoción de la salud como una forma de control social y

aquellas que la consideran una incitación al consumo de bienes y servicios “saludables” (Kornblit y Mendez Diz, 2004; Burrows, Nettleton y Bunton, 1995). Las críticas del primer grupo, que han sido también las más extendidas, argumentan, por un lado, que las condiciones socio-económicas de las personas serán determinantes a la hora de, por ejemplo, acceder a comida más saludable ⁹(O’Brien, 1995). Y por otro, que los cambios de comportamiento en relación a la salud no tienen un impacto uniforme entre la población: para aquellos que viven en condiciones de vulnerabilidad socio-económica, la adopción de comportamientos considerados saludables tienen poco impacto en sus condiciones de salud, mientras que para las personas de sectores medios y altos la eficacia causal del comportamiento individual en salud puede ser importante (Nettleton y Bunton, 1995). Para estos autores, la noción de elección individual es un mito, cuyas consecuencias son hacer que las personas se sientan responsables y culpables por su estado de salud.

A pesar de estas discusiones, que aún están abiertas, el discurso técnico-académico más extendido supone que es necesario articular las dos modalidades de intervención para de este modo superar la tensión entre posiciones más cercanas al determinismo o estructuralismo y aquellas vinculadas a la voluntad individual o agencia ¹⁰ (Watson y Platt, 2000; Burrows; Nettleton y Bunton, 1995; Restrepo, 2001).

A lo largo de estos casi 20 años desde la Conferencia de Ottawa, se han realizado variadas definiciones de promoción de la salud, que han incorporado nuevas dimensiones para la reflexión y la intervención ¹¹. A pesar de las diferencias metodológicas, o los puntos que cada una enfatiza, todas coinciden en afirmar que la promoción de la salud implica modificar los determinantes de

la salud, entendida esta como el completo bienestar y la óptima calidad de vida (que no es lo mismo que “estilo de vida”).

Hoy en día, la discusión acerca de la amplitud y la especificidad de la promoción de la salud está abierta e involucra diferentes perspectivas, sectores, grupos, enfoques de investigación, disciplinas, acciones y agendas políticas. Hay quienes consideran que esta es su mayor debilidad (O’Brien, 1995; Kelly y Charlton, 1995), mientras otros lo consideran una fortaleza (Restrepo, 2001).

Coincidimos con Helena Restrepo (2001) cuando afirma que esta discusión no se puede silenciar con una meta conceptualización de la promoción de la salud que incluya una gama de acciones focalizadas en el individuo o en el ambiente a través de las cuales, en última instancia, se mejorarían los niveles de salud o de bienestar.

La especificidad de la promoción de la salud podrá encontrarse si la investigación y la reflexión teórica pueden ser retomadas en las prácticas y, a su vez, las prácticas pueden nutrir la reflexión teórica. De este modo, podrán proponerse intervenciones que, teniendo en cuenta la amplitud del campo y de sus dimensiones, puedan reconocer áreas para el desarrollo sin pretender abarcarlo todo.

Entre la retórica y la práctica: los problemas de la promoción de la salud.

Si bien, como hemos dicho, el discurso de promoción de la salud y el concepto de salud en el cual se basa han sido ampliamente compartidos por técnicos, políticos y –a pesar de las críticas- el mundo académico, ha habido grandes dificultades para trasladar estas reflexiones a la acción (Parish, 1995).

Las causas de estas dificultades son diversas y, a su vez, multidimensionales.

En primer lugar, es importante reconocer que todo cambio en materia de política pública lleva su tiempo. En el campo de la salud las nuevas ideas tuvieron que ser apropiadas por el vasto campo de actores que participan en él. Además, muchas veces los gobernantes son reacios a los movimientos sociales emergentes, razón por la cual, para hacer modificaciones en la agenda política, necesitan estar seguros de que la mayoría de la población los aprobará. Es usual que las nuevas ideas tengan un período largo de gestación antes de ser plenamente consideradas por los gobernantes de un país. A esto se suman las diferencias entre los tiempos del político y los del trabajo en promoción de la salud, siendo estos últimos más largos que el tiempo que un gobernante dura en su cargo, lo que dificulta la continuidad de las acciones (Parish, 1995).

Por otra parte, la dificultad para obtener resultados cuantificables a partir de las intervenciones que proponen el desarrollo y empoderamiento de la comunidad ha implicado que fuera muy difícil conseguir financiación para este tipo de intervenciones, las cuales han tendido a ser marginales en relación con las intervenciones de base individual (Daykin y Naidoo, 1995). Y la asociación entre salud y estilos de vida, que es aquella que predomina en los enfoques individualistas, es, como hemos visto, el mayor problema del campo (O'Brien, 1995).

En tercer lugar, aparece la problemática ligada al poder en promoción de la salud. Kelly y Charlton (1995) aseguran que a pesar de promover un discurso de empoderamiento, democratización, descentralización y participación para que las comunidades definan sus propias necesidades en salud, los programas de la OMS y de la mayoría de los países proponen intervenciones científicas, tecnicistas y, sobre todo, diseñadas y gestionadas por expertos: "las

comunidades continúan marginalizadas e invisibles, salvo en la retórica (...) los expertos tienen el control del discurso en promoción de la salud” (pp. 81-82).

En cuarto lugar, y ligado al punto anterior, algunos consideran que el discurso de la OMS -que ha presionado a los países para adoptar enfoques multisectoriales y multidisciplinarios- es contradictorio (O’Brien, 1995). Por un lado, la OMS critica las intervenciones en salud porque considera que ciertas relaciones sociales y personales han sido objetivadas por los programas de prevención tradicionales (categorías de desviación, etapas de desarrollo infantil, patrones de desarrollo familiar establecidos, entre otras). Pero por el otro, sigue proponiendo la extensión de esta objetivación mediante los enfoques de múltiples riesgos. Es decir, no se han dejado de lado los enfoques reificadores sino que, como consecuencia de la extensión de la salud, ha cambiado la naturaleza y la jerarquía de lo que se objetiva: el amplio espectro de actividades, la totalidad de organizaciones económicas y sociales, las creencias dominantes y los valores y actitudes de las personas en su vida cotidiana son hoy objetivos legítimos de la nueva salud pública (O’Brien, 1995). A esto se suma que ya no son sólo los profesionales del ámbito sanitario quienes llevan adelante el monitoreo, la evaluación y el control de estos riesgos para la salud: participan las empresas, las asociaciones de trabajadores, las escuelas, las organizaciones comunitarias a través de múltiples metodologías y herramientas, con lo cual, el control se invisibiliza.

En quinto lugar, hay quienes consideran que la ruptura de la promoción de la salud con el modelo médico hegemónico¹² es más aparente que real (Kelly y Charlton, 1995). Si en el modelo médico los elementos patógenos son los microbios, los virus y el malfuncionamiento de la reproducción celular, en el modelo social de salud lo son la pobreza, los problemas habitacionales, el

desempleo y la falta de poder de las comunidades: “el discurso es diferente, pero la epistemología es la misma” (p. 82). Se refieren a la modalidad de razonamiento basada en causas y efectos, donde el sistema social aparece actuando en las personas de una manera determinista.

Estos tres últimos puntos pueden articularse con una problemática central del campo en la actualidad: el debate entre prevención y promoción, que se inicia porque “la salud pública se define a sí misma como responsable de promover la salud, mientras sus prácticas se organizan sobre conceptos de enfermedad” (Czeresnia, 2001:2) y porque “programas de promoción de la salud muchas veces corresponden a intervenciones de tipo preventivo” (Restrepo, 2001:35).

Las diferencias entre lo que se consideran prácticas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud son conceptuales, teóricas y metodológicas. El concepto de prevención está asociado al discurso tradicional de salud pública, mientras el de promoción de la salud es el fundamento para y redirigir las intervenciones de lo que se llamó la nueva salud pública. (Czeresnia, 2001).

La prevención es definida como “aquellas acciones directas para evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en las poblaciones” (Czeresnia, 2001:7). Por su parte, la promoción de la salud es definida más ampliamente, ya que se refiere a medidas que apuntan a mejorar la salud en general y la calidad de vida, a través de acciones para modificar los determinantes de la salud (Restrepo, 2001) Es evidente la vinculación de la prevención y la promoción con concepciones diferentes de salud.

En cuanto a las modalidades de intervención, los proyectos de prevención están estructurados en base a la circulación del conocimiento científico

biomédico y de recomendaciones normativas para el cambio de hábitos, la reducción de factores de riesgo, la detección temprana de enfermedades y –en el caso de la prevención secundaria y terciaria- en base al seguimiento clínico. Por su parte, las estrategias de promoción de la salud enfatizan los cambios en las condiciones de vida y de trabajo, y en los problemas de salud subyacentes dado que se preocupan por la interacción de individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político (Restrepo, 2001). Por esta razón, requieren de una intervención intersectorial (Czeresnia, 2001)

Además de estas diferencias generales, hay quienes plantean diferencias más sutiles –aunque radicales- entre prevención de enfermedades y promoción de la salud. Para Dina Czeresnia (2001) es fundamental el modo en que el conocimiento –docto y lego- es usado para formular intervenciones en salud. Si bien ambos enfoques hacen uso del conocimiento biomédico y se apoyan en conceptos clásicos (enfermedad, transmisión, riesgo), la promoción de la salud va más allá de la aplicación de técnicas y normas, dado que reconoce que no es suficiente saber como funcionan las enfermedades para controlarlas. Considera que la salud también se fortalece a través de la construcción de una capacidad para elegir: “en el contexto de cambio en el discurso científico que surgió en la salud colectiva en los ´90, emergió un reconocimiento de valores tales como subjetividad, autonomía y diferencia. Se trata de articular diferentes niveles y modos de comprender y aprehender la realidad, tomando como referencia no los sistemas de pensamiento sino los hechos que nos movilizan para elaborar e intervenir” (p. 9).

Esta valoración no sólo del conocimiento lego sino del fortalecimiento de las capacidades personales y colectivas de elección es un punto de máxima importancia para el diseño de intervenciones de promoción de la salud, y

teniéndolas en cuenta se logrará hacer frente a otra problemática que tiñe el campo: la promoción de la salud es vista como una práctica mucho más intrusiva que la medicina, por su filosofía extensiva que deriva del concepto positivo de salud (Kelly y Charlton, 1995). Es necesario tener en cuenta que la salud es igual a cualquier otro producto o derecho humano: está modelada por la cultura y como tal, no puede considerarse un valor universal. Así, cualquier intervención implicará trabajar desde las propias problemáticas y preocupaciones de las comunidades, teniendo en cuenta sus valores, visiones, intereses y saberes; y no intentar imponer un modo de concebir la vida de acuerdo a criterios de sectores profesionales o hegemónicos.

Por último, se le ha criticado a la promoción de la salud el estar basada en una idea utópica de un mundo en el cual todos pueden ser “saludables”. Kelly y Charlton (1995). parten de otra premisa: vivir es intrínsecamente riesgoso, el cuerpo humano es un organismo delicado y vulnerable a pesar de que las sociedades han hecho del mundo un lugar relativamente más seguro. No hay y nunca podrá haber un ambiente libre de riesgos. Esta consideración encuadra la acción de la promoción de la salud hacia una práctica de reducción del riesgos y no de control o eliminación de los mismos, dado que aún un mundo libre de bacterias sería un mundo riesgoso para los seres humanos. Es importante que la promoción de la salud pueda tener una visión más relativa de sus posibilidades, dado que, de lo contrario, los objetivos que se proponga serán inalcanzables y, con razón, será juzgada de ineficaz.

Promoción de la salud y trabajo en red en Argentina: un punto de llegada.

Hasta aquí hemos trabajado la emergencia de un modelo integral de salud y de la promoción de la salud como campo de acción asociado al mismo. Hemos

analizado también las críticas que desde diversos ámbitos y disciplinas se hicieron a los nuevos discursos y prácticas.

Recapitemos algunos puntos centrales ¿Cuáles son los aspectos sobre los cuales es necesario intervenir y cuáles son las modalidades que están implicadas en un programa de promoción de la salud?

Es necesario diseñar intervenciones que puedan actuar sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales de la salud. Estas intervenciones sólo pueden lograrse si el sector salud trabaja de manera articulada con otras áreas, mediante un enfoque inter y transdisciplinario, no sólo desde el ámbito público sino incorporando otros actores del tercer sector y de ámbitos privados. En este proceso el sector salud no debe pretender abarcarlo todo sino ser uno más de todos los actores implicados en la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones y en la reducción de los riesgos que son intrínsecos a la vida misma.

Es importante también que la promoción de la salud logre una visión más realista de sus posibilidades, dado que si se propone metas y objetivos muy abarcativos los mismos serán inalcanzables.

El enfoque de las intervenciones deberá estar basado en modelos colectivos de acción, aunque esto no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona para con su salud y la de los demás.

Es importante también para el campo conocer los límites de la ciencia, en este caso de la medicina, para que esta interactúe con otras formas de aprehender la realidad: “la promoción de la salud contiene la elección, y esto no es realmente la esfera del conocimiento sino de los valores” (Czeresnia, 2001:10)

Es preciso incorporar los valores, las prácticas, las racionalidades de las comunidades a los programas de promoción de la salud, evitando que estos

sean una réplica de lo que desde sectores hegemónicos se considera deseable.

Las metodologías de abordaje que se proponen para la promoción de la salud trascienden el trabajo específico tradicional en salud y dirigen sus esfuerzos, como hemos visto, a crear las condiciones óptimas para modificar los determinantes de la salud. Se trata de complementar las metodologías de información, educación y comunicación para la salud con intervenciones que propongan el fortalecimiento de la participación, el empoderamiento de la comunidad para pelear por sus propios intereses, y la acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables.

Distanciándonos de un modelo que proponga una meta conceptualización del campo de la promoción de la salud, pero también de modelos que acoten la promoción de la salud a estilos de vida saludables, consideramos que es necesario superar el nivel retórico de estas propuestas y metodologías e intentar operacionalizarlas de acuerdo a la situación económica y socio-política de cada comunidad.

Entonces, ¿cuáles podrían ser las particularidades de las intervenciones en países que, como la Argentina, tienen a más del 50% de la población viviendo bajo la línea de pobreza y una larga tradición de programas de prevención de base individualista?

Actualmente en nuestro país vivimos en una sociedad fragmentada donde conviven procesos de polarización junto a procesos de vulnerabilidad: marginalidad, pobreza y exclusión (Jacinto y Bessega, 2002). Esta vulnerabilidad social entraña un debilitamiento de los lazos de reconocimiento social que garantizan la pertenencia a una comunidad: se ha degradado el

capital relacional, los vínculos se han vuelto frágiles y se ha incrementado el riesgo de exclusión social (Castel, 1997).

Ante esta situación, la creación de entornos favorables implica un trabajo concreto sobre los ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales, no sólo para mejorar la salud o aumentar la calidad de vida sino, en primer lugar, para recomponer las redes sociales quebradas.

Y esto es así porque el trabajo a través de redes es una de las premisas del campo de la promoción de la salud en su modalidad colectiva. Muchos autores consideran que a partir del trabajo en red se logran procesos de protección de las comunidades. Como lo explicita Elina Dabas (1998), las estrategias individuales y colectivas, no sólo de respuesta a los problemas sino de organización, “posibilitan la potencialización de los recursos que se poseen y la creación de alternativas novedosas”.

Potencialización de recursos y creación de alternativas novedosas: dos elementos fundamentales para crear procesos de protección.

Sin embargo, no podemos pensar nuestras intervenciones a partir de redes porque el nivel de organización de las comunidades –mucho más de aquellas en situación de mayor vulnerabilidad- es muy bajo y dependiente de los poderes políticos de turno. Mi experiencia profesional en proyectos de promoción de la salud con base comunitaria me ha demostrado que el trabajo comunitario en red, más que un punto de partida es, con suerte, un punto de llegada.

Si, como dice el discurso de promoción de la salud, el objetivo básico de sus intervenciones es “incrementar las capacidades de las comunidades para que éstas puedan influir en los determinantes de la salud” (Webb y Wright, 2000: 88), en nuestro país es necesario trabajar para recomponer los vínculos

debilitados antes de pensar en esta clave. Ninguna intervención que se autodenomine de promoción de la salud podrá obviar este paso

Referencias Bibliográficas:

- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, London, Prentice Hall.
- Burrows, Roger; Nettleton, Sarah; Bunton Robin (1995) "Sociology and health promotion. Health, risk and consumption under late modernism", *The Sociology of Health Promotion. Critical Analices of Consumption, Lifestyle and Risk*, Bunton, Nettleton and Burrows (ed), London, Routledge, pp. 1-9.
- Castel, Robert (1997) *La Metamorfosis de la Cuestión Social. Una Crónica del Salariado*, Buenos Aires, Paidós.
- Chapela Mendoza, María del Consuelo; Jarillo Soto, Edgar (2001) "Promoción de la salud, siete tesis del debate", *Cuadernos Médico Sociales* N° 70, Rosario, pp. 59-69.
- Czeresnia, Dina. (2001): "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción", *Cuadernos de Salud Pública*, San Pablo.
- Dabas, Elina (1998) *Los Contextos del aprendizaje. Situaciones socio-psico-pedagógicas*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Daykin, Norma; Naidoo, Jennie: "Feminist critiques of health promotion", *The Sociology of Health Promotion. Critical Analices of Consumption, Lifestyle and Risk*, Bunton, Nettleton and Burrows (ed), London, Routledge, pp. 59-69.
- Evans, R; Stoddart, G (1994) "Producing health, consuming health care" in R. Evans, M. Barer; T, Marmor (eds.) *Why are Some People Healthy ant Others Not: The Determinants of Health op Populations*. New York, Aldine De Gruyter, pp. 27-64.

- Grimberg, Mabel (1998) "VIH/ Sida y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía", *Seminario Taller de Capacitación de Formadores*, Buenos Aires, Lusida, pp.24-31.
- Jacinto, Claudia; Bessega, Carla (2002) "Un lugar en el mundo. Jóvenes vulnerables en búsqueda de espacios de inclusión social", *De la exclusión a la organización. Hacia la integración de los pobres en los nuevos barrios del conurbano bonaerense*", Buenos Aires, Ediciones Ciccus.
- Kelly, Michael; Charlton, Bruce (1995) "The modern and postmodern in health promotion" *The Sociology of Health Promotion. Critical Analices of Consumption, Lifestyle and Risk*, Bunton, Nettleton and Burrows (ed), London, Routledge, pp. 78-90.
- Kornblit, Ana Lía; Mendes Diz, Ana María (2004) "Teoría y práctica en promoción de la salud: el caso del consumo abusivo de drogas", *Nuevos Estudios sobre Drogadicción*, Kornblit (coord.), Buenos Aires, Biblos.
- Labonte, R. (1998) *A Community Development Approach to Health Promotion*. Edinburgh: Health Education Board for Scotland/Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh.
- Menéndez, Eduardo (1985) "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", *Revista Nueva Antropología*, Vol II, N° 28, México.
- Nettleton, Sarah; Bunton, Robin (1995) "Sociological critiques of health promotion" *The Sociology of Health Promotion. Critical Analices of Consumption, Lifestyle and Risk*, Bunton, Nettleton and Burrows (ed), London, Routledge, pp. 41-58.

O'Brien (1995) "Health and lifestyle. A critical mess? Notes on the dedifferentiation of health", *The Sociology of Health Promotion. Critical Analices of Consumption, Lifestyle and Risk*, Bunton, Nettleton and Burrows (ed), London, Routledge, pp. 191-205.

OMS (1946) *Constitución*, New York, OMS.

OMS (1981) *Estrategia Regional Salud para Todos en el Año 2000*, Copenhagen, OMS.

Parish, Richard (1995) "Health promotion. Rhetoric and reality", *The Sociology of Health Promotion. Critical Analices of Consumption, Lifestyle and Risk*, Bunton, Nettleton and Burrows (ed), London, Routledge, pp. 13-23.

Redondo, Adriana (1996) "Políticas sanitarias y salud colectiva (1983-1991)", *La Salud en Debate. Una Mirada de las Ciencias Sociales*, Findling y Mendez Diz (comp.), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires, Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común.

Restrepo, Helena; Málaga, H. (2001) *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*, Bogotá, Editorial Médica Panamericana.

Web, Dale; Wright, David (2000) "Postmodernism and Health Promotion. Implications for the debate on effectiveness", *Researching Health Promotion*, London y New York, Routledge pp. 83-101.

Watson; Jonathan; Platt, Stephen (2000) "Connecting Policy and practice" *Researching Health Promotion*, London y New York, Routledge pp.1-20.

¹ Para referencias sobre el nacimiento de la medicina moderna y el concepto moderno de salud ver Foucault, Michel (2003) *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, Buenos Aires.

² El primero de estos cambios político-económicos puede ubicarse en los años '60, con el nacimiento de las filosofías de marketing de productos, que basaban sus intervenciones en comportamientos y actitudes de sectores socio-económicos diversos. El segundo tiene que ver con la emergencia de movimientos contra-culturales en los '60 y '70 (ecologistas, minorías sexuales, pacifistas, derechos humanos, anti-racistas, etc) los cuales compartían nuevas modalidades asociativas (informales, no jerárquicas, de autoayuda, con objetivos específicos de campaña) que han redefinido los conceptos de participación y ciudadanía. El tercer cambio está vinculado a la crítica a la modernización y sus sistemas rígidos de

organización que fueron la base para el reajuste de las políticas de desarrollo social durante los '70. Aparecieron nuevos programas de desarrollo comunitario que proponían el fortalecimiento de la autonomía de las personas, la autodeterminación, la descentralización, la equidad, la participación y reorganización de las instituciones públicas acorde a las necesidades locales, teniendo en cuenta las características socio-culturales de las poblaciones (O'Brien, 1995).

³ La antropología médica crítica entiende el concepto de construcción social como la articulación de representaciones (modos de percibir, categorizar y significar) y prácticas instituidas (Grimberg, 1998).

⁴ Nos referimos, en primer lugar, al Informe Lalonde, escrito en 1974 por el Ministro de Salud y Bienestar de Canadá quien criticaba la vocación asistencialista del sistema de salud de su país y abogaba por la intervención en algunos factores (ambientales y de comportamiento) que consideraba determinantes para los padecimientos más comunes. El informe Lalonde fue la piedra fundamental que cuestionó la creencia de que el nivel de salud equivalía a la cantidad y calidad de la asistencia médica ofrecida. Nos referimos también a la estrategia de Atención Primaria de la Salud de la OMS, plasmada por primera vez en la Declaración resultante de la Conferencia de Alma Ata (1978) y a la filosofía "Salud para todos en el año 2000" (1981) impulsada por la OMS.

⁵ La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa fue organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.

⁶ La Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida, Australia, 1988; el Grupo de Trabajo de la OMS, 1989; La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Sundsvall, Suecia, 1991; la Conferencia y Declaración de Santa Fé de Bogotá, Colombia, 1992; la Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, 1993.

⁷ Por ejemplo, en Inglaterra, luego de una década (años '80) de políticas de salud de tendencia neo-liberal, orientadas a la privatización de la salud a partir de enfoques basados en el riesgo y la responsabilidad individual, los '90 implicaron un cambio hacia políticas que incorporaban los determinantes socioeconómicos de la salud. (Watson y Plat, 2000). Sin embargo, no sucedió lo mismo en América Latina, donde la promoción de la salud como estrategia para la equidad no fue adoptada tan rápido luego de la Conferencia de Ottawa en 1986 (Restrepo, 2001) y tampoco en Argentina, donde "el regreso a consideraciones liberales (...) lleva a la transformación de bienes considerados públicos, como los vinculados a la salud colectiva (...) en bienes de carácter cuasi públicos o privados" (Redondo, 1996).

⁸ Para ejemplos ver **Bandura A** (1977) *Social Learning Theory*. London: Prentice Hall; o **Becker M** (ed) (1974) "The health belief model and personal health behavior", *Health Education Monographs* 2: 1-146

⁹ "Aquellos que tengan suficientes recursos podrán realizar tres comidas diarias y escoger alimentos más saludables, mientras que quienes tengan presupuestos más ajustados tendrán que continuar tomando café y comiendo alimentos baratos" (O'Brien, 1995:195).

¹⁰ Utilizamos el concepto de agencia en términos de Giddens (1994) "La **agencia** se refiere no a las intenciones que la gente tiene de hacer cosas, sino a su capacidad de hacer esas cosas en primer lugar (por eso la agencia implica poder). Agencia se refiere a los eventos de los cuales un individuo es autor, en el sentido de que un individuo podría, en cualquier fase de una secuencia dada de conducta, haber actuado diferente".

¹¹ Destacamos entre ellas la definición de la OPS/OMS en 1990 "La promoción de la salud es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva" (Restrepo, 2001:29). Por su parte, el sanitarista canadiense Hancock, incorporó en 1994 la variable del poder, de la capacidad de los grupos para influir en las políticas públicas: "La promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder (...) La promoción de la salud es acerca del poder en dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política" (Restrepo, 2001:29)

¹² El Modelo Médico Hegemónico ha sido definido por Eduardo Menéndez (1985) como "una serie de rasgos estructurales (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo) que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad" (p. 21) El Modelo Médico Hegemónico "cumplió y cumple funciones curativo/preventivas, pero también funciones de control" (p. 22)