



núm. 94

Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos

Ma. del Consuelo Chapela
Alejandro Cerda García



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Rector General

Dr. Enrique Fernández Fassnacht

Secretaria General

Mtra. Iris Edith Santa Cruz Fabila

UNIDAD XOCHIMILCO

Rector

Dr. Cuauhtémoc V. Pérez Llanas

Secretaria

Lic. Hilda Rosario Dávila Ibáñez

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Director

Dr. Salvador Vega y León

Secretaria Académica

Dra. Patricia Emilia Alfaro Moctezuma

Departamento de Atención a la Salud

Jefa del Departamento

M. en C. María Elena Contreras Garfías

Comité Editorial

Dra. Patricia Emilia Alfaro Moctezuma

Dra. Gabriela del Pilar Romero Esquiliano

Dra. María Guadalupe Prado Flores

Mtro. Jesús Sánchez Robles

Dr. Hugo Ramírez Saad

*Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio
y la exigibilidad de derechos*

Ilustración de portada:

Lorena Wolffer, Fragmento del cartel 'Mi cuerpo como un territorio de resistencia'

Primera edición: 2010

© D. R. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Calzada del Hueso No. 1100, Colonia Villa Quietud, 04960, México, D.F.

© D. R. Ma. del Consuelo Chapela, © D. R. Alejandro Cerda García

ISBN 978-607-477-273-9

Impreso y hecho en México



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

**PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PODER:
REFORMULACIONES DESDE EL
CUERPO-TERRITORIO Y
LA EXIGIBILIDAD DE DERECHOS**

*Ma. del Consuelo Chapela
Alejandro Cerda García*

Área de investigación:
Salud y Sociedad

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud	21
CAPÍTULO 2	
Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos.....	70
CAPÍTULO 3	
Cuerpo-territorio	96
CAPÍTULO 4	
Procesos emancipadores y acción colectiva en salud	124
COROLARIO	147

INTRODUCCIÓN

*Ma. Del Consuelo Chapela¹
Alejandro Cerda García²*

¿Cómo entender la evolución y práctica de la promoción de la salud en el mundo actual, caracterizado por la desigualdad, la injusticia social y un patrón de enfermedad que muestra la incapacidad de la sociedad en su conjunto, de la ciencia y de la tecnología, para aliviar el sufrimiento humano, particularmente entre los grupos sin acceso o con acceso limitado a la riqueza producida por la humanidad? ¿Cómo justificar una promoción de la salud comprometida con el florecimiento y auge de la hegemonía del mercado? ¿Cómo contender con ella a través de practicar la promoción de la salud? Sin pretender ser un tratado del poder que se ejerce y acumula diferencialmente a través de las prácticas de promoción de la salud manifestándose en los cuerpos de la población, en sus espacios de existencia, el propósito de este libro es, a través de examinar algunos de los contenidos de poder que han caracterizado y que caracterizan diversos discursos y prácticas de promoción de la salud (PS), mostrar y proponer que la PS, a pesar de estar cooptada en discursos y prácticas hegemónicas, precisamente por los contenidos de poder que la caracterizan, sigue manteniendo el potencial crítico necesario en el camino rumbo a una utopía emancipadora; utopía en donde cada persona, cada conjunto social, es agente en su historia personal inseparable de la historia colectiva, de la historia humana, productor de espacio y labrador de su propio cuerpo.

Este libro es producto de nuestro análisis de teorías, documentos y prácticas, revisiones de la literatura, de experiencias de trabajo popular, institucional y académico, de reflexiones teóricas personales y colectivas entre promotores de salud y académicos, de la concepción e implemen-

¹ Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Departamento de Atención a la Salud. Coordinadora del Diplomado en Promoción de la Salud. Jefa del Área de Investigación en Salud y Sociedad. Departamento de Atención a la Salud. conich@correo.xoc.uam.mx

² Profesor e investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Departamento de Educación y Comunicación. alcerda_2000@yahoo.com

tación de contenidos curriculares y estrategias pedagógicas, en fin, del mundo vivido en el que los autores hemos ido construyendo una idea de salud y de promoción de la salud –que, como podrán observar los lectores en el desarrollo de los capítulos que constituyen este trabajo, aunque no es idéntica es afin–, con potencial para alimentar la discusión académica especializada en el campo, para volverla *praxis*, para evaluarla y para la formación de nuevos especialistas promotores de la salud críticos, comprometidos con la transformación de la situación de la salud, la enfermedad, los derechos humanos y el sufrimiento que caracterizan nuestro mundo actual.

La discusión académica y la literatura sobre los contenidos de poder y los usos que hace el poder de la promoción de la salud, comúnmente se circunscriben en el concepto de ‘empoderamiento’ impulsado por Wallerstein (1992) y otros autores y cuestionado entre otros, por Rissel (1994). Otros escritos importantes al respecto los podríamos identificar en los trabajos enfocados a la búsqueda de una ética para la promoción de la salud, como es el caso de Buchanan (2000) y Tannahill (2006) y que, como refiere Mittelmark (2008) son sumamente escasos y necesarios en las reflexiones en este campo de conocimiento y práctica. La introducción del concepto de capital social desde las perspectivas de Coleman (1990) y Putnam (2000, 2004), descrito por el artículo clásico de Hawe (2000), es otra vía por la que los contenidos de poder en promoción de la salud han sido explorados aunque, una vez alejados de la propuesta inicial de Pierre Bourdieu (1991), frecuentemente se reducen a la búsqueda de formas de ingeniería social para lograr objetivos de PS más que al cuestionamiento del poder (ver por ejemplo: Campbel, 2001; Baquero, 2003; Sapag y Kawachi, 2007 y una crítica en Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1999).

Por otro lado, el consumo irreflexivo y desinformado de términos como ‘estilos de vida’, ‘género’, ‘responsabilidad’, ‘determinantes sociales’ u otros asociados a PS que aparecen en la escena de las prácticas profesionales en salud en las últimas décadas, obstaculiza la claridad en la definición de los problemas de salud, la calidad del análisis y la emergencia de propuestas críticas asociadas a la investigación tanto sobre los componentes de poder de la producción social de la salud como sobre una práctica de PS que permita cambiar esos componentes. Consideramos que el libro que aquí se presenta ofrece elementos para la discusión de

la promoción de la salud, en donde se descentran los conceptos oficiales para dar entrada a conceptos, significados y formas alternativas de entender la salud que hasta ahora no han sido explorados suficientemente en la literatura nacional, latinoamericana o mundial.

¿Por qué examinar el poder en promoción de la salud?

I.

La práctica de PS, en tanto que es una práctica social, debe verse como experiencia compleja, contradictoria, que se resiste permanentemente a cualquier clasificación. Sin embargo, esto no hace de ella una práctica inaprensible. Limitarse al análisis de las dimensiones técnicas o programáticas de la práctica de PS puede ser un obstáculo para ver otros ámbitos de esa misma experiencia en donde están simultáneamente sucediendo otras cosas que pueden apreciarse, desde la visión de los distintos agentes involucrados, como positivas o negativas una vez que han sido analizadas. Una manera para lograr aprehender la compleja práctica de la promoción de la salud se abre en el análisis de la relación entre quien propone e implementa las acciones de PS, (agencias o agentes³ promotores de salud) y el 'Otro'⁴ (agencias o agentes en cuyas vidas intervienen las agencias o agentes promotores de salud) –es decir con las personas o grupos sociales que participan, más o menos activa o pasivamente, crítica o subordinadamente, con quien propone o implementa la práctica de PS

³ El trabajo de Michel Foucault (ver por ejemplo 1969) propuso que los sistemas de pensamiento son formaciones discursivas independientes de las creencias o intenciones de pensadores individuales con lo que presenta una manera de entender al ser humano distinta a las formuladas desde las variadas formas de humanismo. Propone que en la genesis de las formaciones discursivas existen estructuras de significado construidas históricamente que actúan como *episteme*, algo que 'se desliza' en el discurso, y a las que el ser humano está sujeto. Pierre Bourdieu, que atendió a las lecciones de Foucault en el *Collège de France*, propone que, si bien el ser humano está 'sujeto' a cierto tipo de condicionamientos de significado construido en la práctica social a través de la historia, mediante su práctica en el mundo participa activamente tanto en la reproducción como en el cambio de esos significados y por tanto es solamente entendible como agente de la práctica y por tanto de la producción de significados (Bourdieu, 1987).

⁴ El problema de 'el Otro'-de la alteridad, del prójimo, de la existencia del prójimo, de los supuestos del Otro, de la realidad de los demás, el encuentro con el Otro, la comunicación existencial y el diálogo, de la otredad como condición de la mismidad, de la construcción del Otro en sociedad, el Otro histórico y el Otro interpersonal, etc.- ha estado presente principalmente en la filosofía desde la antigüedad y en la sociología y la psicología en tiempos recientes. En este trabajo nos referimos al 'Otro' como el agente protagonista de la vida en la que interviene la PS y al que ésta última debe su existencia, salvo en los casos de la 'auto-promoción', en donde el promotor de la salud y el Otro son el mismo agente.

bajo el supuesto de que la acción de la agencia interventora de una u otra manera y en mayor o menor medida reeditarán en beneficio del 'Otro' como persona y/o como colectivo social-, relación que se establece en un proceso continuo de relaciones de poder. Cualquier acción de promoción de la salud, con la relativa excepción de prácticas de auto-promoción de la salud, proviene de agencias o agentes que justifican esa acción conformando e imponiendo una idea de necesidad de intervención en donde la agencia propone y lleva a cabo intervenciones en, con y/o a través de la vida material de 'el Otro', en sus prácticas, identidad, sentidos, valores y significados, de manera tal que el resultado de dichas intervenciones y quién es el beneficiario efectivo, depende de la situación, el contexto y la relación que se establece antes, durante y después de la intervención de las agencias promotoras de salud.

II

Puesto que las acciones de promoción de la salud, como se propone en el capítulo tres de esta obra, giran en torno a los sentidos y significados que sustentan las prácticas del 'Otro', mismos que se comprenden en su cuerpo material en tanto cuerpo encarnado, y que la apuesta de la promoción de la salud está en que en la transformación de estos sentidos y significados cambiarán sus patrones de necesidades, demanda de bienes, demanda de servicios, las condiciones de los cuerpos físicos y las condiciones del medio ambiente, un analizador privilegiado e imprescindible de cualquier PS, como de cualquier otra práctica social, es el poder que se ejerce en el campo al que se refiere esa PS. No analizar esto como el centro de las acciones en promoción de la salud puede estar llamando al engaño, a visiones poco críticas, complacientes y triunfalistas.

En tanto pensada desde agencias con capacidad de intervención, la práctica de PS es una intromisión en los significados 'del Otro' que se lleva a cabo en las redes de intercambio de capitales -a las que el sociólogo Pierre Bourdieu (1990) ha llamado 'campos'-en donde dicho intercambio por lo general sucede de forma desigual, logrando la capitalización de una de las partes a expensas de la descapitalización de la otra. El intercambio desigual de capitales se logra a través del control de las tasas y reglas del intercambio y del valor del capital. Para lograr este control el interventor -agente que juega en el campo con el interés del control- esgrime, hace

valer e inculca significados particulares y por tanto, su práctica conlleva lo que Bourdieu (*ibid*) ha llamado y descrito como ‘violencia simbólica’, una forma de violencia invisible, impensable, incuestionable, cuya fuerza como violencia depende de la capacidad que tiene quien la ejerce para lograr la ‘naturalización de lo innatural’, el miedo a la exclusión, y finalmente el consenso y el establecimiento de formas corporeizadas de autorregulación de los agentes sociales.

Michel Foucault (1999) llamó ‘tecnologías del yo’ a las formas de conocimiento y a las estrategias instaladas en los cuerpos de los sujetos que les permiten ‘ser’ y por tanto realizar operaciones en sus propios cuerpos, pensamientos y conductas, y mediante las cuales logran la felicidad, sabiduría, perfección u otro. Las tecnologías del yo pueden ser, frecuentemente son, reconvertidas en instrumentos de coerción –‘de inscribir órdenes, mandatos en el mismo cuerpo de lo sujetos, haciendo, de esta manera, más económico el sometimiento, ya que son los mismos sujetos los que se someten a esas órdenes’ (García-Canal, 2002:52)–, cuando las tecnologías de la dominación trascienden en las tecnologías del yo. En el caso de la dominación, y desde una perspectiva foucaultea, puede verse a la ‘intromisión’ de la PS como una manera de regulación de las tecnologías del yo.

La conciencia de que todo trabajo en donde se ejerce violencia simbólica es un trabajo en las redes de intercambio de capital y por tanto en las relaciones de poder, puede facilitar la reflexión de ‘el Otro’ (en tanto que es agente), y de la agencia interventora misma, sobre los contenidos, significados, fines y medios de los discursos y prácticas de PS en la búsqueda del descubrimiento de esa violencia y de esos significados para abrir la posibilidad de cambio en las relaciones agencia / ‘Otro’ con la consecuente orientación de esos trabajos al beneficio efectivo de este último.

III

Estamos proponiendo en este libro que solamente a través de procesos reflexivos críticos es posible una PS en donde el beneficiario real, no solamente discursivo, sea ‘el Otro’. Sin embargo, frecuentemente se confunden las posiciones críticas con posiciones contestatarias o de denuncia a todo lo que provenga de poderes de dominación. Es notable que

la necesaria resignificación que se pretende suceda como producto de intervenciones de PS, puede no ser a favor de la hegemonía e incluso las mismas 'bases sociales' pueden beneficiarse a partir de análisis reflexivos de los fines y los medios en los que suceden las múltiples intervenciones de promoción de la salud en donde las agencias tienen carácter múltiple, desde evidentemente instrumentales a los poderes hegemónicos, hasta surgidas desde la misma organización de las bases sociales, pero que se constituyen como agencias cuando son señaladas como responsables orgánicas de los propios procesos de promoción de la salud. Desde una posición crítica, el examen de los contenidos de poder constitutivos de determinados discursos o prácticas de PS, se encaminarán al entendimiento del juego de los significados de los discursos y prácticas de agentes jugando en las redes de poder, entendimiento que definirá el sentido y rumbo de acciones subsecuentes por parte de los agentes que hagan ese examen crítico.

IV

La reflexión crítica es en sí misma una práctica de promoción de la salud cuando se tiene en mente la utopía emancipadora; reflexión de los agentes a quienes se refieren las transformaciones deseadas, presente en todos los momentos de la planificación y operación de las prácticas de PS. La reflexión crítica requiere de insumos de información, avance en el entendimiento de la situación y realidad en la que se vive, rupturas en el conocimiento, ejercicio del lenguaje y de la responsabilidad de la construcción de la propia persona que reflexiona, de la producción de su espacio y la reconstrucción de las bases de identidad de los grupos sociales. La PS orientada por una utopía emancipadora tendrá que facilitar las condiciones para que la reflexión crítica sea posible; condiciones que incluyen el descubrimiento del saber y la voz propias, la generación de opinión, el desarrollo de capacidades comunicativas, de investigación, de construcción de solidaridades y objetivos comunes, de entendimiento de la situación socio-histórica, de análisis y toma de decisiones, de abogacía, de establecimiento de alianzas, de alfabetismo en las distintas materias que estén involucradas en los problemas de salud identificados, de pensamiento estratégico, de organización de acciones, entre otras. Estas necesidades de la reflexión crítica tienen en el centro la reflexión sobre los contenidos de poder de las prácticas de PS.

V

En el entendimiento de la manera en la que se ejerce el poder y cómo la posición ante el poder se escribe en el cuerpo y en el ambiente, podemos identificar la necesidad de ganar lo que pueda definirse como una ética de PS, espacio aún abierto para su construcción. Los cuatro principios de la bioética actual dominante,⁵ en la medida en la que se refieren a intervenciones, las médicas, pueden ser un punto de partida para impulsar la reflexión, que no la adopción, alrededor de una propuesta de ética de promoción de la salud.

Principio de autonomía: obligación del practicante de asegurar las condiciones necesarias para que 'el Otro' actúe de forma autónoma. La autonomía implica responsabilidad.

Principio de beneficencia: obligación de actuar en beneficio de otros, de promover sus intereses legítimos y de suprimir prejuicios.

Principio de no maleficencia: no realización de acciones intencionadas que causen daño a otros.

Principio de justicia: tratar 'al Otro' de manera tal que disminuyan o se eliminen las situaciones de desigualdad ideológica, social, cultural, económica u otras.

Aunque estos cuatro principios han sido formulados y aplicados principalmente en relación con la práctica médica, analizados desde una óptica crítica y llevados a la reflexión de los distintos agentes involucrados en las intervenciones en PS, implican acciones y cambios en las relaciones de poder que es lo que busca la práctica social de la PS guiada por la utopía emancipadora, por lo que, al haber sido ya aceptados por las profesiones e instituciones de la salud, pueden ser el inicio de una argumentación propia de la PS a la que aquí nos referimos.

Ante una situación en la que la profesión de la promoción de la salud es aún emergente, el diseño curricular para la formación de recursos humanos aparece en disputa. El logro de propuestas éticas críticas para

⁵ En el Informe Belmont (citado en Beauchamp y Childress, 1989) se publicaron por primera vez tres principios de bioética como resultado de los trabajos de una comisión nombrada por el Congreso de Estados Unidos en la década de 1970. Beauchamp y Childress (*ibid*) agregan un cuarto principio en la misma década. Estos principios han sido ampliamente cuestionados por su imprecisión fundamentalmente (ver por ejemplo: Gracia, 1991 y Atienza, 1999).

su inclusión en las nuevas propuestas curriculares puede coadyuvar a la orientación de sus contenidos y programas. Relevar la importancia del análisis de las dimensiones de poder de la PS es una manera de entrar en la disputa por los significados que gobiernan el aún emergente campo de la PS.

Por otro lado, este análisis ayudará en las acciones de *'advocacy'*, componente principal de la PS de acuerdo con los lineamientos internacionales de PS que será analizado en el primer capítulo de este libro, para lograr impulsar acciones y generar condiciones para que las decisiones de PS guiadas por la utopía emancipadora que surjan desde los agentes sociales, cuenten con un marco normativo y legal favorable y con los recursos necesarios para su realización. El análisis de los contenidos de poder en promoción de la salud facilitará asimismo contender con los procesos anti-saludables impulsados desde el mercado y la ingeniería social, mediante la recuperación del sujeto, la enfermedad digna y la buena muerte.

VI

Después de haber examinado distintos trabajos de PS en la búsqueda de experiencias emancipadoras ejemplares, entendemos que existen experiencias oficiales y no oficiales más o menos ricas en cuanto a avances o retrocesos en el camino de la utopía emancipadora, pero nos damos cuenta de que no hay experiencias ideales. Así, podemos identificar tanto experiencias de PS cuyo diseño muestra intenciones liberadoras y cuya implementación es subordinante, como experiencias que inician con protocolos oficiales rígidos que en su implementación dan lugar a respuestas liberadoras. Es por todo lo anterior que una crítica *'tabla rasa'* a todos los trabajos de PS como colonizantes, impositivos o subordinadores impide analizar y canalizar los esfuerzos de agentes con intenciones distintas a las subordinadoras, y a las acciones colectivas emergentes particulares hacia posibilidades de mejoramiento de la salud y las consecuentes inscripciones en los cuerpos-territorio y sus espacios, de lo que hablaremos más adelante en el capítulo tres de esta obra.

Sin embargo, la distancia entre experiencias más, menos o anti-liberadoras se puede apreciar en cierta regularidad entre las intenciones, la orientación discursiva, y la inclusión/exclusión de los significados de los agentes en la toma de decisiones durante el proceso de planificación

—desde la fase explicativa hasta la operativa— en prácticas de PS determinadas. La identificación de estas regularidades, así como de los cambios e inconsistencias en los proyectos de PS, facilita la comprensión de sus contenidos de poder y el mejor entendimiento de lo que sucede en sus distintos discursos y prácticas, con ánimo de mejorar los procesos de análisis, reflexiones, diseños, utilización de recursos, procesos de toma de decisiones, prácticas y evaluaciones para acercarnos más a la concreción del beneficio de ‘el Otro’. El entendimiento logrado al examinar el poder y reflexionar sobre el mismo junto con ‘el Otro’ puede facilitar que en los trabajos de PS los significados del ‘Otro’ se hagan más visibles y tengan mayor peso en la toma de decisiones.

Organización del libro

Este libro se organiza en dos partes y un corolario. La primera parte presenta un panorama de la promoción de la salud, o de las promociones de la salud, e incluye dos capítulos. El propósito del primer capítulo es relevar algunas de las dimensiones de poder desde donde se ha conformado esta práctica. Se hace referencia a la PS como una práctica personal y social que surge en la emergencia de la conciencia, es decir, en el origen mismo del ser humano y que sólo muy recientemente se oficializa al interior de las instituciones de salud. Este capítulo da cuenta de los distintos agentes y agencias locales, nacionales e internacionales—ejemplificando con la PS en México principalmente—, que han participado en la construcción de las ideas actuales de PS para presentar el escenario y la situación de donde emergen sus distintos discursos y prácticas; muestra la dificultad de lograr unificarla, y la no definición de sus categorías de estudio. Se reflexiona sobre cómo el movimiento internacional influye las políticas de PS en países de economías marginales y a la vez cómo el movimiento anglo está influido inicialmente por el movimiento de economías periféricas. En este capítulo se recurre a experiencias de distintas personas, grupos sociales, gobiernos e instituciones, seleccionadas de entre otras muchas más por considerar que en su revisión se puede construir un panorama de la determinación histórica de las definiciones y usos que se hacen del término <promoción de la salud>, dando visibilidad a los contenidos de poder y al carácter político de esta práctica; panorama en el que suceden todas las concepciones, valoraciones y prácticas de promoción de la salud, así como las interpretaciones, análisis y propuestas que aquí se

exponen. Finalmente se reflexiona sobre las múltiples clasificaciones de PS, algunos usos que de ella hacen las instituciones y sobre la posibilidad de revertir en beneficio de la población la acción de programas y recursos no favorables a su salud.

El segundo capítulo complementa el panorama de promoción de la salud mediante el análisis de la manera como se han impulsado políticas de promoción de la salud durante las últimas décadas, tomando como ejemplo el caso mexicano. Se argumenta que en las políticas de promoción de la salud de este país, el enfoque centrado en la modificación de los ‘estilos de vida’ ha devenido dominante y se caracteriza por una perspectiva reduccionista de los determinantes de la salud, la ausencia de una perspectiva de derechos sociales y la falta de reconocimiento de la capacidad de agencia de los sujetos para incidir en el ámbito público. Lo anterior hace imprescindible el cuestionamiento de esta perspectiva dominante en las políticas mexicanas de promoción de la salud, al tiempo que su reorientación hacia su vinculación con su producción social y el reconocimiento del derecho a la salud en un contexto de privatización de los servicios públicos en este ámbito.

En la primera parte de este capítulo se revisan los antecedentes y los olvidos de esta promoción de la salud dominante a partir de la influencia canadiense/lalondiana, la tradición preventivista y la neoliberalización del discurso oficial internacional de la promoción de la salud característica del siglo que comienza. Así, se promueven aptitudes personales y se deja a la responsabilidad de los individuos la conformación de los llamados entornos saludables, mientras que la idea de trascender lo curativo se convierte en pretexto para disminuir el gasto público en salud y para colocar la acción comunitaria en un carácter accesorio y pasivo o simplemente nulo. En la tercera y cuarta parte del capítulo se muestra, a partir de la revisión de los programas de promoción de la salud vigentes en México, la forma como esta perspectiva dominante termina por ignorar lo que ha propuesto como determinantes sociales de la salud; desvincula la política sanitaria de la económica y se suma acríticamente a la tendencia a la mercantilización y privatización de los servicios de salud; es decir, funge como un legitimador de las desigualdades sociales al tiempo que culpabiliza e individualiza la salud, ignorando los procesos colectivos. Frente a ello, se plantea que es posible ubicar una perspectiva emergente

de promoción de la salud que denuncie la desigualdad social y retome los determinantes sociales de la salud dando centralidad a la noción de derechos sociales; que vincule la política sanitaria con la económica, cuestione la mercantilización de la promoción de la salud y propicie procesos colectivos que impliquen la decisión de los sujetos al tiempo que promueva procesos de exigibilidad/emancipación.

La segunda parte del libro es la propuesta de una manera de entender la acción del poder tanto para disminuir la salud de la población como en la posibilidad de revertir la acción hegemónica sobre la salud. Esta parte también la constituyen dos capítulos. El objetivo del capítulo tres es explorar una manera distinta de estudiar la salud y las posibilidades de promoverla, en donde se considera como territorio al cuerpo en que el ser está encarnado. El capítulo se divide en dos secciones. En la primera sección de este capítulo se identifica a la enfermedad como una manera en la que la experiencia de los seres humanos con el poder se inscribe en sus cuerpos. Asimismo, se argumenta que la acción del poder de dominación se concreta en los usos que hace de los cuerpos para la producción de espacios favorables a sus propios fines y que por tanto, el cuerpo es el territorio irreducible en la mira del poder de dominación convirtiéndose en cuerpo-territorio. Se propone que la consideración del cuerpo humano como cuerpo-territorio abre un camino al estudio de la salud como capacidad humana y al de la construcción social de las enfermedades. En la segunda parte de este capítulo se exploran y ejemplifican cuatro elementos subjetivos que se expresan y pueden ser observados en la manera en la que los seres humanos producen sus espacios y en los mismos espacios producidos, y que las inscripciones en el 'pergamino de la vida' de las personas, pueden dar cuenta de la situación de salud y enfermedad resultante de su experiencia ante el poder, como personas y como conjunto social. Finalmente se propone, desde una perspectiva de la sociología bourdeana, que una promoción de la salud a la que guíe la utopía emancipadora, es una práctica que busca la modificación del conocimiento, el capital y el juego del capital en los campos sociales subordinados, con la fuerza necesaria para cambiar el funcionamiento del poder en las redes de intercambio de capital, y con la consecuente modificación en las inscripciones corporales y espaciales.

En el capítulo cuatro se reflexiona sobre algunas acciones colectivas en salud que han tenido lugar en América Latina en torno a los derechos

sexuales y de las personas que viven con VIH-Sida como un factor fundamental para repensar la promoción de la salud. En la primera parte del capítulo se retoma el debate sobre acción colectiva dando paso a la exploración de la posibilidad de referirse a las *acciones colectivas en salud* como aquellas que son emprendidas como demandas, movilizaciones o movimientos sociales en relación con las inequidades en el campo de la salud, la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud en tanto derecho social, que se perfilan hacia la modificación de los determinantes sociales de la salud y de su distribución desigual en la población nacional y mundial.

En la segunda parte de este capítulo se argumenta que la problemática latinoamericana y las acciones colectivas que responden a ella, nos sugieren repensar la promoción de la salud sobre todo en los ámbitos de la relación entre salud y sociedad; el papel de los sujetos y sus posibilidades de acción social transformadora; y las implicaciones en la construcción de conocimientos y el papel de los académicos. En la tercera parte se retoma la lucha contra la homofobia y por el reconocimiento de la diversidad sexual como un campo en el que durante las últimas tres décadas se han generado acciones colectivas tanto nacionales como internacionales que a través de la denuncia, de estrategias de visibilidad para crear corrientes de opinión favorables, de la incidencia en políticas públicas, de exigencia de derechos, e incluso, a través de la utilización de mecanismos judiciales, pretenden influir en el espacio público.

Se propone, al final de este capítulo, que la promoción de la salud puede vincularse a procesos autonómicos o emancipadores, entendidos como el involucramiento de los sujetos en procesos de independización y de construcción de autonomía; en estrategias colectivas social, histórica y culturalmente situadas mediante las cuales construyen una lectura propia de las problemáticas que los aquejan, ponen en práctica su capacidad de construir horizontes de transformación y se involucran en alternativas que pretenden incidir en el espacio público y propiciar modificaciones en las estructuras sociales a través de iniciativas autogestivas.

Finalmente el corolario de este libro esboza dos metodologías de estudio de los fenómenos de la promoción de la salud y propone algunas interrogantes para avanzar en el entendimiento de los contenidos de poder constitutivos de esta práctica.

REFERENCIAS

- Atienza, M. (1999) Juridificar la bioética. En Vázquez, R. (compilador) *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. México: Instituto Tecnológico Autónomo de México y Fondo de Cultura Económica. Capítulo III, 64-91.
- Baquero, M. (2003) Construyendo una outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Revista de Sociologia Política*, 21:83-108.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (1989) *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press. 3ª edición.
- Bourdieu, P. (1991) *Languaje and symbolic power*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. y Passeron JC. (1990) *Reproduction in education, society and culture*. London: Sage, (Primera edición en francés 1977).
- Bourdieu, P. (1987) *Choses dites*. París: Les Éditions de Minuit.
- Buchanan, D. (2000) *An ethic for health promotion. Rethinking the sources of human well-being*. New York y Oxford: Oxford University Press.
- Campbell, C. (2001) Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks. En: Baron, S.; Field, J. y Schuller, T., (editores) *Social capital : critical perspectives*. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 182-196.
- Coleman, J. (1990) *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Erben, R.; Franzkowiak, P. y Wenzel, E. (2000) People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing. *Health Promotion Journal of Australia*, 9 (3): 179-182.
- Foucault, M. (1999) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós/ I.C.E.-U.A.B. Colección Pensamiento Contemporáneo 7.
- Foucault, M. (1969) *L'arquéologie du savoir*. París: Éditions Gallimard.
- Gracia, D. (1991) *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.
- García-Canal, MI. (2002) *Foucault y el poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Hawe, P. y Shiell, P. (2000) Social capital and health promotion: a review. *Social Science and Medicine*, 51:871-85.

- Mittelmark, M. (2008) Setting an ethical agenda for health promotion. *Health Promotion International*, 23(1):78-85.
- Putnam, R. (2004) Commentary: 'Health by association': some comments. *International Journal of Epidemiology*, 33:667-71.
- Putnam, R. (2000) *Bowling alone: the collapse and revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Rissel, Ch. (1994) Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9 (1): 39-47.
- Sapag, J. y Karachi, I. (2007) Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista Saúde Pública*, 41(1): 139-149.
- Tannahill, A. (2009) Beyond evidence----to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23: 380-390 (Advance Access).
- Wallenstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.

CAPÍTULO 1

CONTENIDOS DE PODER EN LA HISTORIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD*Ma. Del Consuelo Chapela**

En las últimas décadas ha proliferado el uso del término «promoción de la salud» en los discursos nacionales e internacionales, en publicaciones científicas y en asociaciones profesionales, en programas técnicos y universitarios de formación de recursos humanos, en organizaciones de la sociedad civil, en la prensa y publicaciones de distribución popular, en contenidos publicitarios y de las ofertas de aseguradoras, programas de distintos tipos y en otros lugares que tienen que ver con la difusión de contenidos de significado. ¿Cómo y con qué fines se hace uso de este término? El propósito de este capítulo es reflexionar sobre la emergencia de este término, haciendo énfasis en algunos contenidos explícitos o implícitos de poder implicados en su uso. En este capítulo, al igual que en este libro, no pretendemos hacer una revisión exhaustiva de estos temas; ha sido difícil seleccionar, no por lo que se incluye sino por lo que se deja fuera, a los protagonistas, autores, experiencias, análisis, discusiones y reflexiones que en su conjunto han hecho la historia de la promoción de la salud. Recurrimos a experiencias de distintas personas, grupos sociales, gobiernos e instituciones, seleccionadas de entre otras muchas más por considerar que en su revisión se puede construir un panorama de la determinación histórica de las definiciones y usos que se hacen del término, dando visibilidad a los contenidos de poder y al carácter político de esta práctica; panorama en el que suceden todas las concepciones, valoraciones y prácticas de promoción de la salud, así como las interpretaciones, análisis y propuestas que aquí se exponen. En la primera parte hago un relato de la emergencia de este término en el contexto extraoficial de las últimas décadas y me refiero a prácticas anteriores que, sin utilizar el término, se pueden identificar con lo que hoy la oficialidad y

* Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud. Coordinadora del Diplomado en Promoción de la Salud. Jefa del Área de Investigación en Salud y Sociedad. conich@correo.xoc.uam.mx

algunas voces fuera de la oficialidad llaman <promoción de la salud> (PS). Enseguida identifiqué algunas características de la emergencia y utilización de este término en el contexto oficial internacional, señalando algunos contenidos de poder presentes en su práctica y discurso. Finalmente en la tercera parte de este capítulo reflexiono sobre las múltiples clasificaciones de PS, algunos usos que de ella hacen las instituciones y sobre la posibilidad de revertir en beneficio de la población la acción de programas y recursos no favorables a su salud.

La promoción de la salud antes de la ‘promoción de la salud’

Tras los movimientos sociales y políticos de las décadas de 1960 y 1970 -visibles particularmente como golpes de estado y en la respuesta social organizada que contendió con ellos; como movilizaciones nacionales de reivindicación social; como movimientos estudiantiles, sindicales, gay, feministas o hippies; como análisis y producción científica y artística crítica; y como conformación de una fuerza neo-liberal internacional y del mercado-, la conciencia social de grupos de personas en distintas partes del mundo se orienta al trabajo popular con grupos marginados del patrimonio de riqueza construido por la humanidad. Mucho del esfuerzo de resistencia se enfoca a despertar la conciencia política popular a partir de la identificación de las maneras en que la enfermedad hace presa de los grupos marginados en zonas rurales, urbanas, y alrededor de los procesos y espacios de producción; y a despertar la capacidad dormida para avanzar hacia la autonomía con respecto a las instituciones que se consolidan como agencias subordinantes. La educación, la incorporación de las mujeres a la toma de decisiones, la reivindicación de las culturas originales y el desarrollo productivo en el campo son otros de los enfoques favoritos de estos grupos. La relación entre los grupos que trabajan desde distintos enfoques y la frecuente coincidencia de los mismos en los sitios de desempeño, además de en reuniones destinadas ex profeso al estudio e intercambio de experiencias, logran un avance importante en el entendimiento de la relación intrínseca entre los distintos aspectos en los que cada grupo sustenta sus proyectos: salud, educación, producción, etc. En el caso de las enfermedades, se identifican formas de sufrimiento distintas a las biológicas como parte de la problemática de enfermedad. Esta relación entre grupos también consigue el intercambio de experiencias, de tecnología educativa –lo que en ese tiempo fue llamado ‘tecnología

apropiada’– y la producción y acceso a materiales de apoyo, folletos, manuales, reproducción de materiales, talleres, etc.⁷ En los siguientes párrafos hago un relato de lo que llamo aquí ‘promoción de la salud antes de la promoción de la salud’, es decir de esfuerzos múltiples por mejorar las condiciones de las posibilidades y el sufrimiento humanos, provenientes de distintos agentes sociales, con finalidades diversas, en distintos contextos, y que sucedieron fuera de los circuitos oficiales en donde la PS es tardíamente apropiada.

Promotores de salud y sus asesores

Desde finales de la década de 1960 y en la década de 1970 en la India y otros países asiáticos florecieron organizaciones locales de atención primaria a las enfermedades (Newell, 1975), algunas de ellas mediante la acción de agentes de instituciones gubernamentales, cristianas, internacionales de desarrollo y otras de gestión local cuyos modelos de trabajo fueron adoptados por las instituciones gubernamentales frecuentemente como respuesta barata al aumento de los costos de la curación de enfermedades y a la necesidad de pasar la responsabilidad de la salud del Estado a la población. De acuerdo con el Maestro Kenneth Newell⁸ es del éxito de estos trabajos que surge la idea inicial del sentido de una conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en atención primaria. La idea inicial de esta conferencia fue que analizara, discutiera y apoyara los trabajos de atención primaria basados en las organizaciones locales, de acuerdo con el modelo aprendido por él y otros asesores de la OMS durante sus estancias en la India y otros países; en concordancia, la sede

⁷ El IMDEC (Instituto Mexicano de Desarrollo Educativo y Cultural) se constituyó en uno de los centros de referencia principal para la formación en Educación Popular en México. En él se encuentra una reserva de materiales diseñados ex profeso. En Argentina la organización ALFORJA promueve y publica trabajos dedicados a este fin. Ver también por ejemplo la serie de materiales producido por CEIS (Centro de Educación e Información en Salud) (s/f) que comprende 5 módulos: Enfermedades por falta de educación y vivienda, por falta de agua y servicios sanitarios, falta de alimentación, módulo de la mujer y enfermedades por trabajo.

⁸ El maestro Kenneth Newell (ver por ejemplo 1988), de origen Maori, colaboró en la OMS en las décadas de 1960 y 1970, su trabajo lo llevó a las organizaciones de atención primaria de base (*grassroots*) en distintos países del mundo. Especialmente dedicó tiempo a colaborar con los centros de atención primaria en la India, con la intención de aprender de ellos lo que consideraba una alternativa real para mejorar la equidad en el acceso a los servicios, en el ejercicio del poder desde las comunidades. El maestro Knewell me asesoró personalmente en mis estudios sobre participación en la Liverpool School of Tropical Medicine, compartiendo conmigo esta experiencia política en la OMS.

de esta conferencia sería alguna ciudad de la India. Sin embargo, la idea se fue transformando en lo que finalmente fue la Conferencia de Alma Ata en Atención Primaria (1978), en donde no se logró convertir en política internacional de salud los aprendizajes de los movimientos populares y por tanto, los contenidos de apropiación de las decisiones en materia de salud por parte de los grupos locales y la redistribución de los recursos gubernamentales para el apoyo de sus iniciativas fueron marginados e invisibilizados en las declaraciones finales de la conferencia.

En Latinoamérica estamos probablemente presenciando la acción de la emergencia de agentes con voluntad de cambio a partir de poner en juego distintos análisis y entendimientos, por ejemplo, de las ideas del marxismo-leninismo,⁹ maoístas, de las post-marxistas y de las que, provenientes de la Europa Continental, ganaban terreno en la explicación de la existencia, la realidad y los determinantes socio-históricos de los problemas de individuos, grupos sociales y naciones enteras. Presenciamos también la emergencia, entre otros, de agentes seculares con vínculos con la floreciente teología de la liberación y las comunidades cristianas de base;¹⁰ agentes del establecimiento del feminismo, el ruralismo y la contracultura; y agentes con sentimiento profundamente latinoamericano, con la herida abierta del dolor provocado por la tortura y el desengaño imperantes a partir de los golpes de estado y los gobiernos castrenses en el cono sur, la indignación y solidaridad que causa el bloqueo de EU a Cuba, con la imagen de Ernesto Guevara 'El Ché', del movimiento sandinista revolucionario en Nicaragua, con las enseñanzas del controvertido peruano Mariátegui (ver por ejemplo Bassols, 1985), del argentino Aníbal Ponce (1969) o del mexicano Ricardo Flores Magón (ver por ejemplo Gómez-Quirón, 1977). Particularmente revelador de esto es la paradójica convergencia de grupos con posiciones diversas con respecto a qué hacer ante la injusticia y el fracaso de los sistemas e instituciones, alrededor del reconocimiento y aprendizaje del trabajo de David Werner (proyecto Piaxtla en Ajoya, Sinaloa, ver Fajardo y Werner 1998), siendo David un biólogo estadounidense que llega a Ajoya y lleva a cabo su trabajo no asociado a ningún activismo político o religioso, y que con el

⁹ Ver por ejemplo el trabajo de Agustín Sanginés (1989).

¹⁰ Un ejemplo de estos grupos es SEDAC (Servicios Educativos y de Desarrollo A.C.) y la emergencia de la organización campesina COVAC (Cooperativa del Valle, A.C.) con la asesoría de SEDAC (García y Cárdenas s/f).

tiempo se convierte en paradigma del trabajo desde lo local cuestionando a los asesores como probables introductores en la población del mismo poder que la oprime (Werner 1976, 1977). En la contraportada del muy utilizado libro argentino 'Técnicas participativas para la educación popular' (Vargas y Bustillos, s/f) aparece el siguiente texto:

El objetivo central [de este libro] es el de acompañar a los procesos de organización popular desde la Educación Popular. Con especial acento en la cuestión de producción y apropiación del conocimiento... El CEDEPO es una institución ecuménica, independiente del Estado, partidos políticos y las estructuras eclesiales. De raigambre cristiana. Con un marco de pluralismo político e ideológico popular, cuyos componentes fundamentales son la opción preferencial con y por los pobres, la oposición a todo tipo y forma de explotación y dominación, la voluntad de pertenencia al movimiento popular y de participación con él en la búsqueda de la liberación integral, nacional y latinoamericana, y la reafirmación del protagonismo insustituible de las mayorías en gestión del cambio social...

Durante varios años, los orígenes distintos de las intenciones y voluntades de acción política de los distintos agentes llamaron a la tolerancia y potenciación de esfuerzos, logrando incluso la constitución de 'organizaciones de organizaciones',¹¹

A finales de la década de 1970 y en la de 1980 los grupos de activistas de la salud en México vinculaban sus conocimientos y prácticas de la prevención y curación de las enfermedades aprendidos en las universidades o de experiencias internacionales como la de los médicos descalzos en China o las brigadas populares de salud en Nicaragua, con el saber y la educación popular,¹² la tecnología apropiada y la organización comunitaria –posteriormente ampliamente criticada ésta por los mismos grupos sobre la base de que no existe comunidad que no tenga

¹¹ Ejemplos de estas organizaciones de organizaciones en México son PRODUSSEP (Promoción del Desarrollo y Servicios en Salud y Educación Popular) y GEA (Grupo de Estudios Ambientales).

¹² La educación popular, aunque frecuentemente se vincula exclusivamente con la obra de Paulo Freire, y reconociendo su paternidad e influencia, es el resultado de múltiples reflexiones y prácticas sobre las propuestas de distintos autores y de la experiencia con los movimientos Latinoamericanos liberadores. El pensamiento entre otros de Mariátegui, Farabundo Martí y Fals Borda alimenta la filosofía, la teoría y la práctica de la educación popular Latinoamericana (ver por ejemplo: Gómez y Puiggrós, 1986; Fals Borda, 1986; Picón, 1983; Mirosheski, 1980).

sus propias formas de organización–, para el análisis de las razones y las condiciones en que se genera la enfermedad y la muerte así como para el diseño y la práctica de medidas para cambiar esas situaciones, buscando la también poco más tarde controvertida ‘auto-gestión’. Las palabras diálogo, concientización y liberación, palabras aprendidas del educador brasileño Paulo Freire (1972), aparecían en el centro de los discursos y prácticas de esos grupos constituyéndose probablemente en uno de los elementos de cohesión entre distintas intenciones y formas de aproximación al trabajo. Esos grupos, muchos asesorados por médicos y médicas alópatas en su mayoría jóvenes, proponían, con planteamientos y modalidades distintas, que la ‘liberación’ se lograría por la reapropiación de las prácticas, el conocimiento y los recursos propios de cada grupo social, que el pueblo los guiaría dado que de él aprenderían su saber, su fuerza y resistencia, y que la incorporación de conocimientos, prácticas y tecnologías proveniente de otros espacios no locales, en particular de la práctica médica alópata, homeopática y de la acupuntura, se haría en la medida en la que mostraran ser necesarios y eficientes para la resolución de problemas locales. David Werner (Bower y Werner, 1984:8) refiere:

...[cuando llegué a vivir con los campesinos] yo veía las necesidades de la gente como problemas físicos, determinados por el ambiente físico. Se podría comprender mi punto de vista miópico [*sic*], ya que mi educación había sido en las ciencias naturales. Yo tenía poca conciencia social o política... Posiblemente me hubiera quedado así, como se quedan muchos trabajadores de salud, si no hubiera convivido tanto con la gente de la sierra. Me di cuenta desde un principio de que ellos tenían fuerzas, sabiduría y resistencia de los que yo carecía. Fue así que dejé que me enseñaran sobre los aspectos humanos –e inhumanos– de sus necesidades y de sus vidas. No digo que nos sentamos y me explicaron todo; más bien compartieron conmigo sus casas, sus dificultades y sus sueños. Muchas veces he luchado con ellos contra grandes obstáculos para impedir la pérdida de un niño, de una milpa o de la esperanza. A veces ganamos, a veces perdimos.

Aunque frecuentemente las tradiciones en las que habían sido formados a lo largo de su vida estos activistas, sus convicciones y su fervor los llevaban a concentrar un gran poder a la hora del análisis de los problemas y la toma de decisiones por lo que se generaba cierto grado de dependencia mutua entre ellos y los grupos en la población con

que trabajaban, en conjunto lograron conformar una manera de entender los problemas de enfermedad de manera radicalmente distinta a la manera hegemónica. Entre los auxiliares de la pedagogía popular aparecían distintas formas de analizar la producción socio-histórica de las condiciones de vida, del adormecimiento de la conciencia, de las enfermedades y de la muerte, así como instrumentos para lograr políticas locales favorables a las necesidades de la gente, para planificar y administrar para el cambio y para la proyección fuera de lo local, en búsqueda del ejercicio de sus derechos.

Sin identificar de dónde provino el término, se hizo del entendimiento de todos que las personas de las comunidades que se capacitaban con el apoyo de estos grupos de activistas, ya fuera por iniciativa propia o por haber sido propuestas en asambleas comunitarias para dedicarse al trabajo en salud, eran 'promotores de salud'. No eran médicos, puesto que no eran médicos tradicionales locales ni médicos alópatas, ni se pretendía que fueran. El trabajo de estos promotores de salud era convenido con los grupos que los formaban, incluso en ocasiones en los centros de salud u otras dependencias de servicios gubernamentales; por su cuenta y como continuación con su vida comunitaria, los promotores valoraban su trabajo de manera diferente, por ejemplo, como una situación de esperanza, prestigiosa, de responsabilidad, complementaria a otras actividades colectivas, entretenimiento, inicio del cambio real, u otras valoraciones. Los promotores participaban en otras actividades y responsabilidades comunitarias, como comisiones, comisarías o cargos de responsabilidad común, y pública, tales como la del agua, de los caminos, de las fiestas, de la escuela, etc.,. Desde ahí la posibilidad de concretar las acciones relativas a las enfermedades se hacía mayor. Es decir, estábamos ante una figura *sui generis* de 'salubrista' local oriundo del lugar en donde realizaba su práctica, y su práctica estaba definida por las prioridades marcadas por las personas que habitaban ese lugar a las que agregaba las prioridades identificadas desde su nueva función como promotor. Entre promotores, asesores y demás involucrados, lograron cambios visibles más o menos duraderos en los patrones de enfermedad, en la provisión de servicios de atención en las comunidades, en la valoración y apropiación de los conocimientos locales y el alivio a la frustración e impotencia al menos durante el tiempo en que los asesores o los equipos de promotores desempeñaron su labor.

Por otro lado, los grupos que formaban a estos promotores de salud con frecuencia se identificaban con la figura gramsciana de 'intelectual orgánico'¹³ y se llamaban a sí mismos 'asesores', probablemente con la idea de que el trabajo lo hacían los promotores y las personas en las comunidades y no ellos. Los grupos de asesores estaban conformados de maneras diferentes, pudiéndose encontrar grupos que se organizaban alrededor de algún profesional experimentado, entre compañeros de estudios en la universidad, del activismo político previo o vigente, de organizaciones religiosas o profesionales, personas individuales con capacidad de liderazgo de distintos tipos, afinidades personales, o de otras maneras. Los grupos de asesores funcionaban como grupos independientes con sus propias estructuras, intereses, principios, fines, autoridades, valores, normas y conocimientos. Sin embargo, como se empezó a mencionar antes, en su surgimiento hubo algunos elementos que los distinguían: la convicción de que la opresión era causa principal de la enfermedad, la identificación de los componentes sociales de la enfermedad, los principios de solidaridad y respeto al saber y trabajo del otro, la finalidad común de crítica y cambio, la educación popular como componente filosófico, ético y práctico, la búsqueda del beneficio del otro por encima del beneficio personal, la integración de los compañeros(as) e hijos, la generosidad al compartir experiencias, conocimientos y prácticas, la creatividad para responder a los problemas y el trabajo incesante, la mayoría de las veces voluntario, son algunos de ellos. Aunque con parámetros distintos, por lo general se buscaba el reclutamiento de nuevos integrantes mediante el análisis de trayectorias y comportamientos de probables candidatos y luego en su introducción, socialización y formación hasta lograr su plena incorporación al grupo y sus tareas.

Cada grupo de asesores y cada grupo de promotores hicieron su propia historia, tuvieron sus propias inconsistencias e incongruencias, sus propios aciertos y desaciertos, y la longevidad del efecto de su trabajo así

¹³ Agentes cuyo papel es dar dirección a la organización social dentro de bloques históricos específicos (bloque histórico es el conjunto de situaciones materiales, políticas, económicas y sociales presentes y característicos de un momento histórico determinado). Un intelectual orgánico contra-hegemónico es un agente con conciencia de la realidad que lleva a cabo prácticas de reflexión crítica al interior de los grupos sociales subordinados con la finalidad de develar las contradicciones en un bloque histórico particular para lograr disminuir o revertir los efectos de la acción cultural lograda por los grupos hegemónicos que resultan en subordinación de los grupos sociales, mediante acciones contra-hegemónicas concientes por parte de los grupos subordinados (ver por ejemplo Gramsci, 1975).

como el destino posterior de sus integrantes es variado, como variado también el recuerdo que cada uno de ellos tiene de ese tiempo de formación de promotores de salud. Algunos grupos de asesores se reestructuraron al paso del tiempo¹⁴ y actualmente sus trabajos los llevan a cabo con o paralelamente a nuevos grupos de jóvenes que han constituido nuevos grupos asesores con mayor o menor conciencia de la tradición de la que son herederos. Para algunos de los grupos de arriba reciente la herencia que reciben está descontextualizada de su historia, un ejemplo de esto es cómo el pensamiento y el cuestionamiento de David Werner al que se hace referencia en este texto, al paso del tiempo han quedado invisibles ante tantos promotores de salud latinoamericanos y de otras partes del mundo, que actualmente utilizan su libro *Donde no hay doctor* (distintas ediciones y reediciones) sin terminar de comprender su valor. Por su parte, en las comunidades en donde se fueron formando promotores de salud, encontramos también que la memoria y efecto de los trabajos anteriores es variado: desde la total desaparición de la memoria de lo sucedido en las décadas anteriores, hasta la incorporación del cambio a nuevas iniciativas locales. Particularmente importante es observar la participación de los antiguos o presentes promotores de salud locales en los movimientos de reivindicación indígena, como es el caso de la rebelión zapatista en Chiapas que tuvo lugar a partir de 1994 en México (ver por ejemplo Heredia, 2009). Asimismo, cabría analizar en qué medida la proliferación a finales de la década de 1970 y en la década de 1980 de organizaciones internacionales no gubernamentales con orientación hacia el desarrollo de la participación social de base (*grassroots*), los discursos oficiales como el de Ottawa del que hablaré más adelante, los de las agencias internacionales y de las oficinas de gobiernos nacionales, así como movimientos populares actuales como el de 'La Asamblea de los Pueblos' (2000) y propuestas de promoción de la salud orientadas por la utopía emancipadora (por ejemplo la de Chapela, 2007) o los usos populistas y proelitistas de la promoción son herederos, reconocidos o no, de la promoción de la salud popular de las décadas de 1960-1980.

En este contexto sería difícil identificar una definición de promoción de la salud común a todos los asesores y grupos de asesores y a promotores y grupos de promotores, pero sí podemos identificar que la

¹⁴ Ver por ejemplo los trabajos de Benno de Keijzer (2003), los de Oralia Cardenas y Salvador García (2008) y el capítulo cuatro en este libro.

dimensión del poder está presente en sus concepciones. También identificamos que en principio, 'promotores de salud' eran los agentes en las comunidades y no queda claro qué tanto los asesores se percibían a sí mismos como tales. Las intenciones, los medios y los fines muestran que todos ellos parten de, o construyen, una posición crítica ante los problemas de la realidad. Es decir, en todos sus trabajos se identifica detrás de la situación de sufrimiento de las personas y de los grupos sociales, de su impotencia, real o sentida, de su marginación en la toma de decisiones, en la distribución de recursos, y en su mayor o menor desempeño de la resistencia a la dominación, a la manera en la que históricamente se han relacionado con el poder y al contexto de poder en el que se encuentran; y en sus trabajos se vinculan las dimensiones histórica, económico-social, cultural, biológica y práctica.

Antes de que el discurso oficial de PS llegara a instalarse en los discursos oficiales en América Latina, el trabajo de PS popular trascendió a las instituciones de una manera no buscada: a través de programas de entrenamiento de promotores de salud y parteras para la realización de prácticas comunitarias de contenidos regulados por los programas médicos institucionales, en donde las instituciones pagaban un salario quasi-simbólico a los promotores de salud, quienes cubrían distintos aspectos de los programas institucionales de atención primaria a un costo muy bajo para las instituciones. De esta manera, inició un proceso de resignificación del término <promotor de la salud> primero al interior de las instituciones y luego en las comunidades.

Aún más atrás

Pero la promoción de la salud no oficial tampoco inicia en las décadas de 1960-1980. En la búsqueda de antecedentes de promoción de la salud podemos ir más y más atrás, probablemente pudiendo solamente afirmar aquí, dado que por las características de este libro no se podrá sustentar ampliamente, que el origen de la promoción de la salud se encuentra en la misma emergencia de la conciencia humana, es decir, la promoción de la salud nace junto con la especie humana. La historia nos muestra los esfuerzos colectivos por promover la salud en distintas situaciones y circunstancias, desde los del clan y la familia, en tiempos de auge y en tiempos de pobreza, de esclavitud y de acción libertaria, de peste y

avances tecnológicos, de dominación de la racionalidad y de dominación de la espiritualidad o la superchería, y cómo esos esfuerzos varían en sus medios y fines de acuerdo con el sentido que le asignan los agentes humanos a su vida, con los paradigmas de conocimiento alrededor de los que los grupos sociales van dando cuenta de la realidad en la que se sitúan, del desarrollo tecnológico y de su contexto material, del sitio que ocupan en el conjunto social las agencias o los agentes que deciden para el conjunto social, de manera directa o indirecta, lo que sucederá son su salud y con su manera de sufrir, enfermar y morir, y de la resistencia o fuerza ejercida por el conjunto social para modificar su situación ante esos poderes. Podemos interpretar como promoción de la salud, por ejemplo en los albores de la humanidad, las prácticas de avenencia para lograr un mejor estatus ante las fuerzas de la naturaleza –sacrificios, rituales u otros–, en donde esas fuerzas solamente eran concebibles dentro del entendimiento de las cualidades humanas; estrategias de resistencia o subordinación ante un poder mayor desarrolladas para resolver problemas de hambre, enfermedad, muerte, sequía, hostigamiento, u otras formas de sufrimiento. La historia misma es un continuo de necesidad y práctica de promoción de la salud.

En el siglo XIX

Por ejemplo, en la Europa del siglo XIX, con el surgimiento de la ‘clase trabajadora’ vinculado a la industrialización, las relaciones existentes entre enfermedad y condición de existencia se hacen ampliamente visibles, explicadas y denunciadas por un lado por quienes padecen las condiciones de marginalidad y explotación y por los patronos, a quienes interesa mantener a la clase trabajadora en condiciones físicas favorables al desarrollo de la industria; por otro lado, por activistas, pensadores y científicos. En 1845 en Liepzig, Frederick Engels (1969) en ‘Health: 1844’ describe con detalle las condiciones en las que viven las clases populares, su sufrimiento, enfermedad y muerte y lo que él llama ‘asesinato social’:

...cuando [un individuo produce un daño que resulta en muerte] sabe de antemano que el daño será fatal, llamamos a este daño asesinato. Pero cuando la sociedad pone a cientos de proletarios en una posición en la que inevitablemente encontrará una muerte demasiado temprana o innatural, muerte que es tan muerte como la violencia de una espada o bala; cuando

le niega a cientos lo necesario para la vida, los pone en condiciones en las que *no pueden* vivir --los fuerza, a través de la poderosa arma de la ley, a permanecer en esas condiciones hasta que la muerte provee de lo que es consecuencia inevitable-- sabe que esos cientos de víctimas deben perecer, y sin embargo permite que esas condiciones sigan existiendo. su acción es asesina tanto como podemos afirmar la acción asesina de un solo individuo: asesinato disfrazado, malicioso en contra de quien no se puede defender, que no parece ser lo que es, porque nadie ve al asesino, porque la muerte de la víctima parece natural, porque la ofensa es más de omisión que de acción. Pero sigue siendo asesinato.

Al mismo tiempo que los efectos de satisfacer las necesidades de la industria y de los industriales daban visibilidad a la explotación 'del hombre por el hombre', los aportes de entendimiento del ser humano, de conocimiento en distintos campos y tecnología del siglo XIX (Koch, Pasteur, Jenner, Snow, Darwin, Marx, Freud, Nietzsche, entre otros) aportan los elementos para emprender un mejor entendimiento de la relación entre los problemas de enfermedad, vida y muerte con las condiciones de existencia y la conformación social. En 1820 William Alison en Escocia defendía en sus informes la necesidad de atacar las causas de la miseria y la indigencia; en 1826 René Villermé en Francia demuestra la relación entre la pobreza y la enfermedad (Terris, 1992); y en 1846 en Alemania, Rudolph Virchow proponía que las principales causas del tifo en la Alta Silesia eran factores sociales y económicos y que el estudio científico de estos factores era parte del estudio de la medicina (López-Piñero, 2000). Pensadores y activistas sociales en este siglo, ven en las condiciones de existencia y en las condicionantes de la enfermedad una expresión del poder hegemónico. en tanto, en la comunidad científica se identifican condiciones sociales, materiales y biológicas particulares en las que se desarrollan las enfermedades y se propugna por la acción sobre estas determinantes para cambiar el rumbo de las afecciones que aquejan a la población. Algunas acciones científicas, como los descubrimientos en la segunda mitad del siglo XIX que hizo John Snow (1936) en relación con el cólera en las aguas de algunas zonas en la ribera del Támesis, y de gobierno, como la institucionalización de la estadística sanitaria por Edwin Chadwick y William Farr en Inglaterra *circa* 1842 (López Piñero, 2000), se establecen como medidas de control de enfermedades al mismo tiempo que como formas de control social. El control que pretenden ejercer sobre

las enfermedades poblacionales las élites de las distintas sociedades, en este siglo y siglos anteriores, en donde se definen desde los centros de poder conductas sustentadas en significados producidos y distribuidos diferencialmente entre los grupos de población por esas élites, da lugar a lo que yo llamaría aquí una promoción de la salud institucionalizada a la que ya en el siglo XIX se le conoce como 'salud pública'. En los albores del siglo XX, sin embargo, de acuerdo con Nettleton (1988) el avance en la microscopía y la bacteriología parece volcarse al individuo como fuente de contagio y por tanto dando pie, justificando y validando el control y escrutinio al que se le somete:

Con la reorientación de la salud pública del ambiente como la fuente de peligro y el individuo percibido como la víctima, a la persona como transmisora de la enfermedad, el escrutinio de todos los cuerpos cobró importancia mayor. Los puntos de contacto entre las personas se volvieron cruciales para el control de los cuerpos (*Ibid*: 63).

Ya Foucault (por ejemplo 1975) en sus arqueologías del poder ha mostrado que el sometimiento del cuerpo con fines del ejercicio del poder es la historia misma del poder y la sociedad; la puesta de los cuerpos individuales a disposición de los médicos y de la imposición de verdades médicas por sobre otras verdades acerca del ser humano, es una de las características que distinguen las acciones en salud del siglo XX.

En el siglo XX

En el siglo XX, con los aportes de la filosofía, la sociología y la economía a la medicina, entre otros aportes,¹⁵ las propuestas de formas de entender la salud se multiplican y permiten pensar la salud diferente, a pesar de la dominación del pensamiento médico que favorece la individualización y cosificación del cuerpo, la vigilancia y el control social. Ejemplo de concepciones y discusiones sobre salud en este siglo y los albores del siglo XXI son los trabajos de Irving Goffman (1968), Georges Canguilhem (1971), Michel Foucault (1973 a); Ivan Illich (1976); René Dubos (1975); Vicente Navarro (1984, 1978); Cristina Laurell (1981); Thomas McKeown (1982); Aarón Antonovsky (1979); Fernando Savater (1994):

¹⁵ Ver por ejemplo Arnelagos, Brown y Turner, 2005.

Hans-Georg Gadamer (2001) por mencionar algunos. La corriente Latinoamericana de Salud Colectiva y Medicina Social (ver por ejemplo de Almeida-Filho 2000; Guinsberg et al 2006; Czeresnia, 2008), herederos de las interpretaciones marxistas sobre el ser humano, la sociedad y la economía, incorporan en sus discusiones mucho de este nuevo saber y entendimiento, creando desde la década de 1970 programas de formación profesional de posgrado que desarrollan categorías de estudio en donde las determinantes sociales y las dimensiones de poder del proceso salud-enfermedad han sido un enfoque principal de sus investigaciones. Principalmente a partir de la década de 1970 la relación poder/ paradigma positivista de la salud/neo-liberalismo, comienza a ser estudiada y denunciada como una de las responsables del sufrimiento y la muerte de grandes grupos sociales; es decir, se señala, demuestra y denuncia al poder de dominación en general, y al médico-hegemónico en particular, como el gran responsable de las determinantes de la enfermedad.

En Europa surgen en esta década oficinas y organizaciones para el apoyo de trabajos de salud con enfoque liberador, principalmente desde la perspectiva de la participación en la atención primaria, el saneamiento, la alimentación y la atención a las mujeres. Los nombres de esas agencias hablan de cómo miraban los problemas de salud o desarrollo en el mundo, por ejemplo AHRTAG -Appropriate Health Resources and Technologies Action Group-, TALC -Teaching Aids at Low Cost-, Médicos del Mundo, PROWWESS -Promoción del rol de la mujer en servicios de agua y sanitarios-, y UNDP -Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-. Estas agencias producen programas, asesorías y materiales para su distribución a nivel mundial o en colaboración con grupos y agencias en países de economías periféricas. Ejemplos de lo anterior los podemos encontrar en Verdusco *et. al.* (Guatemala, 2002), Amonoo *et. al.* (1984), Srinivason (1990), Battersby (1983), King (1978), Simmonds et al (1983), Kroeger y Luna (1987), o el programa Niño-a-niño, por mencionar algunos.

Ya en la década de 1990 y lo que va de la del 2000, la vinculación de la salud con la producción y venta de mercancía es ampliamente visible y a finales de esta década la construcción desde el mercado del cuerpo-objeto consumidor y consumible aparece sin ningún recato como

verdad naturalizada.¹⁶ Paradójicamente, los usos de la salud vinculados con esos paradigmas (positivista y de mercado), a la vez que más difundidos y naturalizados entre la población y los profesionales de la salud, cada vez son más cuestionados tanto por la población que de cualquier manera se encuentra enredada en ellos en su exposición cotidiana a sus contradicciones, como desde una academia que lentamente, con obstáculos y tropiezos, en mayor o menor medida y dependiendo del contexto político-económico del país en referencia, va sensibilizando a algunos sectores de las instituciones académicas y oficiales por ejemplo, con trabajos sobre formas de entender la salud alternativas a la médica o los centrados en la enfermedad,¹⁷ que buscan la concurrencia de paradigmas y metodologías de las ciencias sociales para buscar entendimiento en la experiencia de agentes sociales específicos, mostrando las virtudes de saberes, conocimientos y prácticas marginales, con las que la población se ha mantenido existente a lo largo de los siglos.¹⁸

Hasta el momento estos trabajos, y los aprendizajes del trabajo de una promoción de la salud que considera las relaciones de poder llevado a cabo por cientos y quizás miles de 'asesores' y personas en la comunidad, aunque han fructificado entre los estudiosos de la salud, están marginados de hecho, que no siempre en el discurso, en las comunidades e instituciones médicas y oficiales, incluyendo sus subsidiarias académicas que hasta el momento mantienen el control hegemónico de significados, políticas y prácticas de la salud, de la enfermedad, y, desde luego, de las políticas y prácticas de promoción de la salud. Es interesante por ejemplo ver cómo el potencial transformador de entender y estudiar los procesos sociales de construcción de las enfermedades, claro aún en el ámbito de la ciencia desde hace décadas, en múltiples discursos médicos y oficiales se transforma en culpabilización de la población y en proliferación de programas de bajo costo; interesante observar que la incorporación de las personas en la población se haga mayoritariamente para completar programas predefinidos fuera de las comunidades y que no sea sino hasta el año de 2004 cuando se admite y convierte en política la consideración

¹⁶ Ver por ejemplo: Granda (2006), Breilh (2003), Buchanan (2000), Beauchamp (1996), Laurell (1994), Módena (1990), Baur (1988), Ignatieff (1988), Menéndez (1985, 1982).

¹⁷ Ver por ejemplo: Pender (2006), O'Dea (2005), Ceci (2004), Henriksen y Hansen (2004), Jones, (2004), Martín (2004), Martínez-Salgado y Leal (2003), Salmon y Hall (2003), Tinetty y Fried (2003), Tousijn (2002).

¹⁸ Ver por ejemplo los trabajos de Marshall (2005) y McMullin (2005).

de las determinantes sociales de la enfermedad, constituyéndose como institución internacional la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2007).

Si analizamos los propósitos y medios de la 'promoción de la salud antes de la promoción de la salud' y los comparamos con los discursos oficiales de promoción de la salud de las últimas tres décadas, podremos observar el retraso y la parcialidad con las que éstos últimos han sido contruidos. Para entenderlo mejor, veamos cómo se construye el discurso oficial en promoción de la salud.

Promoción de la salud oficializada

Al hablar de promoción de la salud oficializada, me estoy refiriendo tanto a los discursos y prácticas oficiales de promoción de la salud como al discurso y práctica institucional en general, incluido el proselitismo político, religioso, empresarial u otro, en donde se usan términos tales como salud, participación y promoción de la salud con fines del sostenimiento de las propias instituciones en ocasiones por encima de fines de alivio de las necesidades de la población y en donde los medios utilizados dan cuenta de esos fines. Veremos en los siguientes párrafos dos aspectos de la promoción de la salud oficializada, su construcción en el medio internacional y algunas derivaciones que tiene en su aplicación. Ya que en el capítulo dos de este libro se hace un análisis de las políticas de PS en México, en esta sección me concentraré en el desarrollo internacional de la PS.

Antes de la OMS

En la primera década del siglo XX y más adelante con el paso a la modernidad, enormemente influenciado por la emergencia de las ideas del socialismo, surgen en Europa proyectos como 'la Escuela del Aire' en 1909 en donde se propone la posibilidad de actuar sobre la educación y entrenamiento del cuerpo en condiciones de acercamiento a la naturaleza para la recuperación de las enfermedades, como parte de un movimiento que pretendía el logro de cuerpos más bellos y 'mejores' para el desarrollo de sociedades más avanzadas y colectivas. La Escuela del Aire tuvo expresiones latinoamericanas. El Instituto de Enfermedades Respiratorias, originalmente un edificio construido con un mínimo de paredes en una

zona boscosa, es un ejemplo de la influencia de esta corriente en México. Es a mediados del siglo XX que, de acuerdo con Terris (1992), el término 'promoción de la salud' se utilizó por primera vez en 1945 por el historiador médico Henry Sigerist al identificarla, junto con la prevención de las enfermedades, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación, como las cuatro tareas de la medicina (Sigerist, 1946); estas cuatro tareas se ven reflejadas en el trabajo de Leavell y Clark (1958), quienes identifican a la PS como una de las acciones de lo que ellos propusieron como primer nivel de prevención de las enfermedades en su estadio prepatogénico.

En las décadas de 1930 y 1940, en una Europa devastada por las dos grandes guerras en donde las necesidades de curación rebasaban la capacidad hospitalaria, los éxitos de la indoctrinación religiosa a través de prácticas pedagógicas y con ellos el sostenimiento de la ocupación de las colonias europeas, anunciaban la posibilidad de 'educar' a la población para que resolviera algunos de sus problemas de enfermedad y así disminuir la demanda de atención. La Liga de las Naciones identifica entonces en la educación a la población en materia de higiene y auto-cuidado, una estrategia para disminuir la demanda hospitalaria. Clair Turner (2001:21) refiere en su diario de septiembre de 1935, durante una visita a la Liga de las Naciones en Génova:

Septiembre 14... Conoci a Bonnet, quien considerará a la educación en salud una actividad de cooperación para su Sección y para la Sección de Salud de la Liga...

Las actividades de educación en salud continuaron en Europa hasta la ulterior conformación en 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En las siguientes décadas la educación en salud se informa de experiencias nacionales, regionales e internacionales como la emergencia de alternativas populares para la provisión de servicios, por ejemplo la alternativa china de los médicos descalzos o la de los movimientos populares en distintas regiones del mundo. Sin embargo la educación en salud permanece por muchos años instrumental a los gobiernos para informar, orientar y convencer u obligar a la población a ejercer prácticas en su vida cotidiana, inculcando en distintos grupos de población principios y valores propicios a la aceptación de cambios en 'hábitos' y 'costumbres' que conducirían a la emergencia de enfermedades.

El tiempo de la OMS y de la IUHPE

La OMS, constituida en 1946 como una sección de la Organización de las Naciones Unidas, recoge en sus políticas y programas la iniciativa de educación en salud; en las siguientes décadas, durante la llamada ‘guerra fría’, proliferan los programas, brigadas, guías, manuales, filminas, cortes cinematográficos y otras técnicas de la educación en salud reforzando y ayudando particularmente al desarrollo e implementación de los distintos programas de prevención de enfermedades, prototípicamente los de saneamiento y vacunación, que se fueron requiriendo a lo largo de tres décadas. Muy cercana a las actividades de educación en salud de la OMS, y con el apoyo e iniciativa del gobierno francés, en 1951:

...la Unión [Internacional de Educación en Salud, posteriormente Unión Internacional de Educación y Promoción de la Salud (IUHPE)] inició su jornada. Sucedió después de la guerra y del establecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos dos eventos ejercieron una gran influencia en la atmósfera de reconstrucción de una nueva vida para Europa y quizás para el mundo, más democracia, más atención a las necesidades de la gente (Modolo, 2001:15).

La Unión Internacional de Educación en Salud, que décadas después con el nacimiento de la promoción de la salud se constituyó en IUHPE (Internacional Union of Health Promotion and Education), sin ser una agencia de gobierno sino una unión de profesionales, primero de la educación en salud y después también de la PS, se ha mantenido desde entonces íntimamente vinculada con la OMS participando de manera importante en los análisis y producción de iniciativas y acuerdos internacionales relativos a la PS.

Como producto de problemáticas diferentes, los gobiernos experimentan estrategias diversas para lograr la limitación de los problemas de enfermedad, mismos que apuntan a la necesidad de trascender la educación en salud tradicional. Czeresnia (2008:47) afirma que:

Una de las motivaciones centrales de esta recuperación [del pensamiento médico-social del siglo XIX] fue la necesidad de controlar los costes desmedidamente crecientes de la asistencia médica, que no se corresponden a

resultados igualmente significativos. Se convirtió en una propuesta gubernamental... ampliar, más allá del abordaje exclusivamente médico, el reto lanzado hacia los problemas de salud pública, principalmente enfermedades crónicas en poblaciones que tienden a hacerse proporcionalmente más viejas.

La experiencia canadiense para enfrentar la problemática de una nación con amplio territorio, poca población y múltiples culturas es particularmente importante en el cambio discursivo oficial de educación en salud a promoción de la salud. En el año de 1974 el gobierno canadiense, por voz del ex-ministro de Salud y Bienestar en Canadá, Marc Lalonde, publica 'Una nueva perspectiva para la salud de los canadienses', documento que después sería mejor conocido como 'el informe Lalonde', en donde:

...[se] contempla la descomposición del campo de la salud en 'cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención a la salud. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad en el Canadá, y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud del país (Lalonde, 1983:13).

Después del informe Lalonde, en otros países se producen otros informes oficiales en donde se documenta y refiere el carácter multidimensional de la salud y en los que ya se incorpora el término <promoción de la salud>. Desde entonces y hasta nuestros días, han coexistido en los discursos la educación y la promoción de la salud, no exentos de problemas de definición e identidad. A través de los años la 'educación informativa' ha sido vista como panacea cuando no hay compromiso real para la atención de los problemas profundos en salud. Las visiones técnicas de educación y las demandas impuestas a los gobiernos por las agencias hegemónicas nacionales e internacionales –por ejemplo anticipación de proyectos, metas fijas, eficiencia evaluada cuantitativamente– obstaculizan los proyectos de educación crítica (Jarillo *et al.*, 1999). Algunos educadores en salud cambiaron a la aproximación de la promoción de la salud; algunos otros la consideran la modalidad actual de la educación para la salud o la salud pública; otros mantienen sus conceptos y prácticas anteriores y otros no se enteraron del cambio. En la disputa entre los seguidores de la educación para la salud y los de la promoción de la salud aparecen

diferencias conceptuales y prácticas que pueden interpretarse como lucha por controlar este campo que hasta ahora había sido territorio médico.

Alma Ata y Ottawa

La realidad de pobreza y marginación en el mundo y, desde mi perspectiva, la avenencia de nuevas enfermedades y cambios en los perfiles epidemiológicos, aunados a las manifestaciones de creciente descontento social e intereses geo-políticos, son probables razones por las que la OMS hace un reconocimiento público de la ineficacia de las políticas y estrategias que hasta ese momento se impulsaban desde la OMS para responder a la problemática de salud de la década de 1970 caracterizada, entre otros, por creciente marginalidad, pobreza en el mundo, aumento de enfermedades crónicas, proliferación y encarecimiento de tecnología médica e insuficiencia de acceso a los servicios de atención a las enfermedades (ver también Menéndez, 1985, 1984). En 1978 en Alma Ata, Rusia, tiene lugar la conferencia mundial en salud a la que hago referencia en la sección anterior en este mismo capítulo, conferencia en la que algunos de quienes participaron en su concepción pusieron sus expectativas de cambio. Como ya mencionamos, la conferencia inicialmente pretendía recoger e impulsar la experiencia de atención primaria en países asiáticos, particularmente la recogida en la India. Y sí, la conferencia fue convocada como 'Conferencia en Atención Primaria'; desde esa conferencia se gestó una política de atención primaria y una estrategia de promoción de la salud que recoge algunas de las formas aprendidas en campo pero que poco tiene que ver con el sentido, intención y medios de la PS aprendida en aquellos países. Es así como Alma Ata, aunque en su discurso lance ideas como la participación de la gente (*grassroots*) y la promoción de la salud, frustra la posibilidad de incorporación de voces distintas a las franco-anglosajonas y el concepto popular de PS queda invisibilizado para constituirse en un término que poco a poco se incorpora en el discurso y los programas de los trabajadores de las organizaciones oficiales internacionales y nacionales, en donde por algunos años coexiste con la educación para la salud.

En el seno de la OMS la PS oficial internacional va formulando paulatinamente sus propios principios y estrategias, produce y recupera informes y conclusiones que se generan desde una 'visión 'incluyente'

de las condicionantes sociales de la salud y hace recomendaciones para un desplazamiento de políticas, estrategias y recursos de la prevención y curación de las enfermedades a favor de la PS. Quienes la estudian y difunden comienzan a hacer planteamientos propios de la crítica académica franco-anglosajona, informadas entre otras desde sus experiencias colonialistas y de reconstrucción en la pos-guerra, de las nociones de participación provenientes de otras latitudes, e incorporando voces de la economía, la sociología, la antropología y la pedagogía, descentrando a los médicos y otro personal que tradicionalmente regulaba la educación en salud, pero ignorando los entendimientos, avances y propuestas de otros espacios. Hona Kickbush, considerada como uno de los personajes más influyentes en la construcción de la PS oficial internacional, refiere:

En 1981, Robert Anderson y yo emprendimos un viaje de estudios a Canadá con el fin de comprender lo que estaba sucediendo allí con la promoción de la salud en lo que respecta a programas y políticas. Canadá era entonces el único país que contaba con una Dirección General de Promoción de la Salud, habíamos oído hablar de proyectos que, como 'Participation', habían tenido éxito y queríamos saber de qué iba todo aquello (Kickbush, 1986:9).

Algunos años después, en 1986, este movimiento de PS alcanzó la fuerza suficiente para reunir a representantes de 38 países, con casi nula representación de países de economías periféricas, en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá en donde se oficializa la promoción de la salud. Aunque explícitamente la OMS apoya pero no suscribe la carta de Ottawa, muestra durante los años subsecuentes interés en la identificación de alternativas estratégicas para el mejoramiento de las condiciones de enfermedad. A partir de ahí la PS ha sido vista por algunos expertos y agencias como la 'nueva salud pública'. También a partir de ese momento, aunque cada vez se utiliza más, el destino del término se vuelve errático, marcado por el uso que de él hacen las agencias oficiales y agentes de todo tipo.

La Carta de Ottawa

Para estudiar los contenidos de poder de la PS oficializada, es importante primero recordar lo que Ottawa propuso y sus intenciones, mismas que han sido interpretadas de distintas maneras. Los siguientes párrafos

corresponden con mi análisis e interpretación al observar los contenidos de poder inmersos en esta carta y que muestran el potencial saludable de la misma, no con lo que de hecho sucede en su incorporación a los discursos y prácticas oficiales. Algunos aspectos de la interpretación que hago aquí, corresponden con las interpretaciones de otros autores, como más adelante se mostrará. La Carta de Ottawa define a la PS como:

La promoción de la salud consiste en **proporcionar** a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor **control** sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser **capaz de 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 **fuerza** 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 (1986) {negritas agregadas}.

En esta definición encontramos algunas palabras que requieren de especial cuidado en su análisis e interpretación. Iniciamos con la palabra 'control'. La Carta de Ottawa se formula en un contexto institucional y académico, gobernado principalmente por el pensamiento médico europeo positivista y los intereses económicos y políticos de las agencias internacionales, en donde la tarea de introducir nuevas ideas es sumamente difícil, empezando por la dificultad de ruptura epistemológica de los mismos agentes de cambio, en este caso, quienes formulan a la carta de Ottawa como idea novedosa dentro de los marcos institucionales. Una muestra de esto es la utilización de la palabra 'control', que, si bien la carta de Ottawa propone que sea la misma población quien controle su salud para el logro de sus aspiraciones y la satisfacción de sus necesidades *vis a vis* el control de la misma en manos de los gobiernos, muestra la idea racional gestada desde el siglo XIX y afianzada en la modernidad, del ideal del hombre por encima y en control de la naturaleza, capaz de reducir las incomodidades que la naturaleza le causa; la salud como cosa aparte de la persona que a fuerza de entendimiento y razón podrá finalmente dominarla, ideal plasmado en las Ciencias Naturales y su método y en la formulación de verdades científicas, como únicas verdades confiables. De

cualquier manera, la introducción de la palabra 'control' puede ser vista como un reconocimiento de una intención que desde siglos atrás está en manos de la gente ilustrada, gente de 'entendimiento', los gobernantes, las autoridades, *vis a vis* la población y pudiera ser vista como muestra de la voluntad de tomar en consideración la dimensión del poder para promover la salud.

Como habría que esperar tomando en consideración quiénes fueron sus participantes, la redacción original de este documento es en inglés, las cartas resultantes de conferencias posteriores también fueron redactadas inicialmente en este idioma. Hay tres palabras de uso recurrente en los discursos de PS que, junto con la palabra 'control' le imprimen su carácter político: 'enable' 'empowerment' y 'advocacy'. Es importante señalar que precisamente estas tres palabras no tienen una traducción precisa al español, por lo que es necesario hablar un poco de ellas. La palabra 'proporcionar' que se utilizó en la traducción al español interpreta a la palabra *enable* que significa permitir, hacer posible algo y, según mi entendimiento, está más referida al poder que la persona tiene y puede ejercer en condiciones favorables, que a las cosas que se les puedan 'proporcionar'. Veremos más adelante la diferencia que esta delicadeza puede hacer en el análisis e interpretación de los contenidos de poder de esta carta.

La palabra 'empowering'. Aunque el verbo empoderar cayó en desuso en la lengua española hasta la década de 1960 se ha reinstalado en algunos discursos oficiales y no oficiales como traducción de la palabra inglesa *empowerment*. Las acepciones una y dos del verbo, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española son: *Dar poder una persona a otra para que la represente en juicio o fuera de él. // antiguo. Poner en poder de alguno una cosa o darle la posesión de ella.* De acuerdo con estas acepciones, 'empoderar' se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente, probablemente como lo que sucede cuando se traduce *enable* por 'proporcionar', o cuando en la práctica encontramos que los expertos 'empoderan' a la gente. Esta es frecuentemente la interpretación de *empowerment* que se hace en los discursos oficiales neo-liberales que perpetúan la relación de dominio sobre

la población, cosa contraria a la intención de 'apoderar', más cercana al concepto de autonomía,¹⁹ en donde el sujeto es un agente activo que se dota a sí mismo y recupera lo que es y era suyo en primera instancia. Afortunadamente, y a diferencia del idioma inglés, en Español contamos con la palabra *apoderar*, la que, contrariamente a frecuentes interpretaciones de *a-poderar* en donde se asume que el prefijo <a> niega la raíz <poder>, en sus acepciones tres y cuatro del Diccionario de la Lengua Española se define como: 3. *pronominal. Hacerse uno dueño de alguna cosa, ocuparla, ponerla bajo su poder. // 4. antiguo. Hacerse poderoso o fuerte; prevenirse de poder o de fuerzas.* Sin embargo, esta diferencia no se hace en el discurso oficial, es más bien en los hechos en donde podemos ver que en las acciones 'empowering' encontramos la mayoría de las veces intenciones y resultados de empoderamiento y pocas veces de *apoderamiento*, perdiendo la fuerza que este concepto pudiera tener para el impulso de las posibilidades autonómicas.

La palabra '*advocacy*'. Buscando en la literatura especializada en PS. encontré que Carlisle (2000) elabora una tipología de *advocacy* para poder dar cuenta de sus distintos significados. Rice (1999) sostiene que *advocacy* es un aspecto de la promoción de la salud esencial para desarrollar políticas y programas efectivos para modificar la situación de salud, y Wise (2001) argumenta que las acciones llevadas a cabo como *advocacy* definen las agendas, dan forma al debate y avanzan las políticas pero, como muchos otros autores, no define el concepto. Wise toma en su artículo la propuesta hecha hasta entonces en el Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco en México:

...*advocacy* significa, además de "defender", hablar a favor de alguien o algo, mantener una causa en contra de intereses ajenos, o defender una idea: llevar

¹⁹ La palabra <autonomía> proviene del griego 'auto' (uno mismo) y 'nomos' (norma), entendiéndose entonces como 'autonomía': regirse uno mismo por sus leyes; la autonomía se opone a la heteronomía: regirse desde las leyes de otro. El concepto de autonomía está presente en la filosofía desde el helenismo clásico hasta nuestros días, vinculado con los problemas de la libertad-responsabilidad; determinismo-irresponsabilidad; la moral-ética/deontología-axiología; el concepto de ser humano como finalidad trascendente/utilitarismo individual, entre otros. Lo encontramos también por ejemplo, en el desarrollo de la psicología, el derecho, la bio-ética y las ciencias políticas. En este trabajo entendemos la autonomía como 'regirse uno mismo por sus leyes'. Este concepto, al igual que el de emancipación, nos lleva a considerarlo como una utopía por las razones que se desarrollan particularmente en el capítulo tres de este libro.

a cabo actividades o negociaciones dirigidas a lograr algo a favor de alguien, ejercer el poder de hacer algo a favor de alguien, en donde "alguien" puede ser la persona misma, grupos, comunidades o la sociedad en su conjunto" (Chapela, citado en Wise, 2001).

Al no encontrar una traducción convincente de esta palabra, organizamos en 2005 una sesión destinada a la discusión sobre el término en el contexto del diplomado referido. En esa reunión Outón (2005) consideró que el término *advocacy* puede traducirse como *defensoría* ya que su raíz es la misma que la de abogacía (lat. *advocatus*) y Cerda (2005) equiparó *advocacy* con la teoría y sus trabajos en exigibilidad y justiciabilidad (ver más adelante en el capítulo cuatro de este libro). Dados los problemas de interpretación de este término, quizás sea mejor mantenerse con la definición del Heritage Dictionary of the English Language: *apoyo activo por una causa*. Hay otros aspectos de la definición de Ottawa que analizaré enseguida.

Con esta definición de PS no es difícil entender por qué se percibe a la PS como 'la nueva salud pública' (ver por ejemplo Kickbush, 2003) y por qué esta visión es criticada por ejemplo por Lefebvre (1997). Como características comunes con la salud pública encontramos que se refiere a prácticas que los gobiernos llevan a cabo en relación con la población. La definición de PS de Ottawa se está refiriendo a una instancia de gobierno, poder o autoridad como agencia capacitada para lograr las condiciones y medios favorables a la salud de los pueblos. Enseguida notamos que se refiere a 'los pueblos', al conjunto o conjuntos sociales, es decir, a una práctica pública para que el conjunto o conjuntos sociales 'mejoren y controlen' su salud; la utilización de la palabra '*enable*' a diferencia de 'proporcionar' nos refiere a que son los pueblos quienes mejoran su salud, quienes tienen la capacidad saludable 'capacidad saludable' descrita por Chapela (2008a), no son los gobiernos quienes se la mejoran. Podríamos decir, en apoyo a esta interpretación, que la salud, en tanto capacidad de los individuos, solamente mejora en los individuos, no en otra parte, dejando a los gobiernos la obligación de allanar el camino para que los agentes sociales ejerzan su capacidad saludable. Esta salud se refiere a las capacidades de las personas como individuos y como conjunto social, y a la capacidad de las agencias para responsabilizarse de crear las condiciones para que las capacidades saludables individuales y sociales

se ejerzan y desarrollen. En el ejercicio de su capacidad saludable, como proponemos en los capítulos tres y cuatro en este libro, los agentes dan sentido y modifican la forma al espacio y, probablemente es sobre la producción de ese sentido y sobre las modificaciones del espacio resultantes de su práctica, que las acciones del conjunto social puedan ser controladas, pero no sobre la salud misma. Esta situación cambia cuando el sentido de 'control' es de dominación de unos agentes sobre otros, en donde la dominación, como proponen Pierre Bourdieu y Michel Foucault, precisamente se logra a través del control de los significados de agentes particulares en el conjunto social para conseguir que sean los mismos agentes quienes lleven a cabo las prácticas favorables a la dominación.

El ejercicio de las capacidades saludables individuales y colectivas se expresa en la formulación, acción y logro de aspiraciones de cada una de las personas y sus grupos sociales de referencia a nivel micro y macro, es decir desde sus familias, hasta las agencias que los representan a nivel local, regional, nacional e internacional; aspiraciones que, considerando la diversidad histórica, cultural, de valores y significados que enriquecen la vida humana, podemos esperar que sean diversas. Desde esta interpretación, estamos ante el reconocimiento de que no pueden existir expertos con verdades únicas que verdaderamente promuevan la salud de acuerdo con esas verdades, sino expertos en PS capacitados para entender esa diversidad y para colaborar con agentes individuales o colectivos en la formulación y alcance de esas aspiraciones; asimismo podemos identificar a los mismos gobiernos como destinatarios de las acciones de PS, en tanto que, como agencias sociales, tendrán que desarrollar su capacidad de 'aspirar' y formular proyectos de acuerdo con su obligación de allanar el camino para que los grupos sociales y los individuos que los componen ejerzan su salud dentro de los contextos éticos y jurídicos que el conjunto social valide y la disponibilidad de recursos de los mismos. Quizás mirado de esta manera, idealmente el primer trabajo de PS para los gobiernos u otras autoridades capaces de responsabilizarse de la PS de la población es pensarse a sí mismas para lograr su propia reconstitución. Interesante observar que, desde esta manera de entender la PS, podemos llegar a la conclusión de que es la misma población quien ejerce su autoridad sobre la institución para orientarla en este repensarse y reformularse, haciendo entonces a las instituciones funcionales al interés colectivo y alejándose de su estado actual, en donde la población ha devenido funcional al interés de las instituciones.

El sentido de Ottawa interpretado aquí, de alguna manera coincide con el llamado que hace Kickbush (2004) para pasar de las acciones de caridad a cumplir con las obligaciones de los gobiernos marcadas por los derechos de la población. Por otro lado, desde esta mirada, el ámbito de la salud se extiende a aspectos de la vida humana que no son entendibles exclusivamente desde la medicina o el sector sanitario, de tal manera que los agentes o agencias de PS tendrán que estar capacitados para incorporar recursos de distinto tipo y de distintos sectores de la vida de las naciones a los análisis y trabajos de la PS. De esta manera, aunque el personal, las clasificaciones, valoraciones y prácticas del sector sanitario tradicional se incluyen como necesarios para el trabajo de PS, este sector se descentra en cuanto a liderazgo conceptual, técnico y práctico en lo que a promover la salud se refiere.

A pesar del contexto en el que emerge, de la persistencia de un concepto de salud orientado por el entendimiento de las enfermedades y de su funcionalidad a las necesidades de gobiernos neo-liberales, la Carta de Ottawa, además de introducir los conceptos examinados arriba, logra proponer a los gobiernos una manera de entendimiento de la salud más completa, en la que ya se reconoce la determinación social de las enfermedades, se marca con claridad que el problema de la salud es un problema que no atañe exclusivamente a la profesión médica y que esta última es una entre otras muchas que se necesitan para atender los problemas de salud, se identifica como indispensable el trabajo intersectorial, y se acepta la necesidad de incorporación de los conocimientos y recursos populares para el entendimiento y solución a los problemas de salud.

Hasta aquí he hecho una interpretación de algunos elementos de la definición de PS de la Carta de Ottawa en un intento por relevar, a pesar del contexto en el que emerge, su voluntad de cambio en el sentido del entendimiento de la salud como campo y de la inclusión de elementos de la dimensión del poder. Hago ahora un breve recuento de lo que pasó después de Ottawa en los circuitos oficiales internacionales.

Después de Ottawa

A la conferencia de Ottawa siguieron múltiples reuniones nacionales e internacionales de entre las que destacan: Adelaide 1988, Sundsvall

1991, Santa Fé de Bogotá 1992, Jakarta 1997, Puerto Rico 1998, México 2000, París 2001, Melbourne 2004, Bangkok 2005, y Vancouver 2007. La Carta de Ottawa fue el punto de partida de las discusiones hasta la reunión de Melbourne en 2004 ya que en Bangkok 2005 se emite la 'Carta de Bangkok' que desató amplia polémica entre los especialistas. Al paso del tiempo aparecieron distintas interpretaciones de los principios de Ottawa que revelan una variedad de intenciones, valores, significados y prácticas de salud tanto en las instituciones como en organizaciones no gubernamentales. Sin embargo en la mayoría de los discursos permanece el reconocimiento de una determinación mutua entre salud y desarrollo (Barreto, 1996). Las conferencias de la IUHPE, a diferencia de las reuniones convocadas por los gobiernos, se llevaron a cabo en un ambiente en donde la participación de congresistas de países distintos a los fundadores de la PS y distintos a las representaciones oficiales de los gobiernos, incrementó poco a poco, constituyéndose asociaciones y grupos de trabajo en todas las regiones del mundo, por ejemplo la Oficina Regional de Latino América (ORLA) (ver por ejemplo Arroyo, 2004). Por un tiempo estos nuevos congresistas lograron cierta presencia en el movimiento internacional aunque sus ideas y aportaciones mayoritariamente se limitaron a los contextos organizacionales nacionales y regionales y su acceso a la publicación en revistas internacionales se hizo muy complicado.

Probablemente después de la Conferencia de Puerto Rico, con el incremento de congresistas, la elevación de los costos de asistencia, la sofisticación en su organización y la incorporación privilegiada de políticos y funcionarios de Estado, entre otras causas prácticas que yo identifiqué, la participación de otras voces volvió a ser marginada. Sin embargo, algunos miembros de estas organizaciones regionales marginales a las franco-anglosajonas, o trabajando para organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, lograron introducir ciertos temas a la discusión internacional²⁰ co-operativamente con algunas autoridades y participantes en la IUHPE de entre quienes destaca Marie-Claude Lamarre (2001), especialmente la cuestión de la inequidad entre países, las maneras de escuchar o no escuchar la voz social fuera de los

²⁰ Para la región Latinoamericana destacan entre otros: Helena Restrepo (ver por ejemplo, 2004), Ma. Teresa Cerqueira (ver por ejemplo, 1997), Juan Manuel Castro (1998) e Hiram Arroyo (ver por ejemplo, 2004).

centros de poder a nivel internacional y la necesidad de formación de recursos humanos con programas que correspondieran a las necesidades regionales o locales. A la dificultad de impacto real en las conferencias por parte de voces alternativas se suman los múltiples obstáculos a los que estas voces se enfrentan para publicar en las revistas especializadas en PS que impactan el discurso internacional.

Al enfatizar en la relación entre la situación socioeconómica y la salud, en Jakarta se develó oficialmente el carácter político de la promoción de la salud y la necesidad de asegurar recursos para actuar en su favor. En un contexto en donde las enfermedades crónicas siguen en aumento, en donde la oferta preventiva y curativa del mercado crece y se prepara a la población como cliente consumidor de esta mercancía, las políticas y prácticas relativas a ‘estilos de vida’²¹ –enfocadas en conductas individuales vs. grupos sociales y sus procesos socio-históricos– se vuelven dominantes en el discurso de PS y, desde luego, favorables a la realización de productos de consumo individual, obscureciendo formas emergentes de entendimiento de la salud al hacer de este término el centro de la práctica hegemónica, con la que los practicantes de la PS no discuten e incluso justifican. La siguiente cita es un ejemplo de lo anterior:

Otros estudios cualitativos sobre salud y enfermedad demuestran también una relación estrecha entre las circunstancias materiales/estructurales y la experiencia de salud y enfermedad... Algunos [estudios] intentan articular la relación entre las circunstancias socio-económicas y los productos de la ‘cultura’, ‘estilos de vida’, o comportamiento en salud... Una vez más, es visible que el análisis sociológico ha relevado un dilema clave de la promoción de la salud: la tensión entre enfocar en facilitar el cambio estructural o concentrarse en una aproximación conductual individual... Esto de ninguna manera implica que la aproximación por ‘estilos de vida’ se haya abandonado... se debe de reconocer que las dos [aproximaciones] pueden ser teóricamente diferentes pero de hecho son inseparables... (Thorogood, :51-52).

²¹ Como se había mencionado antes, no es la intención en este libro discutir el concepto de ‘estilos de vida’, sino señalar que la inculcación de este concepto es uno de los múltiples medios de los que se vale el poder hegemónico para lograr la imposición de significados y, con éstos, de sus prácticas derivadas (más al respecto en el siguiente capítulo: como ejemplo de trabajos críticos sobre el concepto ver Menéndez, 1998).

A partir de esta conferencia se comienzan a desarrollar en la práctica conceptos derivados de la interpretación del término inglés *advocacy* y del término “alianzas” como líneas estratégicas prioritarias y fundamentales para la PS dando como resultado en el mundo franco-anglosajón la emergencia de organizaciones de consumidores y legislaciones referentes al control de la manera de producir, ofrecer y consumir mercancía etiquetada como relacionada con la salud. En 1992 tiene lugar la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Santa Fé de Bogotá, en donde 550 representantes de 21 países latinoamericanos se reunieron para definir el significado de la PS en América Latina. En esta conferencia la discusión sobre la inequidad cobra especial relevancia y mayor claridad que en conferencias anteriores:

El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho de bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una particular opción de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no solo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que introduzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes. origen de estas calamidades (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Santa Fé de Bogotá, 1992).

Con el espíritu de Ottawa, en las conferencias de Sundsvall y Yakarta se releva al ‘empoderamiento’ como elemento clave para promover la salud. El surgimiento del movimiento de ‘ambientes saludables’, una derivación del cual es el de ‘ciudades saludables’ (Ashton, 1987), logra movilizaciones locales apoderantes ejemplares, por ejemplo en España e Inglaterra. En la segunda parte de la década de 1990 la concepción de ‘*empowerment*’ de Wallerstein (1992, ver también Wallerstein y Freudenberg, 1998), quien elabora sobre los aportes de Paulo Freire y la educación popular, se convirtió en paradigma de la manera de entender y lograr el empoderamiento. De la epidemiología de esta década, la promoción de la salud toma los conceptos de riesgo, vulnerabilidad y evidencia que incorpora en sus trabajos y propuestas, algunas impulsándolos hacia la salud colectiva (ver por ejemplo Czeresnia y Machado, 2008), y otras dificultando los proyectos que no se inscriben dentro de

esas dimensiones. Discursivamente empoderamiento se entiende como la devolución del poder a las personas y a los grupos sociales; como el desarrollo de valores, conocimiento e instrumentos útiles para el logro de sus expectativas; y como desarrollo de sistemas gubernamentales y de políticas incluyentes. Los gobiernos de varios países latinoamericanos adoptan y desarrollan formas y políticas nacionales de PS como elementos clave de sus programas institucionales en donde Chile y Brasil son casos ejemplares, en tanto otros se limitan a la introducción en sus discursos del término de PS y algunos otros relacionados con él, continuando en el mejor de los casos con las prácticas tradicionales de salud pública, medicina preventiva y educación en salud.

Ya en el siglo actual, Kickbush (2001), en un reconocimiento de las fronteras perdidas entre fármaco, medicamento, 'artículos de belleza' y alimentos como producto de la construcción de la salud en mercancía, propone que el avance hacia el empoderamiento incluye e incluso inicia, con la 'alfabetización en salud'. En la conferencia mundial de Bangkok 2005 en Tailandia, se propusieron cuatro compromisos clave para promover la salud:

Que la promoción de la salud esté en el corazón de la agenda para el desarrollo global; que se considere una responsabilidad de todos los gobiernos y de todas las agencias gubernamentales; que se enfoque estratégicamente en las comunidades y la sociedad civil; y **que sea un requisito de las buenas prácticas corporativas** [negritas agregadas].

Esta carta es controversial al interior mismo de las organizaciones de PS, ya que se identifican en ella cambios que obedecen al avance sostenido del poder de las empresas sobre todos los aspectos de las naciones.²² De esta manera podemos leer sin demasiado margen a la equivocación, el estado de lucha actual no solamente de la PS, sino de las fuerzas que controlan y controlarán la promoción de la salud como posibilidad transformadora o perpetradora del asesinato social, según se de la correlación de fuerzas ya no solamente entre los promotores de salud y las fuerzas hegemónicas, sino entre las mismas fuerzas de la hegemonía de mercado que regula todos los aspectos de la vida social y por tanto de la economía y de las condiciones de sufrimiento.

²² Esta discusión se dio, por ejemplo, en el sitio de la IUHPE en la Web en un intento por incorporar más voces.

Revertir la acción del poder

La salud es un 'algo' que ha dado motivo de reflexión a lo largo de la historia en donde los intentos por definirla tienen que ver probablemente con la necesidad de 'atraparla' desde la eterna fantasía de controlar lo que no se comprende.²³ Al igual que sucede con otras cualidades humanas, las definiciones de salud que se generan en momentos históricos específicos están ligadas a su circunstancia social y económica en donde ganar en la práctica los espacios de aplicación de esa definición, inclusive los espacios académicos, significa una manera de ganar poder para dominar en esa circunstancia particular,²⁴ por lo que esas definiciones no pueden ser más que históricamente percederas. No obstante su situación pasajera, la manera de mirar la salud por parte de quien detenta poder sobre grupos más o menos extensos de población en momentos socio-históricos determinados, define su manera de actuar en relación con ella y los fines y formas de utilizar sus recursos. Ejemplos de esto se pueden encontrar en prácticas de brujos, sacerdotes, alquimistas, publicistas, empresarios, médicos, académicos, etc., y otras innumerables sustentadas en los recuentos míticos vigentes: desde Higea y Esculapio hasta los rituales curativos ligados a las instituciones, religiones y leyendas actuales.

23 Por ejemplo, el mundo occidental se vio marcado por el entendimiento hipocrático de la salud pública en donde el blanco principal era el ambiente físico: *Aire, agua y lugar* (Lilienfeld, 1976). Alrededor de la década de 1970 algunos trabajos de índole diversa y con alcance y lectores diferentes como los de Iván Illich (1976), René Dubós (1975), George Canguilhem (1971) y Aarón Antonovsky (1979) se constituyeron como punto de partida para las reflexiones alternativas de grupos particulares de intelectuales o practicantes de la salud.

24 Pierre Bourdieu considera que la sociedad es el conjunto de relaciones de intercambio de capital que se lleva a cabo en el conjunto de los campos: *En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red, una configuración, de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación actual y potencial (situs) en la estructura de la distribución de especies de poder (o capital) cuya posesión obliga al acceso a las ganancias específicas que están a disposición en el campo de acuerdo con su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)* (Bourdieu and Wacquant, 1992:97). Propone que existen campos de diferentes dimensiones pero todos están en última instancia dentro de dos grandes campos a los que denomina hipercampo de la producción e hipercampo de la cultura. La dominación del campo de la cultura, es decir la acumulación de un gran volumen de capital por parte de unos cuantos de sus ocupantes, ya sean éstos agentes o agencias, (lo que apunta a una concepción de Estado) permite la selección arbitraria de contenidos (valores, significados, conocimientos) para ser inculcados en los distintos sub-campos de la cultura (Ver por ejemplo: Bourdieu, 1998). Por lo que ganar las clasificaciones en campos específicos es una manera privilegiada de acumular capital simbólico y de dominar las reglas de juego en el campo.

En paralelo con las múltiples maneras de definir la salud, los agentes y agencias sociales que utilizan el término <promoción de la salud> tienen intereses distintos que se reflejan en la manera de utilizarlo, por lo que no se puede construir una definición única. Sin embargo, podría afirmar que, por la naturaleza política de la promoción de la salud --no se puede promover la salud sin afectar las relaciones de poder, incluso cuando las prácticas se presenten como blancas, neutrales y apolíticas- todos los agentes que han realizado prácticas, discursivas o de otro tipo, en las que utilizan este término, lo han hecho dentro de contextos de relaciones de poder por lo que resultan en juegos de poder. Sin pretender abarcar todos los aspectos y ante la dificultad de encontrar una respuesta a la pregunta anterior válida en todos los contextos, opto por presentar en el cuadro 1 una serie de características de las promociones de salud descritas en las secciones anteriores. Ya que en cada uno de los momentos seleccionados convergen distintas promociones de salud, me remito a algunas de las características más visibles vigentes en algunos de ellos.

Cuadro 1.
Promoción de la salud en el mundo occidental

	Siglo XIX	1900-1970	Mov. Pop. Salud (1970-1990)	1970-1998	1998-2009
Ubicación	Europa	Europa, posteriormente Canadá, Estados Unidos y Australia	Países marginales al mundo franco-anglosajón	Mundo franco-anglosajón, Latinoamérica	Mundo franco-anglosajón, Latinoamérica
Contexto socio-histórico	Industrialización	Guerras y posguerras, guerra fría, emergencia neo-liberal, Asociación de naciones	Movimientos críticos y libertarios	Consolidación neo-liberal, pérdida o cesión de colonias	Auge neo-liberal, hegemonía del mercado
Contexto epidemiológico	Ambientales infecciosas, desnutrición, mortalidad infantil y materna, Enfermedades laborales	Infecciosas y posteriormente crónico-degenerativas, las derivadas de las guerras	Infecciosas, morbilidad materna, alcoholismo, desnutrición, crónico-degenerativas	Infecciosas, crónico-degenerativas, relacionadas con el ambiente deteriorado, afecciones de la psique, drogadicción	Infecciosas, crónico-degenerativas, relacionadas con el ambiente deteriorado, afecciones de la psique, drogadicción
Tradición	Cristiana, científica emergente, policía médica, Control social	Científica, cristiana, colonizante, estado de bienestar, epidemiología, preventivista, médica, educación para la salud	Marxismo, maoísmo, cristianismo, latinoamericanismo	Educación para la salud, médica, interdisciplina, institucional, proselitismo, tecnología apropiada, atención primaria	Empresarial, publicidad, tecnológica, mercado
Agencias	Gobierno	Asociaciones médicas, gobiernos, programas, campañas	Organización de la sociedad civil	Secretarías, programas, alianzas, financiadoras, centros de estudio y trabajo	Consorcios, secretarías, programas, alianzas, empresas, financiadoras, medios masivos de comunicación
Agentes	Funcionarios, médicos	Médicos, educadores, funcionarios, técnicos, enfermeras, visitantes	Intelectuales activistas, universitarios	Técnicos, líderes, funcionarios, visitantes, enfermeras, educadores	Locutores, artistas, técnicos, líderes, funcionarios, auxiliares
Enfoque poblacional	Grupos poblacionales particulares	Individuos en la población, población, grupos en la población	Organizaciones civiles, comunidades, grupos en las comunidades	Población vulnerable, centros de trabajo, escuelas, clubes, población	Ciudadanos
Poder hegemónico	Industria	Estados, posteriormente EU	Estado, personas y clases sociales opresivas	Empresa nacional - mercado	Mercado
Conocimiento	Positivista	Positivista Científico Epidemiológico	Crítico Saber popular Saber experto	Positivista, estructuralista, científico, experto, técnico	Positivista, estructuralista, tecnológico
Entendimiento de enfermedad	Un problema que discapacita y amenaza a la industria y a otros grupos poblacionales. Producto de la ignorancia y salvajismo	Impedimento para contar con una población en condiciones para colaborar en el desarrollo nacional. Algo que impide el desarrollo de la salud.	Resultado de la opresión, opresión en sí misma	Problema a resolver para el logro de metas. Limitación para alianzas, limitación para lograr aspiraciones. Gasto para el erario público	Gasto del erario público. Algo ajeno a la persona que se puede conjurar mediante el consumo de tecnología y mercancía.
Énfasis salud/enfermedad	Enfermedad, higiene	Enfermedad, autocuidado, higiene, prevención, campañas	Enfermedad, prevención, liberación	Enfermedad, prevención, promoción, estilos de vida, riesgo	Enfermedad probable, riesgo, vulnerabilidad cuerpo-objeto, estilos de vida

Cuadro 1. (continúa)
Promoción de la salud en el mundo occidental

Componentes originarios de la enfermedad	Ambientales, ignorancia y salvajismo, voces emergentes, claman por determinantes sociales	Guerra, organización de los estados nacionales, ignorancia, salvajismo, hábitos y costumbres, biológicos	Socio-históricos, tecnológicos, políticos, social e históricamente ubicados	Inequidad, políticas incorrectas, hábitos y costumbres, dependencia al paternalismo, biológicas, ambiente deteriorado, enfoque de riesgo y ecosistémico	Económicas, biológicas, legales, culturales, ambientales, analfabetismo en salud, cuerpo mal atendido, consumo deficiente de mercancía, enfoque de riesgo, envejecimiento poblacional
Énfasis en las relaciones de poder	Emergente	Entre gobiernos	En el centro del entendimiento de la realidad. La enfermedad es producto de la opresión	Inequidad planetaria, 'empowering'	La empresa globalizada puede lograr los cambios necesarios en la inequidad
Quien define los problemas	Funcionarios del gobierno, médicos	Focos de descontento social, expertos, asociaciones, funcionarios	Asesores y organización comunitaria, grupos en la población	Epidemiólogos, Grupos en la sociedad convencidos por los expertos, políticos, políticos, problemas con potencial de general descontento social, agencias internacionales	Políticos, epidemiólogos, problemas con potencial de general descontento social, agencias y empresas internacionales, el mercado construye problemas
Estrategias	Control de prácticas privadas para evitar contagios. La gente es ignorante y salvaje, necesita que se le ordene la vida. Mantener el progreso	Control de prácticas privadas, higiene, auto-cuidado, aprendidas de la colonia, posteriormente transferencia de tecnología, eficacia, costo-beneficio	El saber está en la gente. Autogestión. La conciencia de opresión es el inicio del cambio. Utilización de recursos locales para atender las enfermedades. Tecnología apropiada. Organización y participación popular	Tecnología apropiada, participación, atención primaria, eficiencia, costo-beneficio, evaluación	Realización de la mercancía, producción de consumidores, logro de votantes, disminución de costos, privatización, evaluación basada en la evidencia.
Pedagogía	Vigilancia, control coercitivo	Convencimiento. Screening. Médica. Educación en salud tradicional	Crítica. Educación popular	Educación en salud tradicional y 'empowering', médica	Mercedotecnica, publicidad, temor a la exclusión, 'empowering', médica
Forma de pago	Salario	Salario	Voluntario principalmente	Salario o por obra	Pago por cliente u obra, salario
Fuente de financiamiento	Gubernamental	Gubernamental, agencias internacionales	Recursos individuales, agencias para el desarrollo, organizaciones religiosas	Gubernamental, agencias internacionales	Empresas, agencias gubernamentales, agencias internacionales
Tipo de PS	Política médica, salud pública	Salud pública, medicina preventiva, epidemiología	Medicina social, asesoría, promotores de salud, médicos, descalzos, popular	Salud pública, atención primaria, promoción de la salud oficial, alianzas, participación para el desarrollo	Del mercado, regulatoria, consorcios, programas nacionales

Fuente: Elaboración propia.

Las diferentes promociones de salud realizadas en sus diferentes prácticas muestran la riqueza de este campo de conocimiento que está aún en construcción. Sin embargo, ya ha mostrado ser una práctica particularmente embebida de contenidos objetivos y simbólicos de poder en mucho asentados en la particular capacidad que tienen los fenómenos de la salud para sintetizar los acontecimientos sociales en los espacios y los cuerpos materiales de la población.

Como se verá en el siguiente apartado, en los últimos tres lustros se han realizado esfuerzos por clasificar las promociones de salud a partir de la selección de aspectos particulares de cada una de ellas.

Clasificaciones y usos de la PS

Los discursos en PS frecuentemente aparecen como si partieran de acuerdos conceptuales, sin embargo, la práctica que sustentan expresa profundas diferencias en concepciones, significados, beneficiarios y fines lo que revela una lucha por ganar poder en este campo. Ya en 1984 la Oficina Regional de la OMS para Europa, al referirse a su programa de Promoción de la Salud, aún en gestación, dice:

Inevitablemente, un programa de base tan amplia, inspirado en diferentes disciplinas y en la aportación de una amplia variedad de organismos, personal profesional y no profesional y grupos de consumidores, plantea problemas de comunicación. Por ello, pareció apropiado realizar un primer intento de consolidar el uso corriente de los términos en la forma de un glosario que favorezca la comunicación (Nutbeam, 1986:113).

El glosario al que se refiere Nutbeam tampoco logra definiciones únicas y reconoce lo relativo de las definiciones que en él se presentan:

La terminología compilada en este glosario no se presenta como una propuesta definitiva... Las definiciones son limitadas por naturaleza. Con frecuencia son resúmenes de conceptos y actividades complejas y, en consecuencia, se pierden las sutilezas de los objetivos y de los procedimientos... El uso y la pertinencia de muchos de los términos definidos en este glosario dependerán de cada situación concreta y se adaptarán a las condiciones sociales, económicas y culturales imperantes... (*Ibid*).

La necesidad de definiciones y clasificaciones de la PS para su entendimiento y mejor práctica o, más recientemente, para la toma de decisiones sobre qué proyectos valen la pena y cuáles no, principal preocupación de las agencias financiadoras gubernamentales o no gubernamentales al interior de las cuales se ha asentado la cultura de 'evaluación basada en la evidencia', ha provocado gran interés por parte de sus estudiosos y practicantes. Por ejemplo, Cardacci (1998), analizando la capacidad de empoderamiento de las prácticas de PS que se pretenden empoderantes, identifica dos formas principales: la paternalista/asistencial y la romántica/idealista y nos alerta sobre qué tan desapoderantes pueden ser prácticas llevadas a cabo en nombre del apoderamiento. Otro ejemplo es una adaptación de Caplan y Holland (1990) que hacen Naidoo y Willis (2000), en la que se dan a la tarea de clasificar 'perspectivas' de PS de acuerdo con la 'naturaleza de la sociedad y del conocimiento' involucradas, resultando de su análisis cuatro perspectivas: la tradicional, caracterizada por una concepción de salud como ausencia de enfermedad, el objetivo de cambiar comportamientos y conducida por expertos; la humanista que tiene una manera holística de entender la salud, su pretensión es mejorar el entendimiento para el desarrollo de la persona, y está conducida por clientes; la estructuralista radical que propone que la salud refleja las inequidades estructurales y que por lo tanto es necesario enfrentar la inequidad y transformar radicalmente a la sociedad; finalmente la perspectiva humanista radical que comprende una visión holística de la salud, la desprofesionalización y las redes de auto-ayuda. Estos mismos autores presentan también una adaptación del modelo de Beattie (1993) quien identifica cuatro modos de práctica de promoción de la salud considerando las formas de intervención (autoritaria/negociada), formas de pensamiento (conocimiento objetivo/conocimiento participativo y subjetivo), y formas de intervención (colectiva/individual). Beattie llama a estos modelos de práctica: persuasivos, de acción legislativa, desarrollo comunitario y asesoría personal. Los modelos de Caplan y Holland, Cardacci, y Beattie, muestran cierto reconocimiento al carácter político de la PS. Sin embargo abundan modelos 'blancos', purificados en aras de la objetividad y la practicidad, en los que difícilmente se expresa este reconocimiento, por ejemplo el de Tannahill (Downie, Tannahill y Tannahill, 1996) que lo que muestra es que la PS se lleva a cabo en tres esferas de actividad que se entrelazan: la educación en salud, la prevención y la protección.

Juan Manuel Castro (1998) primero hace un recuento de promociones de salud que gestadas tan remotamente como en la Grecia helénica y hasta en nuestros días, se encuentran vigentes en distintos lugares del mundo contemporáneo, independientemente de qué tanto los modelos se hayan visto afectados por la Carta de Ottawa; identifica cuatro modelos: el higienista (galénico), el higienista-preventivo; el epidemiológico-social y el socio-sanitario. Una vez descritos estos cuatro modelos, identifica un modelo transformador en el que se hace la consideración básica de la relación de los agentes con el poder y que, aunque marginalmente, coexiste con los otros cuatro modelos. Por mi parte (Chapela, 2008b) propongo que una misma práctica de PS puede desplazarse en distintos ejes: poder hegemónico/poder ciudadano, entendimiento de persona como cosa / como agente, clasificación del conocimiento abierta/ cerrada, y mirada unidisciplinaria / multidisciplinaria, en la consideración de que detrás de toda práctica de PS, oficial, de mercado, popular, apoderante, ciudadana u otra, hay componentes de significado y por tanto de poder, que están jugando no solamente en relación con la población, sino al interior de los mismos grupos de trabajo e instituciones, por lo que es necesario analizarlos en la búsqueda de congruencia entre intenciones, planteamientos, diseño, práctica y evaluación y para entender en qué procesos se encuentran en un momento dado agentes y grupos sociales particulares en su exposición a prácticas de PS de todo tipo.

Como muestra la diversidad de definiciones y clasificaciones y los intentos por identificar las diferencias entre unas y otras PS, podemos ver que, si bien el efecto de la Carta de Ottawa es visible en muchas acciones de PS y particularmente ha incidido en los discursos oficiales, es decir, prácticamente todos los gobiernos hacen referencia a esta práctica en sus políticas y programas, la realidad de la práctica de PS es la que deriva de la cultura institucional propia de cada país, cada gobierno, cada agencia, cada trabajador de la PS y cada conjunto social que desarrolla, desempeña, y permite o no esas prácticas. Así tenemos por ejemplo que en Canadá, Australia, Francia, Estados Unidos o Inglaterra, los programas y políticas de salud, aunque con distintas modalidades y problemas, y en el marco de contextos e intereses políticos, económicos y sociales diversos tanto a nivel de gobiernos como de funcionarios, mantienen en las agendas legislativas a la PS de acuerdo a como van construyendo el discurso y el conocimiento en concordancia con los avances de las

reuniones internacionales regionales; en tanto en otros países lo que se ha hecho es por ejemplo adaptar los componentes discursivos de la PS oficial internacional a las acciones que vienen desarrollando históricamente que no superan la visión tradicional de la educación para la salud, la medicina preventiva o la salud pública, haciéndolas compatibles con las legislaciones y culturas institucionales propias de cada país dentro del contexto de sus intereses político- económicos, o continuar con sus procesos de desarrollo de equidad, en rumbo por razones distintas a los dictados de la PS oficial internacional. Caso de esto último son los procesos de Cuba, Chile o Brasil.

Necesidad hegemónica de cerrar el paso a algunas PS

Si analizamos los propósitos y medios de la 'promoción de la salud antes de la promoción de la salud' y los comparamos con los discursos oficiales, podremos observar el retraso y la parcialidad con las que estos últimos han sido construidos. La determinación social de las enfermedades, con un nombre u otro, es conocida desde tiempos inmemorables por quien sufre como producto de la dominación, no fue necesario para todos esos billones de personas su estudio o reconocimiento institucional, ni tampoco estuvieron a la espera de programas, personal o prácticas destinadas oficialmente a ese fin, para actuar a favor de su salud de una manera u otra, con mayor o menor conciencia, con más o menos recursos de todo tipo, con mayor o menor grado de organización. Los movimientos de promoción de la salud popular de las décadas de 1960-1980 no pasaron desapercibidas por los agentes de la dominación. La única explicación para entender la aparente ceguera institucional la encontramos en la fuerza e importancia que tiene la PS para la subversión de los pueblos y, en consecuencia, la urgencia del poder hegemónico por mantenerla a la sombra, subordinada mediante contenidos simbólicos de conocimiento y significado. Hay que observar sin embargo cómo se han asentado y normalizado en los discursos oficiales un gran número de las palabras que se refieren a la faceta política de la promoción de la salud.

También al paso del tiempo, los distintos organismos, agencias y gobiernos, muestran sus formas exquisitas de revertir las armas liberadoras a favor de la subordinación. Es interesante observar, en esta larga historia, que no solamente 'la promoción de la salud antes de la promoción

de la salud' no pudo penetrar los discursos hegemónicos de manera tal que efectivamente se lograran los cambios estructurales a nivel local, regional, nacional o internacional necesarios para una auténtica respuesta al sufrimiento humano; tampoco la epidemiología, la educación en salud o la promoción de la salud de Ottawa lo lograron. Solamente las fuerzas del mercado y la economía, tardíamente en relación con todo el conocimiento y entendimiento gestado anteriormente, finalmente introducen y hacen oficial el reconocimiento y la necesidad de institucionalizar las acciones para la modificación de las <determinantes sociales de la salud>, y aún no sabemos, aunque podemos hacer suposiciones, cuál será el efecto de esta nueva apropiación de un término.

Apenas dos años después de la emisión de la Carta de Ottawa, Green y Raeburn, 1988 consideran que el control que se hace de la PS desde distintos intereses, visible en la falta de recursos asignados a tal fin, muestra su naturaleza y capacidad política por lo que tiene un papel importante para la confrontación del modelo médico tradicional. En tanto nueva disciplina y por el peso potencial que tiene en las relaciones sociales como práctica heterodoxática, la promoción de la salud está inmersa en luchas de poder para definir su carácter, especificidad y discurso. En la bandeja de promoción de la salud oficial encontramos concepciones y discusiones coloreadas por los discursos del mercado en donde la promoción de la salud se reduce a instrumento técnico dejando de lado las discusiones conceptuales profundas sobre salud y promoción de la salud necesarias para su desarrollo.

Uso apoderante de las prácticas no apoderantes de PS

Como podemos apreciar, dado que la promoción de la salud se lleva a cabo siempre en el gran campo de la cultura, no es políticamente neutral. Sin embargo cuando los planteamientos de promoción de la salud son tomados por las agencias del poder pueden representar no solamente pérdidas para el ideal de apoderamiento, sino oportunidades estratégicas para promover la salud. Algunos proyectos nacionales o internacionales incorporan contenidos de educación en salud y de promoción de la salud apoderante, contextualizados o descontextualizados, en plena conciencia de lo que eso significa, otros sin embargo, no muestran esta conciencia.²⁵

²⁵ Desde mi perspectiva este es el caso del internacionalmente reconocido programa *Niño a Niño* (Pridmore y Stephens, 2000).

no manifiestan entendimiento de su potencial transformador, recuperan estos contenidos por situaciones de ‘moda’, como respuesta práctica para completar sus programas—como es el caso de la utilización de técnicas de educación popular descontextualizadas de sus principios o el populismo para el proselitismo político—, para responder a los compromisos adquiridos internacionales o incluso con toda la conciencia de que también las formas de los procesos de apoderamiento pueden ser utilizados para fines hegemónicos. La inclusión de estos aspectos en discursos y programas no depende en exclusividad de la existencia de la promoción de la salud sin embargo, su presencia en los discursos de las agencias hegemónicas representa una de las múltiples vías de circulación de los contenidos culturales desde la subordinación hacia la hegemonía. Al retomar el término ‘promoción de la salud’ en el discurso y firmar las cartas internacionales, los gobiernos tienen que hablar y llegar a compromisos con discursos que nombran aspectos del acceso restringido a la riqueza (pobreza), del derecho a la salud y del apoderamiento, por lo que propongo que al estar validados por las instituciones, cualquiera que sea su entendimiento o intención, pueden ser usados como ‘sombrija’ bajo la cual desarrollar distintos esfuerzos de promoción de la salud apoderante.

La mirada profunda a la promoción de la salud descubre que para lograr las condiciones básicas para su acción se requieren cambios en políticas, sistemas y servicios de salud favorables al ejercicio del poder de la población. Tanto es así que desarrollar la promoción de la salud con el espíritu apoderante amenaza la posición hegemónica de las agencias del poder; es entonces poco probable que en la práctica sean las agencias quienes impulsen este tipo de promoción de la salud. Ante este panorama, podemos pensar en revertir las acciones hegemónicas en acciones a favor de los agentes en la población desde dentro o desde fuera de los programas, como técnicos, expertos, o promotores oficiales o como destinatarios de los mismos. Para utilizar las acciones de PS oficial, las de la PS del mercado u otras formas de PS subordinante a favor de la salud, es importante no perder de vista sus contenidos de poder y lograr que los destinatarios de las prácticas de PS identifiquen, a través del estudio de las sutilezas de los significados expuestos en esas prácticas, los vehículos de la acción de imposición de esos significados que es en donde se realiza la acción de subordinación. Una vez identificados se podrán analizar, cuestionar y entonces proponer medidas locales para

revertir su acción subordinante a favor de la utilización de los recursos de los programas para el logro de los fines decididos localmente.

Pero este trabajo no es solamente necesario para revertir los efectos subordinantes de las agencias del poder, también es necesario en la reflexión sobre el trabajo de PS que se supone apoderante, como el que llevaron y llevan a cabo asesores en organizaciones no gubernamentales, en la reflexión sobre aspectos particulares de su manera de elaborar programas o estrategias destinados a resolver problemas particulares de salud. Sólo con el reconocimiento y análisis de estos contenidos se logrará disminuir la imposición de significados de unos agentes sobre otros y lograr así la emergencia del pensamiento, conocimiento y valores que se expresen en prácticas saludables capaces de aliviar el sufrimiento en los grupos sociales con quienes trabaja el promotor de la salud.

REFERENCIAS

- Almeida-Filho, M. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de reconstrucción en epidemiología*. Argentina: Lugar Editorial.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Fass
- Arnélagos, G.; Brown, P. y Turner, B. (2005) Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science and Medicine*, 61(4),755-765.
- Arroyo, H. (2004) *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Ashton, J. (1987) *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad*. España: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat y Consum.
- Barreto, J. (1996) La promoción de la salud en las ciudades. En Barreto, J. (coordinador) *Ciudades y pueblos saludables. Lineamientos par la promoción de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador*. Gobierno del Ecuador, Quito.
- Bassols, N. (1985) *Marx y Mariátegui*. México: El Caballito.
- Baur, S. (1988) *Hypochondria: Woeful Imaginings*. Berkeley: University of California Press.
- Beattie, A. (1993) The changing boundaries of health. En Beattie, A.; Gott, M.; Jone, L.; Sidell, M. (editores) *Health and wellbeing: a reader*. UK: Macmillan/ Open University Press.

- Beuchamp, D. (1996) *Health care reform and the battle for the body politic*. Philadelphia: Temple University Press.
- Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Quito: Lugar Editorial y Universidad de Lanus.
- Buchanan, D. (2000) *An ethic for Health Promotion. Rethinking sources of human well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Caplan, R. y Holland, R. (1990) Rethinking health education theory. *Health Education Journal*, 49:10-12.
- Cardacci, D. (1998) Educación para la participación en promoción de la salud. En González, J., et. al. (coordinador) *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad, herramientas para la promoción de la salud*. México: CIESS/OPS, pp. 186-194.
- Cárdenas, O. y García, S. (2008) *Fondos semilla. Manual para la operación de fondos revolventes autogestivos_micro-regionales integrales*. México: Servicios para el Desarrollo, AC.
- Cárdenas, O. y García, S. (s/f) *Autogestión indígena. Experiencias en el Valle del Mezquital*. México: s/e.
- Carlisle, S. (2000) Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International*, 15(4) 369-376.
- Castro, JM. (1998) Marcos conceptuales de la promoción de la salud: reflexiones para la práctica. En del Bosque, S.; González, J. y del Bosque, T. (compiladores) *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: Herramientas para la promoción de la salud*. México: CIESS/ OPS, 31-44.
- Ceci, Ch. (2004) Nursing, knowledge and power. A case analysis. *Social science and Medicine*, 59:1879-1889.
- Cerda, A. (2005) Advocacy. *Diplomado en Promoción de la Salud 2004-2005*. Mesa redonda. México: UAM-X. Abril 2.
- Cerqueira, MT. (1997) Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. En Arroyo, H. y Cerqueira, MT. (editores), *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico, pp. 7-48.
- CEIS (s/f) *Materiales de apoyo al trabajo popular en salud*. México: s/e. Disponibles hasta el año 2000 en PRODUSSEP, México.
- Czeresnia, D. (2008) El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia y Carlos Machado (organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 47-63.

- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2008) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Argentina: Lugar Editorial.
- Chapela, MC. (2008a) Una definición de salud para promover la salud. En Martínez-Salgado, C. (coordinadora) *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. México: UAM-X, Serie Académicos de CBS No 81:13-33.
- Chapela, MC. (2008b) ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? En: Chapela, MC. (coordinadora), *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: UAM, Serie Académicos de CBS número 87, pp. 91-116.
- Chapela, MC. (2007) Promoción de la Salud: un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Guinsberg, E. y Jarillo, E. (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial. pp. 347-373.
- de Keijzer, B. (2003) *Abriendo nuestros ojos. Una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva*. México: Manuela Ramos, ReproSalud, USAID.
- Downie, RS.; Tannahill, C. y Tannahill, A. (1996) *Health promotion: models and values*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Dubos, R. (1975) *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Engels, F. (1844) Health:1844. En Davey, B., Gray, A. y Seale, C. (1984) *Health and disease*. UK y EU: Open University Press. 128-134.
- Fajardo, R. y Werner, D. (1998) Salud rural autogestiva. El proyecto Piaxtla. En Haro y de Keijzer (compiladores), *Experiencias en participación*. México.
- Foucault, M. (1973 a). *The birth of the clinic. An archeology of medical perception*. London: Tavistock Publications, 3.
- Freire, P. (1972) *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI Editores.
- Gadamer, HG. (2001) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, I. (1968) *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Londres: Penguin Books.
- Gómez-Quñones, J. (1977) *Las ideas políticas de Ricardo Flores Magón*. México: Ediciones Era, S.A., Serie Popular No.47.
- Gramsci, A. (1975) *Los intelectuales y la organización de la cultura*. México: Juan Pablos.
- Granda, E. (2006) *El pensamiento médico social en la práctica de los servicios de salud*. México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social – México / Universidad Autónoma Metropolitana. Curso impartido del 25 al 27 de enero de 2006. México D.F.
- Green, L. y Raeburn, J. (1988) Health promotion: what is it? What will it become? *Health Promotion International*. 3(2) 15-19.

- Guinsberg, E. y Jarillo, E. (coordinadores) (2006) *La salud colectiva en México. Temas y desafíos*. Argentina: Lugar Editorial.
- Henriksen, K. y Hansen, H. (2004) The threatened self: general practitioner's self-perception in relation to prescribing medicine. *Social Science and Medicine*, 59:47-55.
- Heredia, J. (2009) La UAM-X, el servicio social y la atención en la salud en Chiapas. En Chapela, MC. y Mosqueda, A. (editores), *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años*. México: UAM-X/Departamento de Atención a la Salud, pp. 291-318.
- Ignatieff, M. (1988) Modern dying: The soul returns to the sickbed. *The New Republic*, 199(26) 28-33.
- Illich, I. (1976) *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Jarillo, EC.; Chapela, MC. et al. (1999) La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas. *Salud Problema*, 7:45-54.
- Jones, K. (2004) Schism and heresy in the development of orthodox medicine: The threat to medical hegemony. *Social Science and Medicine*, 58:703-712.
- Kickbush, I. (1986) Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *Canadian Journal of Public Health*, 77:9-10.
- Kickbush, I. (2001) Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16:289-297.
- Kickbush, I. (2003) Twenty first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promotion International*, 18:275-278.
- Kickbush, I. (2004) From charity to rights: proposal for five action areas of global health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:630-631.
- King, M. (1973) *A medical laboratory for developing countries*. London: Oxford University Press.
- Kroeger, A. y Luna, R. (compiladores) (1987) *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. México: Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical de Universidad de Heidelberg, Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional. Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, S.A.
- Lalonde, M. (1983) El concepto de 'campo de la salud': una perspectiva canadiense. *Boletín Epidemiológico*, 4(3):13-15.
- Lamarre, M-C. (2001) From one conference to another. En MA. Modolo y Mamon, J. (editoras) *A long way to health promotion, through IUHPE conferences 1951-2001*. Perugia: Interuniversity Experimental Centre for Health Education, University of Perugia, pp. 17-18.

- Laurell, AC. (1981) La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1(2), 7-25.
- Laurell, AC. (1994) La salud: de derecho social a mercancía. En Laurell (compilador) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UAM / Fredrich Ebert Stiftung.
- Lefebvre, R. (1997) The social marketing imbroglio in health promotion. En Sidell, M. et. al. (editores) *Debates and dilemmas in promoting health*. London: Pelgrave and Open University Press, pp. 108-113.
- Leavell, HR. y Clark, F. (1958, 2ª. Edición) *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: McGraw Hill.
- Lilienfeld, A. (1976) *Foundations of epidemiology*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- López-Piñeiro, JM. (2000) *Breve historia de la medicina*. México: Alianza Editorial.
- Marshall, WE. (2005). Aids, race and the limits of science. *Social Science and Medicine*, 60(11) 2515-2525.
- Martin, B. (2004) Dissent and Heresy in medicine: models, methods and strategies. *Social Science and Medicine*, 58: 713-725.
- McKeown, Th. (1982) *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?* México. Siglo XXI Editores.
- McMullin, J. (2005) Tha call for life: revitalizing a healthy Hawaiian identity. *Social Science and Medicine*, 61(4) 809-820.
- Menéndez, E. (1998) estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46):37-67.
- Menéndez, E. (1982) Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva. En Menéndez, E. (Editor). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: CIESS, Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1985) Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, 8: 263-296.
- Menéndez, E. (1984) Explotación de la salud o explotación de la enfermedad en las formaciones capitalistas. En Waitzkin, H. y Waterman, B. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*. México: Nueva Imagen, 35-69.
- Módena, ME. (1990) Reflexiones teóricas. En *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata No 37.

- Modolo, A. (2001) Presentación. En Modolo, A. y Mamon, J. (editoras) *A long way to health promotion through IUHPE conferences, 1951-2001*. Italia: Universidad de Perugia, 15-16.
- Naidoo, J. y Wills, J. (2000) *Health promotion. Foundations for practice*. Edinburgh, London, New York...: Baillière Tindall y The Royal College of Nursing.
- Navarro, V. (1984). *Lucha de clases, estado y medicina*. México: Nueva Imagen.
- Nettleton, S. (1988) *Sociology of Health and Illness*. 10 (2) 156-169. Cit. en Davey, B.
- Gray, A. y Seale, C. (1984) *Health and disease*. UK y EU: Open University Press. 62-68.
- Newell, K. (1975) *Health by the people*. Geneva: World Health Organisation.
- Newell, K. (1988) Selective primary health care: the counter revolution. *Social Science and Medicine*, 26(9):903-906.
- Nutbeam, D. (1986) Glosario de promoción de la salud. *Health Promotion*, 1(1) 113-127.
- O'Dea, J. (2005) Prevention of child obesity: 'First do no harm'. *Health Education Research*, 20(2), 259-265.
- OMS (2007) *Comisión de determinantes sociales en salud*. Consultada el 10 de junio de 2008 en http://www.who.int/social_determinants/strategy/ImpandOpp%20Span.pdf.
- Outón, M. (2005) Advocacy. En *Diplomado en Promoción de la Salud 2004-2005*. Mesa redonda. UAM-X, México, Abril 2.
- Pender, S. (2006) Examples and experience: on the uncertainty of medicine. *British Journal of Health Services*, 39(1) 1-28.
- Ponce, A. (1969) *Humanismo burgués y Humanismo proletario*. México: Ediciones Solidaridad.
- Pridmore, P. y Stephens, D. (2000) *Children as partners for health. A critical review of the Child - to- child approach*. London: Zed Books.
- Restrepo, H. (2004) La promoción de la salud hoy: propuestas para su avance futuro. *Primer Encuentro Nacional de Promoción de la Salud*. Lima-Perú. Noviembre 1-4 de 2004, mimeo.
- Rice, M. (1999) Making a case of developing collaboration. Applying the framework for action planning in health promotion and education for reproductive health. *Promotion and Education*, VI (2):2-3. UK.
- Salmon, P. y Hall, G. (2003) Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science and Medicine*, 57, 1969-1980.

- Sanginés, A. (1989) *Medicina liberadora. Teoría, método, práctica*. México: Programa de Formación en la Acción y la Investigación Social, A.C.
- Savater, F. (1994) *El contenido de la felicidad. Un alegato reflexivo contra supersticiones y resentimientos*. Madrid: Ediciones El País/Aguilar S.A. de Ediciones.
- Sigerist, H. (1946) *The university at the crossroad*. Nueva York: Henry Shumann Publisher.
- Simmonds, S.; Vaughan, P. y Gunn, W. (editores) (1983) *Refugee Community Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Srinivasson, L. (1990) *Tools for community participation. A manual for training trainers in participatory techniques*. New York: PROWESS/UNDP.
- Snow, J. (1936) *Snow on Cholera*. New York: The Commonwealth Found.
- Terris, M. (1992) Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *Journal of Public Health Policy*, 13(3): 267-276.
- Thorogood, N. (1992) What is the relevance of sociology for health promotion? En Bunton, R. y Macdonald, G. (editores), *Health promotion. Disciplines and diversity*. London and New York: Routledge, capítulo 3, 42-65.
- Tinetti, M. y Fried, T. (2003) The end of the disease era. *The American Journal of Medicine*, 116:179-185.
- Tousijn, W. (2002) Medical dominance in Italy: a partial decline. *Social Science and Medicine*, 55:733-741
- Turner, C. (2001) The beginning of health education at WHO. En Modolo, A., y Mamon, J. (editoras) *A long way to health promotion through IUHPE conferences, 1951-2001*. Italia: Universidad de Perugia, pp. 21-25.
- Vargas, L. y Bustillos, G. (s/f) *Técnicas participativas para la educación popular*. Argentina: Editorial Humanitas, ALFORJA, CEDEPO.
- Verdugo, C.; Miranda, J.; Albizu, J.L.; Morales, L. y Hernández, L. (2003) *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos*. Guatemala: Medicus Mundi Navarra, Friedrich Ebert Stiftung, Instancia Nacional de Salud en Guatemala.
- Wallenstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes. *American Journal of Health Promotion*, 6:197-205.
- Wallenstein, N. y Freudenberg, N. (1998). Linking health promotion and social justice: A rationale and two case stories. *Health Education Research*, 13(3):451-457.
- Werner, D. (1976) *Health care and human dignity. A subjective look of community based rural health promotion*. California: Hesperian Foundation.

- Werner, D. (1977) *The village health worker – lackey or liberator?* California: Hesperian Foundation.
- Werner, D. (distintas ediciones y reediciones) *Donde no hay doctor*. California y México: Hesperian Foundation y Editorial Pax México.
- Wise, M. (2001) The role of advocacy in promoting health. *Promotion and Education*, VIII(2):69-74. UK.

Conferencias

- WHO (1946). *Constitution*. Geneva: WHO
- WHO (1978). *Report on the Alma Ata Conference in Primary Health Care*. Geneva: WHO
- Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Ontario, Canadá
- Segunda Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1988). *The Adelaide recommendations*. 5-9 abril, Adelaida, South Australia
- Tercera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Junio de 1991. Sundsvall, Suiza
- Cuarta Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1997). New players for a new era; Leading health promotion into the 21st century. *The Jakarta declaration on health promotion in the 21st century*. Jakarta, Tailandia. Julio de 1997
- Quinta Conferencia Mundial (Global) en Promoción de la Salud (2000). *Declaración de México para la promoción de la salud*. Ciudad de México. Julio de 2000. Puerto Rico 1998
- Sexta Conferencia Global en Promoción de la Salud (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Agosto 7-11, Bangkok, Tailandia.
- Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la salud y equidad (1992). *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. 9-12 de noviembre de 1992. Santa Fé de Bogotá.
- Asamblea de la Salud de los Pueblos (2000). *Declaración para la salud de los pueblos*. Bangladesh 2000.
- Conferencias recientes de la Unión Internacional de Educación y Promoción de la Salud (IUHPE): Puerto Rico 1998, París 2001, Melbourne 2004, Vancouver 2007.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DOMINANTES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD: CARACTERIZACIÓN Y CUESTIONAMIENTOS

Alejandro Cerda García²⁶

Desde su surgimiento como discurso internacional, la promoción de la salud ha generado un intenso debate sobre cuáles pueden ser las formas más adecuadas para ponerla en práctica a través de políticas públicas. En este capítulo se analiza la manera como se han impulsado políticas de promoción de la salud durante las últimas décadas, tomando como ejemplo el caso mexicano. Se argumenta que en las políticas de promoción de la salud en nuestro país, la perspectiva salubrista centrada en la modificación de estilos de vida ha devenido dominante y se caracteriza por asumir implícitamente una visión reduccionista de los determinantes de la salud, la ausencia de una perspectiva de derechos sociales, la falta de reconocimiento de la capacidad de agencia de los sujetos para incidir en el ámbito público y su utilización como facilitador de la actual tendencia a la mercantilización de la salud. Frente a ello, resulta imprescindible cuestionar esta perspectiva dominante en las políticas mexicanas de promoción de la salud al tiempo que buscar y proponer maneras de reorientarlas hacia su vinculación con los determinantes sociales de la salud y el reconocimiento del derecho a la salud en un contexto de privatización de los servicios públicos en este ámbito.

Antecedentes y olvidos de la promoción de la salud dominante

Para comprender la forma y las características dominantes que se han conferido a las políticas de promoción de la salud, de lo cual México resulta un buen ejemplo, es imprescindible tener en cuenta, al menos, cuatro antecedentes: el reduccionismo salubrista de la noción sociológica de estilos de vida, la influencia de la propuesta canadiense (Lalonde,

²⁶ Profesor e investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Departamento de Educación y Comunicación. alcerda_2000@yahoo.com

1974) como discurso dominante de origen, la tradición preventivista como parte de las políticas de salud en el México posrevolucionario y la neoliberalización del discurso oficial internacional de promoción de la salud que presenciamos al inicio del siglo XXI.

Como primer antecedente puedo ubicar la transformación y desgaste, tanto teórico como práctico, del concepto de “estilos de vida” que si bien ha tenido un amplio uso en el campo de la salud pública desde los años ochentas del siglo veinte, tiene su origen en estudios sociológicos y de la personalidad que fueron planteados desde los inicios de dicho siglo. Utilizado de manera primigenia desde la perspectiva estructuralista de Weber (1904[2004]), el concepto *estilo de vida* aludía a la posición que los individuos asumían y que la sociedad les otorgaba en la escala social y en la estructura económica, de modo que cada grupo social mostraba un estilo de vida que le era característico y que provenía de su clase social u ocupación. Sin embargo, el uso actual que ha predominado en el campo de la salud pública, al cual me refiero en este capítulo como *reduccionismo salubrista o perspectiva dominante de los estilos de vida* y frente al cual explicito mi posición crítica, ha sido pobremente definido y ha sido reducido a “factores conductuales de riesgo de enfermedad” (Coreil, 1995:423; Menéndez, 1998). Este proceso de desgaste u olvido, a través del uso de conceptos similares a los que se atribuyen significados diferentes, puede observarse también en otros términos como participación social o concientización, cuya versión primigenia fue inventada y desarrollada por científicos sociales. Transformación que, desde la perspectiva de Menéndez (1999) puede ser atribuida tanto a su aplicación a problemas definidos por los intereses teóricos y profesionales de las disciplinas que se apropiaron de ellos, como al correlativo olvido de los objetivos iniciales de estos conceptos y del proceso constitutivo de los mismos.

Como pretendo argumentar en este capítulo, es precisamente esta perspectiva reduccionista del salubrismo que define los estilos de vida como factores de riesgo y protección, la que funge como el pivote que posibilita que la promoción de la salud pueda ser desvinculada de los determinantes sociales de la salud, omita la perspectiva de derechos sociales, deje de lado la capacidad de acción pública de los sujetos y apunte la tendencia neoliberal en el campo de los servicios de salud. A partir de esta crítica, considero que, tal como se expone en el capítulo

cuarto de este libro, sería necesario transitar hacia una promoción de la salud centrada en el impulso de procesos autonómicos/emancipadores; que pongan en juego la salud como capacidad humana; que propicien la exigibilidad de derechos sociales por parte de los sujetos individuales y colectivos; y que se articule a una política sanitaria enfocada a la garantía de derechos y vinculada a un modelo económico de justicia social.

Un segundo antecedente y elemento definitorio en la trayectoria de la promoción de la salud puede ubicarse en el Informe Lalonde (1974) que, como se argumentó en el capítulo primero, tendría gran influencia en la formulación, una década más tarde, de la Carta de Ottawa. El informe del ministro de salud canadiense Marc Lalonde, dado a conocer en 1974, tuvo como una de sus principales conclusiones la importancia de la modificación de los estilos de vida y las condiciones ambientales de los habitantes de dicho país con el fin de mejorar su salud, elemento que ha devenido central en la perspectiva dominante de promoción de la salud. Desde su trayectoria como político y economista, Lalonde mostraba una serie de datos epidemiológicos a partir de los cuales señalaba que sería más importante invertir los recursos públicos destinados a la salud de los canadienses en la modificación de dichos factores, lo cual traería mejores resultados en la disminución de la morbimortalidad que si dichos recursos se invertían en los servicios curativos o de asistencia, haciendo una especial referencia a los padecimientos crónico-degenerativos. De esta forma, se planteaba la disyuntiva de elegir entre la inversión en servicios curativos o promover la salud, frente a lo cual se mostraban las ventajas de invertir en esta última. Esta perspectiva canadiense vino a colocar como dominante una noción de estilos de vida que ignoraba y se contraponía a los desarrollos previos del pensamiento médico social que vinculaban la salud a sus determinantes sociales y a las condiciones materiales de existencia, situándose en una falsa disyuntiva -en tanto que ambas son responsabilidades del Estado- entre el financiamiento público a los servicios curativos y la posibilidad de destinar dichos recursos a la prevención y la promoción de la salud. El discurso oficial sobre promoción opta desde entonces por la segunda alternativa enfatizando las condiciones ambientales y los estilos de vida.

La idea propuesta en este informe se sustentó en una concepción básica formulada como los componentes del “campo” de la salud: la dimensión biológica, los estilos de vida, el entorno y los servicios

asistenciales (Minkler, 1989). Desde una perspectiva pragmática, se consideraba que ante la limitada posibilidad de que el ciudadano común hiciera cambios directos en lo biológico y los servicios asistenciales, su potencialidad y su tarea residía en la modificación de su estilo de vida y de su entorno inmediato, factores que sí podría modificar. Más que seguir invirtiendo en los sistemas curativos y asistenciales, había que hacer una reconsideración de dicho gasto para asignarlo a acciones cuyo objetivo se centrara precisamente en que los ciudadanos canadienses emprendieran acciones que modificaran su entorno y su propio estilo de vida entendido como la alimentación adecuada, el ejercicio, el descanso, entre otros. En un mediano plazo, invertir en este sentido, disminuiría la demanda de servicios curativos y los recursos que debiesen destinarse a ellos.

La perspectiva planteada por Lalonde retomaba, en parte, los planteamientos de Sigerist (1941) quien tres décadas antes había propuesto identificar la promoción de la salud como una de las cuatro principales ramas de la medicina, además de la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo, y la rehabilitación. Sin embargo, al privilegiar los cambios en los estilos de vida — bajo la versión reduccionista del salubrismo — y en el entorno inmediato, esta perspectiva dejó de lado importantes aportes al campo de la salud colectiva que desde hacía más de un siglo se habían ocupado de mostrar que la mejoría en la salud se logra a través de la modificación de las condiciones que llevan a ella más que a través de intervenir en el mecanismo de la enfermedad, tal como lo sugirió McKeown (1982) al analizar la disminución de la mortalidad en Inglaterra después de 1840. De igual forma, se relegaron trabajos de importancia trascendental como los de Chadwick (1842) sobre las condiciones sanitarias de la clase obrera inglesa y el influyente informe de Virchow (1848) sobre las condiciones de salud de los habitantes de Silesia vinculándola a los reclamos de condiciones democráticas, de reconocimiento cultural, autogobierno, de justicia distributiva a partir del régimen de impuestos y del acceso a los medios de producción. Paradójicamente, estos aportes han sido relegados y no son retomados como fuente para pensar la promoción de la salud en países profundamente marcados por la desigualdad social, como lo es México.

Así, la tendencia neoliberal en el campo de la salud ha dejado en el olvido el vínculo entre salud colectiva y justicia social, relación que

fuera enfatizada y ejemplificada por estos tres últimos autores. En el marco de dicha tendencia, la idea de promover cambios en los estilos de vida –desde el reduccionismo salubrista– ha sido fácil y rápidamente retomada para justificar la reducción de la inversión en las instituciones públicas de salud y proponer el uso de la mercadotecnia social para convencer a la población de cambiar su estilo de vida al tiempo que se favorece la comercialización y consumo de productos y servicios bajo la etiqueta de “saludables”. Esta tendencia internacional viene a ser retomada, como *tercer antecedente*, por las instituciones públicas de salud del México posrevolucionario que venían trabajando desde la preocupación por desarrollar acciones enfocadas a evitar el surgimiento o prevención de enfermedades. Esta perspectiva higiénico-preventivista continúa teniendo una fuerte influencia en la manera como actualmente se orientan las políticas públicas de promoción de la salud y se ve reflejada en actividades que se desarrollan en las instituciones públicas de salud que generalmente se ubican en el rubro de la medicina preventiva.

Como parte de la efervescencia posrevolucionaria, fue instalada en 1921 la Oficina de Propaganda y Educación Higiénica que dos décadas más tarde pasaría a ser la Dirección de Educación Higiénica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ortiz, 1982; Álvarez, 1960). Este campo de las instituciones públicas de salud, enfocado primordialmente al dictado de reglas de higiene, permanecería con pocos cambios hasta la década de los ochentas del siglo XX, período en el que se establece la Dirección General de Educación para la Salud. Desde entonces, dicha dirección ha permanecido y ha recibido distintos nombres hasta finalmente establecerse como la Dirección General de Promoción de la Salud que fuera instalada en el año 2001 y que permanece hasta nuestros días (Fajardo, Carrillo y Neri, 2002).

Las acciones desarrolladas por estas instituciones de salud instaladas al término de la Revolución Mexicana pueden ubicarse como parte de un modelo higiénico-preventivista (Castro, 1994) caracterizado por fomentar la resistencia del huésped hacia los agentes, disminuir el contacto con dichos agentes o prevenir las enfermedades. Desde la lógica de este modelo, el propósito de evitar las enfermedades se concreta a través de realizar prácticas de saneamiento del medio, educar para la salud, brindar alimentación complementaria y, sobre todo, favorecer ciertas prácticas individuales de higiene corporal.

Con este precedente, durante las tres últimas décadas del siglo XX comienza a tomar fuerza en las instituciones públicas de salud en México la idea de “fomentar” y “promover” la salud en un momento histórico que está al mismo tiempo marcado por el impulso de un viraje hacia el desmantelamiento de dichas instituciones públicas y la implementación de una serie de medidas enfocadas a la mercantilización y privatización de los servicios de salud, sustentadas en reformas legales enfocadas a allanar el camino de tales propósitos (Laurell, 2008; López y Blanco, 2007).

A la influencia internacional dominada por la perspectiva lalondiana/canadiense y la herencia preventivista mexicana viene a sumarse, como *cuarto antecedente*, un giro consistente en la neoliberalización del discurso oficial de promoción de la salud que presenciamos al inicio de este siglo XXI. Renunciando a los principios innovadores y que continúan vigentes de la Carta de Ottawa, tales como la salud como capacidad, el reconocimiento de la capacidad de agencia de los sujetos frente a su salud y el vínculo entre esta perspectiva y los procesos emancipadores, el discurso oficial internacional actual sobre promoción de la salud, tal como se observa en la Carta de Bangkok (2005) muestra una tendencia a la mercantilización y al desconocimiento de las responsabilidades sociales del Estado. Esta tendencia se manifiesta en la sustitución de la pretensión de “brindar los medios” por la capacitación, desvincular la promoción de la salud de las políticas de salud y su tendencia privatizadora y enfatizar la necesidad de buenas prácticas empresariales minimizando las responsabilidades sociales del Estado, reduciendo las potencialidades de la sociedad civil a la demanda de rendición de cuentas.

A los olvidos que marcaron los planteamientos de Lalonde, tal como hemos señalado, viene a sumarse el desgaste de los aportes innovadores de la Carta de Ottawa. Su lanzamiento como pronunciamiento internacional, durante la década de los ochentas, impulsó planteamientos originales en su tiempo y que continúan vigentes tales como la concepción de la salud como una capacidad y no sólo como la ausencia de enfermedad, así como el reconocimiento de la capacidad de agencia de los pueblos frente a su salud para lo cual habría de contarse con lo que el documento llama “los medios necesarios”. Esta perspectiva, que posteriormente ha sido interpretada desde las posibilidades emancipadoras de los sujetos en el campo de la salud, plantea de manera implícita la potencialidad de

las instituciones de salud y de educación como factores fundamentales para que los sujetos, en el ámbito individual y colectivo, se involucren en procesos autonómicos, elaboren una reflexión crítica de su problemática y se propongan incidir en el espacio público.

Sin embargo, dos décadas más tarde, muchos de estos elementos aparecen hoy en día como un reflejo de la ola de mercantilización y de liberalización de mercados que domina el ámbito internacional, tal como ha quedado plasmado en la Carta de Bangkok. En este documento se concibe como “determinantes de la salud” aquellos “factores que tienen una influencia crítica” sobre la misma: “las desigualdades crecientes en los países y entre ellos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbanización” (Carta de Bangkok, 2005). Así, el discurso internacional en promoción de la salud ha dado un giro hacia una concepción que deja de lado las determinaciones estructurales de la salud, así como su imprescindible vínculo de causalidad con el modo de producción capitalista. Este aspecto de nodal importancia será retomado y detallado en el inciso cuarto de este capítulo.

Este enfoque que ha devenido dominante en el discurso oficial internacional de promoción de la salud se complementa con una perspectiva que busca hacer compatibles las políticas de promoción de la salud con una política sanitaria tendiente a la privatización y mercantilización de los servicios, que magnifica el papel de las buenas prácticas empresariales mientras que no retoma claramente las responsabilidades del Estado en este campo,²⁷ limita la capacidad de agencia de la sociedad civil a la posibilidad de demandar rendición de cuentas y restringe a la capacitación el propósito, inicialmente plasmado en la carta de Ottawa, de “brindar a los pueblos los medios necesarios para controlar su salud”.

²⁷ En este trabajo nos referimos a las responsabilidades sociales del Estado como aquellas a las que están obligado de conformidad con el marco jurídico vigente, esto es, desde una perspectiva de los derechos sociales entre los que destacan el derecho a la salud. Un desglose sobre la situación actual del derecho a la salud de los mexicanos y las violaciones que a dicho derecho se vienen cometiendo en México a principios del siglo XXI puede consultarse en Cerda,(2006). Esta noción de responsabilidad social del Estado se contraponen a la ideología neoliberal que proponen que las funciones del Estado se deben limitar a la seguridad, la paz y la atención de quienes no pueden satisfacer sus necesidades en la esfera del mercado. En este último sentido es que puede entenderse la importancia que los regímenes neoliberales asignan a las políticas sociales paliativas.

Promoción de la salud a inicios del siglo XXI

Las actuales políticas de promoción de la salud en México son impulsadas como estrategia de legitimación de la Reforma neoliberal del sector salud. Las políticas de promoción de la salud se conciben como una forma de fomentar una opinión favorable a la creación del Sistema de Protección Social en Salud cuyo brazo operativo es el “Seguro Popular”, mismo que ha sido considerado como una reversión al reconocimiento de derechos sociales y como una estrategia para avanzar en la privatización de las instituciones públicas de salud. De manera implícita, se abona a la justificación de la reducción del gasto público en salud y a la creación de servicios restrictivos para la población marginal.

Desde esta lógica, la promoción de la salud se concibe como un servicio más que se brinda a la población y que se enfoca a que ella pueda manejar sus factores de riesgo y pueda desarrollar sus competencias como factor de protección. Las conocidas 5 funciones de la promoción de la salud son asumidas de manera selectiva y diferenciada con el fin de abonar a este enfoque. Se enfatiza la promoción de aptitudes personales mientras que la conformación de entornos favorables termina por ser una responsabilidad de los individuos. La idea de trascender lo curativo para fortalecer la promoción de la salud a través de los servicios públicos, termina por convertirse en pretexto para disminuir el gasto público en salud y las políticas de promoción de la salud vienen a ser consideradas como responsabilidad exclusiva del Estado en las que la acción comunitaria aparece como nula, accesoria o de recepción pasiva de programas.

Durante el período presidencial 2001-2006, una particular concepción de la promoción de la salud viene a adquirir relevancia como parte de la política sanitaria mexicana. El Programa Nacional de Salud de dicho sexenio incluyó la promoción de la salud como parte de su objetivo central en los siguientes términos: “Contribuir al desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como un objetivo social compartido” (PNS, 2001).

Teniendo como antecedente directo la reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1995, mediante la cual se privatiza el sistema de pensiones, el Programa de Reforma del Sector Salud establece en

el año 1996 el Paquete de Servicios de Salud Esenciales (restricción a 16 intervenciones) y la llamada “reforma estructural” de 2004 a través de la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud cuyo brazo operativo ha sido el Seguro Popular²⁸ (Laurell, 2008). Desde el discurso oficial se plantea que esta reforma cuenta con tres pilares: el ético, el técnico y el político (Frenk, 2008). En este marco, la promoción de la salud se concibe como parte de este tercer pilar político: “Así, promoción de la salud incrementa el desempeño del SPSS al proteger y mejorar la calidad, bienestar y capacidad funcional de sus beneficiarios, *legitimándolo y reduciendo los pasivos por el gasto* previsible en caso de no mejorar su salud” (SS 2005).

De manera operativa, se proponen las siguientes cinco funciones de la promoción de la salud: desarrollar aptitudes personales, desarrollar entornos favorables, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud e impulsar políticas públicas saludables. Estas funciones se llevan a cabo a partir de la prestación de servicios tales como: el manejo de riesgos personales, el desarrollo de competencias, la participación social para la acción comunitaria, la abogacía intra e intersectorial, la mercadotecnia social en salud y la evidencia para la salud. Según el Modelo Operativo de Promoción de la Salud, vigente en el momento de realizar el presente trabajo, la puesta en práctica de estas funciones y servicios está a cargo de promotores de salud, gerentes y un coordinador/líder de promoción de salud en las jurisdicciones sanitarias.

Esta perspectiva ha dado lugar al diseño e implementación de cinco programas específicos: Entornos y comunidades saludables; Escuela y salud; Promoción de la salud: una nueva cultura; Vete sano y regresa sano; y Alimentación, actividad física y salud, a cuyos principales componentes nos referimos a continuación.

El Programa Entornos y Comunidades Saludables se centra en promover que los municipios del país pongan en práctica los distintos programas de promoción de la salud, que conformen grupos de promotores de salud voluntarios que realicen sus acciones en el ámbito local y que participen en redes de carácter nacional. Los municipios que cum-

²⁸ Para una información precisa sobre la manera como el Seguro Popular resulta violatorio del derecho a la salud puede consultarse Cerda (2006).

plen con los parámetros que establece el programa son acreditados y son considerados como “bandera blanca izada” (ver cuadro 2).

Cuadro 2.
Programa entornos y comunidades saludables

Objetivos	Estrategias	Indicadores
Fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos favorables.	<p>Impulso y fortalecimiento de Municipios Promotores de la Salud.</p> <p>Apoyo a Proyectos Municipales vinculados a la Salud Pública.</p> <p>Impulso a entornos higiénicos, seguros, estimulantes a la salud y certificación de los mismos.</p> <p>Impulso y fortalecimiento de redes estatales y la Red Mexicana de municipios por la salud.</p> <p>Elaboración de un plan de capacitación para actualizar al personal de salud en el programa de entornos y comunidades saludables.</p> <p>Reforma de la acción comunitaria.</p> <p>Vinculación con Programas de Acción.</p> <p>Impulso de la cooperación internacional para la Promoción de la Salud Municipal y Urbana.</p>	<p>Población beneficiada con las acciones de promoción de la Salud.</p> <p>No. De comunidades con bandera blanca izada.</p> <p>Porcentaje de redes que realizan acciones de promoción de la salud.</p> <p>Porcentaje de municipios acreditados como promotores de la salud del total de municipios activos.</p> <p>Porcentaje de municipios con proyecto concluido.</p> <p>Número de estados con red estatal formada.</p> <p>Número de Promotores voluntarios realizando acciones de promoción de la salud en el nivel local.</p>

Fuente: DGPS, www.dgps.salud.gob.mx, 2009.

El Programa Escuela y Salud (ver cuadro 3) implica la coordinación entre las Secretarías de Salud y de Educación Pública y se enfoca a la certificación de escuelas, la detección temprana de padecimientos en los alumnos, la promoción y supervisión del uso adecuado de la Cartilla Nacional de Salud y la formación del personal docente y de salud sobre los programas de promoción de la salud, especialmente, el “Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud” (Paquete Garantizado) o el “Servicio Integrado de Promoción de la Salud” (Servicio Integrado). Si bien en los distintos programas específicos de promoción de la salud que están vigentes se utiliza de manera indistinta el “Paquete Garantizado” y el “Servicio Integrado”, no es posible ubicar claramente sus componentes. Según el Programa Escuela y Salud, el “Paquete Garantizado” consta de seis acciones: conocer la utilidad y pertinencia del “paquete”, manejo de la Cartilla Nacional de Salud, favorecer el uso de los servicios públicos de salud, capacitación de docentes en somatometría, valoraciones clínicas a escolares y referencia de escolares con padecimientos que afectan aprendizaje a los servicios de salud (SS, 2008:50).

Por otro lado, según el Programa Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura, el “Servicio Integrado” consta de cuatro componentes sustantivos (Manejo de riesgos personales, Desarrollo de capacidad y competencia en salud, Participación social para la acción comunitaria y Desarrollo de entornos saludables) y tres componentes transversales (Abogacía inter e intrasectorial, Mercadotecnia social en salud y Evidencias para la salud), los cuales son enfocados a los ámbitos individual, grupal y poblacional (SS, 2008: 72).

Cuadro 3.
Programa escuela y salud

Objetivos	Estrategias	Indicadores
Realizar intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con los niños de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior, que les permitan desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud, mejorarla y así incrementar el aprovechamiento escolar.	<p>Desarrollar competencias en la comunidad escolar que provean de conocimientos y desarrollen capacidades para la modificación de los determinantes de la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes del nivel básico, medio y superior escolar.</p> <p>Implementar políticas públicas y desarrollar propuestas de normatividad que faciliten la modificación de los determinantes favorables para la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes del nivel básico, medio y superior.</p> <p>Acceso de las y los escolares a los servicios públicos de salud (Paquete Garantizado de prevención y promoción de la salud y Cartilla Nacional de Salud).</p> <p>Establecer entornos y seguros favorables para la salud de las y los escolares de los tres niveles educativos: básico, medio y superior tanto en el área urbana como en la rural.</p> <p>Establecer los mecanismos que fortalecen el vínculo sectorial y la articulación de la comunidad escolar con las instituciones gubernamentales, así como los de participación social para llevar a cabo acciones que permitan modificar los determinantes de la salud de los escolares en los tres niveles educativos.</p> <p>Desarrollar un sistema de medición y análisis de las condiciones de salud de los escolares que permita el monitoreo del avance y la evaluación de la efectividad e impacto de las intervenciones del programa.</p>	<p>Porcentaje de escuelas incorporadas al programa</p> <p>Porcentaje de escuelas en proceso de certificación</p> <p>Porcentaje de escuelas certificadas</p> <p>Porcentaje de detecciones realizadas a escolares</p> <p>Porcentaje de escolares referidos a unidades de salud</p> <p>Porcentaje de escolares con Cartilla Nacional de Salud</p> <p>Porcentaje de escolares con Cartilla Nacional de Salud activa</p> <p>Porcentaje de escolares que reciben orientación y consejería de las escuelas incorporadas</p> <p>Porcentaje de talleres sobre determinantes dirigidos a docentes</p> <p>Porcentaje de talleres sobre Cartillas y Paquete Garantizado a personal docente</p> <p>Porcentaje de cursos de capacitación realizados para orientación y consejería</p> <p>Porcentaje de paquetes de materiales educativos elaborados</p> <p>Porcentaje de mensajes de anuncios de radio y televisión elaborados</p> <p>Porcentaje de escuelas con Bandera Blanca que cuente con Consejo Escolar</p> <p>Porcentaje de municipios que llevan a cabo acciones dirigidas a modificar los determinantes de la salud de los escolares.</p>

Fuente: DGPS. www.dgps.salud.gob.mx, 2009.

El Programa Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura se propone modificar determinantes³⁹ para disminuir padecimientos prioritarios de salud pública, promover la alimentación correcta, favorecer la activación física, reducir el uso del tabaco y el alcohol y aumentar la cobertura del citado Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud (ver cuadro 4).

Cuadro 4.
Programa promoción de la salud: una nueva cultura

Objetivos	Estrategias	Indicadores
Crear una nueva cultura a través de la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud, que modifique los determinantes, para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública.	Generar una nueva cultura en salud. Salud en las políticas públicas. Fortalecer la vinculación con los Programas de Acción de prevención y control de enfermedades. Ejercer la receta efectiva en promoción de la salud.	Porcentaje de población de 5 a 19 años de edad que se alimenta correctamente.
		Porcentaje de población de 5 a 19 años de edad con activación física.
		Porcentaje de población que se lava las manos correctamente antes y después de un evento de riesgo para su salud.
		Porcentaje de viviendas en donde utilizan biomasa y estufas mejoradas.
		Porcentaje de fumadores pasivos de la población entre 18 y 65 años.
		Porcentaje de edificios públicos del sector salud libres del humo de tabaco.
		Porcentaje de edificios públicos y federales de otros sectores libres del humo del tabaco.
		Porcentaje de mujeres y hombres de 10 a 19 años que consumen 5 y más copas de alcohol en una ocasión.
		Porcentaje de empresas de 100 o más trabajadores con un programa de promoción de la salud incorporadas.
		Cobertura de población incorporada al Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud por grupo de edad y sexo.
Índice de modificación de cultura en salud.		

Fuente: DGPS, www.dgps.salud.gob.mx, 2009.

El Programa ‘Vete Sano, Regresa Sano’ (ver cuadro 5) está enfocado a los migrantes y sus familias a fin de que esta población sea resiliente y capaz de manejar los determinantes de su salud. Sus estrategias se enfocan a la prevención y control de enfermedades propias de esta

³⁹ Como se explica más adelante, se trata de una acepción reduccionista de los “determinantes” de la salud. Véase al respecto la discusión entre distintas acepciones de “determinantes” en el inciso 4 de este mismo capítulo.

población, capacitación del personal de salud, coordinación con líderes de organizaciones de migrantes, promover la colaboración y acuerdos intersectoriales y con instituciones académicas y fortalecer el sistema de información sobre los migrantes.

Cuadro 5.
Programa vete sano regresa sano

Objetivos	Estrategias	Indicadores
<p>Contribuir a la protección de la salud del migrante y su familia, con participación coordinada intrainstitucional e intersectorial, impulsando acciones de promoción de la salud y prevención, en su lugar de origen, traslado y destino, para lograr que esta población sea resiliente y capaz de manejar los determinantes de su salud y mejorar sus entornos.</p>	<p>Fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades por grupo de edad y sexo, para el manejo de riesgos personales de la salud de los migrantes y sus familiares.</p> <p>Apoyo al desarrollo de competencias en el personal de los núcleos básicos de salud de todas las Unidades, para lograr la entrega comunicativa y la capacitación en competencias que contribuyan al adecuado manejo de los determinantes de la salud de los migrantes y aumentar su resiliencia.</p> <p>Coordinación de acciones con líderes, grupos y organizaciones de migrantes detectados por los SESA.</p> <p>Participación activa de en el grupo intersectorial: SALUD, SEDESOL, STPS, SEP-CONAFE, COFEPRIS.</p> <p>Fomento del establecimiento de acuerdos de colaboración con: INM, SER, IMÉ, SEDESOL, SIDIF, STPS, CONAPRED, INMUJERES.</p> <p>Establecimiento de acuerdos de colaboración y elaboración de proyectos conjuntos con instituciones académicas y de salud pública para mejorar la salud de los migrantes.</p> <p>Adecuación de la información del SIS en materia de migrantes, asimismo, las adecuaciones a los formatos propios del Programa.</p>	<p>Número de consultas médicas a migrantes.</p> <p>Porcentaje de migrantes que reciben la atención integrada de línea de vida.</p> <p>Número de sesiones educativas a migrantes.</p> <p>Número de migrantes capacitados en el manejo del auto-cuidado de la salud.</p> <p>Número de mensajes educativos emitidos.</p> <p>Número de talleres realizados con líderes identificados de migrantes.</p> <p>Porcentaje de líderes identificados que recibieron el taller.</p> <p>Número de albergues en proceso de acreditación.</p> <p>Número de Albergues Agrícolas acreditados.</p>

Fuente: DGPS, www.dgps.salud.gob.mx, 2009.

Finalmente, en los informes de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS, 2008) se hace referencia al Programa Alimentación, Actividad Física y Salud, cuyo objetivo es abordar los determinantes de la salud que inciden en el alto índice de sobrepeso y obesidad en la población así como las enfermedades crónico degenerativas que derivan de éstas. Su objetivo es transformar los entornos y los comportamientos

de la sociedad con el fin de alcanzar, en la mayoría de la población, los lineamientos establecidos para una alimentación saludable y para actividad física que genere salud.³⁰

La perspectiva de promoción de la salud planteada, así como los programas a través de los cuales se pretende ponerla en práctica pueden ser valoradas como positivas en tanto que han contribuido a impulsar la promoción de la salud como política pública, además de que los programas específicos reseñados llegan a definir acciones específicas en un terreno en el que lo más frecuente es encontrar definiciones de promoción de la salud del orden de lo abstracto o de carácter genérico. Sin embargo, es también necesario alertar sobre las implicaciones de reducir la promoción de la salud a un “servicio” más que se presta a la población y de asumir que la forma de llevarla a cabo es a través de las técnicas del mercadeo social. Esta tendencia no puede más que conducirnos a una banalización, secundarización y comercialización de la promoción de la salud.

El “Paquete garantizado de promoción de la salud” aparece como una réplica del anteriormente instrumentado “Paquete Básico de Salud”, mismo que ha sido ampliamente criticado por funcionar como una estrategia que legitima el desconocimiento por parte del Estado de su responsabilidad social en la salud de los mexicanos, así como por operar, en la vía de los hechos y de manera institucionalizada, creando ciudadanos de segunda, generalmente en condiciones de exclusión y empobrecimiento, a los que el Estado sólo estaría comprometido a otorgar los servicios mínimos.

A partir de una mirada de conjunto, la política de promoción de la salud que se implementa actualmente en México puede ser considerada como una forma de legitimación de la creación del Sistema de Protección Social en Salud y de la Reforma del Sector Salud, esto es, una estrategia que pretende convencer a la población de que la concepción neoliberal de la salud es la única alternativa viable y la mejor. De esta forma, la promoción de la salud se concibe como un instrumento de interacción entre las instituciones del sistema de salud mexicano y la población

³⁰ En el momento de elaboración de este trabajo no fue posible identificar información más específica, tal como se señala para el resto de los programas mencionados, probablemente por tratarse de un programa de reciente creación.

mediante la cual se busca impulsar una corriente de opinión favorable al proyecto de mercantilización y privatización del sistema nacional de salud iniciado hace casi tres décadas. Esta perspectiva instrumentalista de la promoción de la salud es complementada con una visión localista en tanto se considera que los municipios o comunidades son los ámbitos privilegiados para impulsarla; una perspectiva gerencial-mercantil que propone la promoción de la salud como una estrategia comercializable y rentable que echa mano de técnicas de mercadeo social con el fin de modificar conductas de la población; y que intencionadamente se restringe al propósito de modificar estilos de vida a través de incidir en los factores de protección y riesgo. Una caracterización y análisis crítico de este enfoque puede encontrarse en el siguiente inciso.

Promoción de la salud centrada en modificar estilos de vida

En este inciso pretendo explicar en qué consiste la perspectiva de la promoción de la salud que se centra en la idea de modificar estilos de vida –entendidos desde la perspectiva reduccionista del salubrismo–, concepción que ha devenido hegemónica en las actuales políticas de promoción de la salud. Esta perspectiva de la promoción de la salud se articula con una noción particular sobre los determinantes de la salud de las colectividades. Al igual que ha sucedido con el concepto de *estilos de vida* –como he explicado más arriba– la noción de *determinantes* se ha transformado y desgastado, dando origen a la utilización de un mismo concepto con significaciones diferenciadas, mismas a las que a continuación nos referimos con el fin de establecer puntos de referencia que permitan una mejor comprensión de las reflexiones que se ofrecen posteriormente.

En el contexto latinoamericano, la noción de *determinantes sociales de la salud* ha sido motivo de reflexión teórica desde hace ya varias décadas y ha orientado la acción política de movimientos sociales en defensa de su salud. Retomando los planteamientos del materialismo histórico, esta perspectiva plantea que “las formas de producción, consumo y su lógica distributiva –en donde el Estado tiene una tarea esencial– son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales” (Arellano, Escudero y Carmona, 2008); procesos de reproducción social que en las formaciones capitalistas se

expresan a través de relaciones económicas de explotación y exclusión. Esta noción primigenia de las determinantes sociales de la salud que las asocia a la naturaleza misma de la sociedad capitalista, es diferente de la forma como éstas son concebidas desde la perspectiva de la epidemiología europea asumida por la recientemente creada Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, desde cuya visión dichas determinantes se relacionan con la educación, la ocupación o ingreso, el género o la pertenencia étnica (ALAMES, 2008).

A diferencia de las dos posturas anteriores, la noción de *determinantes* que es asumida desde la perspectiva reduccionista del salubrisimo sobre los estilos de vida, y que orienta la noción dominante de promoción de la salud, deja de lado toda perspectiva estructural al pasar de las “determinantes sociales de la salud” a la idea de “determinantes de la salud”, giro a través del cual se evita toda alusión a la estructura social. Así, la concepción dominante de promoción de la salud se refiere a una noción de determinantes positivos o de riesgo en torno a cuya modificación se organizan y evalúan las políticas públicas y las distintas intervenciones que se llevan a cabo en este campo. Esta concepción se enfoca a buscar el cambio a partir de señalar las consecuencias negativas de una determinada conducta o de un estilo de vida, abstrayéndose así del contexto sociohistórico y de las determinantes económicas y políticas. Es esta mirada reduccionista de las determinantes sociales de la salud, que las restringe a los factores previos o causas inmediatas de la salud, la que ubicamos como dominante en el campo de la promoción de la salud y frente a la cual establecemos nuestro posicionamiento crítico.

Desde esta mirada restrictiva dominante, las “determinantes” son definidas con gran generalidad, como algo dado, algo que puede o no existir para un determinado individuo, sin establecer su causalidad social, ni ningún tipo de relación o jerarquía entre ellas. Desde esta lógica funcional, puede tener el mismo peso una tendencia al estrés que el hecho de no contar con servicios públicos de salud. Todos son llanamente “factores”, mientras que las responsabilidades sociales del Estado simplemente quedan fuera de este esquema comprensivo.

Así, la promoción de la salud centrada en los estilos de vida tiene como punto de partida una comprensión de la relación entre individuos

y sociedad a partir de una representación gráfica de círculos concéntricos (véase el siguiente esquema) que son inclusivos del anterior y que se refieren al individuo, grupo/familia, comunidad y contexto político/social/económico. Como se muestra en la emblemática propuesta del Estado de Victoria, en Australia, los determinantes de la salud están constituidos por factores de protección y de riesgo que afectan directamente ya sea la calidad de vida, la independencia funcional o el bienestar, o en caso contrario, la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad (SGV, 2008). Si bien se trata de una perspectiva de promoción de la salud que se sustenta en una lógica anticipatoria que podría sintetizarse en la idea de que al modificarse positivamente los determinantes se mejora la salud, la pregunta inmediata y obligada es cómo se definen dichos determinantes y cómo se concibe la posibilidad de generar algún tipo de modificación en ellos.

Como factores de protección se identifican:

- a. Condiciones y ambientes saludables: ambiente físicos seguros, condiciones económicas y sociales sustentables, aporte regular de nutrientes, comida y agua, restricciones para el acceso al tabaco y drogas, políticas y prácticas organizacionales de salud pública, provisión de empleo significativo y pagado, provisión de vivienda confortable.
- b. Factores psicosociales: participación en actividades cívicas y en iniciativas sociales, redes sociales fortalecidas, percepción de confianza, percepción de poder y control sobre las decisiones de vida, ambiente familiar estructurado y positiva autoestima.
- c. Servicios de salud efectivos: provisión sustentable de programas de promoción de la salud, acceso a servicios de salud culturalmente apropiados, participación comunitaria en la planeación y decisión de los servicios de salud.
- d. Estilos de vida saludables: decremento del uso del tabaco y drogas, actividad física regular, alimentación nutricionalmente balanceada, salud mental positiva, actividad sexual segura.

En contraposición, como factores de riesgo que han de ser combatidos, contrarrestados o atenuados se identifican:

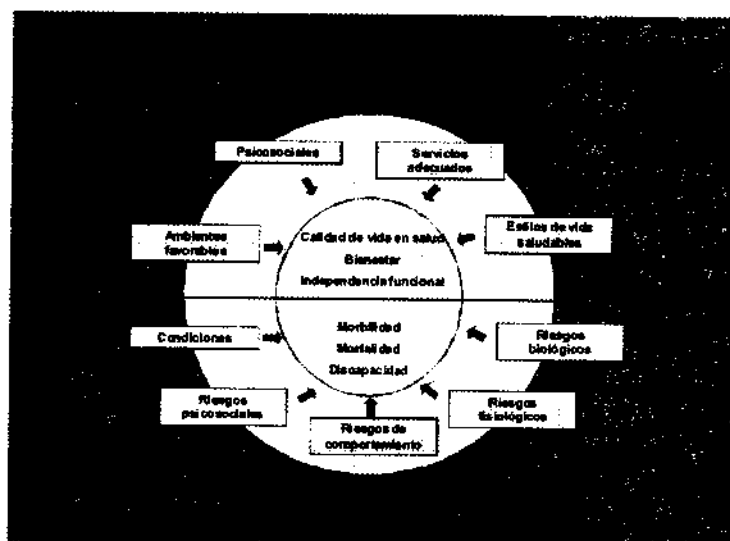
- a. Condiciones de riesgo: pobreza, estatus social bajo, trabajo peligroso, contaminación ambiental, recursos naturales disminuidos, discrimi-

- nación (edad, sexo, raza, discapacidad), jerarquía concentradora de poder (riqueza, estatus, autoridad) dentro de una comunidad o lugar de trabajo.
- b. Factores de riesgos psicosociales: soledad, falta de soporte social, redes sociales pobres, baja auto-estima, alta auto-culpabilidad, baja percepción del poder, pérdida de sentido o propósito, abuso.
 - c. Factores de riesgo conductual: fumar, pobre insumo nutricional, inactividad física, abuso de sustancias, pobre higiene, sobrepeso, actividad sexual insegura.
 - d. Factores de riesgo fisiológico: presión arterial alta, colesterol alto, aumento de la hormona del estrés, niveles alterados de marcadores bioquímicos, factores genéticos.

En esta perspectiva el término resiliencia adquiere un lugar central. Atribuido inicialmente a Michael Rutter, quien lo toma del concepto físico que alude a la cantidad de energía por unidad de volumen que absorbe un material al deformarse elásticamente debido a una tensión aplicada y que desde la perspectiva conductista se define como flexibilidad social adaptativa. El término es retomado por el etólogo Boris Cyrulnik quien amplió el concepto de resiliencia observando a los sobrevivientes de los campos de concentración, los niños de los orfanatos rumanos y los niños en situación de calle en Bolivia (Cyrulnik, 2002).

El modelo de promoción de la salud actualmente adoptado en México retoma parcialmente estos antecedentes y propone como determinantes positivos que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida y al bienestar funcional, los estilos de vida saludable y los servicios adecuados, así como los factores psicosociales y los ambientes favorables. En contraposición, se proponen como determinantes de peligro que afectan negativamente y que se manifiestan en el aumento de la morbilidad, la discapacidad, las condiciones de vida, los riesgos fisiológicos, los riesgos psicosociales, los riesgos de comportamiento y los riesgos biológicos (ver diagrama "Visión dominante en Promoción de la Salud").

Esta lógica de los determinantes positivos y los determinantes de peligro puede ubicarse como *dominante* tanto por la centralidad que se le ha conferido en los discursos que internacionalmente se consideran como los "oficiales" en el campo de la promoción de la salud, como por



su adopción como la orientación principal de las políticas nacionales de promoción de la salud, tal como hemos mostrado para el caso de México. Una vez instalada esta perspectiva, las políticas de promoción de la salud se plantean actuar sobre los determinantes definidos de esta forma desde una perspectiva de efectividad. Sus intervenciones debe medirse en tanto modifican determinantes de la salud, para lo cual se construye un sistema de indicadores. Esta concepción se expresa emblemáticamente en una de las máximas que se promueven desde este discurso oficial de las políticas de promoción de la salud: “modificando los determinantes se mejora la salud” (SS, 2005).

Como he tratado de mostrar hasta ahora, esta concepción de promoción de la salud centrada en los estilos de vida ha devenido dominante tanto en el terreno internacional como en diversos países ubicamos como economías emergentes, tal como se ejemplifica en el caso de México. Sin embargo, este enfoque ha sido también objeto de reflexiones críticas que apuntan hacia la forma como se conciben los determinantes sociales de la salud, el vínculo entre la promoción de la salud y las políticas sanitarias y económicas, así como la manera como se concibe a los sujetos y sus decisiones de cambio. El siguiente inciso se enfoca a explicar en qué consisten dichas perspectivas críticas.

1.a promoción de la salud neoliberal y las orientaciones emergentes

La perspectiva dominante de promoción de la salud está centrada en la modificación de riesgos y estilos de vida a partir de lo cual, ignora los determinantes sociales de la salud, desvincula la política sanitaria de la económica y se suma acríticamente a la tendencia a la mercantilización y privatización de los servicios de salud. Funge como un legitimador de las desigualdades sociales al tiempo que culpabiliza e individualiza la salud, ignorando los procesos colectivos. Frente a ello, es posible ubicar una perspectiva emergente de promoción de la salud que denuncia la desigualdad social y retoma los determinantes sociales de la salud dando centralidad a la noción de derechos sociales; vincula la política sanitaria con la económica; cuestiona la mercantilización de la promoción de la salud; propicia procesos colectivos que implican la decisión de los sujetos al tiempo que promueve procesos de exigibilidad/emancipación.

En primer término, y como ya se ha adelantado en el inciso uno de este capítulo, la perspectiva de promoción de la salud enfocada a la modificación de estilos de vida ha sido criticada a partir de su concepción reduccionista de los determinantes de la salud. Al asumir esta perspectiva, el discurso oficial de la promoción de la salud al inicio del siglo XXI, se sitúa un paso atrás tanto de la posición de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud) misma que a su vez asume la perspectiva de la epidemiología social europea, así como de los aportes generados por más de cuatro décadas por la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas (ALAMES, 2008).

La epidemiología social europea ha venido planteando la necesidad de reconocer y actuar sobre dos tipos de determinantes: los estructurales (posición socioeconómica, estructura social y clase social de los cuales dependen el nivel educativo, la ocupación y el ingreso; relaciones de género y etnia) y los intermedios (circunstancias materiales, factores biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud). En todo caso, el discurso oficial de promoción de la salud ha venido a retomar de manera parcial algunos de estos últimos determinantes intermedios. Si bien se trata de una perspectiva de promoción de la salud que tiene la virtud de ir más allá del enfoque curativo y exclusivamente biológico, también se ha

situado a la zaga de los aportes latinoamericanos del pensamiento médico social y la salud colectiva, mismos que han mostrado contundentemente y de variadas formas que el origen de las abismales diferencias en la calidad de vida de las distintas clases sociales, géneros y etnias se encuentra en la forma de organización de la sociedad capitalista, sus formas de propiedad, poder y división social del trabajo. Desde esta perspectiva, la desigualdad socioeconómica tiene su origen en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción, razón por la cual el mejoramiento de la salud colectiva pasa necesariamente por la elaboración de una crítica a la naturaleza propia de la sociedad capitalista (ALAMES, 2008).

De esta forma, la promoción de la salud dominante refuerza la tendencia neoliberal en el campo de la salud, proceso en el que pueden observarse cinco giros o componentes especialmente significativos. En primer término, ésta promoción de la salud dominante ignora los determinantes estructurales de la salud originados en el modo de producción capitalista, así como sus repercusiones en las formas de organización social y los conflictos de clase, evitando cualquier tipo de explicación de la desigualdad y omitiendo las posibles alternativas para su transformación. No hay necesidad de cambios estructurales ni es necesario exigir derechos, sino comprar servicios. Se verifica así una pretensión de abstraerse del contexto sociohistórico y de los determinantes económicos y políticos de la salud (cuadro 6).

Cuadro 6. Componentes de la promoción de la salud neoliberal

1. Ignorar determinantes sociales – estructurales de la salud
2. Legitimar la contradicción entre política económica empobrecedora y política social paliativa.
3. Reforzar esquemas restrictivos y reduccionistas en los servicios de salud
4. Favorecer la mercantilización de acciones de promoción de la salud.
5. Utilización acrítica y descontextualizada de visiones primermundistas de promoción de la salud que propicien la colonialidad del saber.
6. Centrarse en los cambios individuales motivados por el miedo a los efectos negativos.

Fuente: elaboración propia con base en el análisis de los Programas vigentes en Promoción de la Salud en México, 2010

Un segundo elemento consiste en fungir como legitimador de una política económica que empobrece a un sector mayoritario de la población,

mientras que paralelamente se desarrolla una política social, incluyendo las políticas de salud y de promoción de la salud, que son paliativas y que no consideran las causas de dichos mecanismos de distribución desigual de la riqueza, situaciones que convierten en un eufemismo la multicuada idea de los “entornos saludables”.

Asimismo, se trata de una promoción de la salud que –como tercer componente– tanto explícita como implícitamente refuerza esquemas restrictivos y reduccionistas de atención de la salud, ya sea al ser incluida como una de las acciones de los llamados “paquetes básicos” o al ponerse en práctica a través de programas que no incluyen la perspectiva de la integralidad y universalidad de los servicios públicos de salud.

Como cuarto componente, puede ubicarse un giro hacia la mercantilización de la Promoción de la Salud, planteamiento que distorsiona, subordina o secundariza su intencionalidad provocando que se desarrollen acciones que, aunque inicialmente se enfocan a la promoción de la salud, en la práctica terminan funcionando bajo la lógica lucrativa. Al no denunciar o no pronunciarse en torno a la tendencia a la disminución de la inversión pública en salud, de manera implícita se avala dicha orientación. La reproducción acrítica –como quinto componente– de concepciones que responden a países primermundistas y que por ende dejan de tomar como punto de partida y como objetivo el contrarrestar la desigualdad social propia de países del tercer mundo, apunta a lo que ha sido identificado como una colonialidad del saber (Castro y Mendieta, 1998; Dube, 2001; Mignolo, 2000). Esto significaría que la forma de concebir e implementar políticas de promoción de la salud en los países emergentes podría estar funcionando como un mecanismo de colonialidad que de manera implícita avala la continuidad del *status quo* y evita cuestionar su relación de subordinación frente a las economías primermundistas.

Finalmente, esta perspectiva dominante de promoción de la salud conlleva, como sexto componente, una forma particular de concebir a los sujetos y sus decisiones de cambio. La perspectiva dominante de promoción de la salud centrada en la modificación de estilos de vida tiende a culpabilizar al sujeto que no está dispuesto o no es capaz de modificar su estilo de vida. Se origina así una promoción de la salud amenazante en la que se buscan cambios a partir del miedo, pero que no pasan por

la decisión de fondo del sujeto.³¹ Al centrarse en la idea de que los individuos deben cambiar su estilo de vida se ignora la dimensión colectiva y se relegan algunas estrategias colectivas que han mostrado su utilidad para abonar a los propósitos de la promoción de la salud tales como los grupos de autoayuda, de alcohólicos anónimos, grupos de reflexión, grupos de personas violentadas o violentas, entre otros.

En síntesis, puede señalarse que la perspectiva dominante de promoción de la salud impulsa una concepción centrada en riesgos y estilos de vida que ignora determinantes sociales, que se desvincula de política económica y política sanitaria, que tiende a la mercantilización, que culpabiliza, individualiza, ignora procesos colectivos y que funge como legitimador de desigualdades sociales. Resulta imprescindible, entonces, avanzar hacia una promoción de la salud que denuncie las desigualdades sociales y retome los determinantes sociales de la salud; que se vincule con las políticas económicas y sanitarias al tiempo que las cuestione; que combata la mercantilización de la promoción de la salud; que propicie procesos colectivos que promuevan y brinden condiciones para el ejercicio de la capacidad de agencia de los sujetos. Una Promoción de la Salud vinculada a procesos de exigibilidad y emancipación, como parte de políticas orientadas al cumplimiento de los derechos sociales. A este propósito me enfoco en el capítulo cuatro.

REFERENCIAS

- ALAMES (2008) *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión*. México: mimeo.
- Alvarez- Amézquita, J.; Bustamante, M. y Fernández del Castillo, F. (1960) *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. México: SSA.

³¹ Nos referimos aquí a la necesidad de pensar críticamente sobre la idea subyacente a los programas de promoción de la salud vigentes en relación a la manera de concebir la decisión de los sujetos sobre sus estilos de vida o sobre determinadas conductas o comportamientos que se relacionan con su salud. Cuando dichos programas asumen una concepción inmediatista y conductista que se centra en decisiones tomadas a partir de infundir miedo al exponer las consecuencias negativas de determinado comportamiento, hacen caso omiso de la necesidad de considerar las decisiones de los sujetos como procesos de comprensión de su propia situación, el marco ético que han decidido asumir, su capacidad de tomar decisiones consistentes y duraderas, así como de las determinaciones estructurales que las impiden o postibilitan.

- Arellano, O., Escudero JC. y Carmona LD. (2008) "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes de la Salud, ALAMES". En: *Medicina Social / Social Medicine*, Vol. 3, No. 4, Noviembre.
- Castro, JM. (1994). "Marcos conceptuales de la promoción de la salud: reflexiones para la práctica". En: Del Bosque, S.; González, J. y del Bosque, T. (compiladores) *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: Herramientas para la promoción de la salud*. México: CIESS/ OPS, 31-44.
- Castro, S. y Mendieta, E. (coordinadores) (1998) *Teorías sin disciplina. Latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate*. California - México: University of San Francisco - Miguel Angel Porrúa.
- Cerda, A. (2006). "El derecho a la salud" en: *Informe Alternativo sobre la situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en México*. México: Grupo Promotor del Informe Alternativo DESC.
- Cerda, A. (2010) *Imaginando zapatismo. Multiculturalidad y autonomía indígena en Chiapas desde un municipio autónomo*. México: UAM-X.
- Chadwick, E. (1942). *Report on the Sanitary Conditions of Labouring Populations of Great Britain*. Escocia: Edimburg University Press.
- Coreil, J., Levin, J. y Jaco, E. (1985) "Life style: an emergent concept in the sociomedical sciences" En: *Culture, Medicine and Psychiatry*. No. 9:423-437.
- Cyrułnik, B. (2002) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. España: Gedisa.
- Dube, S. (2001) *Pasados Poscoloniales*. México: El Colegio de México.
- Fajardo, G., Carrillo AM y Neri, R. (2002) *Perspectiva histórica de Atención a la Salud en México 1902 - 2002*. México: OPS, UNAM.
- Frenk, J. (s/f) *Reforma del Sector Salud*. Disponible en línea: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Presentaciones/Financiamiento%20salud%20Mexico.pdf>. Consulta: 20 septiembre 2009.
- Global Health Watch (2007) *An alternative world health report. Global Health Watch 2005-2006*. USA: Global Health Watch.
- Lafonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Laurell, AC. (2008) La reforma del sistema de salud en México. 2008. Disponible en línea: <http://salud.gobiernolegitimo.org.mx/367c.html?seccion=documentos&documento=reformas>. México: Gobierno Legítimo. Consulta: 20 septiembre 2009.

- López, O. y Blanco J. (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En: Jarillo, E. y Ginsberg, E. (Coords.) *Salud Colectiva en México. Temas y desafíos*. Argentina: Lugar Editorial, pp. 21-48.
- McKeown, T. y Brown, RG. (1955) "Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century". In: *Population Studies*. UK: 9:119-141.
- Menéndez, LE. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes" En: *Estudios Sociológicos* No.16: 37-67
- Menéndez, LE. (1999) "Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?" En: *Alteridades*. 9 (17): 147-164.
- Mignolo, W. (2000) *Local histories/global designs: coloniality, subaltern knowledges and border thinking*. USA: Princenton University Press.
- Minkler, M. (1989) Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education & Behavior*, 16 (1): 17-30.
- Ortiz- Quezada, F. (1982) *Vida y muerte del Mexicano 2*. México: Editorial Folios.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001) *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Secretaría de Salud (2008) *Programa de Acción Específico 2007-2012 Entornos y Comunidades Saludables*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2008) *Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2008) *Programa de Acción Específico 2007-2012 Promoción de la Salud: una nueva cultura*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2008) *Programa de Acción Específico 2007-2012 Vete Sano, Regresa Sano*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2005) *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2002) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2002) *Informe de resultados de la Dirección General de Promoción de la Salud*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: www.dgps.salud.gob.mx. Consulta: 20 septiembre 2009.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human Welfare*. Yale: Yale University Press. Reproducido en : *Journal of Public Health Policy*, 17(2) 1996,
- Sigerist, H. (1987) *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI Editores.

- State Government of Victoria - SGV. (2003) *Integrated Health Promotion: A practice guide for service providers*. Australia: Stream Solutions. Actualización 2008.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002) *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. España: Gedisa.
- Virchow, R. (1948 [2006]) Informe sobre el Tifus en Silesia. Reproducido en *Revista Medicina Social / Social Medicine*. Vol. 1, No. 1.
- Weber, Max (1904[2004]) *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: FCE.
- WHO (2005) *Carta de Bangkok*. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf. Suiza: OMS. Consulta: 28 septiembre 2009.
- WHO (1986) *Carta de Ottawa*. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>. Suiza: OMS. Consulta: 28 septiembre 2009.

CAPÍTULO 3

CUERPO-TERRITORIO

*Ma. del Consuelo Chapela*³²

*Rebeca Consejo*³³

De acuerdo con Rothman (2007) la epidemiología tiene su origen en el siglo XVII y fue revitalizada en el siglo XIX,³⁴ su avance y auge lo logra hasta el final de la segunda guerra mundial. Desde entonces ha sido el asiento discursivo de las políticas y asignación de presupuesto en salud por parte de las agencias de gobiernos nacionales e internacionales. La epidemiología muestra al menos dos tendencias: la hegemónica y la crítica.³⁵ La búsqueda de la epidemiología hegemónica se centró principalmente en la identificación de causas materiales de las enfermedades y condujo a choques con empresarios cuyos intereses se veían afectados por los hallazgos de la epidemiología que frecuentemente apuntaban a la necesidad de retirar de la circulación determinados productos o procesos como los cigarrillos, estrógenos, materias primas y procesos en las fábricas, radiaciones, etc.; choques que veían a la opinión pública la magnitud de los problemas de enfermedad y sus causas materiales inmediatas, mostrando con claridad componentes de pugnas por distintos poderes detrás de las causas de las enfermedades (Rothman, 2007). Por su cuenta, la salud pública hegemónica adopta un patrón de búsqueda epidemiológica que culmina en reportes sobre situaciones mórbidas de la pobreza visibles y entendibles desde el sentido común, por ejemplo las enfermedades diarreicas, construyendo sobre esos reportes promesas y discursos³⁶ que por décadas han sido estratégicos para lograr el consenso,

³² Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. Departamento de Atención a la Salud. Área Salud y Sociedad. Coordinadora del Diplomado en Promoción de la Salud. conicho@correo.xoc.uam.mx

³³ Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía. Colegio de Geografía. rebecaconsejo@hotmail.com

³⁴ Por ejemplo por William Farr (Dupaquier 2001) y John Snow (1855).

³⁵ Ejemplos de epidemiología hegemónica son la mayoría de los trabajos que sustentan los documentos de agencias internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Ejemplos de epidemiología crítica son los trabajos de Martínez y Leal (2003) y Brehil (1995).

³⁶ En el trabajo de Martínez y Leal (2003) se cuestiona el uso de la adopción de la 'transición epidemiológica' como explicación incompleta de la situación real de salud en México.

subordinación entre la población y para justificar el nimio presupuesto asignado anualmente para la atención a las enfermedades de la población marginada en el mundo.

Aunque la observación de causas no biológicas detrás de distintas enfermedades se hace desde la emergencia de la conciencia humana -por ejemplo la enfermedad o los desastres atribuibles a la ira de un dios o a las desavenencias con un grupo social-, en las últimas décadas el fervor por la epidemiología hegemónica construyó una suerte de ceguera médica e institucional, real o discursiva, a la evidente participación de los fenómenos subjetivos en la producción de enfermedades, en particular ante los contenidos del ejercicio del poder. Este fervor, impulsado en las últimas tres décadas desde el poder hegemónico del mercado, limitó a los investigadores en salud el acceso a construcciones teóricas alternativas sobre salud³⁷ confinándolos al entendimiento de ésta desde la enfermedad e incluso subvaloró significaciones distintas de salud surgidas en la población³⁸ quien frecuentemente, una vez que termina de recitar los componentes de salud vinculados a la enfermedad aprendidos de la institución escolar y médica, la identifica como una capacidad para mejorar su vida ya sea mediante una alimentación 'pobre pero sabrosa', trabajando, atendiendo a la familia, estando en paz, atendiendo sus responsabilidades, etc: '*en tanto dios me de salud, yo tengo dos manos para trabajar y ver que no falte alimento a mi familia*' (Un hombre mayor, campesino, con disfunciones crónicas del aparato respiratorio) (Chapela, 2003).

Como fue presentado en el capítulo primero de este libro, a pesar de que en los últimos treinta años se han desarrollado escuelas que demuestran y pregonan la producción social de las enfermedades, no es sino hasta 2004 que las agencias hegemónicas internacionales finalmente reconocen la participación de aquellas en la producción de enfermedades:

³⁷ Moreno-Altamirano (2007) hace un recuento de las propuestas antropológicas recientes para el entendimiento de la enfermedad, particularmente de la discusión sobre la diferencia entre enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*).

³⁸ Dada la diversidad de maneras en que se entiende la salud en los campos académicos, distintos autores se han dado a la tarea de clasificarlas (ejemplo de esto es Aggleton, 2003), dejando fuera, probablemente por la tendencia clasificatoria de la ciencia y la academia, múltiples posibilidades alternativas de entender la salud.

Si los responsables de las políticas, los directores de los programas y la comunidad donante siguen pasando por alto las causas fundamentales de las enfermedades, probablemente no se logren resultados más equitativos en torno a la salud y a las mejoras globales fijadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005:1).

Tímidamente la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud hace referencia específica a factores estructurales y sociopolíticos como 'causas de las causas':

Las desigualdades sanitarias... surgen debido a las diferencias injustas con respecto a las oportunidades que tienen las personas de lograr un desarrollo total social y personal debido a las condiciones en las cuales viven, y a las *causas estructurales y sociopolíticas* que subyacen a estas condiciones, es decir, las causas de la mala salud y *las causas de las causas* [cursivas agregadas] (*Ibid*:2).

Entre muchos otros resultados de esta tardanza en aceptar oficialmente la producción social de las enfermedades, se encuentra el poco interés mostrado por las profesiones de la salud para repensar si su objeto de estudio y práctica es en realidad la salud o es otra cosa como por ejemplo la enfermedad, la curación, la generación de conocimiento tecnológico, de tecnología, la ingeniería social basada en el control del cuerpo o la producción y venta de mercancía médica. El retraso en la aceptación oficial de los componentes sociales de las enfermedades, más allá de incluir a la pobreza y la desigualdad en sus prácticas discursivas, refuerza el entendimiento y definición de la salud desde las enfermedades, de la salud como correcto funcionamiento de la máquina fisiológica, como equilibrio, o como correcto comportamiento de acuerdo con los dogmas médicos naturalizados en los distintos grupos sociales y en la misma institución médica. Más aún, la falta de señalamiento explícito de los procesos y acción del poder (en la conformación de clases sociales, desigualdades, género, etarismo, enfermedad, etc.), en gestación y reproducción a partir de las instituciones nacionales y planetarias, impide el reconocimiento cabal de la producción social de la enfermedad, por lo que el reconocimiento de la existencia de <determinantes sociales> de la enfermedad es insuficiente. Como señala Vicente Navarro (2009:15):

[La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud] hace énfasis, en términos genéricos, a la necesidad de redistribución de recursos, pero guarda silencio en tanto a los recursos de quién y cómo y a través de qué se logra esta redistribución. *Es profundamente apolítica y ahí es en donde reside la debilidad de su reporte.*

La concepción de salud desde la enfermedad ha generado necesidades, profesiones, prácticas, implementos, objetos diversos, culturas, valores, prescripciones, obligaciones, significados y una forma de organización y estructuración del conocimiento que responde a esa concepción y no a otra. Los indiscutibles componentes sociales y biológicos del ser humano y 'la acción de la salud sobre la vida' (Gadamer, 2001) obligan a concebir de maneras diferentes tanto a la salud como a la enfermedad desde formas nuevas de conocimiento, de estructuración y organización del mismo y como entidades probablemente distintas y no forzosamente vinculadas dentro de un espectro: a más salud menor enfermedad o a más enfermedad menor salud; concepciones alternativas que incluso admitieran la posibilidad de coexistencia de enfermedad en procesos saludables y de salud en procesos de enfermedad –*Puedo estar incompleta, pero puedo atender mis labores en el campo, si no las hago yo, ¿quién los hará?... Tengo manos, ¿o no?* (una mujer con discapacidad visual e infecciones continuas en los ojos) (Chapela, 2003)–, que generaran una epidemiología de la acción del poder.

El objetivo de este capítulo es explorar una manera distinta de estudiar la salud y las posibilidades de promoverla, en donde se considera como territorio al cuerpo en que el ser está encarnado (Merleau-Ponty, 1962). El capítulo se divide en dos secciones. A partir de una concepción de salud particular ya formulada en otros documentos (Chapela, 2006a, 2006b), en la primera sección de este capítulo se identifica a la enfermedad como una manera en la que la experiencia de los seres humanos se inscribe en sus cuerpos; argumentando que la experiencia en el-mundo-vivido es fundamentalmente experiencia con el poder. Desde este argumento se propone que la enfermedad es una más de las distintas huellas que la experiencia con el poder deja en el cuerpo humano. Asimismo, se argumenta que la acción del poder de dominación se concreta en los usos que hace de los cuerpos para la producción de espacios favorables a sus propios fines y que por tanto, el cuerpo es el territorio irreducible

en la mira del poder de dominación convirtiéndose en cuerpo-territorio. Finalmente en esta sección se propone que la consideración del cuerpo humano como cuerpo-territorio abre un camino al estudio de la salud como capacidad humana y al de la producción social de las enfermedades. En la segunda parte de este capítulo se exploran cuatro elementos subjetivos que se expresan y pueden ser observados en la manera en la que los seres humanos producen sus espacios y en los mismos espacios producidos y que las inscripciones en el cuerpo, el 'pergamino de la vida' de las personas, pueden dar cuenta de la situación de salud y enfermedad resultante de su experiencia ante el poder, como personas y como conjunto social. Se presentan después ejemplos de estas cuatro dimensiones y su relación con las inscripciones en el cuerpo. Finalmente se propone, desde una perspectiva de la sociología bourdeana, que una promoción de la salud a la que guie la utopía emancipadora, es una práctica que busca la modificación del conocimiento, el capital y el juego del capital en los campos sociales subordinados, con la fuerza necesaria para cambiar el funcionamiento del poder en las redes de intercambio de capital, y con la consecuente modificación en las inscripciones corporales y espaciales.

Cuerpo-Territorio

La consideración de salud como *la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables* (Chapela 2006a, 2006b), formulada como respuesta al análisis de la Carta de Ottawa, de distintas promociones de la salud y de distintas concepciones de salud alternativas a la hegemónica, puede ayudar a pensar los problemas de salud de una manera diferente a esta última, tomando en cuenta los avances en distintos campos del conocimiento; al análisis de la producción social de la salud y de la enfermedad; a la identificación de la unidad en los mundos material y simbólico en los que sucede el fenómeno de la bidimensionalidad humana; a identificar desde dónde y cómo las prácticas del poder dominante afectan la salud; a diseñar formas para desarrollar las capacidades humanas para lograr cambios en las condiciones de existencia individual y social; y, como consecuencia, lograr cambios en las inscripciones en los cuerpos físicos de los seres humanos. Desde esta definición se ubica a la enfermedad como eventualidad de la salud y como una de tantas formas de inscripción en las materialidades de la persona: el cuerpo y el espacio que definen su práctica. En los siguientes párrafos explico lo anterior.

Inscripción en los cuerpos

Para entender la idea de ‘inscripción en los cuerpos’ es preciso definir a qué se llamará aquí ‘inscripción’. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española, inscribir significa escribir, grabar, imprimir, dejar huella. La palabra procede del latín *Inscribere* que significa raspar, morder; a su vez de *kor-yo*, pedazo de piel y *kar: caró*, carne. Saliendo del diccionario y elaborando sobre su definición de inscripción podemos afirmar que para inscribir se requiere de un móvil, un instrumento o medio y una acción sobre un objeto. Cuando la causa de la inscripción es humana, y por tanto social, se puede identificar una intención asociada a la práctica de la inscripción aunque la inscripción misma no sea el objetivo de esa práctica particular. Desde esta definición, al hablar de ‘inscripción’ en este trabajo nos referimos a las marcas, a las huellas, que suceden en el cuerpo y subjetividad del ser humano y en sus espacios materiales y simbólicos como producto de acciones humanas directas o indirectas en donde esas acciones son prácticas en el mundo que reflejan la acción del poder sobre los individuos y los grupos sociales.

La práctica y experiencia del ser humano sólo son posibles en el seno de la sociedad. De acuerdo con el sociólogo Pierre Bourdieu (1970) la sociedad es relaciones de poder expresadas como intercambios de capital –bienes materiales o simbólicos con valor simbólico para su intercambio en los campos (Bourdieu, 1983)– en redes específicas de intercambio que se conforman como ‘campos’, por lo que la práctica humana en la que el ser humano construye su experiencia se lleva a cabo como relaciones de poder. Las dinámicas del intercambio de capitales al interior de campos específicos están definidas por las ‘reglas del juego’ establecidas en el campo mismo. Estas reglas pueden ser controladas por los agentes sociales que acumulen mayor volumen de capital en los intercambios al interior del campo mismo o en sus intercambios con otros campos. Un agente que cuestiona las reglas, los significados y los valores asignados al capital en juego en un campo específico, si cuenta con un volumen de capital suficiente, puede cambiar las mismas reglas, valores y significados del campo. Puede iniciar un campo de opinión, heterodoxático³⁹ en relación con el campo de origen; o, si su volumen

³⁹ Bourdieu (1977) distingue entre tres formas de conocimiento: *ortodoxa* que es conocimiento visible y compartido como real en un campo; *doxático* que es conocimiento invisible, no cuestionado, oculto, velado; y *heterodoxa* que es conocimiento visible pero no compartido como real o verdadero en un campo, conocimiento distinto al que se reconoce como válido en el campo.

de capital no es suficiente para cambiar en el campo ni para formar un campo de opinión, puede ser excluido o marginado en el campo.

De esta manera, las inscripciones en el cuerpo a las que me referiré aquí, son marcas, cortaduras, raspaduras, escrituras sobre los cuerpos, que resultan de la práctica y experiencia en los campos, de la acción del poder y de las prácticas emancipadoras del ser, que suceden en el cuerpo, mismo que se constituye como el lugar de convergencia de los procesos externos e internos, objetivos y subjetivos, del ser humano. Por ejemplo, la concepción y el embarazo son vistos desde esta perspectiva como inscripciones en la madre de las acciones e intenciones que constituyen la experiencia del padre y de la madre biológicos en sus respectivos campos y en el pequeño campo que construyen en su relación previa a la concepción; el cuerpo del agente así concebido estará marcado inicialmente, por ejemplo en el color de la piel; posteriormente cada intención, posibilidad y acción de la madre y su grupo social de referencia se inscriben en el cuerpo de ambos durante el parto y la lactación, por ejemplo en peso y talla en el bebé y en las condiciones del cuerpo de la madre (no será lo mismo una madre atendida por su grupo familiar en su casa que una madre sola en una institución); así como en los códigos primarios de lenguaje y significado desde donde se alimentan los primeros actos de conciencia del bebé. En tanto el bebé se transforma en ser ético, en existente-para-sí a través del lenguaje y del ejercicio de la responsabilidad, su cuerpo irá mostrando las inscripciones de su contender más o menos autónomo en el mundo. Las condiciones del cuerpo son resultado de las inscripciones no solamente del mundo simbólico, sino también del mundo material al que aquí denomino 'autónomo'. Por mundo material autónomo entiendo la parte del mundo material que tiene una dinámica propia que, vista en sí misma, es básicamente inmutable por acción de procesos simbólicos aún cuando, desde la percepción humana se vean modificados por su acción, como son las razones sociales del 'envejecimiento prematuro', o de las variaciones climáticas, la flora y la fauna como producto de los procesos sociales. Por ejemplo la vida celular, los ciclos de la naturaleza, las condiciones climáticas, las características de la flora y fauna, los movimientos de la tierra, etc., Así, el cuerpo del agente resulta de las inscripciones de origen objetivo y subjetivo y como tal es cuerpo vivo y vivido en que el proceso constante de inscripción sólo puede detenerse con la muerte de la conciencia.

Quiénes y para qué somos, lo definen inicialmente 'los otros' desde sus campos de pertenencia: si amarrados o manos libres,⁴⁰ si bañados todos los días o no, si alimentación a demanda o con reloj, circuncisión, clitorrectomía, medallita, largo de las uñas... el umbral de significación de normal o anormal, incluida la decisión de si estamos enfermos o no, depende de los códigos de significado de nuestros adultos. De esta manera, al nacer ya se ha inscrito en nuestros cuerpos cómo fuimos arrojados al mundo y en qué situación⁴¹ y ha procedido nuestra 'iniciación en el campo'; se han definido los genes sociales, el útero social, el tejido grueso y vivo por donde iremos pasando las fibras de nuestra vida, las inscripciones objetivas y subjetivas desde donde iremos construyendo el sentido, la intención y la acción en nuestra propia vida. En procesos simultáneos, a la vez que la experiencia del ser humano se inscribe en su cuerpo y en su subjetividad, se está inscribiendo, marcando el mundo material y simbólico exterior. Bourdieu (1990, 1991) explica este fenómeno a través del concepto de 'práctica significante'.⁴² La construcción de la vida resulta en continuas inscripciones en el cuerpo y en la subjetividad así como en la producción del espacio, revelando la experiencia del ser humano ante el poder.

*La producción del espacio: geografía, mercado
e inscripciones en el cuerpo*

La reconceptualización del espacio desde la geografía crítica aporta elementos fundamentales para comprender cómo el ser humano, en la construcción de experiencia, construye el espacio y cómo la construcción del espacio se inscribe en el cuerpo.

Los conceptos clásicos de la geografía cambian en el mundo actual en donde como producto de las innovaciones en comunicación y tecno-

⁴⁰ En la década de 1970 se difundió entre madres intelectuales en México la moda de vestir a los bebés desde recién nacidos con pijamas *vis-a-vis* la forma tradicional de vestir al recién nacido 'amarrado': las manos sujetadas con las cobijas.

⁴¹ Martin Heidegger (1962) sustenta que el ser humano es un ser arrojado en el mundo, en situación y con posibilidad de responsabilidad y ejercicio del lenguaje para transformar las situaciones y construir situaciones diferentes.

⁴² Toda práctica humana es práctica significante en la medida en la que está embebida de significado y a su vez significa el mundo en donde es practicada.

logía se genera el 'multiespacio'.⁴¹ Los cambios en la comunicación y la tecnología representan una nueva forma de disparidad social en tanto, al no tener todo mundo acceso a las supercarreteras cibernéticas, las posibilidades de acúmulo de capital se abren o cierran diferencialmente para los distintos campos y para los agentes en los campos. El campo más favorecido con los cambios de la geografía es el del mercado, que a velocidades cibernéticas acumula volúmenes inmensos de capital, y por tanto poder, a costa de la creación e imposición del cliente como nuevo agente social. Lefebvre (1991:341) explica las relaciones mercado/cliente sugiriendo que:

El mundo de la mercancía despierta ciertas actitudes frente al espacio, ciertas acciones sobre el espacio, incluso un concepto de espacio. Desde luego, todas las cadenas de mercancía, redes de sistemas circulares, conectadas por mucho por El Oro, el dios del intercambio, tienen homogeneidad diferenciada. Sin embargo, cada eslabón en una cadena de mercancías está ocupado por una cosa.

El inmenso volumen de poder del mercado, que incluye la tecnología de guerra, lo conforma en el beneficiario por excelencia de la acción del meta-campo del poder actual, es decir, el campo desde donde se pueden regular los principios de intercambio de capital en el resto de los campos (Bourdieu y Wacquant, 1992). De esta manera, el mundo virtual y el mercado se constituyen en nuevos componentes del espacio geográfico, creando nuevas posibilidades de expansión territorial para los distintos agentes sociales y sus agencias, y nuevas necesidades para la hegemonía y el orden social. Como explica Hoogvelt (1997:118):

Los órdenes simbólicos de espacio y tiempo proporcionan un marco para la experiencia a través de la que aprendemos quién y qué somos en la sociedad... la organización del espacio define las relaciones sociales... contiene la llave al poder.

⁴¹ La geografía crítica (humanista, marxiana, pos-marxiana o posmoderna) ha propuesto distintas maneras de entender el espacio moderno: Harvey (1989, 1996) propone el concepto de 'time-space compression'; Luke (1999) propone que el espacio se ha 'achicado' en tiempo y magnitud y que se han creado espacios virtuales; la geografía pos-moderna-feminista propone que lo que existe es un sentido del espacio (Massey, 1994) que da lugar a distintas geometrías del espacio (Massey, 1994; 2005).

Al iniciarse este siglo, la hegemonía del mercado ya cambió los significados y los espacios, logrando controlar la riqueza mundial con la mediación de los gobiernos encabezados por las empresas privadas y las agencias internacionales como nueva sociedad política (Chomsky y Dietrich, 1995). Ejemplos de esas agencias son el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial de la Salud, las agencias gubernamentales reguladoras de la investigación nacional, etc. De esta manera el mercado ha asegurado los linderos entre distintos campos haciéndolos funcionales a sus fines. Después de varias décadas de hegemonía del mercado podemos hoy constatar la relación entre esta hegemonía, la generación de pobreza y la degradación del medio ambiente. La regulación de los principios de intercambio desde el meta-campo del poder se logra de un solo golpe mediante trabajo pedagógico simultáneo llevado a cabo desde las distintas agencias del mercado: la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación, la institución médica u otras. Un ejemplo de esto es la imposición de los conceptos de 'globalización' y 'terrorismo' como explicaciones de la realidad social actual incluidos, entre otros, los costos en vidas humanas, pobreza, genocidio, enfermedad y deterioro de la vida en el planeta. Otro ejemplo es la imposición de contenidos individualistas y de pretensión ahistórica relacionados con la salud y enfermedad, lograda particularmente a finales del siglo pasado y lo que va de éste, que transformó el conocimiento y práctica de la salud en mercancía para poner a la venta, volviendo a pacientes y personal de salud en clientes y proveedores y a la enfermedad en una oportunidad de tornarse en objetos vendibles (Naidoo y Wills, 2000; Brudon, 1987).

La acción del meta-campo del mercado puede observarse en las diferencias en el acceso a la riqueza en y entre diferentes grupos de la sociedad, en sus formas distintas de inscripción del sufrimiento, de buscar curación y entendimiento, y de morir, reflejando los valores, conocimientos y significados que están en juego en los distintos campos. En la década de 1990, Evans (1996) demostró la existencia de diferencias en los patrones de enfermedad en una población con acceso a todos los servicios (drenaje, comida, servicios médicos, escuela) pero ocupando diferentes sitios en la jerarquía social y por tanto con acceso diferencial a otros recursos como voz y toma de decisiones. Así, el volumen e intercambio de capital diferenciado y el mayor o menor control de las reglas del juego en los campos se inscriben en el cuerpo del ser humano a lo

largo de su vida, dejando constancia en él de sus relaciones con el poder inscritas, entre otros, en patrones de enfermedad específicos.

La posesión del mercado de la llave de la organización del espacio como acceso al poder, logrando que: '...el territorio como un todo se conviert[a] en un dato de esa armonía forzada entre lugares y agentes allí instalados, en función de una inteligencia mayor situada en los centros motores de la información...' (Santos, 2000:194), encuentra sus límites en sus propios capitales y en la existencia de otras lógicas y valoración de capitales también fundamentales en la configuración del espacio (ver por ejemplo Gibson-Graham, 2002).

Cuerpo y espacio

Los procesos de inscripción del poder en los cuerpos están ligados a los conceptos de producción del espacio formulados desde la geografía crítica. Milton Santos (2000, 1996) propone que el espacio está conformado por objetos, prácticas e intenciones organizadas por el sentido que el ser en sociedad otorga a esas prácticas e intenciones. Concebir al espacio de esta manera lleva a considerarlo como producción humana a través de las prácticas significantes descritas por Bourdieu (1990, 1991). Las tres condiciones del espacio: objetos, prácticas e intenciones encuentran su posibilidad irreducible en el cuerpo humano. El cuerpo humano, como objeto, es la unidad última desde donde es posible la práctica con intención y la producción de sentido.⁴⁴ El objeto irreducible de la producción de espacio, el cuerpo, es el lugar desde donde se concretan todas las acciones humanas, individuales y colectivas (Harvey, 2000).

Harvey (2000) propone que el espacio se produce como continuidad, como prolongación del ser humano, no como co-existencia ni como algo aparte del ser que vincula objetos, acciones e intenciones. La producción del espacio desde una perspectiva contemporánea, al identificar que se construye socialmente, cuestiona la dicotomía ser humano – ambiente que se pregona desde la biología y la geografía tradicional. Este cuestionamiento se puede extender a la medicina biologizada, medio favorito del mercado, que piensa al cuerpo distanciado de la persona, como cosa entre las cosas,⁴⁵ aparte del

⁴⁴ Un sistema, aparato, órgano, tejido o célula por sí mismos no pueden lograr la producción de sentido.

⁴⁵ Heidegger (1962) distingue entre *Sein* la cosa entre otras tantas cosas y *Dasein*, el ser-ahí.

ser, puesto para la acción médica como cosa de la que no se esperan intenciones ni acciones capaces de transformar el espacio que pudiera surgir, por ejemplo, de los intercambios de capital en el campo médico-paciente.

Desde esta concepción de espacio, el cuerpo aparece como la unidad irreducible de entendimiento, en donde se definen las reglas para la determinación de significados, mismas que son necesarias en la valorización del capital y para su intercambio en los campos. En el cuerpo convergen múltiples procesos socio-ecológicos (por ejemplo procesos metabólicos), socio-históricos, e histórico-ecológicos. Los cuerpos entonces son personas corporeizadas con capacidades semióticas y voluntad ética, arrojados en situación, con responsabilidad para cambiar la situación y existen en la práctica comunicativa.⁴⁶

En su posibilidad de prolongarse al producir espacio, el cuerpo no es una entidad cerrada, sino una cosa relacional. Creado, allegado, sostenido y disuelto en un flujo de procesos, es poroso en la manera particular en la que se relaciona con los mundos objetivo y simbólico, el mundo físico y el mundo social (Harvey, 2000). Un cuerpo no poroso, un cuerpo cerrado, implica una sola vía de relación: de fuera hacia dentro; nombrado y definido como una cosa más; su posibilidad de producir espacio estará definida solamente por las necesidades instrumentales de quienes hacen fluir los contenidos simbólicos 'de fuera hacia dentro'. Harvey (*ibid*) propone que el cuerpo es siempre un proyecto no terminado, conlleva dinámicas transformativas internas y está continuamente modificado por los procesos externos, a los que, dependiendo de su ubicación en los campos diría Bourdieu, podrá también modificar. Como proyecto interminado, es maleable, pudiendo aumentar o disminuir su capacidad productora y transformadora de espacios, sin embargo, sus cualidades inherentes no pueden ser desaparecidas puesto que, en la desaparición del potencial transformador del espacio, quedaría solamente la carne, la cosa biológica, el soma,⁴⁷ mas no el ser encarnado. La capacidad productora

⁴⁶ Jürgen Habermas (2002:15) afirma que 'el pensamiento filosófico nace de la reflexivización de la razón encarnada en el conocimiento, en el habla y en las acciones'. Asimismo propone que 'la humanidad tiene interés en la creación de conocimiento que le permitirá el control de procesos objetivados y para mantener la comunicación (Held, 1990:255).

⁴⁷ La idea del soma como cosa, como lo que queda cuando sucede la desencarnación del sujeto, la tomo de las lecciones del Maestro Manuel Outón en el Diplomado en Promoción de la Salud 2007, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

de espacio desde procesos físicos, sociales, objetivos y subjetivos, hace que cada uno de los cuerpos sea radicalmente distinto a otros cuerpos, cosa que frecuentemente pasa por alto la medicina científica.

En los avances de la medicina, la frecuente falta de interés (¿bloqueo intencional?), por el entendimiento del cuerpo, es ciega a los estudios de la sociología y la filosofía, por ejemplo los de Merleau-Ponty (1962), Foucault (2002, 1997), Maturana y Varela (1987), Kristeva (1984), e incluso Husserl (1999), entre muchos otros. Esto es preocupante no solamente por la acción médica directa sobre los cuerpos, sino porque la expansión del campo médico, en donde el cuerpo humano aparece desdibujado, filtra prácticamente todos los espacios: sexualidad, reproducción, trabajo, descanso, escuela, etc., logrando relaciones unidireccionales con los cuerpos que adoptan intenciones y prácticas dirigidas desde la acción, la intención y el sentido médico. En una promoción de la salud guiada por una medicina invadida e instrumental al mercado, en donde se prepara al cuerpo para ponerlo a disposición de la invasión, se pueden identificar las siguientes prácticas:

- La medicalización de la vida humana, de la que la PS oficial es parte, en donde el cuerpo aparece distanciado, distinto y aparte de la persona: pasa de yo-cuerpo (salud-encarnada-en-el-cuerpo) a de-mi-cuerpo y en-mi-cuerpo.
- La promoción de la culpabilización, la cultura del riesgo, la enfermedad y la compra de curación, ofreciendo lo que no se puede proporcionar: la abolición del dolor, del envejecimiento, de la enfermedad y de la muerte mediante el consumo de los avances tecnológicos y la mercancía a disposición en el mercado.
- El despojo de la responsabilidad del sujeto entrenándolo para la dependencia y la obediencia.
- La homogeneización de los sujetos, sobreponiéndoles 'la cara' necesaria para poder pertenecer y abolir la amenaza de la exclusión.
- La construcción de imaginarios y contenidos doxáticos en agentes sociales individuales y colectivos, que desplazan sus intereses, objetivos y proyectos y los alejan de sus prácticas saludables tradicionales; imaginarios que desplazan los contenidos simbólicos de las prácticas de la población.
- La interferencia con contenidos discursivos y prácticas alternativas o críticas de promoción de la salud.

- La limitación de posibles efectos positivos de acciones de promoción de la salud oficial o no oficial por diferencias de intereses entre las instituciones oficiales, las agencias del mercado y los agentes sociales individuales y colectivos.
- La inscripción de todo esto en los cuerpos de los sujetos y en su entorno material de formas distintas a las propuestas de los discursos oficiales mostrando y constatando la inutilidad de la promoción de la salud.

La posibilidad de significar y dar sentido, de producir espacio, de actuar, y su condición de espacio irreducible, imprimen al cuerpo humano la condición de territorio. El cuerpo humano se convierte en territorio cuando se pone en la mira del poder como territorio a conquistar para la acumulación de capital.

Cuerpo-territorio

Para la acumulación de capital y con ella la acumulación del poder, el control de los valores del capital y las reglas del juego en los campos, de la inclusión y la exclusión, la acción del poder siempre se dirige a la conquista del objeto y esta conquista, en tanto acto de despojo, se lleva a cabo siempre mediante el uso de violencia (Bourdieu y Wacquant, 1992; Foucault, 1979). Para que el cuerpo sea funcional al poder dominante es necesario reducirlo a un objeto a conquistar como cuerpo-territorio y lograr sacar de él prácticas subordinadas funcionales al acúmulo de capital. Sin embargo, como espacio irreducible y poroso, la conquista del cuerpo en donde se pretenda que quede un cuerpo útil aún después de la conquista, no se consigue solamente con el uso de la violencia visible; puede ser calculada, organizada, técnicamente concebida, lograda sutilmente con violencia simbólica y con lo que pudiera llamarse la tecnología política del cuerpo (Foucault, 1999).⁴⁸ Michel Foucault (1979:259) argumenta:

Los historiadores hace mucho comenzaron a escribir la historia del cuerpo. Han estudiado al cuerpo en el campo de la demografía o la patología: lo han considerado como el lugar de las necesidades y apetitos, como el *locus* de procesos y metabolismos fisiológicos, como el objetivo de los ataques de

⁴⁸ Foucault (1979) también sostiene que en el mundo actual, para lograr la conquista del cuerpo es necesario no solamente su mortificación, sino producir y controlar el placer y el deseo.

gérmenes y virus... Pero el cuerpo está también directamente involucrado en un espacio político; las relaciones de poder de inmediato lo atrapan: in-vierten en él, lo entrenan, lo torturan. Lo obligan a realizar tareas, a actuar ceremonias, a emitir signos.

De esta manera, el cuerpo material se convierte en cuerpo-territorio, en el sitio objetivo del ejercicio del poder.

En tanto el cuerpo es el vehículo material para la producción e intercambio de capital en y entre los campos, tiene valor potencial para la acumulación de capital, está investido de poder y atravesado por relaciones de poder. Una vez ubicado en la mira de la dominación, el cuerpo productivo se convierte en territorio a invadir, a conquistar para sujetarlo y hacer de él una fuerza útil al poder dominante (Brenkman, 1987). Como proyecto interminado, la inculcación de los contenidos de valor y significado necesarios para la sujeción del cuerpo desde los campos dominantes, cierra la porosidad de los cuerpos relacionales. En el mundo actual, dominado desde el metacampo del poder del mercado, los nuevos productos moldean las maneras de vivir y las formas de consumir, de representar el mundo, de conocimiento, valor y significado, logrando que el proyecto del mercado se filtre e instale en el cuerpo-territorio, reemplazando o moldeando el proyecto propio de quien es ocupado, consumando así la invasión y con ella el control en la producción de su espacio.

La apertura de nuevos mercados depende de la conquista de nuevos cuerpos-territorio, es decir, de la construcción de cuerpos dóciles que consuman los productos puestos a la venta y que, en el mismo proceso del consumo, definan sus estilos de vida y sus estructuras de sentimientos, organización de la casa o la expresión del deseo (Harvey 2000); desde una perspectiva bourdeana, lograr que el consumo se convierta en reproductor del consumo a través de la modificación de los sistemas de percepción, pensamiento, apreciación y práctica significativa.⁴⁹ La jerga neo-liberal ha reducido a este complejo proceso de producción del espacio a 'estilos de vida' sin considerar, como afirma Lowe (1995:112), que 'los estilos de

⁴⁹ Bourdieu (Bourdieu y Wacquant, 1970) llama *hábitus* a los sistemas de percepción, pensamiento, apreciación y actuación inculcados en la persona a través de procesos repetidos y simultáneos de inculcación de contenidos doxáticos desde distintas agencias del poder.

vida son en realidad relaciones sociales de consumo'.⁵⁰ Los cuerpos-territorio tienen valor diferencial para el mercado no solamente como cuerpos consumidores sino también como cuerpos productores de necesidad y mercancía para poner a la venta. Con la finalidad de contar con cuerpos-territorio ocupados para la producción y el consumo, desde el mercado se inculcan contenidos simbólicos de valor y significado diferenciado entre los distintos campos. La diferenciación de contenidos inculcados incluye también la necesaria diferenciación en las formas de consumo y en las relaciones sociales de producción y consumo. De esta manera la acumulación de cuerpos trabajadores-consumidores-reproductores, se constituye en una estrategia del mercado.

Como proyecto inacabado, desde la inherente porosidad relacional del cuerpo humano con la que alcanza su continuidad con el espacio (Harvey, 2000); como ser productor de conocimiento y por tanto con capacidad heterodoxática y de construcción de campos de opinión (Bourdieu y Wacquant, 1992); como ser de práctica comunicativa intencional en la construcción de conocimiento producido desde sus intereses emancipadores (Habermas, 2004); como ser de responsabilidad y lenguaje capaz de cambiar la situación en la que aparece en el mundo (Heidegger, 1962); como sitio objetivo de ejercicio del poder (Foucault, 1999); el cuerpo convertido en territorio por la acción del mercado se resiste a esa acción. Esta resistencia se puede explicar por las razones inherentes al mismo ser humano que hacen imposible la conquista total de los cuerpos-territorio, y por el hecho de que, de acuerdo con Harvey (2000), la pérdida de diversidad de los espacios como producto de la acción restrictiva sobre los cuerpos para la producción del espacio tiene como resultado una disminución de la gratificación social.

La institución médica ha sido instrumental al control de la resistencia a la conquista, entre otras cosas, en la medida en que ha logrado profundizar el distanciamiento cuerpo-persona, romper la percepción de unidad objetivo-subjetiva del cuerpo humano pasando del cuerpo -yo (productor de espacio) a mi-cuerpo (cuerpo de mi propiedad pero no lo mismo que yo) y finalmente a el -cuerpo (cuerpo clausurado, disponible para ser nombrado, ocupado desde fuera, roto, conformado, dócil, con-

⁵⁰ 'Relaciones sociales de consumo' como contraparte de la propuesta marxista de 'relaciones sociales de producción'.

quistado) al que nos referimos en párrafos anteriores. La consideración del cuerpo humano como cuerpo-territorio abre un camino al estudio de la salud como capacidad humana, al de la producción social de las enfermedades y al cuestionamiento de los usos actuales de la medicina.

Para promover la salud, conceptualizar al cuerpo como territorio

Hasta aquí he argumentado, entre otras cosas, que el cuerpo humano construye experiencia en las redes de intercambio de capital, expuesto y en resistencia a ser invadido; el resultado de estos procesos queda inscrito de múltiples maneras en el cuerpo y en el espacio; unas de estas inscripciones son los cambios morfológicos y fisiológicos que alteran la funcionalidad del cuerpo físico; algunas de estas funciones alteradas son nombradas y clasificadas desde el campo médico como enfermedad; y que desde otros campos hay otras formas de clasificación de esas y otras situaciones, reconociéndolas con nombres y significados diferentes a los médicos. La concepción de salud como ‘capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables’, permite desvincular a la salud de la enfermedad y considerar a ésta como una de las muchas eventualidades de aquélla. Considerada así, los ‘factores de riesgo a la salud’ tendrán que contemplar a los procesos biológicos y a las características de la construcción del proyecto individual y colectivo, afectados desde las distintas formas de ocupación de cuerpos-territorio.⁵¹ Desde esta concepción, se considera a la promoción de la salud como acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permiten al ser humano esfuerzos emancipadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera tal que, como resultado, logre cambiar también las inscripciones en su cuerpo. Esto implica que una promoción de la salud con intención emancipadora procurará en primer término facilitar que los cuerpos-territorio invadidos, clausurados en mayor o menor grado, recuperen, también en mayor o menor grado, su autonomía y a la par, promover la capitalización de los agentes sociales y los campos subordinados o en riesgo de mayor subordinación.

Los contenidos de valor y significado del capital y los principios de control de las reglas del juego en los campos siempre están infiltrados por

⁵¹ Ilkka Taipale y colaboradores (2002) en su compilación ‘*War or health?*’ hacen un estudio sobre las consecuencias de la guerra sobre la salud.

la acción del poder de dominación, por lo que el cuerpo emancipado se convierte en u-topía (*u*, inexistente; *topos*, el lugar), en el lugar inexistente. Una promoción de la salud que busque la emancipación como utopía en la que el cuerpo se devuelve el poder de construir su propio espacio y con esto el cambio en sus inscripciones corporales y espaciales, estará buscando el cambio orientado por esa utopía, es decir, por la idea, el deseo, la intención de existencia.

Un ejemplo de promoción de la salud en donde se consideró al cuerpo como cuerpo-territorio

Entre los años de 1995 y 2003 un grupo de promotores de la salud⁵² diseñamos, llevamos a cabo y evaluamos una estrategia de promoción de la salud en la que consideramos distintos factores relacionados con las estrategias y procesos de las relaciones de poder. Este trabajo lo llevamos a cabo en una zona rural del centro de la República Mexicana, mediante procesos dialógicos y reflexivos alrededor de problemas identificados por un grupo de personas de la región que acudieron a nuestra convocatoria. El interés del presente capítulo no está en la descripción de la intervención ni en el diseño metodológico del estudio,⁵³ aquí interesa mostrar las intenciones y el efecto de esta intervención de promoción de la salud sobre algunos factores presentes en los cuerpos-territorio: las características de la subordinación; las características del conocimiento y de los significados; las características de lo que hace diferente un campo de otro, es decir de la diferencia;⁵⁴ y las características de las inscripciones corporales y espaciales.

En tanto a las características de la subordinación, el diseño de la intervención consideró prácticas encaminadas a: reconocer la subordinación; hacer visible y entendible la existencia de significados y conocimientos no visibles, no cuestionables y sustentando la percepción y práctica cotidiana local; desarrollar campos de opinión; diversificar e identificar

⁵² El equipo de trabajo estuvo conformado por Martha Aline Gómez Pananá, David Cárdenas García, once promotores de salud local, y Ma. del Consuelo Chapela (Chapela, 2003).

⁵³ En Chapela (2003) se describe con detalle tanto los procesos pedagógicos como la metodología y el método de investigación.

⁵⁴ Bourdieu (1986) llama 'diferencia' (*différence*) a los patrones de homologación del hábitus que permiten saber quién pertenece y quién se excluye de campos particulares, sustentados en diferencias de volumen y calidad del capital en juego en y entre los campos.

los intereses por conocer; el desarrollo de 'la voz', la capacidad de lenguaje y comunicación, de la capacidad de hacer visible y audible la voz propia y colectiva al interior del campo y en los campos con los que se relacionaban los participantes; y el cambio de una forma de reproducción social simple a una posibilidad emancipadora.

Los objetivos relativos a las características del conocimiento y de los significados consideraron: el desarrollo de conocimiento vinculado, profundo, complejo; la construcción, asignación de valor y validación local del conocimiento; reflexión sobre las características y usos del conocimiento proveniente del mercado; desarrollo de conciencia de que el ser humano solo es posible en su cognición y en sus procesos cognitivos; y el desarrollo y utilización del sentido común, el conocimiento popular y el experto para el estudio de los problemas que los participantes formularon.

En tanto a las características de lo que hace diferente un campo de otro, es decir de la diferencia, el diseño de la intervención buscó: desarrollo de la conciencia de la mismidad y la otredad y de la relación intrínseca entre ambas; cambios, reconstrucción y construcción de los valores que se constituyen como base de la 'diferencia' en y entre campos; conciencia de la existencia del capital, inventario y desarrollo del mismo y control de las reglas de intercambio de capital; capitalización y desarrollo de redes de intercambio de capital.

El diseño de la intervención no contempló la modificación directa intencional de las características de las inscripciones corporales y espaciales, ya que se esperaban cambios en las mismas como producto del trabajo en los demás aspectos.

En el cuadro 7 se muestra un análisis en el que se utilizan categorías bourdeanas que nos permiten observar los cambios ocurridos como resultado del trabajo de PS con intención emancipadora, en la relación con el poder de una promotora de salud y la inscripción de estos cambios en su cuerpo. Esta promotora estaba expuesta continuamente a los celos y violencia material y simbólica del marido.

Cuadro 7.
Cambios ocurridos como resultado del trabajo de PS con intención emancipadora. Promotora.

	Capital Cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo
Antes del estudio	Conocimiento desde el campo de las mujeres. Capacidades para el cuidado de los otros. Capacidades de lecto-escritura	Pertenencia al campo de las mujeres. Pertenencia al campo de la comunidad	Reglas dominadas por el marido	Marginal	El amor todo lo puede, si amas, te aguantas. ¿Quién verá por mí y por mis hijos? Sumisión	Así se quedan las cosas	Actuar 'a escondidas del marido' Justificación de la violencia del marido	Cefaleas discapacitantes. Síntomas de gastritis y colitis. Contusiones en ella y sus hijos. Actuar sigiloso y ansioso
Después del estudio	Los antenores mas: Aprendizajes en el grupo de cuidadores. Desarrollo de la capacidad de reflexión. Conocimiento legal y administrativo	El antenomas. Pertenencia al campo de los promotores. Apoyo institucional	Emergencia de reglas por ella misma	Central	Aunque lo amo no puedo hacerle esto [exposición a la violencia] a mis hijos. Puedo vivir sin él, aunque lo extraño. Emancipación	Puedo cambiar la relación con mi marido	Gestión legal Actuar abiertamente el marido Toma de decisiones con respecto a los hijos	Resolución de cefaleas. Disminución de síntomas de gastritis y colitis. Ausencia de contusiones. Sonrisa, actuar relajado

Fuente: Elaboración propia

Aunque lo que se muestra en esta tabla solamente es ejemplo de lo que sucedió con esta promotora, se observa que la relación de subordinación que tenía con su marido, en donde tanto ella como sus hijos son cuerpos-territorio invadidos por el marido, está inscrita en ellos como algunas de las entidades mórbidas descritas por los médicos y como otros signos no descritos por ellos. En este ejemplo podemos también observar que el cuerpo-territorio de la promotora no estaba totalmente tomado por el marido, en la medida en la que la promotora esgrime argumentos propios, contruidos a partir de contenidos de conocimiento y significado distintos a los del marido, para justificar su subordinación: *'el amor todo lo puede'*. Desde la perspectiva de salud que aquí se expone, no existe la

posibilidad de un ser humano sin capacidad saludable, o, en otras palabras, no es posible la ocupación total del cuerpo-territorio. Aunque la misma condición humana de ser encarnado conlleva la imposibilidad de vaciarse del conocimiento y significado de otros, puesto que este vaciamiento implicaría la pérdida total del sentido y del proyecto, es precisamente desde esos resquicios no ocupados por los contenidos de significado del poder de dominación que la intención emancipadora, propia de la persona o de los agentes que pretenden interactuar con ella, puede actuar para la insubordinación ante un poder que causa sufrimiento.

Una vez presentado este ejemplo del poder de dominación de una persona ejercido sobre otra, se podrá probablemente entender mejor el funcionamiento del poder hegemónico del mercado sobre los mismos promotores involucrados en este trabajo. En el cuadro 8 se presenta el análisis del caso de otro promotor, boticario en su comunidad.

En el caso del promotor boticario, podemos observar el efecto micro de la acción del poder del mercado sobre su cuerpo-territorio y los de sus pacientes. Estos 'efectos' pueden verse como partículas del gran poder hegemónico del mercado en continua generación y fortalecimiento en todos los campos sociales; el conjunto de estos 'efectos', no como sumatoria sino como conjunto en interacción, es lo que constituye el meta-poder hegemónico. Sin agentes la acumulación de poder es imposible: ¿Cuál poder? ¿El poder robado a quién? ¿El poder para invadir qué cuerpo-territorio? En este caso, la ocupación del cuerpo-territorio del promotor boticario era funcional a los intereses del mercado en la medida en la que era a través de su práctica en el mundo material, dominada desde sus conocimientos, valores y significados inculcados desde la cadena de ocupación de cuerpos específicos, que se lograba la realización de la mercancía farmacéutica. La ocupación del cuerpo-territorio de este promotor boticario hallaba correspondencia en los conocimientos, valores y significados que sobre los médicos y las medicinas tienen sus pacientes en quienes se han inculcado a través de los medios masivos de comunicación, escuela, servicios de atención a las enfermedades, etc. Dado que este promotor boticario se constituye como agente del poder del mercado frente a su grupo social, las inscripciones de sus actos las encontramos no solamente en él, sino en los pacientes y las familias que se exponen a la acción hegemónica y con ella a la ocupación de sus sentidos y significados, a través de él.

Cuadro 8.
Cambios ocurridos como resultado del trabajo de PS con intención emancipadora. Promotor boticario.

	Capital Cultural	Capital social	Juego de capital	Posición	Disposición	Toma de posición	Práctica significativa	Inscripción en el cuerpo de los pacientes
Antes del estudio	<p>Conocimiento farmacéutico seleccionado por los visitantes médicos</p> <p>Conocimiento producto de la lectura de revistas populares y escucha de radio</p> <p>Capacidades para el cuidado de los otros</p> <p>Capacidades de lecto-escritura</p>	<p>Es reconocido por su comunidad como boticario atinado y como curador</p> <p>Pertenencia al campo de la comunidad</p>	<p>Reglas dominadas por el imaginario del promotor y sus pacientes, sobre lo que es y hace un médico, imaginario construido a partir de las visitas de los visitantes médicos, de los medios masivos de comunicación y los servicios públicos y privados de atención a las enfermedades</p>	<p>Marginal en el campo de la farmacia y de la medicina alópata</p> <p>Central en el campo de sus pacientes</p>	<p>Escuchando a quien si sabe: los médicos, los visitantes, farmacéuticos, soy más médico</p>	<p>A favor del consumo de medicamentos</p> <p>Mis referentes son los médicos y los visitantes médicos</p>	<p>Prescripción de medicamentos a la mayoría de pacientes</p> <p>Espera y escucha a los visitantes médicos y, de ser posible a médicos</p>	<p>Efectos adversos del consumo de medicamentos</p> <p>Gasto innecesario en medicamentos, tomado de alimentación y otras necesidades básicas del grupo doméstico con sus consecuentes inscripciones</p> <p>Prolongación de los eventos morbidos</p> <p>Resistencia a la acción de algunos medicamentos</p>
Después del estudio	<p>Los anteriores más:</p> <p>Aprendizajes en el grupo de cuidadores.</p> <p>Desarrollo de la capacidad reflexiva</p> <p>Mejor apreciación de los conocimientos y prácticas médicas y de la cultura local</p>	<p>El anterior más:</p> <p>Pertenencia al campo de los cuidadores</p> <p>Apoyo institucional</p>	<p>Emergencia de control de reglas por él mismo y tomando en cuenta la opinión del grupo de cuidadores</p>	<p>Marginal en el campo de la farmacia y de la medicina alópata.</p> <p>Central en el campo de sus pacientes</p>	<p>Los visitantes intentan que les compre medicamentos, no que cure a mis pacientes ni que sea más médico</p> <p>Los medicamentos son más mercancía que curación</p> <p>Los medicamentos pueden causar daño además de que embrocen aun más a mis pacientes</p> <p>Mis conocimientos me pueden ayudar a elegir más prácticas</p>	<p>Yo decido, no los medicamentos</p> <p>Mi referente es el grupo de promotores y mi comunidad</p>	<p>Búsqueda de interlocución con el grupo de promotores</p> <p>Práctica médica razonada</p> <p>Discriminación entre malesares, respuestas orgánicas favorables, enfermedades de autoalimentación y enfermedades que requieren de intervención terapéutica alópata o popular</p> <p>Disminución significativa de prescripción de medicamentos</p>	<p>Disminución de efectos adversos del consumo de medicamentos</p> <p>Disminución del gasto innecesario en medicamentos</p> <p>Resolución más eficaz de los eventos morbidos</p>

Fuente: Elaboración propia

Así como la ocupación de los cuerpos-territorio de la promotora esposa o del promotor boticario, al contar el poder hegemónico con ellos en su trabajo de inculcación de significados, se constituían en instrumentos de perpetuación del poder hegemónico; también los cambios que lograron estos promotores en la manera de encarar el poder, se constituyen en instrumentos para develar la condición invadida de los agentes que están en contacto con ellos. A pesar de que las agencias y agentes del poder están en continuo fortalecimiento, la acción geométrica de multiplicación de los instrumentos de la hegemonía tiene su contraparte, guardadas las diferencias tanto de magnitud como de capacidad de sostenimiento de las acciones correspondientes, en la posibilidad de acción geométrica de la multiplicación del cambio.

Entendiendo la acción micro del poder hegemónico y por tanto la importancia de la acción de una promoción de la salud guiada por la utopía emancipadora podemos entender de mejor manera que:

...hemos de ensanchar las estrategias de salud para incluir intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales que alcancen las determinantes *sociales* (lo social *vis a vis* lo *individual*) de la enfermedad. Estas intervenciones tienen que tener como principal objetivo el empoderamiento de las personas... Permitanme enfatizar que el empoderamiento de la gente es de importancia mayor. Estamos presenciando en ambos lados del Atlántico, en EU y en la UE, una crisis de democracia. Las instituciones representativas son ampliamente percibidas como controladas e instrumentalizadas por los grupos económicos y financieros dominantes... (Navarro, 2009:15).

El entendimiento de la acción del poder en el cuerpo-territorio no tiene como intención única la observación de individuos particulares y las maneras de cambiar su posición ante el poder. Mucho más allá que eso, nos proporciona herramientas útiles para comprender la acción del poder hegemónico sobre espacios y campos de mediana y gran envergadura. Más aún, permite identificar mejores estrategias para el trabajo de promoción de salud,⁵⁵ con individuos, grupos, o agencias de distintas magnitudes, diseñado y practicado con la guía de la utopía emancipadora.

⁵⁵ Un ejemplo reciente sobre esto en la literatura internacional de promoción de la salud es el trabajo de Adams, Witten y Conway (2009).

++++

En este trabajo hemos argumentado que la concepción de cuerpo-territorio facilita el análisis de la producción social de la salud y la enfermedad ya que, en tanto social, esta producción tiene en su base relaciones de poder, juegos de capital material y simbólico que derivan en transformaciones e inscripciones en los espacios y los cuerpos humanos. Finalmente hemos sostenido que la promoción de la salud emancipadora, en la construcción de su utopía, busca el fortalecimiento de los cuerpos – territorio ante los embates del poder de dominación, el desarrollo de la posibilidad de la producción del espacio, y la producción de espacios diversos que faciliten y permitan el cambio en las inscripciones en el cuerpo y en los objetos materiales del espacio. Una promoción de la salud a la que guía la utopía emancipadora es una práctica que busca la modificación del conocimiento, el capital y el juego del capital en los campos sociales subordinados; con la fuerza necesaria para cambiar el funcionamiento del poder en las redes de intercambio de capital, y con la consecuente modificación en las inscripciones corporales y espaciales de los seres humanos.

Por las razones expuestas anteriormente, en donde se considera al agente como el productor del espacio y al agente mismo como cuerpo-territorio, una aproximación a una epidemiología de la salud desde esta perspectiva, en donde los problemas a estudiar o atender se clasifican a partir de la reflexión de agentes situados, necesariamente tendrá que partir de la construcción de casos locales en donde el equipo de epidemiólogos se conforma por investigadores locales, en mayor o menor medida re-apropiados de sus cuerpos y produciendo concientemente su espacio a través de procesos sucesivos de promoción de la salud, auxiliados en caso necesario por expertos en esta manera de investigar. Averigua sobre los problemas que presentan la relación de las personas y los grupos sociales con el poder y cómo esta relación se inscribe en los cuerpos-territorio. Está inserta en procesos de planificación local para la formulación de problemas, preguntas y proyectos colectivos y la acción para lograrlos. Procede a construir diagnósticos, proyectos y acciones regionales o de grupos sociales en situación de relaciones de poder e inscripciones similares, en donde el conjunto social además de estudiar sus problemas locales busca y gestiona los recursos necesarios de acuerdo con las decisiones de ese conjunto social, haciendo valer su manera de

conocer el mundo y su conocimiento del mundo, sus derechos humanos y civiles y puede vincularse con necesidades y proyectos más amplios para pasar de la acción colectiva local o regional a participar e impactar, aprender y negociar con instituciones y organizaciones a nivel nacional y planetario, de esta manera se constituye en una práctica de PS guiada por la utopía de la emancipación.

Una epidemiología y una promoción de la salud con estas características se enfrentará con el poder supremo de la hegemonía de mercado, que se transmite y ejerce sobre los cuerpos-territorio a través de las distintas estructuras sociales diseñadas para este fin: las iglesias, las escuelas, la institución médica, la institución científica, los servicios oficiales de atención a las enfermedades llamados eufemísticamente 'servicios de salud', los medios masivos de comunicación y la Internet, los partidos políticos, las familias, etc., Sin embargo, si se quiere salir del discurso oficial de las <determinantes sociales> para lograr cambios reales en las inscripciones en los cuerpos-territorio y en los espacios, es imposible dejar de lado la identificación y actuación sobre la práctica misma del poder.

REFERENCIAS

- Adams, J.; Witten, K.; Conway, K. (2009) Community development as health promotion: evaluating a complex locality-based project in New Zealand. *Community Development Journal*, 44:140-157.
- Aggleton, P. (2003) *Health*. Londres y New York: Routledge.
- Bourdieu, P. (1986) *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Oxon, Inglaterra: Routledge and Kegan Paul.
- Bourdieu, P. (1983) The forms of capital. En Halsey, A *et. al.* (editores) (1997) *Education: culture, economy and society*. Oxford: Oxford University Press. 46-58.
- Bourdieu, P. (1977) *A theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1991a) *Language and Symbolic Power*. London: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1990) *The logic of practice*. London: Polity Press.
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (1970) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Fontamara.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992) *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.

- Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Quito: Lugar Editorial y Universidad de Lanus.
- Breilh, J. (1995) Epidemiology's role in the creation of a human world: Convergences and divergences among the schools. *Social Science and Medicine*, 41:911-914.
- Brudon, P. (1987) *¿Medicamentos para todos en el año 2000?* México: Siglo XXI Editores.
- Brenkman, J. (1987) *Culture and domination*. London: Cornell University Press.
- Comisión de Determinantes Sociales en Salud (2005). *Primera actualización: imperativos y oportunidades para el cambio*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 22 de marzo de 2008 en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/ImpandOpp%20Span.pdf
- Chapela, MC. (2006a) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Guinsberg, E. y Jarillo, E.: *La salud colectiva en México. Temas y desafíos*. Argentina: Lugar Editorial. Capítulo 14.
- Chapela, MC. (2006b) Una definición de salud para promover la salud. En Martínez, C. (Coordinadora) *Siete miradas a la salud*. México: UAM-XI Área Salud y Sociedad. Capítulo 1.
- Chapela, MC. (2003) *The construction of critical knowledge for the development of human health*. London: University of London.
- Chomsky, N. y Dietrich, H. (1995) *La sociedad global. Educación, mercado y democracia*. México: Joaquín Mortiz.
- Cummins, S. et al. (2007) Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine* 65(9) 1825-1838.
- Dupaquier, M. (2001) *William Farr*. En C. Heyde and E. Seneta. *Statisticians of the Centuries*. New York: Springer, pp. 163-166.
- Evans, R. et al. (1996) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*. Madrid: Díaz y Santos.
- Foucault, M. (2002) *Hermenéutica del sujeto*. Argentina: Altamira.
- Foucault, M. (1999) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós/I.C.E.-U.A.B. Colección Pensamiento Contemporáneo 7.
- Foucault, M. (1997) *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica del poder*. Barcelona, Las Ediciones de la Piqueta.
- Gadamer, HG. (2001) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Gibson-Graham, JK. (2002) Beyond global vs. local: Economic politics outside the binary frame? En Herold, A. y Wright, M. (editors) *Geographies of power: Placing scale*. London: Blackwell. Capítulo 1:25-60.

- Habermas, J. (2002) *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. México: Taurus.
- Habermas, J. (1987) *Knowledge and human interests*. Londres: Heinemann.
- Harvey, D. (2000) *Spaces of hope*. California: University of California Press.
- Harvey, D. (1996) *Justice, nature and the geography of difference*. London: Blackwell.
- Harvey, D. (1989) *The condition of postmodernity*. Oxford: Blackwell.
- Heidegger, M. (1962) *Being and Time*. USA: Harper and Row.
- Held, D. (1990) *Introduction to critical theory*. Horkheimer to Habermas. Cambridge: Polity Press.
- Hoogvelt, A. (1997) *Globalisation and the postcolonial world*. Londres: Mc. Millan.
- Husserl, E. (1999) The constitution of physical reality through the body. En D. Welton. *The body*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Kristeva, J. (1984) On the meaning of drives. En D. Welton. *The body*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Kenneth J R. (2007) The rise and fall of epidemiology, 1950–2000 A.D. *International Journal of Epidemiology*, 36(4):708-710.
- Lefebvre, R. (1997) The social marketing imbroglío in health promotion. En Sidell, M. et. al. (editores) *Debates and dilemmas in promoting health*. Nueva York: Palgrave and The Open University, Capítulo 11: 108-113.
- Lowe, D. (1995) *The body in late-capitalist USA*. North Carolina: Durham.
- Luke, T. (1999) Simulated sovereignty, telematic territoriality: the political economy of cyberspace. En Featherstone, M. y Lash, S. (editores) *Spaces of culture*. London: Sage.
- Martínez, C. y Leal, G. (2003) Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Social Science & Medicine* (57)3: 539-550.
- Massey, D. (2005) *For Space*. London: SAGE.
- Massey, D. (1994) The global sense of place. En: Massey, D. (editora) *Space, place and gender*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 154–162.
- Maturana, H. y Varela, F. (1987) *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Merleau-Ponty, M. (1962) *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Moreno-Altamirano, L. (2007) Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1):63-70.

- Naidoo, J. y Wills, J. (2000) *Health promotion. Foundations for practice*. Edinburgh, London, New York...: Bailliere Tindall and Royal College of Nursing.
- Navarro, V. (2009) What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion*, 16 (05):6-16.
- Rothman, K. (2007) The rise and fall of epidemiology, 1950-2000 A.D. *International Journal of Epidemiology*, 36(4):708-710. Antes publicado en: *New England Journal of Medicine*, Marzo 5, 1981, volumen 304:600-602.
- Santos, M. (2000) *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*. España: Ariel.
- Santos, M. (1996) *De la totalidad al lugar*. España: Oikos-tau SA.
- Snow, J. (1855) *On the mode of communication of cholera*. London.
- Taipale, I. (2002) *War or health?* Dhaka, Bangkok, Cape Town. London: Dhaka, White Lotus, Nae, Zed Books.

CAPÍTULO 4

PROCESOS EMANCIPADORES Y ACCIÓN COLECTIVA EN SALUD

*Alejandro Cerda García*⁵⁶

En este capítulo se reflexiona sobre algunas acciones colectivas en salud que han tenido lugar en América Latina en torno a los derechos sexuales y de las personas que viven con VIH-Sida como un factor fundamental para repensar la promoción de la salud. El aumento de la pobreza, la concentración del ingreso y la reversión de derechos sociales previamente reconocidos, son procesos que se ven enfrentados por diversas expresiones de movilización social. En el marco de estas tendencias y como una de sus expresiones más significativas, podemos encontrar acciones colectivas enfocadas al reconocimiento y pleno ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos de las personas que viven con VIH-SIDA. Como expresión de contradicciones y conflictividades sociales, estas problemáticas y luchas ciudadanas cuestionan formas tradicionales de entender la promoción de la salud y ofrecen elementos para redefinirla a través de su vínculo con estrategias ciudadanas de exigibilidad y con procesos emancipadores.

Acción colectiva en salud: sistema político y modo de producción

La pertinencia y distintas acepciones de la acción colectiva remite a un debate que, en el marco de la discusión sobre los movimientos sociales, cuenta al menos con una trayectoria de cuatro décadas. Su abordaje se ha planteado perspectivas diversas tales como su análisis desde la cotidianidad (Meluci, 1999), desde el paradigma de la política contenciosa (Tarrow, 1997) e incluso desde sus restricciones (Crozier y Fieldberg, 1990) cuyo desarrollo implicaría un espacio propio.

⁵⁶ Profesor e investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Departamento de Educación y Comunicación. alcerda_2000@yahoo.com

Para reflexionar sobre el planteamiento de acciones colectivas en salud retomo, por un lado, la perspectiva que las ubica como parte de la relación entre actores sociales y sistema político, misma que puede ser complementada y contrastada con la óptica que las aborda desde la conflictividad social generada por el modo de producción capitalista.

Pensar la acción colectiva nos remite, como ha planteado tempranamente Touraine (1973) a considerar las distintas dimensiones y ámbitos de la acción social. Las primeras se refieren, esquemáticamente, a lo individual/interpersonal, lo organizacional/institucional y lo histórico estructural, mientras que las esferas o ámbitos se relacionan con lo económico, lo social, lo político y lo cultural. Las determinaciones entre estas esferas es cambiante, flexible e históricamente constituida y se explica a partir de una configuración particular de relaciones entre el Estado, el régimen y los partidos políticos y la sociedad civil. Es en este marco que podemos explicar el surgimiento de distintas modalidades de acciones colectivas.

Esta perspectiva de las acciones colectivas ha sido criticada en tanto la centralidad que confiere a la dimensión estructural, misma que se manifiesta en la correspondencia entre estructura y actor, el predominio de las estructuras sobre los actores y la consideración de que los principios constitutivos de la acción colectiva y la conformación de actores sociales son provistos centralmente por las estructuras. Sin embargo, los movimientos que vemos ahora en América Latina, siguiendo a Garretón (2002) van más allá de ese paradigma clásico, del cual incorporan al igual que redefinen elementos. Los actores y las acciones colectivas en América Latina refieren a un paradigma en ciernes que pretende ir más allá de un determinismo estructural universal así como de una correlación esencialista y abstracta, definida de una vez y para siempre, entre economía, política, cultura y sociedad; trascender la idea de que a un sistema económico dado corresponde necesariamente determinada forma política o cultural, o viceversa.

Las acciones colectivas, como parte de la relación entre actores sociales y sistema político, pueden explicarse a través de un vínculo de causalidad con la matriz estructural característica del modo de producción capitalista (Castells, 1971). Movimientos sociales, demandas y

movilizaciones de la sociedad civil son originados por las contradicciones y conflictividad social ocasionada por la oposición entre distintas posiciones e intereses derivados de las inserciones diferenciadas en un modo determinado por el modo de producción capitalista dominante.

Las acciones colectivas en salud refieren, entonces, a aquellas que son emprendidas como demandas, movilizaciones o movimientos sociales en torno a las inequidades en el campo de la salud, la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud en tanto derecho social, en torno a la modificación de los determinantes sociales de la salud y de su distribución desigual en la población nacional y mundial. Las acciones colectivas en salud deben ser entendidas como parte de la relación entre actores sociales y sistema político, así como formas de respuesta de la ciudadanía ante las inequidades sociales y la conflictividad derivada de la desigualdad en el ingreso y el acceso a servicios, expresadas contundentemente en el proceso salud/enfermedad/atención.

Salud y promoción de la salud como campos de disputa

La región latinoamericana, a riesgo de generalizar,⁵⁷ está siendo fuertemente marcada por el aumento del porcentaje de población que sobrevive en condiciones de empobrecimiento como una de las manifestaciones más fehacientes de la concentración del ingreso, así como por la reversión en el reconocimiento de derechos como la atención de la salud y la educación que fueron reconocidos durante el siglo veinte y que dieron origen a instituciones estatales cuyo sistemático desfinanciamiento se convierte hoy en el principal argumento, tan falaz como concurrido, para buscar su privatización (López y Blanco, 2007; Tetelboin, 2007). Estas condiciones, al igual que distintas acciones colectivas que ha pretendido responder a ellas en diversos campos y estrategias, demandan ser tenidos en cuenta para pensar el tipo de promoción de la salud que se requiere en estos contextos y representan una invitación desafiante a redefinir las

⁵⁷ Hoy en día se debate sobre los alcances y límites de los cambios en los regímenes de distintos países latinoamericanos. Por un lado, se plantea que se observa un viraje hacia la izquierda, en tanto que países como Venezuela, Bolivia, Ecuador han elegido a candidatos presidenciales que se adscriben a dicha posición política. En contraparte, se señala que a pesar de dichos cambios, las políticas económicas orientadas hacia el libre mercado, así como las condiciones de explotación y exclusión no han podido ser revertidas. El autor comparte esta última lectura.

perspectivas de la promoción de la salud que han sido formuladas durante las últimas décadas, sobre todo en los ámbitos de la relación entre salud y sociedad; el papel de los sujetos y sus posibilidades de acción social transformadora; y las implicaciones en la construcción de conocimientos y el papel de los académicos.

Las acciones colectivas en salud,⁵⁸ tales como las que son referidas en el siguiente inciso, nos brindan elementos para repensar la Promoción de la Salud a partir del vínculo “salud-sociedad”, lo cual implica retomar la reflexión existente sobre las dimensiones sociohistóricas y políticas de la salud y, específicamente, la manera en como dichas dimensiones se vinculan con la promoción de la salud.

Las acciones colectivas en salud se contraponen a la concepción dominante que, por un lado, restringe la salud a las enfermedades, o bien, a su dimensión biológica al tiempo que considera la salud como algo independiente o ajeno a los procesos sociales en su conjunto; la sociedad es considerada como un conglomerado que cambia por sí mismo, sin que medie la intencionalidad y acciones de los distintos estratos sociales. En contraste, las acciones colectivas en salud implican considerar una perspectiva distinta que sin dejar de reconocer la dimensión biológica, enfatiza una mirada holística o integral que retoma lo social, lo histórico y lo político; la salud es política y tiene causalidad social a través de sus determinantes sociales que la vinculan al modo de producción capitalista dominante en las sociedades contemporáneas y sus repercusiones en las relaciones de explotación y marginación vigentes, procesos que se manifiestan en la inequitativa distribución del ingreso y el inequitativo o inexistente acceso por parte de determinados estratos sociales a los servicios públicos de salud. Las acciones colectivas en salud se enfocan o podrían orientarse hacia la búsqueda de una transformación del orden imperante desde una perspectiva de justicia social.

⁵⁸ Si bien es frecuente que las acciones colectivas en salud se estructuren en torno a la demanda de un fin inmediato, como por ejemplo el acceso a los servicios de salud o el acceso a medicamentos, y no necesariamente representan acciones que modifiquen directamente los determinantes sociales de la salud, es precisamente en este ámbito donde se abre la posibilidad de pensar la salud y la promoción de la salud vinculada a procesos de exigibilidad y justiciabilidad, tal como se explica más adelante. Este tipo de procesos, si bien no consiguen modificar las causas estructurales y en última instancia, el modo de producción capitalista, bien pueden ser articulados a las acciones anticapitalistas o antineoliberales que llevan a cabo otros actores sociales, siendo precisamente esta posibilidad la que confiere importancia y potencialidad a la promoción de la salud emancipadora.

Desde la perspectiva de la promoción de la salud emancipadora, la lucha de múltiples colectivos y actores sociales por el acceso a servicios de salud y medicamentos, es también un campo de la Promoción de la Salud. Este tipo de demandas sociales no invalida la crítica a la *medicalización*, ya que en muchas ocasiones al tiempo que se lucha por el acceso a un determinado servicio o medicamento, también se cuestionan las relaciones de subordinación y el ejercicio del poder por parte de los agentes de salud a través del discurso y uso privilegiado de los conocimientos y lenguajes especializados. Es en este tipo de procesos organizativos y acciones colectivas, aunque no de manera exclusiva ni automática, que podemos ver operando distintos rasgos característicos de la promoción de la salud emancipadora.

El cuestionamiento que se desprende de las acciones colectivas en salud en relación a esta perspectiva biologicista e inamovible de la sociedad implica, a su vez, reconocer la posibilidad de los sujetos de tomar decisiones e involucrarse en procesos de transformación social. De esta forma, se cuestiona que esta visión biologicista dominante también deja de lado la posibilidad de comprender que los cuerpos están habitados por sujetos que toman decisiones que a su vez marcan sus propios cuerpos; la posibilidad de reconocer, como parte de la dimensión subjetiva de la salud, a esos sujetos que experimentan, dan significado, deciden, evalúan y proyectan no sólo sobre cómo concebir y usar sus cuerpos (Chapela, 2007), sino también sobre la modificación de espacios y medidas de carácter público que pueden favorecer o condicionar dichas decisiones (Cerdeira, 2005).

El reconocimiento de la posibilidad transformadora de la acción de los sujetos implica, en consecuencia, el cuestionamiento a una noción dominante en el campo de la promoción de la salud que la reduce exclusivamente a la prevención de enfermedades o, en el mejor de los casos, a la modificación de comportamientos y estilos de vida. Frente a ello, las acciones colectivas en salud nos sugieren más bien que ante problemáticas derivadas de las carencias estatales, los sujetos deciden involucrarse en alternativas que, aunque no siempre exitosas debido a la complejidad de las problemáticas que enfrentan, pretenden transformar relaciones y estructuras sociales; experiencias que se centran en la exigencia de sus derechos, en el desarrollo de estrategias de incidencia

política (Canto, 2002; Weyrauch y Selwood, 2007), en otras palabras, en procesos de emancipación a cuya caracterización nos referimos en el tercer inciso de este capítulo.

Si aceptamos que las acciones colectivas en salud nos remiten a concebir a la sociedad desde una perspectiva holística y construida de manera sociohistórica, así como a la centralidad del sujeto para la reproducción/transformación del orden existente, resulta pertinente preguntarnos a cerca de las implicaciones que esto tiene en los procesos de producción de conocimientos. Este accionar colectivo se correlaciona con el cuestionamiento a los paradigmas positivista y biologicista dominantes que consideran que la única forma de construir conocimiento es basándose en leyes generales, en explicaciones de cómo funcionan las cosas, en lo que es completamente tangible y demostrable. Analizar con profundidad las acciones colectivas en salud implica cuestionar la pretensión de neutralidad absoluta y de explicación de la sociedad a partir de leyes naturales, para aceptar que la producción de conocimiento se hace en momentos históricos específicos y en lugares sociales precisos (Rosaldo, 2000; Haraway, 1991), lo cual pone de manifiesto la existencia, necesidad y aporte de distintas formas de producción de conocimientos.

El trabajo académico-universitario no puede abstraerse de las problemática social que le dan sentido y pertinencia de la misma manera que no puede negar su responsabilidad de aportarle, al menos, su reflexión teórica. Las acciones colectivas en salud nos llevan a considerar a los académicos como actores sociales que se vinculan y aportan su reflexión a este tipo de procesos de transformación; que retoman y discuten las agendas de los actores involucrados en procesos de transformación social y que promueven el establecimiento de alianzas entre las instituciones universitarias en las que laboran y las acciones colectivas emergentes (Hernández, 2003).

Por tanto, la relación entre salud y sociedad; el papel de los sujetos y sus posibilidades de acción social transformadora; y las implicaciones en la construcción de conocimientos y el papel de los académicos constituyen campos en disputa al ser analizados desde la perspectiva de las acciones colectivas en salud.

Acción colectiva y exigibilidad ciudadana

La lucha por los derechos sexuales y de personas que viven con VIH-Sida constituye un campo en el que, durante las últimas tres décadas hemos presenciado acciones colectivas tanto nacionales como internacionales que a través de la denuncia, de estrategias de visibilidad para crear corrientes de opinión favorables, de la incidencia en políticas públicas, de exigencia de derechos, e incluso, a través de la utilización de mecanismos judiciales, pretenden influir en el espacio público.

La lucha contra la homofobia⁵⁹ y el reconocimiento de la diversidad sexual es probablemente uno de los ámbitos en los que estas acciones colectivas han adquirido un mayor dinamismo y visibilidad en América Latina (RO 31, 2009). Una de sus contiendas emblemáticas tiene su origen en el último sábado del mes de junio de 1969, cuando los asistentes a el bar gay Stonewall Inn en la Ciudad de Nueva York, se ven envueltos en una fuerte acción represiva por parte de la policía estadounidense que escondía el carácter eminentemente homofóbico de esta medida tras el falso argumento de que el establecimiento no contaba con licencia para la venta de bebidas alcohólicas. Los disturbios durante los días posteriores, encabezados por quienes fueron objeto de esta represión, marcarían el inicio de un nuevo período en la reivindicación de los derechos humanos y civiles de las personas gay en los distintos continentes y darían origen a la Marcha del Orgullo Lésbico Gay que hoy en día se realiza en la mayoría de los países latinoamericanos (RO 31, 2009).⁶⁰ En México, por ejemplo, la Marcha del Orgullo Lésbico Gay viene realizándose desde

⁵⁹ La reflexión conceptual disponible sobre la noción de homofobia nos muestra que su definición inicial (Winberg, 1972) como miedo patológico a estar en proximidad con homosexuales, pronto fue criticada tanto por lo restrictivo del concepto psicológico e individualizante de "fobia", como por su carácter ahistórico, sustraído de un contexto socio-cultural y político y sin reflexión sobre las regulaciones sociales sobre las sexualidades. Sin embargo, su redefinición y amplia utilización actual refieren a la dimensión cognitiva y psicológica del heterosexismo como institución social (Borrillo, 2001), es decir, al análisis crítico de la organización social de la sexualidad a partir de las relaciones de poder y los mecanismos de exclusión. La reflexión sobre la homofobia es hoy complementada por el concepto de heteronormatividad, entendido como el conjunto de instituciones, estructuras cognitivas y orientaciones prácticas que hacen que la heterosexualidad se considere no sólo coherente, sino también privilegiada (Berlant y Warner, 1999); así como por el cuestionamiento a la naturalización de la heterosexualidad que remite a su naturaleza biológica evidente cuya hegemonía es asegurada por las distintas instituciones y discursos reguladores (Butler, 1990; Granados, 2007).

⁶⁰ Información detallada sobre los antecedentes históricos y la movilización actual en torno a la Marcha del Orgullo Lésbico Gay puede encontrarse en el sitio de la Red Orgullo 31 (RO 31, 2009).

1978, año en el que un contingente homosexual decidió solidarizarse públicamente con la marcha de protesta por la represión gubernamental al movimiento estudiantil acaecida diez años antes.⁶¹

Esta acción colectiva contra de la homofobia y el reconocimiento de la diversidad sexual también han sido escenario de diversas estrategias que buscan el cabal cumplimiento de los derechos de personas que viven con el VIH o han desarrollado la enfermedad del SIDA.⁶² Las cada vez más numerosas experiencias de conformación de redes de carácter transnacional que se enfocan a esta problemática, como es el caso de Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW), muestran a su vez la relevancia y efectividad de las luchas ciudadanas para denunciar y ejercer una mayor presión sobre los organismos multilaterales y los gobiernos nacionales. La pertinencia de la movilización ciudadana en relación a los derechos vinculados a la salud, así como su potencialidad de incidir en el espacio público se ven reflejadas en la forma en como se describe el origen de esta "comunidad internacional" que hoy en día cuenta con representaciones en los distintos continentes, que realiza periódicamente encuentros en distintas regiones del mundo y que fue "fundada en respuesta a la desesperada falta de apoyo, información y servicios disponibles para mujeres viviendo con VIH en todo el mundo y a las necesidades de esas mujeres de poder influenciar y participar en el desarrollo de las políticas."⁶³

El reconocimiento legal de la unión de personas de un mismo sexo en los umbrales del siglo XXI puede ser considerado, aunque con distintos alcances y especificidades que expresan la correlación de fuerzas políticas en cada país, como un logro más de la movilización ciudadana en torno

⁶¹ Es esta misma movilización ciudadana la que dos décadas más tarde, el 17 de mayo de 1990, logra dar otro de sus pasos más importantes al conseguir que la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud aprobara la supresión de la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales. A partir de este logro, distintas organizaciones de la sociedad civil, han promovido una Jornada Mundial de Lucha contra la Homofobia bajo el lema: "La homosexualidad no es el problema, la HOMOFOBIA SI" que pretende que el 17 de mayo sea instaurado oficialmente como Día Nacional contra la Homofobia.

⁶² Si bien, ambas perspectivas pretenden cuestionar y evitar la asociación mecánica y estigmatizadora entre la homosexualidad y el VIH-SIDA, confluyen en su posicionamiento en contra de todo tipo de discriminación, ya sea originada en la preferencia sexual o en el hecho de haber contraído un virus-enfermedad de transmisión mayoritariamente sexual.

⁶³ Una explicación detallada del surgimiento de esta organización internacional y su programa actual de trabajo puede consultarse en Causa Popular (2004).

a problemáticas vinculadas a la promoción de la salud. En la Ciudad de México,⁶⁴ por ejemplo, tras casi seis años de discusión en el Congreso, es en el mes de noviembre de 2006 que se reconoce a parejas del mismo sexo a través de la llamada Ley de Sociedades de Convivencia.⁶⁵

La conformación de instancias organizativas internacionales que pugnan por el cabal cumplimiento de los derechos humanos de las personas que viven con VIH-Sida —específicamente los que se refieren a la atención de su padecimiento y la dotación de los medicamentos que esto implica— ha implicado también la recurrencia a mecanismos judiciales para obligar al cumplimiento de las obligaciones estatales a través de las instituciones públicas.

Utilizando esta vía, tres personas de origen chileno demandaron al Estado la dotación adecuada de medicamentos y, ante su negativa y posterior recurrencia a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, consiguieron una resolución favorable que obligó al Estado en cuestión a cumplir cabalmente sus obligaciones (Red-DESC, 2006).⁶⁶ La utilización de este tipo de estrategias de justiciabilidad,⁶⁷ se ha convertido en una forma de encauzar la demanda ciudadana frente a la multiplicidad de casos en los que se niega la dotación de medicamentos antiretrovirales a personas que viven con VIH-Sida, situación que, de manera preocupante, se han convertido en una forma de actuación cada vez más frecuente en los servicios públicos de salud de los países latinoamericanos.

En México, por ejemplo, se han documentado múltiples casos de recurrencia a las instancias protectoras de derechos humanos con el fin

⁶⁴ Si bien es necesario reconocer cierta apertura por parte del Gobierno del Distrito Federal a partir de 1997 en la atención de personas viviendo con VIH, su postura ante el reconocimiento de la diversidad sexual ha sido ambivalente tal como lo mostró su estrategia para detener la aprobación de las Sociedades de Convivencia en la Asamblea Legislativa hasta después de las elecciones federales de 2006 por el potencial impacto negativo que ésta podría tener para la candidatura de Andrés Manuel López Obrador a la presidencia de la república.

⁶⁵ Nótese que se trata de una Ley de carácter local que aplica en la Ciudad de México pero que no existe en el ámbito federal y que fuera aprobado casi de manera simultánea a otro ordenamiento legal que representa un avance similar en el reconocimiento de derechos de parejas homosexuales que es el Decreto del Pacto Civil de Solidaridad del Estado de Coahuila (enero 2007).

⁶⁶ Casos similares de violaciones al derecho a la salud de personas viviendo con VIH en Argentina, Perú, El Salvador, Venezuela y Sudáfrica, por organizaciones miembros de la Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Red-DESC, 2006).

⁶⁷ Para una explicación más detallada sobre el concepto de justiciabilidad, véase el inciso cuatro de este mismo capítulo.

de evitar violaciones a los derechos humanos de personas con VIH-Sida ya sea por la negativa a brindarles medicamentos, el impedimento para acceder a la educación pública o como causa injustificada de cesantía de su prestación de servicios en instituciones públicas (Medina, 2004).

De manera similar, esta movilización ciudadana ha llevado, por ejemplo, a las autoridades de la Ciudad de México a instalar una clínica especializada en la atención de personas con VIH/Sida que pretende dar respuesta a esta creciente problemática. El testimonio de Mercedes que hace un recorrido en transporte público de aproximadamente una hora y media para llegar a la clínica, y a quien, al igual que a su marido, le detectaron hace seis años la infección por el VIH, nos muestra la dimensión que adquiere esta problemática en la vida cotidiana para dos personas que requieren tratamiento antirretroviral:

Mi esposo es ayudante de tapicero y le dan 500 pesos a la semana y yo me gasto como 300 en el tianguis para la comida de la semana. Yo le ayudo con lo que vendo de productos cosméticos y otras cositas. La verdad no nos alcanza, a veces yo me enfermo de herpes o neumonía y pues hay que comprar la medicina... si no nos los estuvieran dando aquí (los medicamentos en la clínica) ya no estaría haciendo nada, no me alcanzaría. A veces me desespero, yo quiero vivir, tengo un hijo (Mino, 2001).

La manera como se restringe o se favorece el gasto público dedicado a la atención de personas que viven con VIH-Sida y la posibilidad de que la homofobia se refuerce o sea combatida por las mismas instituciones públicas son algunas muestras de la dimensión política de la salud. El inequitativo acceso a los ingresos, la carencia de seguridad social, así como la falta de acceso a servicios públicos de salud se ubican como problemáticas estructurales que originan o agudizan la situación que enfrentan, por ejemplo, las personas que viven con VIH-Sida. El reconocimiento de esta causalidad social del proceso salud/enfermedad/atención implica, por un lado, ir más allá de la concepción que se centra en que es necesario evitar que las personas se empobrezcan cuando enfrentan una enfermedad grave, para reconocer al empobrecimiento como una de las principales causas de las enfermedades; mientras que por otro, implica considerar que las políticas públicas enfocadas a la promoción de la salud no pueden ser concebidas ni analizadas de manera aislada del ámbito

de las políticas de salud y de la orientación las economías nacionales latinoamericanas de cara a los procesos globalizantes.

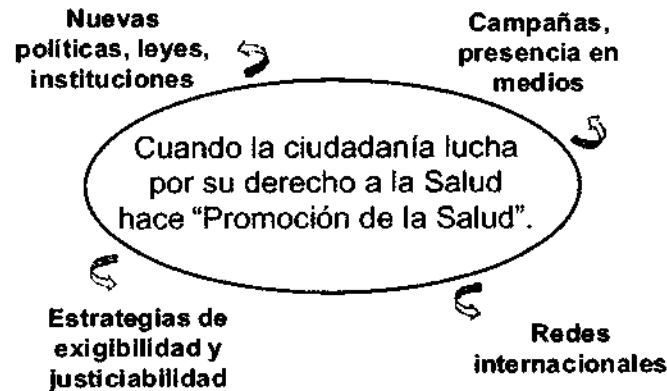
Lo anterior tiene como consecuencia concebir a la sociedad en continua transformación y como una construcción transformable a partir de las prácticas sociales, lo cual nos lleva a reflexionar sobre un segundo aspecto en relación a la reconceptualización de la promoción de la salud que hemos venido exponiendo en este inciso: el sujeto y su acción transformadora.

Las acciones colectivas en salud que han sido reseñadas en las que se conforman redes internacionales para presionar a los Estados a fin de que protejan, respeten o garanticen derechos humanos: en los que se recurre a los mecanismos jurídicos nacionales e internacionales con el fin de obtener un tratamiento adecuado; o en los que se realizan campañas enfocadas a que la población reflexione y asuma concepciones más incluyentes sobre las diferencias, nos llevan a reflexionar sobre la posibilidad, capacidad y derecho de los sujetos para realizar acciones que apuntan a hacer transformaciones en las formaciones sociales existentes.

Estas acciones colectivas en torno a los derechos sexuales y de las personas que viven con VIH-Sida nos muestran, por un lado, la forma como realizan una labor de sensibilización sobre esta problemática a través de distintas modalidades de acción colectiva (marchas, campañas, mecanismos de justicia, formación de redes internacionales, entre otras), mientras que por otro, buscan influir en la forma en como los Estados formulan leyes, políticas y programas, y hacen uso de recursos destinados a la salud pública a fin de contribuir al cabal cumplimiento del derecho a la salud (ver diagrama: Estrategias de acción colectiva para la promoción de la salud).

Los casos mencionados me permiten señalar que las acciones colectivas en torno al derecho a la salud están poniendo en práctica elementos centrales de la promoción de la salud. Por un lado, cuando la población se involucra en este tipo de procesos está fomentando sus propias capacidades humanas, amplía sus márgenes de participación en la toma de decisiones y modifica su entorno inmediato para ubicarse en condiciones más saludables (Restrepo y Málaga, 2001). Por otro lado, se involucra en

Estrategias de acción colectiva para la promoción de la salud



Fuente: elaboración propia con base en el análisis de casos de movilización ciudadana en torno a derechos sexuales y de personas con VIH-Sida.

procesos emancipadores en los que construye sus propios conocimientos sin necesidad de contar con el apoyo de los expertos (Chapela, 2007), genera interpretaciones propias de su realidad y de la posibilidad de transformación (Cerde, 2008) y logra cambios efectivos en políticas públicas e instituciones gubernamentales que contribuyen a sus condiciones de salud, tal como lo señala la Carta de Ottawa (WHO, 1986). Así, puede señalarse que cuando la ciudadanía se involucra en acciones colectivas por el derecho a la salud está haciendo Promoción de la Salud.

Promoción de la salud como procesos emancipadores y de exigibilidad

Las acciones colectivas en salud que han sido reseñadas⁶⁸ me llevan a reflexionar sobre perspectivas de la promoción de la salud que, al trascender

⁶⁸ La reflexión que sobre las acciones colectivas en salud que aquí se ofrecen no pretenden, de ningún modo, idealizarlas o concluir que éstas desembocan, de manera unívoca, mecánica o inevitable en procesos emancipadores. Por el contrario, se trata de enfatizar la posibilidad de que tomen dicha orientación, argumentando que si es el caso, este tipo de procesos puede ser emblemático para la puesta en práctica de la promoción de la salud.

lo preventivo, la modificación de estilos de vida, e incluso, la búsqueda de instituciones saludables o la adopción de políticas saludables, encuentran su fundamentación en concepciones como la formulación de estrategias de exigibilidad y el impulso de procesos autonómicos o emancipadores.

La reflexión sobre promoción de la salud vinculada a procesos emancipadores y estrategias de exigibilidad en América Latina, tiene como antecedentes, el pensamiento médico social y las prácticas de educación popular. El pensamiento médico social se sitúa desde la perspectiva de causalidad social o los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad/atención, planteamientos que fueron expuestos ya desde mediados del siglo XIX por Rudolph Virchow (1841). A través de su informe sobre el tifus en Silesia, en el cual se señala la necesidad de una serie de medidas para mejorar la vivienda, el ingreso, entre otras, proporciona evidencias precisas de la forma como distintas problemáticas sociales pueden ubicarse como causa de enfermedades como el tifus y, en concordancia, propone una serie de medidas de carácter estructural para su resolución.

A este antecedente de la promoción de la salud emancipadora, que ubica como uno de sus componentes fundamentales el involucramiento de los sujetos en acciones de transformación de la estructura social que repercutan positivamente en su salud, se suma la perspectiva latinoamericana de la educación popular, corriente de pensamiento a la que han aportado importantes pedagogos de la región. Se trata de una educación que se origina y enraíza en las problemáticas como la pobreza y la exclusión que afectan a un alto porcentaje de la población latinoamericana; una educación que conlleva un proceso propio de toma de conciencia de la realidad que se vive y del lugar e intereses de los sujetos dentro de ella; que tiene como principio básico el establecimiento de relaciones de horizontalidad entre los sujetos involucrados en el proceso de aprendizaje y que, sobre todo, se concibe como “práctica de la libertad” (Freire, 1972; Mariátegui, Gramsci y Langevin, 1973), es decir, como instrumento privilegiado para imaginar una realidad distinta e involucrarse en procesos de transformación social.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud puede vincularse a procesos autonómicos o emancipadores, entendidos como el involucra-

miento de los sujetos en procesos de independización y de construcción de autonomía; en estrategias colectivas social, histórica y culturalmente situadas mediante las cuales construyen una lectura propia de las problemáticas que los aquejan, ponen en práctica su capacidad de construir horizontes de transformación y se involucran en alternativas que pretenden incidir en el espacio público y propiciar modificaciones en las estructuras sociales a través de iniciativas autogestivas. Ahora bien, el pensar la promoción de la salud vinculada a procesos autonómicos o emancipadores y de exigibilidad, tiene implicaciones pedagógicas, simbólico-discursivas, en las relaciones de poder y en las personas e instituciones dedicadas al trabajo académico, sobre las cuales reflexionamos a continuación.

Vincular la promoción de la salud a los procesos emancipadores implica considerar “a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y, con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica” (Chapela, 2007). Esta producción autónoma de conocimiento se lleva a cabo a través de la reflexión sobre problemas de la realidad identificados por los mismos sujetos, el libre acceso a los conocimientos necesarios para enfrentarlos y a los instrumentos necesarios para construir conocimientos y habilidades de manera autónoma. Además de construir conocimientos propios sin necesidad de los expertos, los procesos emancipadores de promoción de la salud implican también un proceso de reflexión sobre la situación propia y la relación con el Estado que implican el posicionarse como ciudadanos con derechos, a partir de constatar la propia situación de carencia de seguridad social, de servicios de salud adecuados y de la capacidad económica para obtener el tratamiento a través de instituciones particulares.

Lo anterior significa, en relación a las acciones colectivas en salud que han sido planteadas, que los sujetos hacen un análisis crítico del discurso gubernamental que alega “la falta de recursos” y el “alto costo de los medicamentos” como razón fundamental para eximirse de sus responsabilidades, al tiempo que se construyen nuevos referentes discursivos para argumentar que el tratamiento que se reclama no es “una concesión” o una “dádiva” que el Estado otorga de manera opcional, sino como un derecho. Los procesos emancipadores vinculados a la promoción de la salud conllevan la construcción de lectura propia de la realidad desde

una perspectiva sociohistórica y considerando las determinantes sociales, esto es, la generación de un pensamiento crítico capaz de cuestionar los paradigmas hegemónicos, de desconstrucción de lo hegemónico y de resignificación contrahegemónica (Laclau y Mouffe, 1987).

Las estrategias mediante las cuales se exigen derechos a los Estados muestran, además de estas implicaciones de orden pedagógico, que los procesos emancipadores vinculados a la promoción de la salud se refieren también a la dimensión simbólico – discursiva. Las acciones colectivas en torno al reconocimiento de la homosexualidad y la crítica frontal a la homofobia como práctica tanto individual como institucionalizada que logran reflejarse en la promulgación de leyes y en el reconocimiento de derechos especiales como lo es el marco jurídico de las sociedades de convivencia, enfatizan una dimensión de los procesos emancipadores que se expresa en una intencionalidad de subvertir el orden establecido, es decir, de cambiar las reglas de juego (Foucault, 1981): cuestionar el vínculo con la autoridad ya sea legal, educativa, religiosa o teórica a través de lo que Adorno llamara una irreverencia fundamentada (Adorno, 1998).

Los procesos autonómicos vinculados a la promoción de la salud implican asumirla como parte de la conflictividad social; como un cambio de lugar sociocultural de los actores de la movilización ciudadana, es decir, en la forma en como la sociedad los concibe y les confieren un lugar dentro de ella, así como en la forma y lugar que ellos se confieren a sí mismos (Castro y Mendieta, 1998). Lo anterior sólo es posible a través de la creación de nuevos discursos articuladores que confieren nuevos sentidos a lo que Laclau y Mouffe (1987), conciben como “elementos flotantes”, es decir, aspectos de la vida cotidiana insertos en el campo de la disputa por los significados cruzado por los discursos dominantes en un momento histórico y lugar determinado.

El desarrollo de este tipo de estrategias de exigibilidad, como parte de procesos emancipadores más amplios, implica necesariamente la construcción de polos alternos de poder, es decir, de mecanismos de contrapeso en relación a los poderes que cuentan con el reconocimiento oficial o que simplemente lo ejercen por la vía de los hechos. Estos procesos de acumulación de fuerza social para demandar al Estado el

cabal cumplimiento de los derechos humanos, han sido conceptualizados como proceso de exigibilidad, entendida como la acción socio-política consistente en demandar a los Estados, a través de distintos mecanismos entre los que se incluyen los judiciales, el cumplimiento de sus obligaciones en relación a los ciudadanos como poseedores de derechos (Weyrauch y Selwood, 2007; Martínez, 2004). La exigibilidad se ejerce a través de acciones de denuncia de incumplimiento de sus obligaciones por parte de los Estados, movilización, acciones de presión o cabildeo.

El desarrollo de estrategias de exigibilidad implica la participación por parte de distintos actores sociales y ciudadanos en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas desde una posición de contrapeso crítico que no sustituye ni minimiza las responsabilidades sociales del Estado (Canto, 2002). Estas estrategias de exigibilidad se plantean incidir tanto en el diseño como en la implementación y evaluación de las políticas públicas como una forma de pugnar por el cabal cumplimiento de los derechos sociales (Abramovich, Añón y Courtis, 2003), entre ellos, el derecho a la salud. Como parte de estas estrategias pueden ubicarse propuestas y experiencias que van desde el diseño de nuevos programas para la atención de problemáticas emergentes y propuestas de modificación de programas en curso, hasta el análisis de su implementación a partir de la percepción de sus derechohabientes (comúnmente llamados “usuarios”)⁶⁹ y diversas formas de evaluación, monitoreo, contraloría ciudadana y rendición de cuentas en relación a la utilización de recursos públicos y la adopción de políticas con perspectiva de derechos.⁷⁰

⁶⁹ Un ejercicio que puso en práctica esta modalidad fue realizado por la Coordinadora Comunitaria Miravalle (COCOMI, A.C.) en la Ciudad de México al evaluar de manera participativa la percepción de los derechohabientes del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Distrito Federal. Se documentó, por ejemplo, que el 80% de la población encuestada considera que el programa constituye un derecho, el 12% considera que es una manipulación política y el resto que es una concesión; que el 65% de la población manifiesta que los recursos públicos destinados a la operación del programa son insuficientes y proponen aumento de personal médico, medicamentos y hospitales, así mismo que se mejore la calidad en la atención; y que el 98% piensa que a pesar de todo el programa debe seguirse implementando, la principal razón es que no tienen los medios económicos para acceder a otros servicios de salud (Cerdá, 2005).

⁷⁰ Véase, entre otros ejemplos, el seguimiento y denuncia de malversación hecha por Salud Integral para la Mujer (SIPAM, 2008) en relación a la asignación de recursos públicos a la Organización Provida. Asimismo, la elaboración por parte de organizaciones civiles mexicanas de Informe Alternativo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en México que fue presentado ante la ONU (GPIADESCA, 2003).

El caso de las tres personas portadoras del VIH-Sida que recurren en primera instancia al gobierno chileno y, ante su negativa, a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, como muchos otros casos similares en otros países latinoamericanos, representan estrategias de justiciabilidad del derecho a la salud, entendida como el proceso jurídico mediante el cual se exige a la instancia competente la resolución de un conflicto creado por el incumplimiento de las obligaciones de alguna autoridad de respetar, proteger o satisfacer los derechos específicos de los ciudadanos. Los casos de personas portadoras del VIH-Sida que recurren a instancias nacionales e internacionales de administración de justicia para exigir a los estados un tratamiento adecuado, que de manera lamentable se han vuelto cada vez más frecuentes en la mayoría de los países latinoamericanos, representan estrategias de justiciabilidad del derecho a la salud, entendida como el proceso jurídico mediante el cual se exige a la instancia competente la resolución de un conflicto creado por el incumplimiento de las obligaciones de alguna autoridad de respetar, proteger o satisfacer los derechos específicos de los ciudadanos.

Al tratarse de procesos que tienen como necesario punto de partida las situaciones de dominación existentes, no pueden sino surgir en espacios de contradicción en los que se articulan elementos de reproducción, es decir, de regulación heterónoma con componentes emancipadores. Esto significa que los espacios de construcción de procesos emancipadores son atravesados permanentemente por la contradicción a través de la cual tratan de sobreponerse, no siempre favorablemente, a los elementos de reproducción social que rechazan o de los cuales pretenden tomar distancia.

Finalmente, puede observarse que los procesos emancipadores sólo pueden ser posibilitados a través de dispositivos pedagógicos, es decir, de procesos de reeducación, generalmente informales, en los que los actores generadores de reflexión crítica y de nuevas propuestas de entendimiento, a quienes Gramsci llamara "intelectuales orgánicos", desempeñan un papel fundamental, más allá de que se asuman o no como tales (Gruppi, 1978). Los procesos emancipadores encuentran una de sus principales expresiones en las llamadas estrategias ciudadanas de exigibilidad de derechos. La lucha por los derechos humanos, específicamente por el derecho a la salud, se convierte en un eje fundamental de la promoción de la salud en el sentido de que ésta sólo puede existir verdaderamente

cuando está enmarcada por el derecho a la salud y con ello el desarrollo de políticas públicas que efectivamente contribuyan a su cumplimiento. De igual manera, debido a que al involucrarse en procesos organizativos como los descritos, los sujetos ejercen su salud como capacidad y no sólo como ausencia de enfermedad; desarrollan sus capacidades humanas y ponen en práctica su capacidad para diseñar futuros viables y las estrategias necesarias para alcanzarlos.⁷¹

La acción colectiva en salud en torno al reconocimiento de derechos sexuales y de las personas que viven con VIH-Sida propone nuevos retos a la promoción de la salud al vincularla con el desarrollo de estrategias de exigibilidad y con procesos autonómicos o emancipadores, los cuales implican, no sólo la generación de nuevos conocimientos más allá de los expertos, sino también el involucramiento en procesos que modifican la relación entre la ciudadanía y el Estado, y que implican tanto la reconstrucción de concepciones dominantes como la construcción de nuevos sentidos y discursos, así como el cambio de lugar sociocultural de los actores involucrados.

La promoción de la salud vinculada a los procesos emancipadores pretende tomar distancia de las concepciones que la reducen a la prevención atemorizante, el cambio de estilos de vida o el impulso de políticas saludables. La perspectiva emancipadora hace un cuestionamiento a este tipo de concepciones en tanto que favorece una perspectiva centrada en los individuos a quienes atribuye la mayor responsabilidad y culpabilidad de originar sus padecimientos debido a que no realizan los esfuerzos necesarios para modificar su estilo de vida. Por otro lado, se cuestiona que dicha concepción de promoción de la salud no encuentra ninguna relación con las condiciones estructurales, al tiempo que sustituye la necesidad de reconocimiento y exigencia de derechos por parte de la ciudadanía por la compra de servicios, e incluso, de seguros. Asimismo, no resulta difícil constatar las múltiples modalidades a través de las cuáles la promoción de la salud centrada en los estilos de vida ha resultado ser un planteamiento propicio para favorecer el consumo de determinados alimentos, bebidas, entre otros, que permiten adoptar un “estilo de vida más saludable”.

⁷¹ Esta concepción de promoción de la salud como potenciamiento de las capacidades humanas y la consecución de futuros viables ha sido formulada por Chapela, M. C. (2007) y Retomada por García (2008).

La tendencia actual hacia la mercantilización de la salud y reversión en el reconocimiento de derechos sociales propone una perspectiva de la promoción de la salud centrada en los "estilos de vida" o en la búsqueda de instituciones saludables que ha de ser cuestionada desde la recuperación de su sentido organizativo, crítico y político en relación a las problemáticas sociales estructurales vinculadas a la salud, tal como lo muestran de manera urgente y dramática las acciones colectivas por los derechos sexuales y de las personas con VIH-Sida. Lo anterior significa impulsar otra perspectiva de Promoción de la Salud vinculada a procesos de exigibilidad y emancipación, como parte de políticas orientadas al cumplimiento de los derechos sociales.

He tratado de mostrar que la movilización ciudadana en torno al reconocimiento de derechos sexuales y de las personas que viven con VIH-Sida propone nuevos retos a la promoción de la salud al vincularla con el desarrollo de estrategias de exigibilidad y con procesos emancipadores, los cuales implican, no sólo la generación de nuevos conocimientos más allá de los expertos, sino también el involucramiento en procesos que modifican la relación entre la ciudadanía y el Estado, y que implican tanto la reconstrucción de concepciones dominantes como la construcción de nuevos sentidos y discursos, así como el cambio de lugar sociocultural de los actores involucrados.

REFERENCIAS

- Abramovich, V.; Añón, V. y Courtis, Ch. (compiladores) (2003) *Derechos Sociales. Instrucciones de uso*. México: Fontamara.
- Adorno, Th. (1998) *Educación para la emancipación: conferencia y conversaciones con Hellmut Becker (1959-1969)*. España: Editorial Morata.
- Berlant, L. y Warner, M. (1999) "Sex in public". En: Suring, S. (editores) *Cultural Studies Reader*. EU: Roudledge, pp. 354-365.
- Blumenfeld, W. (1992) *Homophobia: how we all pay the Price*. Boston: Beacon Press.
- Borrillo, D. (2001) *Homofobia*. Barcelona: Bellatierra.
- Bourdieu, P. (1998) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Butler, J. (1990) *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York - London: Roudlege.

- Canto, M., et. al. (2002) *Lo cívico en lo público. Estrategias y Herramientas de Incidencia Ciudadana en Políticas Públicas*. México: Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos.
- Canto, M., Castro, O. (2002) *Participación ciudadana y políticas públicas en el Municipio*. México: Movimiento Ciudadano por la Democracia.
- Castro-Gómez, S. y Mendieta, E. (coordinadores) (1998) *Teorías sin disciplina. Latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate*. EU-México: University of San Francisco-Miguel Angel Porrúa.
- Causa Popular (2004) Las mujeres con VIH alertan al mundo sobre el peligro de extinción de la humanidad por el SIDA. *Revista Zoom. Política y sociedad en foco*, 12 diciembre 2004. Disponible en línea: <http://revista-zoom.com.ar/articulo224.html>. Consulta: enero 2010.
- Cerda, A. (2008) Procesos autonómicos en el campo de la salud: Derechos sexuales y personas que viven con VIH-Sida. *Revista Manovuelta*, Año 3:8.
- Cerda, A. (2005) *Política social y derechos económicos sociales y culturales en la Ciudad de México*. México: Convergencia de Organismos Civiles, A.C.
- Cerda, A.; Barroso, AL. y Segura, AM. (2005) *Incidencia Ciudadana en la Ciudad de México: experiencias de participación local para el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales*. México: Convergencia de Organismos Civiles, A.C. – Terre des Hommes France.
- Chapela, MC. (2007) Una definición de salud para promover la salud. En Martínez-Salgado, C. (Editora) *Seis miradas a la salud*. México: UAM.
- Chapela, MC. (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Jarillo, EC y Guinsberg, E. (coordinadores) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, pp. 347-373.
- Crozier, M. y Firenberg, E. (1990) *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*. Argentina: Disponible en: www.rafaelcastellano.com.ar. Consulta: 22 septiembre 2009.
- Dube, S. (2001) *Pasados Poscoloniales*. México: El Colegio de México.
- Federación Iberoamericana de Ombudsmen (2006) *Protección de la salud. IV Informe sobre derechos humanos*. Madrid: Trama Editorial. Disponible en: <http://www.portalfio.org/inicio/repositorio//INFORMES/Salud.pdf>. Consulta: 20 agosto 2009.
- Foucault, M. (1981) De la amistad como modo de vida. Entrevista. *Gai Pied*, 25, abril.

- Freire, P. (1972) *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
- García, D. (s/f) *Introducción al enfoque emancipatorio de la Promoción de la Salud*. México: UACM-mimeo.
- Garretón, MA. (2002) Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 76:7-24.
- Garretón, MA. (2002) La transformación de la acción colectiva en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 76:7-24.
- Granados, JA. (2007) Medicina social, sexualidad y salud. En: Jarillo, EC y Guinsberg, E. (coordinadores) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, pp. 217-244.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) (2006) *Ley de sociedades de convivencia para el Distrito Federal*. México: GDF. Disponible en línea: <http://cg-servicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/1392.htm>. Consulta: mayo 2009.
- Grupo Promotor del Informe Alternativo DESCA (GPIADESCA) (2003) *Informe alternativo al IV Informe Periódico del Estado Mexicano sobre la aplicación del PIDESC*. México: GP-IADESCA.
- Gruppi, L. (1978) *El concepto de hegemonía en Gramsci*. México: Ediciones de Cultura Popular.
- Haraway, D. (1991) *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. España: Cátedra.
- Hernández, RA (2003) *¿Conocimiento para qué? La antropología crítica: entre las resistencias locales y los poderes globales*. Texas: LASA.
- ICW Latina (2009) *Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA*. Consulta en línea: <http://www.icwlatina.org/>, Consulta: mayo 2009.
- Letra S (2007) Día mundial contra la homofobia. *Letra S*. México. Publicación en línea: <http://www.letraese.org.mx/vshomofobia.htm>. Consulta: mayo 2009.
- Letra S (2007) Salud, Sexualidad y Sida. *Letra S*. Disponible en línea: <http://www.letraese.org.mx/>. Consulta: mayo 2009.
- Laclau, E. y Chantal, M. (1987) *Hegemonía y estrategia socialista: hacia una radicalización de la democracia*. España: Siglo XXI.
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Canadá: Government of Canada.
- López, O. y Blanco, J. (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En: Jarillo, EC y Ginsberg, E. (coordinadores) *Salud Colectiva en México. Temas y desafíos*. Argentina: Lugar Editorial, 21-48.
- Mariátegui, J.; Gramsci, A. y Langevin, P. (1973) *Problemas teóricos de la educación*. México: Editorial Movimiento.

- Martínez, O. y David, M. (2004) *Para exigir nuestros derechos. Manual de exigibilidad en DESC*. Colombia: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos.
- Medina, A. (2004) Gana sargento seropositivo litigo contra el Ejército Mexicano. En: Notiese, 31 mayo 2004. Disponible en línea: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=510. Consulta: enero 2010.
- Meluci, A. (1999) *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*. México: COLMEX.
- Mino, F. (2001) "Testimonios sin valor agregado". En: Letra S. 3 mayo 2001. Disponible en línea: <http://www.jornada.unam.mx/2001/05/03/ls-testimonios.html>. Consulta: enero 2010.
- Olson, M. (1992) *La lógica de la acción colectiva: bienes públicos y la teoría de grupos*, México: Noriega Eds. - Ed. Limusa.
- Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Red-DESC (2006), *Personas viviendo con VIH. Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 9/22/2006 En línea: <http://www.escri-net.org/>. Consulta: mayo 2009.
- Red Orgullo 31 - RO31 (2009), XXXI Marcha del Orgullo Lésbico Gay Bisexual Transgénero, Travesti, Transexual e Intersexual. México: RO31. Disponible en línea: <http://www.redorgullo.com.mx/>. Consulta: septiembre 2009.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001) *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Rosaldo, R. (2000) *Cultura y verdad: la reconstrucción del análisis social*. Ecuador: Abya-Yala.
- Sigerist, H. (1941[1996]). *Medicine and Human Welfare*. Yale: Yale University Press. Reproducido en : *Journal of Public Health Policy*, 17 (2).
- Salud Integral para la Mujer - SIPAM (2008) *Es inadmisibile la presencia de PROVIDA en el FSM*. México: SIPAM. Disponible en línea: <http://www.sipam.org.mx/>. Consulta: mayo 2009.
- Social Watch (2008) *Social Watch Report (2008): Rights is the answer*. Uruguay: Social Watch. Disponible en línea: <http://www.socialwatch.org/en/press/>. Consulta: mayo 2009.
- Tarrow, S. (1997) *El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. España: Ed. Alianza.
- Tetelboin, C. (2007) Prácticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En: Jarillo, EC. y Guinsberg, E. (coordinadores) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, pp. 49-78.
- Virchow, R. (1841 [2006]) Informe sobre la epidemia de tifus en la Alta Silesia. Reproducido en: *Revista Electrónica Medicina Social/Social Medicine*,

- 1 (1). Disponible en línea: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/issue/view/6>. Consulta: mayo 2009.
- Weinberg, G. (1972) *Society and the healthy homosexual*. New York: St. Martin's Press.
- Weyrauch, V. y Selwood, I. (2007) *Tejiendo redes globales. Manual para la incidencia política*. Argentina: Fundación CIPPEC.
- WHO (1986) *Carta de Ottawa*. Disponible en línea: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>. Suiza: OMS. Consulta: mayo 2009.

COROLARIO

*Ma. del Consuelo Chapela*²

*Alejandro Cerda García*³

Como ya proponíamos en la introducción de este libro, una manera para lograr aprehender la compleja práctica de la promoción de la salud se abre en el análisis de la relación entre los agentes o agencias que proponen e implementan las acciones de PS y las agencias o agentes en cuyas vidas intervienen las agencias o agentes promotores de salud, relación que se establece en un proceso continuo de relaciones de poder. Por lo anterior, un analizador privilegiado e imprescindible de cualquier PS, como de cualquier otra práctica social, es el poder que se ejerce en el campo al que se refiere esa PS.

La necesidad de desarrollar formas críticas de investigación está presente desde la primera parte del siglo XX:

...el reto central es formular acereamientos a la investigación empírica que avancen la construcción de la teoría emancipadora a través del desarrollo de diseños de investigación interactivos que inspiren a la acción. Hay una dimensión pionera en esta tarea. Desde la formación de la Escuela de Frankfurt, los teóricos críticos han estado clamando por tal investigación... Hace cincuenta años, el italiano neo-marxista Antonio Gramsci apremió a los intelectuales a adherirse a una 'praxis del presente' a través de ayudar a grupos en su desarrollo progresivo en el esfuerzo por volverse cada vez más concientes de sus propias acciones y situaciones en el mundo (Lather, 2003:186-187).

Un antecedente fundamental para la investigación crítica en PS es el trabajo de Paulo Freire (1970) quien consideraba que el potencial empoderador de las acciones educativas falla cuando hay diferencia entre las

² Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, Coordinadora del Diplomado en Promoción de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Jefa del Área de Investigación en Salud y Sociedad. conich@correo.xoc.uam.mx

³ Profesor e investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, Departamento de Educación y Comunicación. alcerda_2000@yahoo.com

expectativas empoderantes de los educadores y las formas en que lleva a cabo sus trabajos por ejemplo cuando se impone el punto de vista del educador sobre las necesidades y objetivos de los educandos (ver también van der Merwe y Albertyn, 2010; Joshi y Moore, 2000).

Desde una posición crítica, el examen de los contenidos de poder constitutivos de determinados discursos o prácticas de PS, se encaminarán al entendimiento del juego de los significados de los discursos y prácticas de agentes jugando en las redes de poder, entendimiento que definirá el sentido y rumbo de acciones subsecuentes por parte de los agentes que hagan ese examen crítico. Ya que la reflexión crítica se identifica como imprescindible en una PS orientada por la utopía emancipadora, la observación de los procesos que suceden en las intervenciones de PS permitirá identificar tanto obstáculos como facilitadores de la reflexión crítica.

La reflexión crítica requiere de investigadores críticos y metodologías críticas de investigación, de insumos de información, avance en el entendimiento de la situación y realidad en la que se vive, rupturas en el conocimiento, ejercicio del lenguaje y de la responsabilidad de la construcción de la propia persona que reflexiona, de la producción de su espacio y la reconstrucción de las bases de identidad de los grupos sociales. Sin embargo, las necesidades de la investigación crítica en PS se enfrentan a los obstáculos de los paradigmas hegemónicos en investigación.

Ante el establecimiento del paradigma del evidencialismo con el que se idealiza y refuerza una manera de entender al mundo y la hegemonía médica y en la que se justifican políticas y acciones neo-liberales, Wise (2001), Ziglio (1991) y otros autores consideran necesario sostener negociaciones políticas a favor de la promoción de la salud con evidencia convincente recogida mediante trabajo creativo y sistemático. Sin embargo, la 'evidencia' de la efectividad de la promoción de la salud en su modalidad emancipadora toma las características que los agentes sociales definen para la misma, con sus fines y medios y no las definidas desde los centros del poder de dominación –académicos, gubernamentales, empresariales, financieros, u otros. La necesaria desconstrucción de las razones y significados de lo que se considera 'evidencia' dentro del paradigma del evidencialismo en el mejor de los casos puede exponer

los usos que de ella se hacen con fines de satisfacer las necesidades de la hegemonía y obligar a las agencias, entre otras las del gobierno, a repensar sus prioridades políticas o de financiamiento, a prestar atención a aspectos específicos de la problemática de salud, a comprometerse con cambios legales, u otras obligaciones parecidas. Aunque esta situación no se considera aquí del todo posible, dado que estos cambios implican modificaciones en el poder hegemónico además de la dificultad de aceptación que tienen los problemas y metodologías alternativas a la hegemónica (Chapela y Jarillo, 2003), se puede considerar que hay mucho trabajo, mucho estudio, muchas preguntas por hacer para atender los vacíos que aparecen inmensos para el entendimiento de los procesos saludables y de las posibles estrategias para revertir la acción hegemónica a favor de los agentes sociales. El examen de las distintas promociones de salud que se ha hecho a lo largo de los capítulos anteriores en esta obra, descubre algunas aristas de los procesos saludables que invitan a su estudio. Ejemplos de algunas de ellas son los que se presentan en el cuadro 9.

Cuadro 9.
Ejemplos de aspectos por estudiar tomando en cuenta las dimensiones de poder de la promoción de la salud

Concepto	Ejemplos de aspectos a estudiar
La acción del poder se inscribe en el cuerpo	vínculos entre los mundos material y simbólico formas de inscripción de los procesos saludables y no saludables en el cuerpo-territorio los aprendizajes y necesidades del cuerpo en las distintas circunstancias y momentos del desarrollo del agente individual o colectivo las inscripciones de la acción del cuerpo en el mundo material y en el mundo social
Capacidad humana	los procesos de subordinación que obstaculizan la salud las características del conocimiento y de las apreciaciones que sustentan a los agentes los procesos de actuación y toma de posición en los campos los procesos de construcción y elicitation del doxa
Diseñar y decidir futuros posibles	procesos que los agentes llevan a cabo para la evaluación de su realidad de salud y su necesidad procesos de construcción de proyectos de los agentes y de los campos procesos políticos, de administración y de gestión en las acciones y los recursos de los agentes
Diseñar y alcanzar futuros viables	alternativas para lograr la reapropiación y desarrollo de la salud modificación de las condiciones de acceso a la riqueza y las inscripciones en el cuerpo como producto de las acciones de promoción de la salud

Modificado de Chapela (2007)

La desconstrucción de los significados inmersos en discursos, conocimientos, políticas, valores y prácticas, tanto oficiales como no oficiales, permitirá pasar de partir de lo normativo que define el 'deber ser', 'los estilos de vida', las 'prácticas saludables' y con ellas las formas de consumo y la realización de la invasión de los cuerpos-territorio, a la teorización a partir de los procesos sociales que producen salud. La cultura del evidencialismo intenta objetivar las cualidades expresadas de la salud para poder contarlas, clasificarlas, explicarlas y, sobre todo, controlarlas. Sin embargo este proceder arrojará información superficial sobre aspectos pre-clasificados característicos o distintivos de grandes grupos de población logrando explicaciones que generan para quienes hacen estos estudios la aceptación institucional principalmente; para quienes son objeto de este proceder, la ilusión de control de los problemas de salud. Esta manera de estudiar la salud es conveniente a los fines operativos de vigilancia y control indispensables para el funcionamiento social actual regido por los significados dominantes que responde en cierta medida a las demandas de los individuos y poblaciones quienes han construido sus propios significados a partir de incorporar parte de los significados dominantes.

Dentro de procesos emancipadores de promoción de la salud, para investigar la salud y sus fenómenos objetivos, objetivables, subjetivos e intersubjetivos, en donde observados y observadores al estar practicando el habla cobran existencia (Alvesson y Sköldberg, 2000; Fine, 1998), además de los retos ontológicos y epistemológicos originados en sus múltiples dimensiones, el (la) investigador(a) enfrenta retos metodológicos que varían de acuerdo con el tipo de pregunta que se hace y con las implicaciones políticas, académicas y administrativas de su investigación entre las que se identifican aquí cuatro. Primera, la relación cercana y a veces intrínseca que frecuentemente se establece en el campo científico entre salud, enfermedad y medicina hace que el (la) investigador(a) en salud generalmente pertenezca o sea considerado parte del campo médico. Segunda, en esa condición se espera de él o ella que construya e investigue los problemas desde la óptica médica, objetivando los fenómenos en observación. Tercera, el producto de estas investigaciones, en contraposición a los productos de investigaciones interesadas en aspectos subjetivos de la salud será el incluido en la toma de decisiones relativas a los sistemas de atención a la salud (que actualmente se podrían leer como sistemas

de prevención y atención a la enfermedad). Cuarta, en consecuencia, los productos de investigaciones que no se ajustan a esta visión difícilmente son considerados valiosos a la hora de definir presupuestos, programas y acciones en salud.

Estos problemas tienden a ser resueltos 'endureciendo los datos cualitativos', es decir, transformando el sentido de la averiguación para ajustarlo a categorías, variables e indicadores y mediante la elaboración de protocolos en donde se 'ajusta' o 'traduce' el sentido de búsqueda de cualidades en formatos que responden principalmente a las necesidades de la investigación dentro de los paradigmas dominantes en las ciencias. Esta tendencia conduce a la incapacidad de distinción de la diferencia entre medir cualidades (lo que requiere de hipótesis, muestras, variables, indicadores, tratamientos estadísticos, etc.) y observar fenómenos con contenido subjetivo (lo que requiere de preguntas, enfoques, e interpretaciones de corte hermenéutico, fenomenológico u otros fuera del positivismo; y comunicaciones con formatos diversos). En la no-respuesta de la tradición de la ciencia hegemónica a los problemas que implican entendimiento de las dimensiones subjetivas de la salud y de los vínculos intrínsecos entre la materialidad y la subjetividad en el ser humano, surge la pugna entre las posiciones que defienden lo cuantitativo-objetivante como forma de mantener la cientificidad de las investigaciones; y las posiciones de defensa de lo cualitativo-revelador de los fenómenos subjetivos sobre la base de que ignorarlos significa la negación del entendimiento de los fenómenos humanos asentados en la subjetividad y de visiones hermenéuticas que relevan la importancia de entender a profundidad casos específicos componentes de la totalidad que se quiere conocer (ver por ejemplo Bishop, 2005; Chapela et al, 2003; Greene, et al 2001; Bryman, 1992). Esta pugna, entre otras cosas, conduce frecuentemente a poner atención al método y a las adscripciones metodológicas por encima de elaborar y responder preguntas y problemas de investigación y sobre todo, por encima de las razones por las que en primera instancia se construyen los fenómenos a observar y los intereses de los supuestos beneficiarios de los estudios. Esto es más notorio cuando se hacen elecciones 'cualitativas' en donde más que cuestionar la forma en que se pregunta y lo que se pregunta, e identificar la mejor manera de entender algún aspecto de la realidad, se cuestiona la validez de los trabajos en su comparación con las maneras de validar los trabajos con métodos cuantitativos. La validez y

el rigor cualitativo han sido tanto puestos en entredicho como discutidos por múltiples autores, desde los que intentan conciliar las dos tradiciones (por ejemplo Patton, 2002) hasta los que argumentan en relación con el rigor y validez de los estudios con enfoques cualitativos en el contexto de la comunidad internacional de investigadores cualitativos (por ejemplo Learmonth, 2008; Denzin y Giardina, 2008; Lather, 2003) o los que se adscriben a la tradición de metodologías mixtas (por ejemplo Mertens, 2010; Denscombe, 2008; Morgan, 2007).

Así, la averiguación en salud no se reduce solamente a un problema de adscripción a corrientes de pensamiento, como frecuentemente aparece en las disputas académicas, sino se refiere al problema de identificar los límites, valores, capital, agentes y objetivos de los campos en el que se ubican tanto el problema como el investigador; a la adopción razonada y conciente de una posición en el campo y la vigilancia de las disposiciones propias y las de los demás agentes en el campo; a saber preguntar, entender por qué se pregunta lo que se pregunta, y permitir que la pregunta oriente los enfoques, objetos de estudio y las unidades de análisis; a saber elegir, crear y estar en los espacios objetivos o intersubjetivos; a saber crear, elegir y utilizar las estrategias, instrumentos y registros que solicite la información que requiere la pregunta; a saber interpretar y dar cuenta coherente y consistente de esos procesos e interpretaciones. Partir de las definiciones o métodos que establecen disciplinas o corrientes de pensamiento determinadas implica realizar recortes artificiales que, más que revelar el entendimiento y propósito del investigador, el potencial del estudio o lo que el 'Otro' tiene para ser escuchado, revelan los contenidos propios de los investigadores, sus disciplinas, instituciones o corrientes de pensamiento.

En el avance en el entendimiento de la salud está pendiente una mayor reflexión sobre los aportes de las teorías del ser y el cuerpo y de las de los pensadores críticos en el campo de la salud de la última década; la búsqueda de nuevas miradas, la inclusión de nuevos interlocutores y autores para continuar con la reflexión profunda sobre el significado de la salud que ya ha sido iniciada por distintos pensadores; la construcción colectiva e introducción en los discursos y prácticas oficiales, desde los espacios académicos críticos y los de la población, de nuevos significados con potencial de constituirse en capital con valor en los campos de

las organizaciones sociales así como de las instituciones; además de la lucha por validar y hacer que los resultados de las investigaciones en este campo sean tomadas en cuenta en la toma de decisiones para la definición de políticas, de asignación de presupuestos, de diseño y operación de planes y programas en salud. Lograr mejores significados de la salud, como lo han mostrado ya las resignificaciones producto del trabajo de algunos autores críticos, puede redituarse en lograr un mejor capital que la población pueda jugar ante las imposiciones del poder.

Para finalizar este texto, se sostiene que la promoción de la salud emancipadora, en su concepción, estudio y práctica, es trabajo que cualquier sujeto cognoscente, no sin cierta dificultad, puede llevar a cabo y que de hecho son muchos los que la hacen y la han hecho a lo largo de la historia como parte de su condición vital humana. Sin embargo, aquí y hoy se está pensando especialmente en agentes en las redes sociales que pretenden estar especialmente comprometidos con este trabajo, que se han “formado” para hacerlo, y otros a los que se podría convencer de pensarse trabajando en promoción de la salud: los académicos, los filósofos, los científicos y los artistas quienes de seguro encontrarán en la promoción de la salud guiada por una utopía emancipadora una veta para satisfacer sus intereses humanos por conocer.

Ante una realidad en la que la emancipación es por el momento una utopía, en la que aún los proyectos de PS que se mueven por la intención emancipadora no dejan de revivir los ancestrales posicionamientos y prácticas del colonizador y del colonizado que en el mejor de los casos quieren dejar de serlo, el señalamiento por sí mismo de los contenidos de poder, de la imposición, de la acción colonizadora e invasora de la promoción de la salud o la catalogación de prácticas de PS con la finalidad de hacer ‘tabla rasa’ de aquellas que no consideramos emancipadoras, limita la posibilidad de estudiar y aprender para lograr avanzar en la construcción crítica de entendimientos sobre qué hacer para aliviar el sufrimiento identificado junto con los agentes a quienes se refieren aquellas prácticas. Aportamos al analizar cada experiencia a fondo para buscar rutas descolonizantes y no armar tablas rasas. No importa cómo se llame, las características en común de proyectos dirigidos por una utopía emancipadora están referidas tanto al análisis de los componentes de poder como al ejercicio de las capacidades humanas

que a través de la ‘acción colectiva’ se constituyen en contra-poder. El análisis de los contenidos de poder en promoción de la salud facilitará contender con los procesos anti-saludables impulsados desde el mercado y la ingeniería social mediante la recuperación del agente, la enfermedad digna y la buena muerte.

Reafirmamos que, a pesar de estar cooptada en discursos y prácticas hegemónicas, precisamente por los contenidos de poder que la caracterizan, la PS sigue manteniendo el potencial crítico necesario en el camino rumbo a una utopía emancipadora; utopía en donde cada persona, cada conjunto social, es agente en su historia personal inseparable de la historia colectiva, de la historia humana, productor de espacio y labrador de su propio cuerpo.

Primavera de 2010

REFERENCIAS

- Alvesson, M. y Sköldbberg, K. (2000) *Reflexive methodology. New vistas for qualitative research*. London: SAGE.
- Bishop, R. (2005) Freeing ourselves from neocolonial domination in research. A Kaupapa Maori approach to creating knowledge. En: Denzin, N. y Lincoln, L: *Handbook of qualitative research*. London: SAGE, pp. 109-138.
- Bryman, A. (1992) *Quantity and quality in social research*. London: Routledge
- Chapela, MC. (2007) Promoción de la Salud: un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Guinsberg, E. y Jarillo, E. (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, pp. 347-373.
- Chapela, MC.; Jarillo, E.; Consejo, C.; Cerda, A. (2003) Los conflictos de la investigación en promoción de la salud. *Salud Problema*, 8(14-15) 69-79.
- Denscombe, M. (2008) Communities of practice a research paradigm for the mixed methods approach. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(3):270-283.
- Denzin, N. y Giardina, M. (2008) *Qualitative inquiry and the politics of evidence*. AlnutCreek, California: Left Coast Press.
- Fine, M. (1998) Working the hyphens: reinventing self and other in qualitative research. En Denzin, N. y Lincoln, I. (editores) *The landscape of qualitative research. Theories and issues*. London: SAGE, pp. 130-155.
- Greene, J. et. al. (2001) The merits of mixing methods in evaluation. *Evaluation*, 7(1):25-44.
- Joshi, A. y Moore, M. (2000) *The mobilising potencial o fanti-poverty programmes*. Sussex: University of Sussex, Institute of Development Studies Discussion Paper 374.
- Lather, P. (2003) Issues of validity in openly ideological research: between a rock and a soft place. En Lincoln, I. y Denzin, N. (editores) *Turning points in qualitative research. Tying knots in a handkerchief*, Capítulo 9, pp. 185-215.
- Learmonth, M. (2008) The evidence business: some implications of evidence-based management. *International Review of Qualitative Inquiry*, 1(3):337-346.
- Mertens, D. (2010) Divergence and mixed methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1) 3-5.
- Morgan, D. (2007) Paradigms lost and pragmatism regained. Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1): 48-76.
- Patton, M. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*. London: SAGE, 3a. edición.

- Van der Merwe, M. y Alberthyn, R. (2010) Transformation through training: application of emancipatory methods in a housing education programme for rural women in South Africa. *Community Development Journal*, 45(2):149-168.
- Wise, M. (2001) The role of advocacy in promoting health. *Promotion and Education*, VIII(2):69-74.
- Ziglio, E. (1991) Indicators of health promotion policy: decisions for research, En Badura, B. y Kickbush, I. (editores) *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. WHO Regional Publications. European Series No. 37.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PODER: REFORMULACIONES DESDE EL CUERPO-TERRITORIO Y LA EXIGIBILIDAD DE DERECHOS. Se terminó de imprimir en el mes de mayo de 2010 en ROSFEL COMERCIAL con domicilio Dr. Pascua 79, Col. Doctores, México, D.F. Se tiraron 500 ejemplares sobre papel gráfico bond de 60 kg. en tipos Times de 10 y 11 pts. y Times Bold de 14 pts. Diseño y formación a cargo de Hidalgo's Diseño.

Serie
Académicos
CBS



JAM - X FECHA 01/06/2010
4984

9 786074 772739

PREC.LISTA 206.00

ROMCION DE LA SALUD Y PODER:

HAPELA MENDOZA MA. DEL CONSUELO

RECCION: KOCHIMILCO