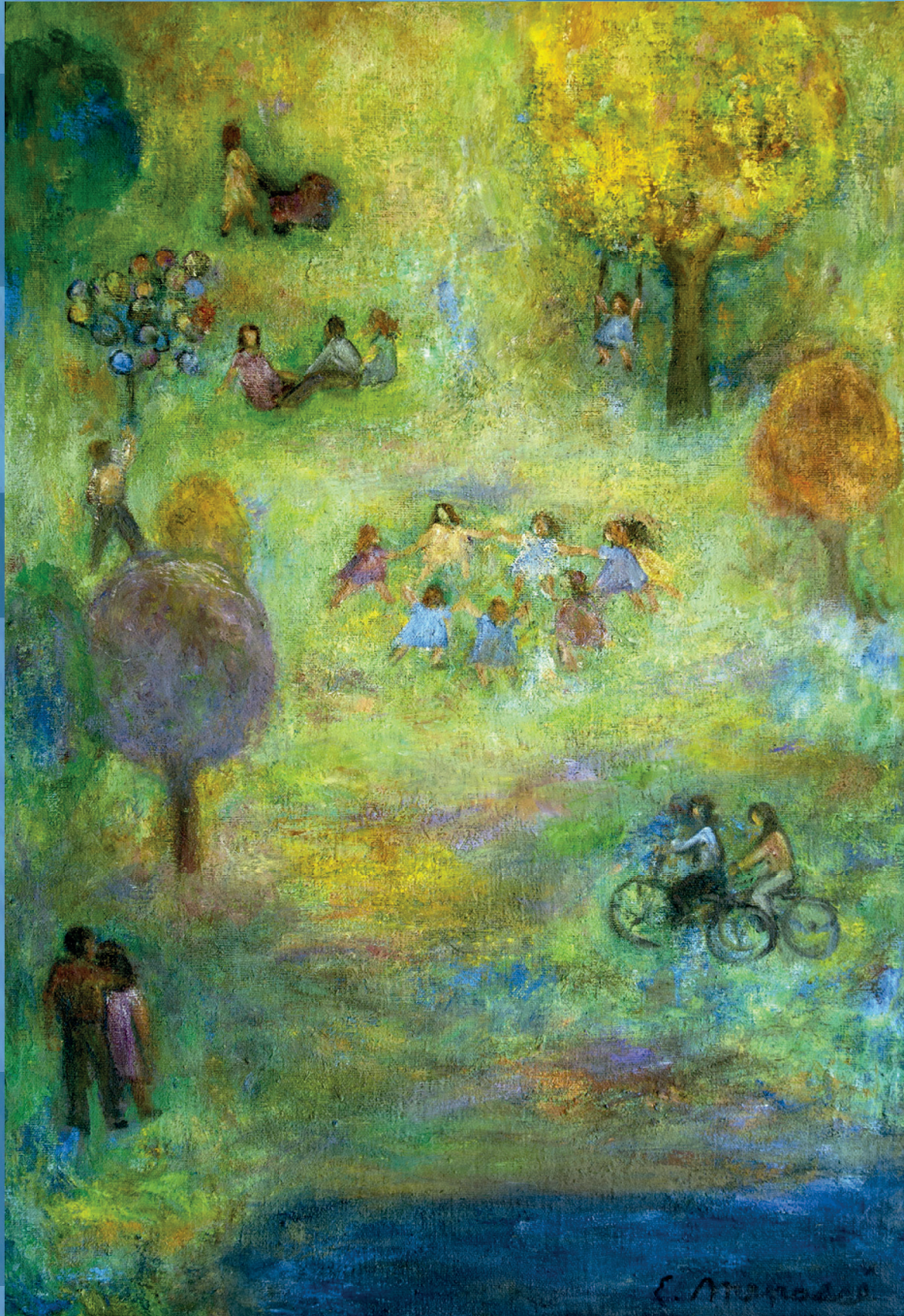


# Introducción a la promoción de la salud



Lourdes Guzmán Pizarro  
(Coordinadora)  
Andrea Angulo Menassé  
David García Cárdenas  
Martha Aline Gómez Pananá





# **INTRODUCCIÓN A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DR. HUGO ABOITES AGUILAR  
RECTOR

DRA. MICAELA ROSALINDA CRUZ MONJE  
COORDINADORA ACADÉMICA

DRA. MARÍA ELENA DURÁN LIZARRAGA  
COORDINADORA DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

EDUARDO MOSCHES NITKIN  
RESPONSABLE DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

# INTRODUCCIÓN A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

LOURDES GUZMÁN PIZARRO  
(COORDINADORA)

ANDREA ANGULO MENASSÉ

DAVID GARCÍA CÁRDENAS

MARTHA ALINE GÓMEZ PANANÁ

*Introducción a la promoción de la salud*  
primera edición, 2016

© Lourdes Guzmán Pizarro (Coordinadora), Andrea Angulo Menassé,  
David García Cárdenas y Martha Aline Gómez Pananá

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México  
García Diego 168, col. Doctores,  
del. Cuauhtémoc, c. p. 06720, México, D F

ISBN: 978-607-9465-21-6

© Imagen de portada: Eliana Menassé, *Alegría*

Biblioteca del Estudiante: [http://portal.uacm.edu.mx/Estudiantes/  
BibliotecadelEstudiante/tabid/276/Default.aspx](http://portal.uacm.edu.mx/Estudiantes/BibliotecadelEstudiante/tabid/276/Default.aspx)

Todas las imágenes del libro fueron reproducidas con objetivos didácticos y sin fines de lucro; algunas se tomaron de Wikipedia.org.

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

Hecho e impreso en México

## AGRADECIMIENTOS

Este libro es el resultado de la interacción entre muchas personas: todas ellas aportaron algo imprescindible que nos permite tener ahora este texto en las manos. Queremos agradecer muy especialmente a los estudiantes del curso de Introducción a la Promoción de la Salud del plantel San Lorenzo Tezonco generación 2006 a 2010, pues acompañaron el crecimiento de este libro con la realización de las actividades de aprendizaje en el salón de clases y con sus aportaciones a las mismas.

Un reconocimiento especial a las estudiantes y licenciadas en Promoción de la Salud por la UACM: Yazmín Bueno Rodríguez, Yedid Alejandra Galván Martínez y Beatriz Noriega Luciano, quienes desinteresada y generosamente compartieron sus testimonios; a Mario Martínez López, egresado de la Licenciatura en Comunicación y Cultura de la UACM, quien contribuyó con la foto de la comunidad uacemita.

Reiteramos de igual forma nuestra gratitud a los profesores del mismo plantel: Sergio Luna Peñaloza, Lénica Rodríguez Cruz, Olivia Gómez González y Amarela Varela Huerta, quienes muy amablemente trabajaron con sus estudiantes sobre los contenidos propuestos; así como a los profesores que aportaron sus testimonios y comentarios: María Elena Durán Lizárraga, Carmen Rodríguez Sánchez y Raymundo Sandoval Bautista. También formaron parte de este esfuerzo los maestros: Javier Gutiérrez Marmolejo, Samantha Zaragoza Luna y el doctor Benno de Keijzer, con quienes estamos muy agradecidos.

Los autores también queremos corresponder a los miembros de la Academia de Promoción de la Salud por su apoyo a este libro; a la licenciada Ana Beatriz Alonso Osorio, quien acompañó en el trabajo de edición y a Eliana Menassé por permitir reproducir su pintura «La Salud es alegría». Nuestro reconocimiento también al Ingeniero Manuel Pérez Rocha, primer rector de la UACM, quien siempre impulsó que en la universidad se generaran los materiales educativos que los estudiantes necesitan para su aprendizaje.

Y por último, pero de manera prioritaria, agradecemos a Bruno, Lucía, Andrea, Cecilia y Carlos por su amor y paciencia mientras fuimos escribiendo y reescribiendo estas páginas, que son parte de nuestra vida juntos.



## PRESENTACIÓN

Entre los múltiples proyectos académicos que impulsa la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) es relevante la propuesta de producción editorial dirigida a los estudiantes. Esta iniciativa pretende dotar a los universitarios de materiales educativos que les permitan el trabajo orientado hacia algunos contenidos, temas y discusiones relacionados con los campos de conocimiento de su interés.

En nuestra opinión, los materiales educativos son un punto de encuentro entre el estudiante y el profesor en el que se conjuntan, por ambos, los deseos de aprender, las experiencias, los saberes y las dudas.

Los autores —profesores de la universidad—, sabemos que estos textos son producto de la recuperación de experiencias en el aula, de las reflexiones que los estudiantes han hecho durante los cursos y de las preguntas que como docentes nos hemos planteado para contestar sus dudas.

Elaborar una herramienta con estas características es un proceso que lleva tiempo, ya que debemos ponernos en los zapatos de quienes aprenden. Nuestros estudiantes han sido los grandes compañeros en esta aventura: en cada frase que escribimos estuvieron presentes.

Por tanto, el libro tiene el propósito de ayudarles a resolver algunas preguntas que frecuentemente se hacen en torno a la promoción de la salud: qué es, por qué puede ser importante para ellos, por qué aparece en nuestra universidad como parte de su oferta educativa, qué relevancia tiene para los ciudadanos, en dónde trabajan los promotores de la salud y qué aportan como profesionales a los problemas actuales de la sociedad.

El objetivo de esta obra es contribuir al proceso del aprendizaje del universitario: que pueda ser la herramienta que lo oriente, acompañe y complemente.

El material es introductorio al terreno de la promoción de la salud y, como tal, se buscó en todo momento que los contenidos tuvieran una correspondencia con los ejes temáticos del curso al que corresponden; sin embargo, está dirigido también a los estudiantes que cursan los ciclos Básico y Superior del Colegio de Ciencias y Humanidades, y que tienen inquietudes acerca de la Licenciatura. No descartamos que estudiantes universitarios de cualquier otra carrera o colegio de la UACM, y de otras universidades, así como profesionales del campo, puedan encontrar en este documento elementos valiosos que les permitan acercarse a la promoción de la salud.

Los maestros que hicimos este libro esperamos que el lector lo disfrute tanto como nosotros al hacerlo, y que cumpla con los propósitos para los que fue realizado.

Lourdes Guzmán Pizarro, Andrea Angulo Menassé,  
David García Cárdenas, Martha Aline Gómez Pananá

*Nada humano me es ajeno*

San Lorenzo Tezonco, junio de 2011

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	15
<b>MAPA PARA EL VIAJE</b>	17
<b>1. IDENTIDAD DEL PROMOTOR DE LA SALUD: ROSTROS Y VOCES</b>	19
<b>1A. DE DÓNDE VENGO</b>	21
La universidad, mi familia y yo	21
Quiénes somos	21
Mirando al espejo	23
Mi familia	25
<b>1B. DÓNDE ESTOY</b>	29
La UACM: cómo llegué	29
Algunos antecedentes a la creación de la UACM	29
UACM: universidad pública	32
La UACM y la autonomía	33
La Licenciatura en Promoción de la Salud en la UACM: origen	35
El Colegio de Ciencias y Humanidades y la Licenciatura	36
El mapa curricular de la Licenciatura y la flexibilidad curricular	37
El Ciclo Básico y el Ciclo Superior de la Licenciatura	38
Los cursos optativos en la Licenciatura	41
Qué aprende un promotor de salud en la UACM	41
<b>1C. QUÉ ELEGÍ</b>	42
Lo que sé y lo que me gustaría saber de la promoción de la salud	42
El papel de los saberes técnicos y teóricos	43
Más promotores de la salud	50
En qué están trabajando los promotores de la salud de la UACM	56
Qué pasa en el servicio social de un promotor de la UACM	59
<b>2. DIFERENTES MIRADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	63
<b>2A. LA NOCIÓN DE SALUD COMO PIEDRA ANGULAR DE LA DIVERSIDAD</b>	65
Algunas referencias del debate en torno a la definición de cultura	65
La ventana del alma	68
Cosmovisión	71
Paradigma	72
La salud: diversos significados	73

<b>2B. UNA VISIÓN CRÍTICA DEL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	78
El campo de la promoción de la salud es diverso	78
Los problemas de los que se ocupa la promoción de la salud y sus métodos	79
La promoción de la salud como campo práctico	80
Dos diferentes maneras de hacer promoción de la salud	82
La corriente dominante de la promoción de la salud	82
La corriente alternativa de la promoción de la salud	85
<b>2C. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA:</b>	
<b>ALGUNOS EJEMPLOS DE LAS CORRIENTES DOMINANTE Y ALTERNATIVA</b>	87
Caso 1: Programa Pasos Adelante	
Un ejemplo de promoción de la salud desde la corriente dominante	89
Caso 2: Proyecto Piaxtla	
La promoción de la salud desde la corriente alternativa	98
Caso 3: Plan SK	106
<b>2D. UN RECORRIDO POR EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	112
Estación 1: Bienvenida	114
Estación 2: La promoción de la salud: un campo interdisciplinario	115
Estación 3: Museo vivo de la promoción de la salud	118
Estación 4: Algunas críticas desde la promoción de la salud alternativa	145
<b>3. LA CONSTRUCCIÓN DE MI PROYECTO</b>	155
<b>3A. CONSTRUIR DESDE LO QUE IMAGINO Y DESEO</b>	157
Proyecto y futuro	157
Detrás de los proyectos está la influencia de nuestra historia particular	158
Se hace proyecto al andar	163
¿Qué sigue? ¿Cómo construyo mi proyecto?	163
Mi proyecto a partir de mi pasado y de mi presente universitario	165
<b>3B. OBSTÁCULOS Y LIMITACIONES DEL PROYECTO</b>	169
Es de sabios cambiar de opinión	169
¿Qué puedo estudiar después?	171
Mi elección como promotor	173
Mi proyecto y la esperanza	175
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	178

<b>TEXTOS BÁSICOS DE APOYO</b>	183
<b>1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA HISTORIA RECIENTE.</b> Carlos Ponte Mittelbrunn	187
<b>2. LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA SALUD: UN DIVERSO Y MUTANTE CAMPO TEÓRICO.</b> Roberto Briceño-León	197
<b>3. SALUD Y SOCIEDAD. APORTACIONES AL PENSAMIENTO LATINOAMERICANO.</b> Oliva López Arellano y Florencia Peña Saint Martin	219
<b>4. DIFERENTES FORMAS DE VER Y ENTENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y ENFERMEDAD.</b> Hernán García Ramírez	249
<b>5. ESTILOS DE VIDA Y SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS DE UNA ESTRATEGIA SANITARIA.</b> Isabel del Cura y Rafael Huertas	257
<b>6. LAS TRAMPAS DE LA PREVENCIÓN: PELIGROS OCULTOS EN UN DISCURSO MÉDICO HEGEMÓNICO</b> Luis Montiel	269
<b>DATOS DE LOS AUTORES</b>	285



## INTRODUCCIÓN

El material educativo que has recibido se vincula al curso Introducción a la promoción de la salud que se imparte en el segundo semestre del Ciclo Básico de la Licenciatura en Promoción de la Salud perteneciente al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UACM. Los profesores que impartimos este curso, consideramos que es uno de los más relevantes de la carrera, ya que en él confluyen diversos asuntos de interés para los estudiantes: el carácter introductorio al campo de una disciplina particular, las inquietudes que puedas tener en cuanto a una oferta de formación profesional novedosa y tu acercamiento a la propuesta pedagógica de nuestra Universidad.

En el programa del curso<sup>1</sup> Introducción a la Promoción de la Salud, puedes identificar que los aprendizajes indispensables que se espera obtengas al terminar esta unidad curricular se han agrupado en tres núcleos temáticos:

- La identidad del promotor
- Las formas de aproximación a la realidad, y
- Las distintas visiones sobre la promoción de la salud

En este material educativo encontrarás diversos ejercicios, fragmentos de textos, documentos y reflexiones de varios autores relacionados con estos núcleos temáticos.

Cada uno de los tres capítulos que forman este libro tiene propósitos y caminos de avance muy particulares. Esto, aunado a la escritura de un colectivo de autores con diversos intereses y trayectorias, obliga a que el texto presente diferencias en extensión, estilo y abordaje de los temas. Las variantes que inevitablemente encontrarás podrán también enriquecer tu experiencia si te permites comparar, identificar tus preferencias y descubrir más sobre tu estilo individual de aprendizaje.

En el capítulo 1. IDENTIDAD DEL PROMOTOR DE LA SALUD: ROSTROS Y VOCES, se busca que puedas reconocer diversos puntos de partida que te permitan delinear con claridad y confianza tu camino por la UACM. Este capítulo lo hemos diseñado pensando en momentos que son esenciales para los universitarios en su formación y, por lo tanto, también en la construcción de su identidad profesional. Los estudiantes que inician la licenciatura expresan estar muy inseguros respecto a saber cuál es su ámbito laboral, y dicen sentirse muy confundidos por la fuerte presión que ejercen sus familias: «Nuestros familiares no saben lo que estamos estudiando, pero nosotros tampoco, entonces no tenemos con qué defendernos cuando nos dicen que nos salgamos de la universidad».<sup>2</sup> Queremos que, con el trabajo en esta sección, puedas ubicar a la UACM como el lugar de formación de un proyecto personal y colectivo que trasciende el acto de sólo conocer o saber hacer en un área determinada del conocimiento.

---

<sup>1</sup> Puedes consultar esta información en el portal electrónico de la UACM: <[www.uacm.edu.mx](http://www.uacm.edu.mx)>

<sup>2</sup> Palabras de una estudiante de la Licenciatura en Promoción de la Salud en el espacio de tutoría. UACM, Plantel San Lorenzo Tezonco, 2008.

En este libro, los núcleos temáticos del programa del curso titulados «Las formas de aproximación a la realidad» y «Las distintas visiones en promoción de la salud» los hemos reunido en un mismo apartado: capítulo 2. DIFERENTES MIRADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. El propósito de este capítulo es que comprendas por qué se dice que hay diferentes maneras, miradas o perspectivas para abordar la promoción de la salud, y cómo los contextos social e histórico determinan estas prácticas. Conocerás también la relación que esto tiene con la forma en que los seres humanos explicamos la realidad y construimos el conocimiento. Aquí te propondremos una selección de lecturas, diversos ejercicios de aprendizaje y el análisis de casos reales que son indispensables para identificar el origen de la promoción de la salud como un campo de conocimiento. Por último, hemos planteado un recorrido comentado a través de distintas «estaciones» de nuestra disciplina, abarcando la historia, las voces y la presencia internacional del campo.

En el capítulo 3. LA CONSTRUCCIÓN DE MI PROYECTO, te invitamos a que explores hacia dónde quieres seguir, y qué esperas hacer y proponer como promotor de la salud. Trabajarás reflexionando acerca de las influencias y los retos presentes en tu proyecto, y conocerás diversas rutas profesionales y académicas que podrías seguir: tendrás que poner en juego lo que imaginas y deseas como estudiante de la UACM.

Son indispensables tanto para el curso como para identificar el origen de la promoción de la salud como un campo de conocimiento. Algunos de los textos son parte de la bibliografía del programa; sin embargo, se incluyen otras lecturas que la Academia de Promoción de la Salud ha trabajado con estudiantes y con las cuales se han conseguido resultados satisfactorios para entender el debate que existe actualmente en este campo.

## MAPA PARA EL VIAJE

Este material ha sido planeado para que puedas iniciar tu trabajo en el capítulo del libro que tú quieras, eligiendo la secuencia que prefieras. Queremos invitarte a hacer un viaje donde tú elijas el itinerario, y te recomendamos que durante el recorrido vayas haciendo paradas que te permitan consultar un mapa, compartir tus dudas o maravillarte con tus descubrimientos.

La presente herramienta de apoyo al curso está pensada como un texto de consulta intra o extra aula. El tipo de material propuesto es pertinente para el trabajo de los contenidos temáticos en el salón de clases; pero también es un documento que puedes usar de manera libre y autónoma fuera de ese espacio.

A lo largo de los capítulos encontrarás distintas actividades que requieren de tu participación. Estos momentos podrás identificarlos con el símbolo: [ ► ]

Los ejercicios sugeridos te permitirán reflexionar sobre algunos temas para los que tal vez el tiempo-aula no ha sido suficiente, y también te servirán para establecer relaciones de aprendizaje más sólidas, a partir de recuperar saberes previos y relacionarlos con nuevos conocimientos.

Algunas actividades que encontrarás en el libro están diseñadas para que entres en contacto con personas distintas: miembros de tu familia, compañeros de clase, estudiantes y maestros de otras licenciaturas o del Ciclo Superior, y muchos otros que están involucrados en este momento de tu trayectoria universitaria. Los ejercicios se han propuesto tanto para el trabajo individual como para la socialización.

Hemos considerado dos tipos de actividades para que participes: una corresponde a preguntas abiertas, de corte reflexivo, para las cuales te sugerimos escribir tus argumentos en un cuaderno o en el mismo libro. En estos casos no se trata de que hagas un ensayo con tus respuestas, sino que simplemente apuntes las ideas más significativas, las mismas que después te servirán como base para nuevas reflexiones.

El otro tipo de consignas indican claramente un procedimiento a seguir. Estas instrucciones pueden ser diversas: la elaboración de un mapa mental, la entrevista a un compañero, una consulta en internet, una lectura específica. Con estas actividades puedes poner en práctica procesos de análisis y sistematización que te permitan recuperar, construir y resignificar tus aprendizajes.

Finalmente, te ofrecemos algunos lineamientos que sin duda servirán para enriquecer este proyecto:

- Ordena y desordena los capítulos a tu gusto para trabajar con ellos.
- Regresa cuantas veces quieras al Índice para identificar un punto de partida.

- Concluye las secciones que iniciaste.
- Trabaja en tu libro a veces solo, a veces acompañado.
- Busca cómplices para las actividades: los que se sugieren o los que se te ocurran.
- Comparte con otras personas inquietudes, reflexiones y aprendizajes que surjan de tu trabajo.
- Comunícanos los comentarios y las sugerencias que tengas del libro, favor de notificar al correo electrónico: <biblioteca.del.estudiante@uacm.edu.mx>

**1. IDENTIDAD DEL  
PROMOTOR DE LA SALUD:  
ROSTROS Y VOCES**



# 1A. DE DÓNDE VENGO

## ■ LA UNIVERSIDAD, MI FAMILIA Y YO

Las universidades públicas en México tienen cada vez menos posibilidades de albergar a los estudiantes que desean cursar una carrera profesional; la última universidad pública fundada en la Ciudad de México antes de la UACM fue la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), un proyecto que empezó sus actividades en 1976. Es decir, tuvieron que pasar más de 20 años para que en el Distrito Federal se abriera una nueva opción de educación superior.

En 2006, la gaceta de resultados de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) reflejó que la Licenciatura en Medicina fue la más solicitada de las 73 carreras que impartía la UNAM: en el campus de Ciudad Universitaria, 3,188 jóvenes presentaron examen de admisión para estudiar Medicina, cuando sólo había espacio para 129 personas. En total, 6,400 alumnos fueron aceptados en las licenciaturas de la UNAM, lo que dejó un saldo de 47,887 estudiantes rechazados de la educación superior.<sup>1</sup> En nuestra ciudad, la mayoría de los jóvenes que quieren estudiar no pueden hacerlo. Tú eres una excepción.

Por otro lado, las familias que hacen un esfuerzo para garantizar la educación de sus hijos e hijas tienen ciertas expectativas sobre ellos. Éstas a veces funcionan como una motivación para los estudiantes: los parientes más cercanos apoyan a los miembros de la familia que decidieron y pudieron seguir sus estudios universitarios. Pero en ocasiones, las expectativas familiares pueden convertirse en un gran peso, por ejemplo, si esperan que el universitario estudie una profesión con la que pueda, en un futuro, obtener un trabajo bien pagado que contribuya al presupuesto familiar. ¿Cuál es tu caso?

Con los ejercicios que desarrollarás en este capítulo, identificarás similitudes y diferencias con tus compañeros de la UACM respecto a tu ingreso a la universidad y a las expectativas y las responsabilidades familiares que se esperan de ti como estudiante universitario. Comprenderás también que tu trayectoria por la universidad te abre horizontes inesperados que muchos de tus compañeros comparten contigo.

## ■ QUIÉNES SOMOS

Realmente no quería entrar [a la universidad] por lo mismo que ya te dije, tenía muchísimo miedo, porque pensaba que aquí en la universidad era para

<sup>1</sup> Consultado en: <[http://www.universia.net.mx/index.php/news\\_user/content/view/full/42596](http://www.universia.net.mx/index.php/news_user/content/view/full/42596)>. [Fecha de consulta: noviembre, 2006].

gente coco, me daban miedo los trabajos, me decían: ya no va a ser igual que la prepa, ya no va a ser igual que la secundaria, aquí ya vas a trabajar en serio. Entonces algunos retos a los que yo me iba a enfrentar, o me voy a enfrentar, eran los que no me dejaban. Me daba mucho miedo y después dije no, no; este miedo era el que me hacía pensar en no estudiar; pero realmente sí quería. Era como una contradicción: si quería estudiar pero decía, sí me voy a enfrentar a todo eso mejor no estudio. Era el miedo el que no me dejaba.<sup>2</sup>

Entrar a la universidad demanda una decisión clara de ti y de tu familia, la cual muchas veces genera miedo porque es común que las personas tengan la idea de que ser universitario es difícil, o que es para una minoría especial. Por otro lado, en los discursos oficiales es frecuente que se responsabilice a los estudiantes de no aprobar los exámenes de admisión para los niveles de educación superior. Recordemos que esto es sólo parte del problema, ya que la demanda actual de los jóvenes que buscan un lugar en las universidades es superior a la capacidad de respuesta del sistema educativo.

Regresemos al pasado y recordemos qué era lo que queríamos ser de pequeños: arquitectos, dentistas, bomberos, policías, doctores, artistas, modelos. No sabíamos mucho de la vida y dejábamos volar nuestra imaginación. Pero nuestra realidad es otra. En la vida parece que aplica la selección natural porque no todos tenemos la oportunidad de seguir estudiando, ni de que alguien nos brinde apoyo económico para eso. Ni siquiera ingresar a una preparatoria es tarea fácil, y en las públicas acabamos recibiendo la etiqueta de «rechazados». Si puedes ingresar a la preparatoria y después concluirla, te preparas para formar parte de alguna prestigiada casa de estudios: la UNAM, la UAM o el IPN. Realizas el examen de selección... ¿natural? Con anterioridad estudiamos como nunca lo habíamos hecho: cursos intensivos, compra de guías, desempolvado de libros que pensábamos ya no utilizar jamás. Y un mes después llegan los resultados: los menos, felices porque lograron su objetivo; otros deciden esperar nueva convocatoria; los que pueden, ingresan a escuelas particulares y ¿los más? no pueden perder más tiempo y se meten a trabajar. La UACM ha sido una esperanza para todos estos últimos, para retomar el camino y empezar a poner el futuro en nuestra área de control.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Palabras de una estudiante de la Licenciatura en Promoción de la Salud. Plantel San Lorenzo Tezonco, UACM, 2007.

<sup>3</sup> Carta de una estudiante de la licenciatura en Promoción de la Salud. Plantel San Lorenzo Tezonco, UACM, 2008. La carta fue parte de una evaluación diagnóstica.

Ésta es una carta escrita por Yazmín Bueno Rodríguez, cuando fue estudiante de segundo semestre de la licenciatura.

- ▶ Piensa si esta carta también representa en algún sentido tu vivencia.
- ▶ Reflexiona y contesta en tu cuaderno esta pregunta: ¿cómo se relaciona el derecho a la educación pública en nuestro país con el testimonio de la compañera?

Entrar y continuar con un proyecto en la universidad no sólo sirve para acceder al conocimiento que las generaciones anteriores desarrollaron para resolver problemas; sino también para construir un conocimiento nuevo y propio que aporte con respuestas diversas a otras interrogantes de la realidad que vivimos. Es una aventura y un reto que consisten en construir maneras distintas de preguntarnos y resolver los asuntos que siguen pendientes en nuestras comunidades, regiones y países. Por eso, estar en la universidad, además de ser un privilegio, es un desafío y un compromiso que nos define lo que somos.

## ■ MIRANDO AL ESPEJO

En la sección anterior revisamos las tensiones que existen en el país y en las universidades públicas para recibir a los egresados del bachillerato. En esta sección te invitamos a mirar las experiencias de otros compañeros, sus obstáculos y posibilidades para enfrentar la vida universitaria. Compartiremos experiencias y resaltaremos las características, los intereses, las dudas y las preguntas que tenemos en común respecto a la vida en la UACM.

A veces pensamos que nuestra historia no se parece a otras, que nuestras dificultades son parte de nuestros problemas personales, que sufrimos obstáculos por mala suerte. Sin embargo, cuando ponemos nuestra historia sobre la mesa, y miramos nuestros tropiezos en común, nos percatamos de que hay un amplio colectivo que comparte con nosotros una misma historia, la misma clase de dificultades y que eso responde, más que a la mala suerte o a la problemática individual, a un marco de desigualdad e inequidad social que tiene a grandes sectores de la población limitados en sus aspiraciones.

A continuación te presentamos una imagen<sup>4</sup> con rostros de estudiantes universitarios de nuevo ingreso. Obsérvalos muy bien:



- ▶ Elige uno de los rostros, el que más llame tu atención. Piensa en su historia: ¿Cómo te la imaginas?, ¿qué te dice su mirada?, ¿por qué tiene esa expresión?
- ▶ Invéntale una historia y escríbela: ¿Dónde nació?, ¿quiénes son sus padres?, ¿dónde y con quién vive actualmente?, ¿qué dificultades tuvo en la primaria?, ¿qué aciertos?, ¿qué obstaculizó su educación en la secundaria y en la preparatoria?, ¿qué condiciones le dificultaron su formación académica?, ¿cómo logró superarlas?, ¿cuál era su deseo?, ¿cómo ha logrado acercarse a cumplirlo?, ¿qué proyecto tiene para su vida en el futuro? Una vez que termines la historia déjala «reposando» 24 horas. Mañana regresa a ella y léela en voz alta.
- ▶ Ahora, de lo que escribiste sobre este rostro, escribe: ¿Qué tiene que ver esto con tu propia experiencia? Al contrastar tu historia con la suya, ¿es diferente?, ¿es similar?, ¿cómo lo explicas y por qué?

Este ejercicio nos permite mirar cómo todos somos parte de un colectivo más amplio que nuestras familias de origen. Percatarnos de que nuestra historia pertenece a una historia comunitaria nos facilita identificarnos en la universidad como parte de una red de personas conectadas.

<sup>4</sup> Collage fotográfico de Mario Martínez López, octubre, 2011.

## ■ MI FAMILIA

A veces hay una diferencia importante entre lo que nos interesa hacer con nuestra vida profesional y lo que los demás se imaginan de nosotros como profesionistas.

Debido a que perteneces a las primeras generaciones que estudian una licenciatura novedosa como ésta, ¿cómo puedes explicar a los demás cuál va siendo tu camino?

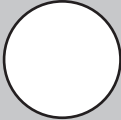

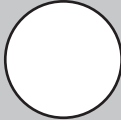

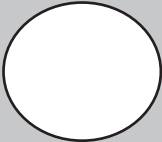
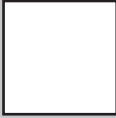

[...] mis papás no; no entienden qué voy a hacer como promotor, dicen que mejor no pierda el tiempo, que igual no voy a encontrar luego trabajo porque nadie sabe de qué se trata esa carrera que estudio, que de una vez empiece a trabajar en vez de perder cuatro años de mi vida.<sup>5</sup>

Graficar tu red de convivencia puede servir para responder la pregunta anterior, y te permite entender qué lugar ocupas en tu colectivo, qué posición estás jugando, qué se te demanda como estudiante universitario y cuáles necesidades o fantasías de los demás están recayendo sobre ti.

► Haz un esquema de las personas que han sido significativas en tu vida, empezando por tus abuelos, luego tus padres, tíos, primos, hermanos y otros. En seguida te ponemos un ejemplo de cómo podría quedar; pero puedes inventar nuevas formas de hacer tu árbol genealógico.

► Para cada uno de los símbolos que hayas decidido poner para representar a estas personas escribe su pequeña historia en tu cuaderno, como las verás en el ejemplo. No te olvides de incluir en la historia: ¿cuál era su lugar de origen?, ¿hasta qué grado estudiaron?, ¿qué tenían como proyecto laboral?, ¿quiénes querían estudiar en la universidad?, ¿para qué?, ¿cuál ha sido su actividad?

► *Mi red de convivencia*

Abuelos:				
Padres:				
Yo:				

<sup>5</sup> Palabras de una estudiante del primer semestre de la licenciatura en Promoción de la Salud. Plantel San Lorenzo Tezonco, UACM, 2007.

Hermanos y hermanas:



Primos y primas:



Tíos y tías:



Ejemplo de breve historia:

*Ernesto*

PAPÁ:

Él es mi papá, se llama Ernesto, trabaja en un taller de carpintería. Estudió hasta quinto de primaria y después se puso a trabajar con su tío en el taller hasta que aprendió el oficio. Actualmente tiene su propio taller y trabaja con mi hermano mayor: el cuadrado de la izquierda, que se llama Luis Enrique. Mi papá nació en Pachuca y cuando tenía 20 años se vino al DF con su tío el carpintero a poner el taller. Mi papá siempre quiso ser como su tío y tener su propio taller de carpintería. Él trabaja para algunas empresas grandes vendiendo muebles terminados de madera como escritorios, libreros, estantes y repisas.

*Tina*

MAMÁ:

Ella es mi mamá, le dicen Tina y ha sido ama de casa desde que se casó con mi papá en Pachuca. Es de un pueblo que queda como a siete minutos de Hidalgo, donde vivía mi papá, y se conocieron en una fiesta de quince años a la que los dos fueron. Mi mamá estudió la primaria y después trabajó con mi abuelita haciendo comida para llevar. Cocinaban grandes cantidades de guisados para fiestas o eventos especiales. Ahí aprendió a hacer muy bien de comer. Cuando mi papá decidió venirse al DF le pidió a mi mamá matrimonio, y se casaron en Pachuca antes de venir a vivir acá, donde nacimos todos mis hermanos y yo. Cuando le dije a mi mamá que quería estudiar Promoción de la Salud, me dijo que sí, siempre que le ayudara con el puesto de guisados que tiene por las noches en nuestra colonia.

- ▶ Compara las historias de los miembros importantes para ti: ¿Qué te llama la atención?, ¿qué tienen en común entre ellos?, ¿qué tienen de diferente sus historias? Ahora compáralos con las historias de tus tíos, por ejemplo: ¿en qué se parece la historia de tu papá a la de tu tío?, ¿y la de tu mamá a la de tu tía, o sus hermanas? Ve las historias de la siguiente generación: ¿en qué se parece tu historia a la de tus hermanos y hermanas? Ahora encuentra diferencias entre las historias de tus primos, ¿se parecen o son muy diferentes? Escribe todos tus hallazgos.
- ▶ A continuación piensa: ¿A qué se deben las similitudes o las diferencias entre las distintas historias de tu familia?, ¿encontraste muchas o pocas entre una generación y otra? Escribe a qué se lo adjudicas tú.
- ▶ Ahora contesta: ¿Qué implica en tu familia el que asistas a la universidad?, ¿cuáles son las expectativas en tu casa respecto a que tú seas profesionista?, ¿cómo te ven tus hermanos o hermanas?

Este ejercicio te puede ayudar a diferenciar cuáles son tus necesidades y motivaciones en relación con la universidad, y cuáles son las necesidades y motivaciones de los demás respecto a que tú estudies. Esta diferenciación es importante porque, en la medida en que tengas clara tu elección y tu proyecto, lo podrás defender, explicar y sostener frente a alguien más.

¿Sabías que muchos de los estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud llegan dispuestos a descubrir qué es la promoción de la salud, ya que nunca antes habían oído hablar de esta profesión? ¿Sabías que muchos de los estudiantes que eligen la Licenciatura en Promoción de la Salud querían estudiar Medicina?

- ▶ ¿Cuál fue tu caso? Escribe ampliamente tu experiencia.
- ▶ Platica de todo esto con un grupo de compañeros y descubran aspectos similares o diferentes.

Los estudiantes que egresan del bachillerato e ingresan a la UACM tienen características que comparten: son quienes han decidido seguir estudiando en una universidad pública diferente a las otras. Esta particularidad permite construir una identidad especial.

Seguiremos reflexionando sobre esta identidad a lo largo del libro.

Por favor —dice Alicia al gato de Cheshire—  
¿podría decirme qué camino debo tomar a  
partir de aquí?

—Eso depende mucho del lugar a donde se  
dirija, dice el gato.

—No me importa mucho a dónde sea, dice  
Alicia.

—Entonces tampoco importa mucho qué  
camino tome, dice el gato.

—... con tal de que llegue a ALGUNA PARTE,  
agrega Alicia a modo de explicación.

—Oh, seguramente llegará allí —dice  
el gato— si camina durante bastante  
tiempo.<sup>6</sup>



► Reflexiona en torno a este fragmento de *Alicia en el país de las maravillas* y escribe sobre la relación que tiene contigo y con tu situación en la UACM.

<sup>6</sup> Fragmento de texto e ilustración tomados de: *John Tenniel and His Illustrations*, en: <<http://www.aliceinwonderland.net>>. [Fecha de consulta: agosto, 2010 y julio, 2011].

## 1B. DÓNDE ESTOY

### ■ LA UACM: CÓMO LLEGUÉ

Hay todo tipo de historias acerca de cómo llegaron los estudiantes a la UACM. Algunos supieron de la universidad porque les platicó un tío, otros pasaban por aquí y se animaron a preguntar, muchos se enteraron en la prepa, algunos más ya tenían hermanos estudiando aquí.

- ▶ Tú, ¿cómo llegaste?, ¿qué sentiste ante la posibilidad de entrar a esta universidad?, ¿qué sabías de la UACM?, ¿qué te contaban?
- ▶ Escribe un breve relato en el que vayas dando respuesta a estas preguntas. Recuerda que es tu historia. Compara tus experiencias con los testimonios de la sección previa: 1.A DE DÓNDE VENGO, en el apartado ■ Quiénes somos.

### ■ ALGUNOS ANTECEDENTES A LA CREACIÓN DE LA UACM

Durante mucho tiempo, grupos sociales organizados de la Sierra de Santa Catarina en Iztapalapa, habían exigido a los diversos gobiernos del Distrito Federal la apertura de centros educativos para los niños y los jóvenes de la zona, así como centros de salud que atendieran las necesidades de la comunidad.

En 1997, cuando el Jefe de Gobierno del Distrito Federal en turno intentó convertir la antigua «cárcel de mujeres» —ubicada a las faldas de la Sierra de Santa Catarina— en un penal de máxima seguridad, las mujeres de la sierra se organizaron y exigieron, bajo el lema «Escuela sí, cárcel no», que este proyecto se suspendiera. Después de varios meses de lucha y de desvelos resguardando las instalaciones de la cárcel, las mujeres y los hombres de Santa Catarina lograron que el penal terminara siendo la sede de una estancia infantil, un centro de atención para la salud materno-infantil y de ambiciosos proyectos culturales. Un poco más tarde, en 1998, el inmueble fue la casa del primer Instituto de Educación Media Superior (IEMS) del Distrito Federal, y para 2001, los habitantes de Santa Catarina, orgullosos de su lucha, recibirían ahí mismo a la comunidad universitaria de la UACM, en la rebautizada *Casa Libertad*.

A continuación te presentamos una nota publicada en el año 2000 por el periódico *La Jornada*, sobre el proceso mediante el cual el reclusorio se convirtió en centro de formación.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Periódico *La Jornada*. 19 de septiembre, 2000. Esta nota también se puede consultar en la siguiente dirección electrónica: <[www.jornada.unam.mx/2000/09/19/064n1con.html](http://www.jornada.unam.mx/2000/09/19/064n1con.html)>

**Santa Martha Acatitla alberga hoy una prepa y la Casa Libertad  
De cárcel a centro creativo**

Mónica Mateos ▫ En otro tiempo grises, los muros de la antigua cárcel para mujeres de Santa Martha Acatitla (Iztapalapa) se irisan de manera paulatina; sobre un mural que muestra personajes de rostros morenos (un obrero, un ama de casa, un conductor de microbús, un estudiante, unos niños) se lee una consigna: «Cárcel no, prepa sí», y en un rincón, un verso: «La libertad ganó la batalla a los muros que buscaban apresarla».

Los vecinos recuerdan la lucha que libraron durante cuatro meses contra las autoridades capitalinas que pretendían convertir la prisión, abandonada en 1984, en un reclusorio de alta seguridad. Entonces, decenas de madres de familia, vestidas de blanco, se turnaban para hacer guardias y «cinturones de la paz» para impedir el «despojo» del inmueble.

**Homenaje a Rockdrigo González**

Hace casi tres años se recuperó para la comunidad ese edificio, que durante 30 años fue un penal al que los automovilistas que se dirigían a Puebla evitaban mirar. La antigua cárcel alberga desde junio de 1999 la Escuela Preparatoria Iztapalapa Uno, con mil alumnos, y el Centro de Desarrollo Social Integral Casa Libertad, puesto en marcha hace un año para inocular en la población circundante (unas 170 mil personas) el benigno «virus» de la creatividad.

Con un promedio diario de 300 visitantes, hoy se inicia en Casa Libertad el programa de atención cultural y social a jóvenes, con un concierto en homenaje a Rockdrigo González.

La meta para fin de año es que a este recinto acudan 5 mil personas cada día. La fórmula que se aplicará para involucrar en el proyecto a los chavos es la misma que ha impulsado al Laboratorio de Teatro Comunitario, la estancia de desarrollo infantil y la escuela de creatividad que ya funcionan allí: es el propio vecino de la zona quien se capacita para atender las diferentes actividades de fomento a la expresión cultural de ese centro.

Agrupados en bandas o de manera individual, se pedirá a los muchachos que aporten ideas para crear espacios de convivencia en los cuales se aborden los temas que más les preocupan, como la sexualidad, la maternidad y paternidad responsables, así como las adicciones.

Por ejemplo, además del concierto que los jóvenes de la zona organizaron en colaboración con la directiva de Casa Libertad —encabezada por Luis Felipe Crespo, la tarde de hoy habrá un encuentro de grafiteros, «pues paredes grises es lo que sobra en este lugar», bromeó el director del centro, que impulsa la libre expresión de las ideas con base en las normas comunes de respeto.

También se impulsará un tianguis no comercial ni lucrativo para el trueque o la venta de objetos artísticos, artesanales y culturales elaborados por los jóvenes, algunos de los cuales ya tienen propuestas concretas para realizar, entre ellos una revista y talleres de tatuajes.

### Cambio de rostro

A unos pasos del hormiguero académico y cultural en que se ha convertido la ex cárcel se encuentra la Fábrica de Artes y Oficios (Faro) de Oriente. Los vecinos perciben y festejan un cambio en el ambiente de la zona. «Ya no es tan pesado, poco a poco se siente la tranquilidad de tener cerca una escuela y un centro cultural», señaló una de las madres de familia que ha concluido su capacitación como educadora. Ella y 38 mujeres más se harán cargo del funcionamiento de la estancia infantil en horario prolongado, que atenderá a niños de entre nueve meses y seis años, el cual comenzará actividades a mediados de octubre.



«En los próximos años, y gracias a este proyecto, se verá un cambio en la imagen no sólo social, sino urbana, de la zona. En materia de desarrollo social, nunca antes hubo una inversión de esta naturaleza en esta parte de la ciudad. Son 14 mil metros cuadrados de construcción que aún se remodelan, en un terreno de 25 mil metros cuadrados, donde se han invertido 25 millones de pesos», informó Crespo.

Se proporcionará capacitación para bandas musicales —el primero de los programas de impulso a las artes indígenas— y a los servicios legales, coordinados por un grupo de especialistas que brinda asesoría jurídica y orientación psicológica a indígenas migrantes y sus familias.

## ■ UACM: UNIVERSIDAD PÚBLICA

La UACM se creó por decreto el día 26 de abril de 2001; es por esta razón que se dice que es una universidad nueva, una institución aún joven. El 16 de diciembre de 2004, la III Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) reconoció el carácter autónomo de nuestra universidad para cumplir con los fines de educar, investigar y difundir la cultura, de acuerdo con los principios del artículo 3° de la Constitución Mexicana. Ese día, la UACM obtuvo su autonomía a partir de la aprobación de la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.<sup>8</sup>

La UACM, como institución pública, «tiene la encomienda de contribuir a las necesidades apremiantes de nuestra ciudad en materia de educación superior».<sup>9</sup>

A diferencia de la universidad privada, la universidad pública no tiene fines de lucro. Como institución pública, atiende a los estudiantes universitarios de todas las clases sociales sin cobrar por los servicios que presta; asume, más bien, una responsabilidad social que responde a múltiples intereses culturales, ideológicos y de políticas de Estado.

El programa educativo que inspira esta universidad corresponde a un proyecto de nación democrático, como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este proyecto de nación exige, además de muchos otros elementos, contar con una población altamente educada.<sup>10</sup>

La universidad pública produce conocimiento científico y tecnológico, enriquece y recrea la cultura, y contribuye a la formación de los profesionales que un sistema económico y social necesita. Esta dinámica de correspondencias e intercambios entre sociedad, Estado y universidad pública es sensible a las transformaciones sociales, políticas y económicas. A lo largo de la historia de la educación superior en nuestro país, y en particular de la universidad pública, estas relaciones no han estado exentas de tensiones.

La universidad pública se financia con los recursos económicos que, bajo la intermediación del Estado, la sociedad genera. En el caso de la UACM, la mayoría de los

<sup>8</sup> *La Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México* fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 5 de enero de 2005.

<sup>9</sup> *Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México*. Exposición de motivos. Capítulo 1: Aumentar las oportunidades de educación superior; reproducida en el Taller de Impresión de la UACM, p. 3.

<sup>10</sup> *idem*. p. 4.

recursos son asignada por el Gobierno de Distrito Federal a través de su Asamblea Legislativa. En los años 2007 y 2008 el Gobierno Federal también destinó recursos a nuestra universidad.

- ▶ Analiza: ¿A qué se refiere el texto cuando se dice que las relaciones entre Estado, sociedad y universidad, en algunos periodos de nuestra historia, han sido tensas?
- ▶ Visita el Memorial del 68 en el Centro Cultural Universitario Tlaltelolco, que se ubica en la Plaza de las Tres Culturas, al norte del Centro Histórico de nuestra ciudad. Escribe lo que aprendas en esta visita, así como lo relativo a los temas de «universidad pública» y «autonomía» que ahí encuentres.

## ■ LA UACM Y LA AUTONOMÍA

La autonomía universitaria se refiere a la facultad y responsabilidad que tiene la universidad pública para gobernarse a sí misma y, por tanto, para organizar su funcionamiento; generar los estatutos internos y reglamentos en los ámbitos académico, administrativo y laboral; además de administrar sus recursos y ejercer el derecho a la libertad de enseñanza, investigación y difusión. Estos derechos están sujetos a las leyes máximas que rigen en nuestro país.

- ▶ Investiga cuál es la ley máxima por la que nos regimos los universitarios de la UACM. Identifica y consulta ahí los artículos relacionados con los derechos y obligaciones de los estudiantes. Escribe una reflexión sobre el artículo que te haya parecido más importante.
- ▶ Investiga cuál es el máximo órgano de gobierno de la UACM. ¿Tienen representación los estudiantes? ¿Qué tipo de asuntos crees que a los estudiantes les interese tratar en este espacio? Escribe ampliamente sobre lo que significaría para ti ser representante universitario.

Algunos autores mencionan que la autonomía universitaria puede entenderse como una autonomía relativa, debido a las múltiples y complejas relaciones entre la universidad, la sociedad y el Estado; sin embargo, aun circunscrita a esta correspondencia, la autonomía es la característica que otorga a la universidad la posibilidad de cumplir con sus propósitos de acuerdo con los principios de igualdad, gratuidad y libertad.

En el modelo educativo de la UACM también se ha puesto el acento en el pensamiento autónomo de los sujetos que constituyen la universidad, ya que sin

éste no hay autonomía posible. En la exposición de motivos de la citada Ley de la UACM, se menciona lo siguiente al respecto:

[...] lograr que la autonomía universitaria, además de significar la exclusión de intereses ajenos a la Universidad y la constitución de un gobierno eficaz, se traduzca en un ejercicio pleno de libertad de pensamiento, de desarrollo del pensamiento autónomo, del ejercicio fundamentado en la crítica, de desarrollo del conocimiento humanístico, científico y técnico, de la libre creación y difusión de la cultura.<sup>11</sup>

La palabra «autonomía» significa «darse la ley a sí mismo».<sup>12</sup> El término muchas veces se utiliza de forma genérica, como una cualidad, e incluso como un propósito formativo. En la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México dice:

La autonomía universitaria significa no solamente la exclusión de todo interés ajeno a la universidad en la organización y el trabajo de la institución, sino también la responsabilidad de que los universitarios instauren un autogobierno eficaz y responsable dentro de los marcos legales vigentes.<sup>13</sup>

Asimismo, hay otras visiones acerca de la autonomía. Compartimos contigo la siguiente interpretación de los zapatistas:

Hablar de la autonomía parece sencillo; pero no es cierto. Los discursos se escuchan muy bonito... en la práctica es otra cosa. Es como, por ejemplo, hay muchos escritores, intelectuales, como dicen —o se dicen—, hay libros que tienen escrito sobre autonomía. Quién sabe, a lo mejor tienen el dos o el cinco por ciento de lo que más o menos se toca ahí sobre autonomía. El noventa y cinco por ciento les falta. Para poder hablar de autonomía, hay que vivir en donde se está haciendo. Para descubrir, para ver y conocer más cómo es esto. Porque van a ver cómo es que va y viene de la forma —de cómo se hace en práctica lo que es la democracia— la decisión que se toma.<sup>14</sup>

- ▶ ¿Cómo vinculas la idea de autonomía con tu vida como estudiante?
- ▶ Investiga sobre el significado de la paideia griega. Escribe ampliamente sobre las relaciones que encuentres entre la paideia griega y el concepto de autonomía que has construido hasta ahora en esta sección.

---

<sup>11</sup> *Op. Cit.*, p. 6.

<sup>12</sup> Del griego *autos* «solo, uno mismo»; *nomos* «ley».

<sup>13</sup> Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, *op. cit.*, p. 5.

<sup>14</sup> Palabras del teniente coronel Moisés del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. Fragmento del mensaje dirigido a la Caravana Nacional e Internacional de Observación y Solidaridad con las Comunidades Zapatistas en la comunidad La Garrucha, Chiapas, 17 de agosto de 2008, en: <<http://zapateando.wordpress.com/2008/>>. [Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2008].

► ¿Por qué puede ser importante para ti estudiar en una universidad autónoma?

## ■ LA LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA UACM: ORIGEN

**Origen** m. principio, nacimiento, manantial, raíz y causa de algo.<sup>15</sup>

A partir de la creación de la UACM, del diseño de su modelo educativo, de las experiencias en otras universidades públicas y de las fuertes demandas capitalinas relacionadas con la atención a la salud, es que se fue perfilando la idea de crear un programa académico que diera respuesta, con mayor solidez, a las necesidades de la población en materia de salud. El origen de la licenciatura<sup>16</sup> en Promoción de la Salud es particularmente importante, ya que da cuenta de cómo la universidad busca responder a —y vincularse con— las demandas de la población.

El año 2001 fue intenso para la naciente universidad, pues al mismo tiempo se discutían los perfiles de egreso de las diferentes licenciaturas, se definía el Ciclo Básico, se gestionaban recursos, se contrataban profesores, se buscaban predios que albergaran al proyecto en las delegaciones del DF y se inscribía a los estudiantes. En esta dinámica, un grupo formado por profesores de la UACM y asesores de diferentes instituciones daban cuerpo a la Licenciatura en Promoción de la Salud, desde sus distintas experiencias personales, con mucho entusiasmo y en largas pero fructíferas discusiones. Conciliar tan diversas propuestas y cristalizarlas en una licenciatura única en Latinoamérica fue un reto para este grupo.

La Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM inicia actividades académicas en 2001, paralelamente a otros 11 programas de licenciatura, en las sedes de Iztapalapa y Centro Histórico. En noviembre de 2005, la Licenciatura en Promoción de la Salud fue inscrita en el registro de profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

En aquella época, se decidió que esta licenciatura debía constituirse como una propuesta de formación profesional distinta de la de Medicina. Una de las principales diferencias estriba en que el campo de la promoción de la salud resulta ser un espacio social mucho más fértil, por su estrecha vinculación tanto con los procesos organizativos de los grupos sociales, como con el ejercicio de las capacidades individuales y colectivas para la identificación y resolución de los propios problemas dentro del ámbito de la salud.

<sup>15</sup> Diccionario de la Lengua Española, RAE, Diccionario de la lengua española, Madrid, 2007.

<sup>16</sup> La licenciatura es el nivel universitario que proporciona a los estudiantes una formación básica en un campo de conocimiento y una formación específica en un ámbito profesional.

Este enfoque, atento a un fuerte compromiso social y de servicio, obliga a mirar la salud rebasando la perspectiva biomédica, ya que busca explorar dimensiones más cercanas a la comprensión de las posibilidades de nuestro ser ciudadano en este mundo.

La Licenciatura en Promoción de la Salud nace entonces con el compromiso de rescatar el sentido de la paideia griega; es decir, como una propuesta de formación que, trasladada al ámbito universitario, pone el acento en el sentido crítico y propositivo del individuo para que lo fortalezca y lo haga crecer de forma que, a partir del conocimiento, desarrolle todas sus posibilidades para ejercer los deberes cívicos que le corresponden.

Con este planteamiento, la UACM se comprometía a la formación de profesionales que problematizaran acerca de la salud y la enfermedad, a partir de referentes sociales, históricos, económicos y políticos, en donde los actores principales fueran los individuos y el colectivo.

## ■ EL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES Y LA LICENCIATURA

Desde su origen, la Licenciatura en Promoción de la Salud ha formado parte del Colegio de Ciencias y Humanidades, espacio académico que comparte con dos maestrías y tres programas más de la Universidad:

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES	
Licenciaturas	Promoción de la Salud
Maestrías	Maestría en Dinámica No Lineal y Sistemas Complejos Maestría en Educación Ambiental y Desarrollo Sustentable
Programas y centros	Centro de Estudios sobre la Ciudad Programa Ambiental Programa de Autogestión Cooperativa

Actualmente, hay estudiantes de Promoción de la Salud en los planteles de Casa Libertad, Centro Histórico, San Lorenzo Tezonco y Cuauhtépec: mil historias de estudiantes como tú, que construyen un proyecto en torno a la promoción de la salud.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> 1,286 estudiantes inscritos en esta Licenciatura en planteles de la UACM al 18 de diciembre de 2008. De acuerdo con Registro Escolar de la UACM. Tomado del Informe que presentó Rectoría al Consejo Universitario en marzo de 2009.

- ▶ Investiga cuántas academias participan en la Licenciatura, qué nombre tienen y de qué colegio son. Investiga con qué propósito se reúnen los profesores en las academias y de qué forma pueden participar los estudiantes en estos espacios.
- ▶ Reflexiona y escribe un pequeño texto acerca de cómo y para qué te gustaría involucrarte en estos espacios de trabajo colegiado.

## ■ EL MAPA CURRICULAR DE LA LICENCIATURA Y LA FLEXIBILIDAD CURRICULAR

El plan de estudios de la Licenciatura permite situarnos y comprender de una manera global cuál es la propuesta de formación de profesionales en promoción de la salud en la UACM, haciendo énfasis en aspectos como, por ejemplo, el perfil del promotor de salud. El mapa curricular<sup>18</sup> que se muestra más adelante tiene su origen en este plan de estudios, y te permite ver los cursos de la Licenciatura distribuidos por semestres. También puedes consultar esta información en el portal electrónico de la UACM.

Generalmente, los estudiantes utilizan el mapa curricular para diversos propósitos: escoger los cursos a los que les gustaría asistir en un semestre, compartir con el tutor sus inquietudes en relación con elegir entre uno u otro curso, evaluar los horarios, detectar las materias afines, emitir juicios sobre los profesores que las imparten, imaginar sobre qué tratarán los contenidos, quiénes serán sus compañeros y cómo podrán ser los trabajos a realizar fuera de clase. También pueden compaginar las decisiones que pretendan tomar con sus responsabilidades familiares. Después de analizar estos elementos —y seguramente muchos otros más, como la oferta real de cursos en ese momento o tus motivaciones—, decidirás sobre tu semestre.

- ▶ Acude a la biblioteca de tu plantel y consulta *El proyecto educativo de la UACM. Documentos de Apoyo Académico* y la *Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México*. Investiga acerca de la *flexibilidad curricular*.

Muchos de los estudiantes, cuando inician la carrera de Promoción de la Salud, optan por una ruta curricular tradicional. La ruta curricular es un camino dentro de ese mapa: *tu* camino. Es decir, se inscriben a todos los cursos propuestos en el mapa, por ejemplo, para el primer semestre: cuatro cursos de la Licenciatura y una materia optativa.

Otros compañeros han ido construyendo un camino más acorde con sus necesidades o inquietudes de formación: seguramente te has encontrado con compañeros que estén cursando, por ejemplo, dos materias de segundo semestre y una de tercero.

---

<sup>18</sup> En un mapa curricular se presenta la organización de los cursos, distribuidos de acuerdo con un tiempo determinado, de manera secuencial.

Administrativamente, en la UACM cualquiera de las dos vías es posible; sin embargo, la segunda opción es consecuente con el principio de flexibilidad que nuestro proyecto educativo promueve, ya que da respuesta a las necesidades particulares de los estudiantes en momentos específicos de su formación. ¿Te identificas con alguno de los dos casos descritos en los párrafos anteriores?

► Realiza y comenta con tus compañeros los siguientes dos cuadros:

### **RUTA TRADICIONAL**

<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>

### **FLEXIBILIDAD CURRICULAR**

<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>

► Intercambien opiniones sobre cuáles son las motivaciones que están presentes en ustedes cuando hacen la selección de los cursos.

### **■ EL CICLO BÁSICO Y EL CICLO SUPERIOR DE LA LICENCIATURA**

Las licenciaturas en la UACM están organizadas en dos ciclos académicos, el Ciclo Básico y el Ciclo Superior. En el Ciclo Básico de la Licenciatura en Promoción de la Salud te encontrarás con los cursos que te permiten comprender al ser humano en su dimensión biológica, desde la célula como origen de la vida, hasta complejos procesos del individuo, como el desarrollo y el crecimiento. Otros cursos del Ciclo

Básico son Bioestadística y Metodología de la Investigación: desde estas dos distintas plataformas entrarás en contacto con los conceptos y las discusiones que están presentes cuando problematizas la realidad a partir de la investigación.

El Ciclo Básico tiene como objetivos contribuir a la formación de criterios sólidos, ampliar y profundizar la cultura científica y humanística de los estudiantes y desarrollar en ellos las habilidades intelectuales que les permitirán adquirir posteriormente nuevos conocimientos.<sup>19</sup>

SEM.	CURSOS DEL CICLO BÁSICO				
1°	Álgebra y geometría analítica I	Química de la célula I	Introducción a la Física I	Lengua extranjera I	Optativa 1
2°	Célula I	Cuerpo humano I	Introducción a la promoción de la salud	Lengua extranjera II	Optativa 2
3°	Célula II	Cuerpo humano II	Crecimiento y desarrollo I	Introducción a la metodología de la investigación	Bioestadística

► Con uno o dos compañeros hagan una lista larga con las preguntas que puedan tener respecto con el Ciclo Básico; identifiquen algunos rasgos comunes y agrúpenlas según estos rasgos. Una posible clasificación podría ser: «preguntas que tienen que ver con la forma de certificar la materia», «preguntas relacionadas con los contenidos del curso», «Preguntas de pertinencia y contexto», por ejemplo: ¿Y esto qué tiene que ver con la promoción de la salud?

► Valoren qué tipos de preguntas fueron más frecuentes: ¿Por qué creen que ocurrió esto? Si están interesados en las respuestas acérquense a los profesores de la Academia y aplíquenles su cuestionario.

El siguiente ámbito académico es el Ciclo Superior, cuya finalidad es completar la formación académica y/o profesional del estudiante para la obtención de un título o grado académico de nivel licenciatura.<sup>20</sup> En documentos internos de la universidad el Ciclo Superior se define como «[...] el conjunto de cursos que conforman la formación específica de las licenciaturas que ofrece la UACM; brindan la formación teórica,

<sup>19</sup> <<http://www.uacm.edu.mx/nuestrauni/docsucm/consultasaa.html>>. [Fecha de consulta: octubre, 2008].

<sup>20</sup> *idem*.

metodológica y práctica en el área de conocimiento específica; éste ofrece distintas líneas de formación».<sup>21</sup>

SEM. CURSOS DEL CICLO SUPERIOR					
4°	Patología I	Crecimiento y desarrollo II	Salud pública I	Medio ambiente y salud	Epidemiología I
5°	Patología II	Epidemiología II	Salud pública II	Saneamiento ambiental	Nutrición
6°	Farmacología	Salud pública III	Salud comunitaria I	Psicología social I	
7°	Salud comunitaria II	Políticas y planes de salud	Promoción de la salud I	Sistemas de protección, asistencia y rehabilitación de la salud	Psicología social II
8°	Legislación sanitaria	Salud comunitaria III	Promoción de la salud II	Bioética y valores	Administración para la salud

- ▶ Busca el significado de algunos de los nombres de los cursos del Ciclo Superior en diferentes fuentes electrónicas o bibliográficas (diccionarios de la lengua española, diccionarios especializados, enciclopedias, internet).
- ▶ Escribe su definición y por qué te pareció interesante.

En este ciclo puedes ubicar con facilidad algunas relaciones entre los cursos. Por ejemplo, podríamos decir que los cursos de contenido biológico se vinculan con unidades como Patología, Nutrición o Crecimiento y Desarrollo. Hay otros cursos que comprenden temas relacionados con la dimensión social y cultural de la promoción de la salud. En el Ciclo Superior son relevantes los aportes de disciplinas como la Psicología, o las discusiones relacionadas con temas ambientales. También hay cursos dirigidos a desarrollar algunas habilidades propias de un promotor, tales como Promoción de la Salud, Salud Pública, Políticas y Planes de Salud y Salud Comunitaria.

<sup>21</sup> Circular para regular los procesos y procedimientos de certificación. UACM. Emisión: septiembre, 2007.

► ¿Puedes identificar cuáles son tus expectativas en relación con los cursos que trabajaste en esta sección?

## ■ LOS CURSOS OPTATIVOS EN LA LICENCIATURA

¿Y las optativas? Las materias optativas son todos los cursos del resto de las licenciaturas. Las razones de que esto sea así se basan en el modelo pedagógico de la Universidad y en la flexibilidad curricular; pero sobre todo, con la posibilidad de ofrecerte diferentes opciones para tu formación. Tú puedes elegir las materias optativas de otras licenciaturas que consideres interesantes para tu formación como promotor de la salud, o aquellas que en algún momento de tu trayectoria universitaria te parezcan importantes. Tu tutor puede apoyarte para elegir los cursos optativos de tu interés.

► Te sugerimos que investigues sobre los cursos de otros Colegios y licenciaturas, y que explores materias diferentes en función de tus intereses.

Muchos compañeros de la Licenciatura en Promoción de la Salud han valorado los aportes de cursos como: El conocimiento de la realidad social, Cultura científica y humanística, Lenguaje y pensamiento, Radio, Introducción a la socio-antropología, Metodología cualitativa, Psicología de la cultura y el arte y muchos otros, para una formación integral como promotor de la salud. Te los recomendamos.

## ■ QUÉ APRENDE UN PROMOTOR DE LA SALUD EN LA UACM

Las indagaciones que has realizado en las secciones anteriores te permiten imaginar al estudiante de promoción de la salud con algunos rasgos más claros que cuando iniciaste la lectura de este libro. En esta sección te invitamos a que realices un último ejercicio colectivo sobre lo que aprende un promotor de la salud en la UACM. Con esta actividad podrás echar un vistazo al plan de estudios desde la mirada de otros estudiantes que han avanzado en la licenciatura.

► Divídanse en equipos pequeños de tres a cuatro personas. Con la ayuda de un mapa curricular distribúyanse los cursos del plan de estudios por partes iguales. Traten de asignar a un mismo equipo cursos que estén relacionados; por ejemplo Célula I y Célula II. El profesor les puede ayudar en este aspecto.

► Después de hacer esto, cada equipo deberá entrevistar a dos o tres estudiantes del Ciclo Superior que ya hayan cursado las asignaturas que les tocaron. Los estudiantes entrevistados deberán responder estas dos preguntas por cada curso indagado:

1) ¿Qué se aprende en este curso?

2) Como promotor de la salud, ¿para qué me sirven esos contenidos?

- ▶ Una vez que hayan hecho el sondeo, cada equipo organizará sus respuestas y hará una presentación al grupo.
- ▶ Terminadas las presentaciones, reflexionen a qué conclusiones han llegado con este ejercicio.

## 1C. QUÉ ELEGÍ

### ■ LO QUE SÉ Y LO QUE ME GUSTARÍA SABER DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En algunas perspectivas educativas, como en la que está fundamentado el proyecto pedagógico de la UACM, son decisivos en el aprendizaje los conocimientos que el estudiante ha construido a lo largo de su vida. Es así que partimos de la idea de que ya tienes algunos saberes sobre la promoción de la salud. Tal vez no habías encontrado las palabras para nombrarlos; no obstante, están presentes en ti y quizás te sorprendas al descubrirlos.

En este apartado te proponemos una actividad de aprendizaje que te permitirá recuperar lo que sabes acerca de la promoción de la salud. Es probable que tengas muchas dudas; sin embargo, también tienes certezas sobre el tema. La idea es que puedas explorar tus conocimientos previos, que los compartas con tus compañeros y que aprendan de lo que todos saben.

El ejercicio iniciará con una breve indagación individual y concluirá con una construcción colectiva.

- ▶ Para iniciar, responde: ¿Qué entiendes por promoción de la salud? Toma en cuenta lo que sabes, lo que has visto, lo que te han platicado amigos, maestros y otras personas. Si tienes alguna experiencia directa con la promoción de la salud, utiliza también esos conocimientos.
- ▶ Realiza el siguiente cuadro. Enlista en la columna de la izquierda lo que sabes sobre la promoción de la salud, y en la columna de la derecha tus dudas acerca de la promoción de la salud.

LO QUE SÉ	MIS DUDAS

- ▶ Reúnete con un grupo de compañeros y comparen sus cuadros: identifiquen en qué se parecen y en qué son diferentes sus respuestas acerca de lo que saben de la promoción de la salud.
- ▶ Revisen en equipo si con la columna acerca de lo que saben se logran aclarar algunas de las dudas que tienen sobre la promoción de la salud.
- ▶ Ahora, escriban lo que aprendieron sobre la promoción de la salud.

LO QUE AHORA SABEMOS SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- ▶ Elijan una o dos dudas y realicen una indagación para poder aclararlas. Para esto podrían consultar las lecturas de este material, entrevistar a estudiantes de semestres más avanzados, preguntar a maestros o profesionales de la salud y buscar en internet o en la biblioteca.
- ▶ Finalmente, de manera individual, compara lo que ahora sabes con el primer listado que hiciste, y reflexiona por escrito:

- ¿Qué diferencias hay entre lo que sabía y lo que sé?
- ¿Cómo me siento al respecto?
- ¿Qué tanto me identifico con la promoción de la salud?
- ¿Por qué fue importante reconocer lo que ya sabía sobre el tema?

## ■ EL PAPEL DE LOS SABERES TÉCNICOS Y TEÓRICOS

¿TÉCNICO O LICENCIADO?

De vez en cuando escuchamos que hay profesiones que nos resultan extrañas. Licenciado en Planeación de Asentamientos Humanos, Ingeniero Biomédico,

Licenciado en Política y Gestión Social, Licenciado en Arte y Patrimonio Cultural son sólo algunos ejemplos de profesiones nuevas y poco comunes. En esta lista podemos incluir al Licenciado en Promoción de la Salud.

Las nuevas profesiones nacen en circunstancias diferentes; algunas tienen un éxito inmediato; de forma más o menos rápida sus profesionales se incorporan a trabajar y se ganan un lugar en la sociedad. Otras son bien acogidas en sus campos profesionales, pero permanecen relativamente anónimas fuera de ellos (como los controladores de los aeropuertos). Otras más experimentan grandes dificultades para ser reconocidas y encontrar un espacio en el mercado laboral.

Todo esto depende de muchos factores y uno de ellos, muy importante, es la razón por la cual se plantea la necesidad de su creación. Este planteamiento puede ser, entre otros, en respuesta a las exigencias del mercado, en respuesta a las demandas de las instituciones públicas o en respuesta a los problemas sociales.

Cuando la necesidad de crear programas de formación de profesionales está determinada por las empresas privadas, éstas se enfocan hacia la formación de un profesional especializado en alguna tarea que constituya parte de sus actividades empresariales y que, en ese momento, no exista formalmente. Típicamente, son las instituciones de educación privadas las que suelen responder a esta demanda de profesionales, por ejemplo, la Licenciatura en Administración de Empresas.

Los egresados de estas nuevas licenciaturas tienen, en general, buenas posibilidades de obtener empleo, ya que son precisamente lo que sus empleadores necesitan. Sin embargo, esta situación de privilegio no se mantiene por mucho tiempo, ya que las instituciones que comienzan a ofrecer estas carreras aumentan rápidamente, inundando con egresados el mercado laboral.

Cuando se identifica en instituciones de gobierno la necesidad de un profesional diferente, es más frecuente que las instituciones de educación pública sean las que respondan con la creación de nuevas licenciaturas, por ejemplo, Agronomía. Si la demanda de estos nuevos profesionales es muy fuerte y constante en el sector público, es posible que las instituciones de educación privada se interesen en abrir también estas carreras.

Existen otros motivos, distintos a los anteriores, que pueden causar la creación de nuevas profesiones. Te damos un ejemplo: en algunas ocasiones, un grupo de profesionales de un determinado campo de conocimiento desarrolla una nueva manera de explicar la realidad, la cual le da la posibilidad de visualizar nuevos problemas o comprender de distinta forma los que están ya identificados.

Es común que esta nueva manera de entender la realidad vaya acompañada también de nuevas metodologías para intervenir en ella. Las innovaciones son graduales, hasta que las nuevas prácticas y los conocimientos que las sustentan ya no corresponden a los de ninguna profesión. En tal punto surge la posibilidad de

definir una nueva profesión. En pocas palabras, un nuevo campo de conocimiento da lugar a una nueva profesión. Un ejemplo de esto es la creación de la Psicología y de la profesión del psicólogo.

También es posible que, ante los cambios que todas las sociedades tienen, se generen nuevos problemas; o que los que ya existen se agudicen. Un ejemplo de esto es la problemática de transporte en algunas ciudades a partir del crecimiento desmedido y no planificado de éstas. Algunas universidades han respondido mediante la creación de profesiones como la Ingeniería en Transporte Urbano.

El surgimiento del Licenciado en Promoción de la Salud se produce en un momento en el que han confluído, en distintos sectores de la sociedad, diversas condiciones hacia la demanda y necesidad de este profesional. Hay un interés genuino por sus aportaciones profesionales, tanto en el sector público, como en la sociedad civil y la empresa.

#### EL PAPEL DE LOS SABERES

Un elemento común a una nueva profesión —cualquiera que sea su origen— es el dominio más o menos exclusivo de un conjunto de saberes que pueden ser de naturaleza más práctica (por ejemplo: habilidades motoras, conocimiento de plantas medicinales, procedimientos para la resolución de problemas y habilidades cognitivas) o más teórica.

Además de lo anterior, estos saberes pueden variar desde conocimientos simples, hasta aquellos muy complejos, por lo que las nuevas profesiones suelen ubicarse en distintos niveles o tipos de desempeño. En nuestro país existe la siguiente nomenclatura de clasificación, si se va de lo simple a lo complejo:

- técnico básico
- técnico especializado
- profesional y
- profesional especializado

El técnico básico y el técnico especializado se caracterizan por dominar un conocimiento de carácter eminentemente práctico. Ejemplos de esto son: un técnico en refrigeración, que conoce a nivel básico el funcionamiento y reparación de los refrigeradores; o un técnico en sistemas robóticos de la industria automotriz que, aunque sigue siendo técnico, tiene un conocimiento muy especializado en aparatos de gran complejidad. Los problemas que resuelven los técnicos son en general

sencillos. Estos problemas ya están predefinidos y el técnico se limita principalmente a reconocerlos. También están predefinidas las soluciones. El «buen» técnico es el que conoce la solución más adecuada y sabe cómo aplicarla.

Una característica fundamental en estos niveles técnicos es que el conocimiento teórico que dominan es básico, debido a que éste tiene un papel secundario en la labor que realizan. En general, los conocimientos —tanto teóricos como prácticos— que definen y sustentan su quehacer fueron producidos por profesionales de niveles superiores, como físicos, químicos o matemáticos; o bien ingenieros mecánicos, ingenieros en sistemas electrónicos o ingenieros electricistas.

En estas últimas profesiones —tanto en las científicas (matemáticas, física, química), como en las aplicadas (ingenierías)— el conocimiento teórico tiene un papel muy importante y se combina con una gran parte de conocimientos prácticos. Tanto los conocimientos teóricos como los prácticos tienen un grado relativamente más alto de complejidad. Una buena parte de los conocimientos que dominan estos profesionales se generaron al interior de sus propios campos de conocimiento.

Los problemas que abordan los profesionales suelen ser más complejos que aquellos que enfrentan los técnicos. Los problemas y sus posibles soluciones no están predefinidos, lo que implica que el profesional tiene que echar mano de los referentes que le da la teoría para explicar la situación que tiene enfrente, y poder así redefinir otras problemáticas. Éstas pueden ser explicadas de diferentes maneras, y las explicaciones suelen ser también mucho más complejas que a nivel técnico. En consecuencia, las soluciones tampoco pueden estar predeterminadas, y el profesional tiene que apoyarse en sus conocimientos para diseñar una solución adecuada al problema que concibió.

Algunas universidades impulsan una formación con un carácter declaradamente técnico, como el sistema de universidades técnicas creadas por el gobierno de Ernesto Zedillo; o bien, hay universidades que le dan relevancia a una profesionalización que permita la resolución de problemas diversos de la realidad.

Aun dentro de una misma institución educativa, el carácter de cada licenciatura puede variar, habiendo algunos programas más enfocados hacia lo técnico y otros hacia lo aquí llamado profesional.

#### LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Con la promoción de la salud las cosas no son tan sencillas; son más interesantes. Si esta Universidad [UACM] quisiera formar profesionistas especiales en «vender» productos, o concebir a la salud como un producto vendible, entonces sería otra universidad y habría ofrecido formación en otras disciplinas. El compromiso de esta Universidad es formar

profesionistas que luchan contra el sufrimiento humano, favoreciendo procesos donde la gente pueda desarrollar en plenitud su ser con todas sus capacidades.

El desafío de la promoción de la salud hoy, y de los profesionistas egresados de esta Universidad, es hacer de la promoción de la salud un campo que retome las luchas y problemáticas propias de nuestro contexto latinoamericano; que rescate a la promoción de la salud como campo des-medicalizado<sup>22</sup> y rescate nuestras historias latinoamericanas de resistencia. El reto no es pequeño pero la apuesta lo vale.<sup>23</sup>

La UACM es la única institución educativa pública o privada que ofrece en nuestro país el programa de Licenciatura en Promoción de la Salud, y sólo unas cuantas instituciones educativas ofrecen programas similares en el mundo. Podemos afirmar que la profesión del promotor de la salud y su perfil comienzan apenas a definirse. En esta perspectiva vale la pena que los estudiantes y los profesores de esta licenciatura nos hagamos algunas preguntas:

- ¿Cuáles son los problemas que debe abordar el promotor de la salud?
- ¿Qué tipo de saberes son necesarios para abordar estos problemas?
- ¿Existen estos saberes o es necesario construirlos?
- ¿A quiénes corresponde la creación de estos saberes?
- ¿El promotor de la salud deberá ser técnico o profesional?

Algunas de las posibles razones de la indefinición del perfil profesional del promotor de la salud responden a condiciones diversas, y se manifiesta de manera distinta en diferentes ámbitos.

Por un lado, las instituciones públicas demandan un promotor de la salud capaz de operar sus programas de promoción y educación para la salud. En estos programas, la práctica de promoción de la salud tiene un carácter eminentemente técnico y con un grado de complejidad —que se supone— bajo. En la actualidad estas prácticas son llevadas a cabo por profesionales de la salud (médicos, enfermeras), algunos de ellos formados con cursos cortos en promoción de la salud o en alguna especialidad en el

---

<sup>22</sup> El término se refiere al campo de la promoción de la salud que no está dominado por el pensamiento biomédico.

<sup>23</sup> Consuelo Chapela. Ponencia presentada en el Primer Encuentro de la Licenciatura en Promoción de la Salud, Plantel Casa Libertad, UACM, México, 2006. Relatoría realizada por la Mtra. Andrea Angulo.

primer nivel de atención de los servicios de salud. La demanda de un profesional de la promoción de la salud en estas instituciones públicas está centrada en el interés, la mayoría de las veces, de contar con personal técnico especializado.

De manera simultánea, están las prácticas llamadas de promoción de la salud que se realizan con la finalidad única de vender productos «saludables» en el mercado. Muchas empresas se dedican a persuadir a la población para que adopte estilos de vida saludables mediante el consumo y el uso de bienes y productos (aparatos para hacer ejercicio, medicamentos, agua y otros alimentos). Es probable que estas empresas estén interesadas, en un mediano plazo, en los profesionales que de aquí egresen y en nuevos programas que diseñen otras instituciones de educación superior. En este sentido, la demanda se inclinaría sin duda por un profesional técnico especializado en el campo de la salud con conocimientos y habilidades de mercadotecnia.

Por otro lado, se encuentran los grupos sociales, en particular los marginados, que a lo largo de la historia han visto insatisfechas sus demandas de bienestar y que, lejos de mejorar sus condiciones de vida, han padecido el deterioro de las mismas. Si bien es probable que estos grupos no demanden específicamente un licenciado en promoción de la salud, la magnitud y la complejidad de sus problemas demandará de un conjunto de profesionales que, con enfoques innovadores, propongan alternativas de solución a los problemas sociales.

Finalmente, desde hace décadas en nuestro país, están los grupos de personas dedicadas a la promoción de la salud que han contribuido —a partir de los ámbitos práctico y teórico— a plantear diferentes maneras de entender la salud y sus problemas. Estos grupos, que en su mayoría se han desarrollado en las organizaciones de la sociedad civil o en espacios universitarios, han generado experiencias que poco a poco le han ido dando cuerpo a una nueva promoción de la salud que pretende superar las prácticas más tradicionales (y más técnicas). Desde estas propuestas se concibe a la promoción de la salud como una práctica amplia, diversa y muy compleja que requiere de profesionales que sean capaces de ofrecer alternativas innovadoras, y con ello contribuyan a la formación de un nuevo campo profesional.

Podemos concluir que la profesión del promotor de la salud está naciendo con influencias de diferente grado, provenientes de demandas sociales, del mercado y de las instituciones públicas. Pero que también están surgiendo en nuestro país y en el mundo, grupos de profesionales dedicados a la promoción de la salud, que están trabajando por la creación de un nuevo campo de conocimiento.

Tal vez lo que puede ayudar a definir un perfil de promotor de la salud en nuestra universidad es destacar, primero, el origen de la promoción de la salud como práctica social que responde a necesidades sociales, de tal forma que el promotor de

la UACM deberá vincularse a esas necesidades reales y vividas por ellos mismos y por los conjuntos sociales a los que pertenecen.

En este camino, el programa de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM tiene un papel muy importante al ser el primero en el país, e indudablemente será un referente para la creación de programas similares en otras instituciones educativas mexicanas e internacionales.

Si observas con detenimiento a tu alrededor, puedes encontrar una multiplicidad de prácticas que forman parte de la promoción de la salud. El siguiente ejercicio te ayudará a explorar el campo profesional de la licenciatura en algunos espacios que te son familiares. Más adelante, podrás utilizar estos conocimientos para reflexionar sobre lo que esto implica en tu formación profesional.

► Durante los próximos días, observa toda clase de actividades y mensajes relacionados con la interpretación que tengas de la promoción de la salud. Te recomendamos estés atento a ellos en tu escuela, trabajo, colonia, medios de transporte, espacios públicos, comercios, museos y medios de comunicación. Quizá sea conveniente también que te acerques a algún centro de salud, hospital, centro de barrio, fundación o institución de asistencia privada en la que se realicen actividades de promoción de la salud. Haz un registro detallado de lo que encuentres.

► Reúnete con tus compañeros y compartan sus hallazgos: realicen un reporte enlistando las prácticas que encontraron; agrupen en bloques separados aquellas que son similares y busquen un nombre adecuado para cada grupo, por ejemplo anuncios, pláticas, talleres, campañas, etcétera.

► Una vez que tengan los grupos, respondan a las preguntas: ¿Qué conocimientos debe tener una persona para realizar este tipo de actividades?, ¿qué tipo de personas habrán realizado estas actividades?, ¿qué formación tienen?, ¿cómo habrán adquirido los conocimientos necesarios para poder realizarlas?, ¿cuánto de esto habrán aprendido formalmente y cuánto de su práctica laboral?

► Comparen sus resultados con los de otros equipos. Pregúntense si los conocimientos que se requieren para realizar estas actividades son predominantemente teóricos o prácticos. Pidan información de apoyo al profesor.

Con el ejercicio anterior, ustedes han llevado a cabo una exploración del campo profesional de la promoción de la salud. Adicionalmente, analizaron información que les permite comprender la naturaleza de los conocimientos necesarios para realizar las prácticas de promoción de la salud que identificaron.

Es posible que hayan encontrado que se requiere, especialmente, de conocimientos sobre diversas técnicas de comunicación y de educación, así como

las herramientas para identificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de algún tipo de enfermedad. También es probable que hayan detectado que, para algunas prácticas de promoción de la salud, hay que tener conocimientos acerca de los problemas psicosociales.

► Te invitamos a que hagas de manera individual una reflexión escrita en la que des cuenta de tus expectativas como promotor de la salud: ¿Te ves como promotor de la salud de la UACM?

## ■ MÁS PROMOTORES DE LA SALUD

Existen múltiples experiencias que los promotores de salud han ido aprendiendo en la práctica desde hace tiempo. Generalmente, estos promotores han adquirido un saber acerca de la promoción de la salud afín a las necesidades inmediatas de su grupo social. Es notable que el quehacer de estas personas esté marcado por dicha pertenencia, que les permite reconocer los problemas y, en muchos casos, encontrar formas particulares para resolverlos.

Tanto el trabajo de estos promotores como su formación son aspectos muy interesantes ya que, debido a la multiplicidad de problemas que buscan atender, se han visto obligados a aprender «un poco de todo». Su experiencia, pertinencia y conocimiento de los problemas que aquejan al grupo, les ha permitido hacer un trabajo que en muchas ocasiones ha aportado a la construcción de proyectos colectivos que se distinguen por una movilización social importante. En México son emblemáticos los casos de muchas experiencias de la sociedad civil y, de manera reciente, de los promotores de salud zapatistas, que se forman técnicamente en promoción de la salud. Pero, el carácter humanista que define al movimiento y su trabajo en torno a la autonomía, han permitido generar experiencias de promoción de la salud auténticas, asociadas a sus propias necesidades y diferentes de las formas convencionales de entender la práctica de promoción de la salud.

Te invitamos a reflexionar sobre este tipo de experiencias de promoción de salud a partir de los casos que te mostramos a continuación: el proyecto Construyendo Puentes<sup>24</sup> y la entrevista a dos promotoras centroamericanas apoyadas por PH Movement.<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Tomado y adaptado de: <<http://www.procosi.org.bo/index.php?mc=77&cod=17>>. [Fecha de consulta: 23 de octubre, 2008].

<sup>25</sup> Tomado y adaptado de: <<http://www.phmovement.org/cms/es/node/555>>. [Fecha de consulta: 10 de noviembre, 2008].

## CONSTRUYENDO PUENTES ENTRE LA COMUNIDAD Y LOS SERVICIOS DE SALUD

El proyecto «Construyendo puentes entre la comunidad y los servicios de salud» busca profundizar el proceso de construcción de capacidades básicas entre mujeres aymaras y quechuas de los municipios Calamarca y Morochata, para acercarse a las comunidades y a los servicios de salud, con miras a reducir la mortalidad materna e infantil, disminuir la desnutrición y propiciar mejores condiciones de existencia para todos.

Es un proyecto educativo en salud sexual y reproductiva (SSR) basado en la estrategia Warmi, diseñada por ONG de la Red Procosi y posteriormente mejorada por la Organización Manuela Ramos del Perú, con un fuerte componente de género y empoderamiento de mujeres. Por medio de un concurso, con el que las Organizaciones Comunitarias de Base de Mujeres (OCM) existentes dramatizan un problema de salud sexual y reproductiva y la vida de las mujeres en su comunidad, se selecciona a una OCM por cada sector de salud. Es decir, que por cada 400 a 800 mujeres en edad fértil (MEF) se selecciona a una OCM.

La OCM realiza un auto diagnóstico sobre todos los problemas de SSR que conocen y sufren, priorizan un problema de SSR que ellas quieren mejorar (mortalidad maternal, fecundidad, como vivir sin violencia, infecciones de transmisión sexual, embarazo en adolescentes, etc.) y luego elaboran un proyecto educativo para cubrir las áreas de desconocimiento y que beneficie a la mayoría de las mujeres del sector. Después seleccionan a algunas mujeres de las comunidades como promotoras, las cuales reciben entrenamiento en el tema que ellas han priorizado y posteriormente en todos los módulos de SSR (siete en total).

Cada promotora a su vez entrena hasta 30 MEF en aspectos de género y fisiología; infecciones de transmisión sexual; cuidados en el embarazo, parto y puerperio; anticoncepción; violencia y autoestima. Todas las sesiones (en total 23) incluyen un fuerte componente de empoderamiento y negociación para apoyarlas a negociar con autoridades municipales y de salud sobre la calidad y la atención de salud que ellas quieren. Una vez concluidas las sesiones educativas en SSR, se añade un módulo específico de cuidados esenciales al niño menor de cinco años. Posteriormente el proceso se repite con varones en la comunidad.

En la segunda fase se espera consolidar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, ampliar los procesos educativos a varones, incorporar un componente de estimulación temprana para los niños menores de dos años y el desarrollo de capacidades de las mujeres para producir artesanías, y con ello tener una fuente de ingresos. Además se desarrollarán capacidades de las presidentas de las OCM y de las promotoras, para realizar acciones de promoción y defensa pública sobre problemas de SSR con las autoridades de salud, con quienes negociarán una agenda y firmarán planes de acción conjuntos.

Las intervenciones del proyecto benefician a una población general de 13,338 habitantes del municipio de Calamarca del departamento de La Paz y 18,967 habitantes del municipio de Morchata del departamento de Cochabamba, de las cuales 3,400 mujeres y 1,700 varones en edad fértil, reciben beneficio directo en talleres educativos en salud sexual y reproductiva así como cuidados esenciales del recién nacido.

Asimismo, se beneficiarán directamente con cuidados esenciales 3,106 niños menores de cinco años y 1,057 niños menores de dos años con estimulación temprana y promoción del crecimiento. Por otra parte, 12 organizaciones de mujeres serán capacitadas en liderazgo y negociación, y ejecutarán proyectos integrales con los servicios locales de salud. Cuatrocientas cincuenta mujeres de estas 12 organizaciones serán fortalecidas en sus capacidades de producción artesanal para la generación de ingresos.

#### Avances

- Ejecución de 12 proyectos comunitarios que vienen reforzando la capacitación de 3,400 mujeres y capacitación en 4 módulos de salud sexual y reproductiva y sobre prevención de violencia a 1,700 varones.
- Estudio etnohistórico para recoger las vivencias, historias y prácticas artesanales, para elaborar propuestas de mejoramiento de productos y ofrecerlos al mercado nacional e internacional.
- Convocatoria a presidentas de organizaciones comunales de mujeres para la formación del Comité de Defensoras de derechos sexuales y reproductivos de las comunidades de Calamarca (La Paz) y Morochata (Cochabamba).
- Convocatoria a promotoras para la formación de Redes de Promotoras en salud sexual y reproductiva de Calamarca y Morochata.

#### Indicadores

- Servicios de salud adecúan prácticas en atención del parto y atienden en horarios definidos por las mujeres.
- Mujeres deciden por sí mismas cuándo acudir al servicio de salud y deciden cuántos hijos tener.
- Mujeres y varones conocen su anatomía y fisiología, e identifican cambios y riesgos en su salud sexual y reproductiva y en la salud de sus hijos menores de cinco años.
- Organizaciones de mujeres realizan negociaciones con las autoridades y participan en espacios de decisión en su comunidad.
- Organizaciones de mujeres irrumpen en el mercado nacional e internacional con artesanías de calidad.

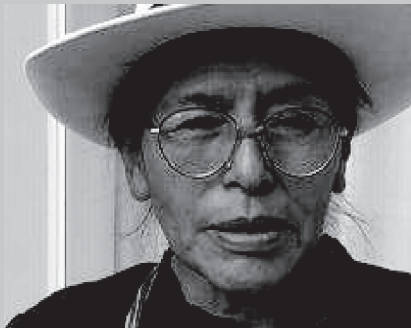
**Financiadores:** Corporación Andina de Fomento CAF.

**ONG participantes:** Project Concern International (PCI) y Fundación Cultural Quipus (Quipus)

**TESTIMONIOS DE PH MOVEMENT:  
PLATICANDO CON DOS PROMOTORAS DE LA SALUD**

Nuestras entrevistadas son Etelvina y Clotilde. Etelvina nació hace 20 años, allá en Centroamérica, en la comunidad de San Miguel, departamento de San Marcos en Guatemala. Etelvina asegura que sus orígenes mayas le dan fuerza y sabiduría. En cambio, Clotilde nació por acá no más, no sabemos hace cuánto tiempo, nació ahí cerca de los cuatro mil metros de altura, en los altos de La Paz, al occidente de Bolivia. Ella, por su parte, se siente orgullosa de ser aymara.

Dos mujeres diferentes, pero iguales, con una causa en común, las dos son luchadoras, defensoras incansables de la salud y la vida de sus comunidades, las dos son promotoras de salud. Quitándoles un poco de su tiempo, mientras preparaban sus cosas para regresar a sus respectivas comunidades, después de haber participado en el Encuentro Latinoamericano de Lideresas, desarrollado en Cuenca, Ecuador entre el 26 de marzo y el 1 de abril, conversamos con ellas. Iniciamos preguntando:



*Clotilde. La Paz, Bolivia*



*Etelvina. San Miguel, Guatemala*

■ **¿Quién puede decir algo sobre salud?** «Yo puedo decir algo sobre salud», contestaron las dos al mismo tiempo. Bueno entonces díganos algo. Y fue Clotilde la que empezó el diálogo.

**CLOTILDE:** Bueno... yo vengo de Bolivia, soy de la comunidad aymara Santiago Sorasora, del departamento de La Paz, se encuentra en el occidente, de Bolivia. Yo puedo decir algo sobre salud: soy promotora de salud en mi comunidad. Allá nosotros hablamos sobre salud para prevenir las enfermedades de los mayores como también para los niños. Cuando nosotros hablamos de salud, estamos hablando de nuestros alimentos, de nuestra forma de relacionarnos con la tierra, entre nosotros no debemos estar peleados, todos debemos estar felices, el agua

tiene que estar contenta, ahí estamos hablando de salud. También hablamos sobre recién nacido, sobre la lactancia inicial, y también para que hagan amamantar hasta los 6 meses día y noche. A partir de los 6 meses pueden dar poco a poco la comida, comida fina, más espesa, con vitaminas, y después de eso pueden seguir haciendo amamantar hasta los 2 años.

■ **¿Y usted... qué dice?** Preguntamos a Etelvina que se sonreía, mientras se arreglaba el pelo.

**ETELVINA:** Bueno, yo vengo de mi comunidad San Miguel, departamento de San Marcos en Guatemala, yo soy promotora de salud de mi comunidad. En nuestra comunidad han sucedido muchos casos de enfermedad como diarrea, fiebres... le da más a los niños y recién nacidos, y eso pasa en nuestra comunidad por la contaminación de la mina, por la contaminación del ambiente, no sólo de las personas sino también de los animales y las plantas, es que se ha contaminado el agua, todo, todo...

■ **¿Cómo hacen su trabajo?** ¿Tienen un consultorio, o algo así? Las dos mujeres sueltan una gran carcajada, y dicen:

**ETELVINA:** Nosotros sólo reunimos en nuestra comunidad, cada mes hacemos una reunión, somos bastantes promotoras de salud, citamos a la gente que llega en nuestra comunidad, para platicarles, darles una charla, ahí conversamos sobre nuestras cosas, de los problemas que hay, cómo están nuestros niños, también planificamos nuestras cosas alegres y nuestra lucha.

**CLOTILDE:** Nosotros visitamos casa por casa, está contadito las señoras que tienen niños pequeños, por lo menos hasta los 5 años visitamos a cada casa. Visitamos siempre llevando algunos afiches (carteles) para explicar las buenas prácticas que pueden hacer ellas. Nosotros hablamos aymara, nosotros capacitamos por nuestro propio idioma para que la gente entienda mejor. Todas o todos los promotores que existen en las comunidades yo creo que hacen lo mismo que yo hago. Nosotros atendemos también partos, somos parteros o parteras. A la señora que está esperando familia también le damos consejos para que se alimente bien, para que nazca el hijo mejor, mejor alimentado, y también que vaya, pues, a un centro de salud, para que se haga revisar, pues puede haber peligro, puede haber también hemorragia al rato que puede dar a luz...

■ **¿O sea que las promotoras de salud previenen las enfermedades, pero no curan?**

**CLOTILDE:** Nosotros hablamos de vida, armonía, de estar bien con uno mismo, de estar bien con la tierra... Tenemos también nuestras medicinas tradicionales que puede curar tos, puede curar hasta neumonía, diarrea... también preparamos nuestras pomadas. Las pomadas se preparan de las hierbas y con el cebo de la llama, que es mucho más mejor que los medicamentos que venden en las farmacias. Y esta pomada hasta puede curar reumatismo.

**ETELVINA:** Nosotros usamos plantas medicinales, recolectamos y secamos, después ahí embolsamos. Con esa medicina la gente sí se ha curado.

■ **Las medicinas y las pomadas que ustedes preparan, ¿las venden o distribuyen, cómo hacen?**

**CLOTILDE:** No, cada familia sabe, nosotros no hacemos ningún negocio ni nada sobre estas medicinas tradicionales, entonces cada persona ya sabe, nosotros sabemos desde nuestros ancestros, a nosotros nos han pasado de generación en generación nuestros ancestros, eso no debemos olvidar... por eso sabemos nosotros, es mejor, más limpio la medicina tradicional para nosotros, sólo que un poco hay que esperar más tiempo para que cure bien, porque esa medicina no es concentrado como la medicina fabricada.

■ **¿Qué dice la gente de sus comunidades sobre el trabajo que ustedes hacen?**

**ETELVINA:** La gente está contenta, la gente escucha la charla que nosotros hacemos, la gente está agradecido porque no hay quien los ayuda, y si hay casos pasa en sus casas o con sus familiares, y luego nos invita y nos llama y vamos a ver casos en sus casas a ver qué ha pasado. Nos invitan a ver qué ha pasado con su familia, qué es lo que tiene, si es que la familia está grave nosotros los retiramos a ir a un hospital o algo así.

Una voz interrumpió nuestra conversación, Clotilde debía presentar en ese momento una charla sobre salud y minería. Nos despedimos con la promesa de seguir contándonos cosas.

Cuando pensamos en un campo de conocimiento como la literatura, uno puede imaginar rápidamente al escritor frente a una máquina de escribir o computadora, rodeado de libros, un escritorio, tal vez un par de notas y lápices, herramientas en su campo de acción profesional. ¿Y cuando pensamos en un promotor de la salud?

► Pregúntate: ¿Cómo te lo imaginas?, ¿cómo va vestido?, ¿qué tiene en las manos?, ¿cuáles son sus herramientas de trabajo?, ¿qué lleva en su mochila?, ¿qué saca de ahí cuando necesita promover la salud?

## ■ EN QUÉ ESTÁN TRABAJANDO LOS PROMOTORES DE LA SALUD DE LA UACM

Los promotores de salud de la UACM se han integrado a espacios laborales diversos en su propio campo, por ejemplo, en las Direcciones de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y en la del Distrito Federal; en el Área de Desarrollo Social de las Delegaciones Políticas; en asociaciones civiles e instituciones de asistencia privada (IAPS) que se ocupan de temas diversos como violencia, salud sexual y reproductiva, nutrición, atención a niños y a adultos mayores, fomento de la vivienda y organizaciones de mujeres. También han sido contratados en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Te presentamos dos testimonios de compañeras que ahora son Licenciadas en Promoción de la Salud por la UACM y que actualmente trabajan en distintas organizaciones. Ambos testimonios han sido adaptados para su incorporación en este libro:

Durante la carrera de Promoción de la Salud, comencé a identificar las acciones de promoción de la salud enfocadas a aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, que tienen que ver con la mirada «médico hegemónica». En varios cursos de la licenciatura, conocí otras experiencias que contribuyen a mejorar ciertas condiciones de salud en el ámbito comunitario.

Mi interés por analizar acciones de promoción, distintas a las médicas, surgió a partir de conocer el trabajo impulsado por Servicios para el Desarrollo A.C. (SEDAC), pues esta organización plantea acciones conjuntas con —y entre— comunidades, buscando satisfacer ciertas necesidades que contribuyan a mejorar algunas condiciones de vida de sus habitantes, a través de la elaboración y gestión de proyectos y recursos ante instituciones públicas o privadas. Al llegar al municipio de Ixmiquilpan, Hidalgo, lugar

donde se encuentran las oficinas de SEDAC, vi el trabajo que han hecho y siguen haciendo en muchas comunidades del Valle del Mezquital.

Conocer estos proyectos me inquietó mucho, en el sentido de cuestionarme y reflexionar sobre mi quehacer como promotora de la salud: ¿De qué manera se puede hacer promoción de la salud?, ¿cuál es el trabajo de la promoción de la salud en comunidades?, ¿qué puede hacer o cuál sería la tarea de un promotor de la salud?

A partir de la práctica en la comunidad, pude ver que la salud no sólo tiene que ir encaminada a acciones relacionadas con la enfermedad (sector salud); sino que existen necesidades que determinan el bienestar de las personas. Por ello, la salud se concibe de manera integral y no necesariamente como lo opuesto a la enfermedad.

La salud es, pues, el proceso mediante el cual las personas buscan satisfacer o cubrir sus necesidades y, a la vez, les permite desarrollar sus capacidades de pensar, decidir, actuar, hacer, organizarse, imaginar y sentir, desde su entorno social, económico, político y cultural.<sup>26</sup>

En seguida te presentamos el segundo testimonio:

A mediados del año 2006 llegué al Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) y me presenté como una egresada de la Licenciatura en Promoción de la Salud. Dije que podía trabajar con grupos llevando a cabo talleres aun cuando no tenía experiencia, pero que quería aprender. Me quedé ahí haciendo un voluntariado y, cuando tuviera oportunidad, me integraría a un proyecto sobre violencia en el noviazgo. Más tarde me integré al equipo de evaluadores de un proyecto en el estado de Hidalgo en la misma asociación.

IMIFAP trabaja con un modelo basado en habilidades para la vida, motivo por el cual el Área de Investigación también lo hacía, así que la coordinadora de esa área decidió capacitar a todos los evaluadores que iríamos a Hidalgo a aplicar cuestionarios a niñas, niños, hombres y mujeres que participaban en el programa. Fue entonces que empecé con una capacitación en habilidades para la vida por medio de talleres vivenciales. En este espacio intercambié puntos de vista, cosas en común y visiones diferentes en torno a cómo entender el trabajo que cada profesionista hacía. Me encontré interactuando, compartiendo y conviviendo con psicólogas, pedagogas,

---

<sup>26</sup> Fragmentos tomados y adaptados libremente por los autores, de la presentación original de los productos que conforman el trabajo recepcional de Yedid Alejandra Galván Martínez, septiembre, 2010.

comunicólogas, sociólogas; más o menos todas habíamos egresado recientemente de nuestras carreras y también había quienes ya llevaban un tiempo haciendo trabajo de campo en esta institución. En el IMIFAP participé en dos talleres de formación en habilidades para la vida y, para capacitarme como facilitadora.

A principios de 2007, la coordinadora del Área de Investigación y Evaluación me comentó que estaba muy a gusto con mi desempeño profesional y me invitó a incorporarme a su equipo de trabajo. Yo acepté porque me dije: «Es un espacio en donde seguro tengo que aprender algo». Ya dentro del área se me comentó que tenía que hacer trabajo de oficina y que también haría salidas a los diferentes lugares para aplicar los instrumentos de evaluación. Las evaluaciones de los proyectos me permitieron conocer a niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres de los estados de Hidalgo, Puebla, Michoacán, Monterrey y Sonora, donde apliqué cuestionarios en grupos masivos, hice entrevistas individuales y participé en algunos grupos focales.

A principios de octubre de 2007 concluí el Diplomado en Promoción de la Salud impartido por la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco (UAM-Xochimilco). A mediados del año 2008 tomé un taller sobre Sistematización de Experiencias Educativas en la UACM, impartido por el Programa Galatea, el cual me permitió generar un nuevo proyecto que fue el hacer mi primer viaje fuera del país. Y viajé a Cuba: compartí y conocí otras miradas que me permitían seguir con mis aprendizajes. Hasta este momento tenía claro que lo que había aprendido en la carrera sólo era una parte de lo que tendría que seguir aprendiendo en mi vida personal y profesional.

En noviembre del mismo año, visité algunos centros comunitarios para saber qué actividades impartían y si la promotora de la salud tenía cabida en este tipo de espacios. En un centro comunitario me puse en contacto con la directora de Artistas por la Calle, A.C. Colaboré en el programa de Conversión Social 2008: «Educar para la inclusión, la equidad y la creatividad», en el estado de Querétaro. Fue entonces cuando comenzó una nueva aventura de aprendizaje para mí: se me pidió armar un taller sobre equidad de género y aplicarlo en 14 instancias infantiles. Yo era la responsable de dar los talleres, de capacitar a las mujeres y de aplicar un instrumento de evaluación al finalizar el proyecto.

Al concluir con este proyecto, la intégre como facilitadora del equipo de trabajo del «Programa de Apoyo a las y los Jóvenes de Educación Media Superior para el Desarrollo de su Proyecto de Vida y la Prevención en Situaciones de Riesgo: Construye-T».

Al mismo tiempo tenía claridad de continuar con mi formación, así que en la primavera del 2009 tomé un taller sobre el tema de la participación educativa impartido por el Programa Galatea de la UACM, y en el invierno del mismo año tomé otro taller sobre el tema de la participación infantil y juvenil en Altramuz A.C. (consultoría en democracia, educación y ciudadanía). A finales del mismo año también participé en el taller métodos Activos de Enseñanza, impartido en la Universidad Autónoma Chapingo.

Me titulé como Licenciada en Promoción de la Salud con el trabajo recepcional: «Experiencias de Participación y Promoción de la Salud en el Programa Construy-T». Actualmente trabajo en Komumúntas, S.C., en el proyecto «Rehabilitación de Barrios», en el municipio de Apizaco del estado de Tlaxcala. Es así que continúo reescribiendo mi historia como promotora de la salud...<sup>27</sup>

## ■ QUÉ PASA EN EL SERVICIO SOCIAL DE UN PROMOTOR DE LA UACM

Además de la posibilidad de realizar prácticas profesionales durante la licenciatura, el servicio social es un espacio que permite vincularse al ámbito laboral.

El servicio social es resultado de la lucha por la autonomía de la educación superior en nuestro país: en 1929 el movimiento por la autonomía universitaria propuso que el servicio social fuera obligatorio para los estudiantes universitarios, y requisito indispensable para obtener el título profesional.<sup>28</sup>

Desde este periodo hasta nuestros días, el servicio social se ha redefinido a partir dos núcleos centrales: como retribución social y como expresión de solidaridad.

Alfonso Caso señalaba que una universidad sustentada en gran parte con dinero del pueblo, no debe ni puede crear profesionales para el sólo provecho de los individuos que reciben esta educación. Impartir la cultura con fondos del Estado sólo

---

<sup>27</sup> Fragmentos tomados y adaptados libremente por los autores, del testimonio escrito por Beatriz Noriega Luciano, Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM, septiembre, 2011.

<sup>28</sup> Con una duración de cinco meses y una beca de noventa pesos mensuales, los pasantes de Medicina de la UNAM, que en 1936 culminaron su carrera, fueron los primeros conminados por el Dr. Gustavo Baz para realizar el servicio social, en una acción coordinada con el Gobierno Federal de Lázaro Cárdenas y con recursos del Departamento de Salubridad Pública. En 1937 se iniciaron las primeras brigadas multidisciplinarias en apoyo de las pequeñas comunidades, integradas por pasantes de Medicina, Biología, Odontología, Veterinaria, Ingeniería, Arquitectura, Derecho y Química. En 1938, estudiantes de Ciencias Químicas prestaron servicio social en apoyo a la nacionalización de la industria petrolera, así como a la reforma económica y social que da origen a los ejidos y que fue fortalecida con la presencia de servicios médicos en las zonas ejidales atendidas por pasantes. Sin una legislación en la materia, en ese tiempo el servicio social se realiza como producto de una alta solidaridad y reciprocidad social de los estudiantes y maestros respecto a lo que reciben del Estado y la sociedad, en el intenso momento de construcción social y de limitaciones económicas. La reforma del artículo 5° constitucional en 1942, que obliga a los servicios profesionales de carácter social como estrategia nacional para el desarrollo comunitario, es un importante antecedente para que en mayo de 1945 se publique en el Diario Oficial, la Ley Reglamentaria de los artículos 4° y 5° constitucional, relativos al ejercicio profesional; y que en octubre del mismo año se expida el Reglamento de esta Ley. A partir de entonces, el servicio social adquiere obligatoriedad constitucional para estudiantes y profesionistas. Consultado en: <[http:// www.siss.uabc.mx/frames/historia.php](http://www.siss.uabc.mx/frames/historia.php)>. [Fecha de consulta: marzo, 2010].

puede justificarse si el profesional va a devolver más tarde, en forma de acción social, los beneficios que recibió por medio de su cultura.<sup>29</sup>

Actualmente, el servicio social es una obligación para todos los universitarios del país, sustentada en los principios que le dieron origen. Te presentamos algunos proyectos en los que estudiantes de Promoción de la Salud han participado.

Los estudiantes han practicado su servicio social en instituciones gubernamentales como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Nutrición, el Instituto de las Mujeres o el Gobierno del Distrito Federal; en universidades públicas como la UACM o la Universidad Autónoma del Estado de México y en organizaciones de la sociedad civil.

Dentro de las instituciones, los prestadores han realizado actividades de planeación, diseño y evaluación de programas de prevención, han identificado riesgos en la salud para programas específicos, han diseñado guiones para campañas contra algunas enfermedades, han participado en el programa Espacios Universitarios Libres de Humo de Tabaco y han desarrollado contenidos temáticos de unidades de aprendizaje para la Licenciatura en Educación para la Salud.

En la UACM, los estudiantes han participado en cursos, talleres y en la Feria de la Salud, en actividades de prevención, educación e información. Han trabajado, por ejemplo, en el Programa de Enlace Comunitario, haciendo entrevistas a habitantes de los pueblos de Iztapalapa, presentando ponencias en el Congreso sobre Memoria Histórica y colaborado en la realización de una página electrónica de difusión para una organización de traductores de lenguas indígenas. En el *Programa Ponte Pila con las Pilas* han participado en pláticas y exposiciones sobre este tema, así como en el acopio, traslado y clasificación de las pilas.

En el marco de la vida colegiada de nuestra universidad han realizado su servicio social en los órganos de gobierno como el Consejo Universitario, los Consejos de Plantel y el Consejo General Interno, trabajando en la concreción de convenios y en la toma de decisiones para la solución de problemas de estudiantes universitarios.

Como puedes ver, en las actividades registradas principalmente en instituciones, la promoción de la salud se practica desde una perspectiva preventivista (por ejemplo, campañas contra todo tipo de enfermedades, trípticos de información sobre riesgos); sin embargo, en las actividades universitarias los estudiantes han participado desde perspectivas más amplias, como la vinculación con organizaciones de pueblos originarios o pueblos indígenas con necesidades de traducción y asesoría jurídica.

Las necesidades sociales que los estudiantes identificaron durante su servicio social —y a las que buscaron dar respuesta con sus prácticas— fueron, entre otras, la desigualdad, la pobreza, el ejercicio de derechos en los pueblos originarios, los

---

<sup>29</sup> Tomado de: <<http://ensayos/La-Historia-Del-Servicio-Social-En/1441565.html>>. [Fecha de consulta: marzo, 2011].

problemas de violencia institucional en los servicios de salud, la defensa jurídica, el involucramiento en políticas, la violencia de género y la identidad de los pueblos. Esto les ha permitido apropiarse de otros significados, distintos a los dominantes, en relación con su práctica.<sup>30</sup>

En la UACM, el abanico de posibilidades para practicar el servicio social es tan amplio como el campo mismo, desde los espacios más institucionales como la Secretaría de Salud, hasta las organizaciones de la sociedad civil, en el DF y en todos los estados de la república, pasando por muchas otras instancias dentro de la misma universidad que necesitan de pasantes comprometidos, con un mirada crítica y responsable hacia las necesidades sociales.

Esperamos que las reflexiones que hasta ahora has hecho en los diferentes apartados de este capítulo te hayan permitido distinguir algunos rasgos posibles de tu identidad como promotor de la salud de esta universidad. Te invitamos a trabajar en el siguiente capítulo las diferentes perspectivas de la Promoción de la Salud.

---

<sup>30</sup> Tomado de: *Evaluación de la Licenciatura de Promoción de la Salud. Dimensión de Apropiación*. UACM, julio 2009. Equipo de trabajo: Andrea Angulo Menassé, José Luis Fernández Silva, David García Cárdenas, Martha Aline Gómez Pananá, Lourdes Guzmán Pizarro, Janik Amarela Varela Huerta.



## **2. DIFERENTES MIRADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**



## 2A. LA NOCIÓN DE SALUD COMO PIEDRA ANGULAR DE LA DIVERSIDAD

### ■ ALGUNAS REFERENCIAS DEL DEBATE EN TORNO A LA DEFINICIÓN DE CULTURA

Con el surgimiento de la antropología en el siglo XIX, se discute ampliamente la noción de cultura desde diferentes teorías de la historia. Casi en paralelo, la denominada filosofía de la cultura reflexiona también acerca del significado del concepto *cultura*. Actualmente conviven múltiples definiciones, tanto en el medio académico como en el uso cotidiano que hacemos del vocablo.<sup>31</sup> El origen del término cultura puede rastrearse a la antigua expresión latina *cultura animi* que significa el *cultivo para el alma*.

Se pueden identificar teorías que marcan el debate cuando hablamos de cultura.<sup>32</sup> Por un lado la tradición alemana de la teoría de la cultura que se ocupó de *Kultur*, entendida como las «producciones del espíritu», como, las construcciones científicas, las obras de arte, las creencias religiosas o los discursos filosóficos.

Y por otro lado la tradición francesa, que a partir de la idea de civilización enfatizó el aspecto formativo de la cultura con el interés puesto en el progreso de la humanidad. La versión ilustrada de la cultura (la civilización) pretendía:

Resistir las tradiciones culturales con sus supersticiones, prejuicios irracionales [...] el nuevo sustantivo asimilaba las nociones relacionadas de refinamiento y progreso intelectual.<sup>33</sup>

Para hacer frente a todos aquellos aspectos que entorpecieran el progreso humano se debía «instruir, educar, cultivar» al hombre. La educación permitía con contundencia suprimir la animalidad en el hombre.

---

<sup>31</sup> Es hasta 1950 que se acepta que la cultura sea un objeto susceptible de estudio y se reconoce a los antropólogos como los especialistas en esta materia.

<sup>32</sup> «La idea de cultura implica dos concepciones complementarias: una considera objetivamente a la cultura como el conjunto de las obras, realizaciones, instituciones que determinan la originalidad y la autenticidad de la vida de un grupo humano. [...] La otra concepción se orienta hacia la acción psicológica y espiritual que estas obras, realizaciones e instituciones ejercen sobre el grupo humano como ser colectivo y sobre el hombre, considerado no tanto como individuo sino como expresión de la finalidad de la idea de cultura. La primera concepción remite a *Kultur* (cultura objetiva) mientras la segunda a *Bildung* (cultura subjetiva) —ésta, el tema de la ilustración y el romanticismo, y en particular, según Hegel, el tema propio de la cultura y la filosofía alemana». En: Mario Teodoro Ramírez. *Ilustración y cultura. Kant y Hegel: dos modelos del concepto de cultura en la filosofía moderna*. Consultado en: <[www.lidiogenes.buap.mx/revistas/14/168.pdf](http://www.lidiogenes.buap.mx/revistas/14/168.pdf)>.

<sup>33</sup> Adam Kuper, *Cultura, la versión de los antropólogos*. p. 40.

En este recorrido histórico, otra de las tradiciones teóricas que fue determinante en la —aún inacabada— definición de cultura fue el darwinismo. A partir de éste despinata, de forma particular, el debate acerca de la oposición entre naturaleza y cultura.

En relación con lo que ocurría con el debate entre la cultura y la biología a fines del siglo XIX, y que influyó en la antropología americana, dice Adam Kuper:

Franz Boas, un estudiante de Virchow y Bastian [...] defendía que era la cultura la que nos hacía como somos, no la biología. Es decir, nos convertimos en lo que somos al crecer en un escenario cultural determinado, no nacemos así. La raza, como también el sexo o la edad son construcciones culturales, no condiciones naturales inmutables.<sup>34</sup>

En el siglo xx se ha puesto especial interés en las aportaciones de escuelas de pensamiento como el estructuralismo, o disciplinas como la lingüística, para nutrir el debate relacionado con la cultura:

Por otro lado, algunas instituciones como la UNESCO dicen acerca de la cultura:

[...] que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.<sup>35</sup>

En seguida, te presentamos algunas frases relacionadas con la definición de cultura que pueden resultarte familiares y que, por otro lado, reflejan ciertos rasgos relevantes de la discusión. Te recordamos que, más que una lista acabada de definiciones, te proponemos con ésta explorar la riqueza de matices que tiene la noción de cultura. No pretendemos que escojas un único significado, sino que puedas reconocer diferentes ideas asociadas a este término que te ayuden en tu incorporación al campo de la promoción de la salud.

---

<sup>34</sup> Kuper, *op. cit.*, p. 32.

<sup>35</sup> *Declaración de México sobre las políticas culturales. Conferencia mundial sobre las políticas culturales.* México, D.F., 26 de julio - 6 de agosto de 1982. UNESCO. Disponible en: <[http://portal.unesco.org/culture/es/files/35197/11919413801mexico\\_sp.pdf/mexico\\_sp.pdf](http://portal.unesco.org/culture/es/files/35197/11919413801mexico_sp.pdf/mexico_sp.pdf)>

## DEFINICIONES DE CULTURA

	La cultura representa el mundo del arte y la religión.	
La cultura incluye todas las características y los intereses de un pueblo.		La cultura está marcada por la diversidad de los pueblos.
	La cultura es la forma de diferenciación de una sociedad respecto a otra.	
La cultura refiere a los conocimientos, las creencias, las costumbres, las normas y los valores que comparten los miembros de cierto grupo social.		La cultura puede comprenderse en oposición a la biología; es por medio de la cultura que nos distinguimos de los demás animales.
	La cultura se transmite, se aprende y se adquiere, no se hereda en términos biológicos.	
<i>Todo es cultura.</i> La frase alude a un concepto de cultura como totalidad que contrasta con uno de cultura como diversidad.		La cultura puede interpretarse; no explicarse, pues no hay leyes generales de la cultura.
	La cultura es un discurso simbólico y colectivo parecido al lenguaje.	
La cultura son las formas específicas de vida.		Los seres humanos somos portadores, productores y actores de la cultura.
	Se habla de cultura para referirse a las bellas artes.	

La cultura es la respuesta creativa, diversa, y eficiente que los humanos dan a lo que la naturaleza les impone, como son las condiciones del entorno y las necesidades biológicas humanas. Esta «respuesta», o serie de respuestas, es el conjunto de prácticas que los seres humanos han inventado, creado o aprendido. Estas prácticas pueden transmitirse de generación en generación, y requieren de la utilización de objetos que los seres humanos han creado para tal fin.

La cultura propia de una sociedad satisface de manera particular y original las necesidades vitales de los miembros de ésta.

En la siguiente sección hablaremos más acerca de la relación cultura-naturaleza de la mano de un escritor, José Saramago, y de filósofos como Dilthey y Savater; y atenderemos a las nociones de *paradigma* y *cosmovisión* que están ligadas a la noción de cultura.

## ■ LA VENTANA DEL ALMA

En cada contexto cultural y social se enfatiza y se da valor a ciertos hechos sobre otros; tan es así, que algunos fenómenos pueden ser invisibles a nuestros ojos si no pertenecemos al contexto cultural donde se producen. Una explicación posible a esto consiste en que el conocimiento es una construcción social.

En esta sección incluimos algunos ejercicios que te permitirán comprender cómo los seres humanos, al interactuar con el mundo, asignamos significados y construimos conocimiento. Iniciaremos refiriéndonos a nuestra condición biológica, que es la que posibilita el conocimiento. En un segundo momento abordaremos cómo, desde nuestra dimensión social y simbólica, este conocimiento se produce, se transmite, se enriquece y cambia.

La biología determina nuestra percepción del mundo: nos relacionamos con la realidad a partir de las posibilidades biológicas que tenemos como especie. En la película *La ventana del alma*,<sup>36</sup> José Saramago<sup>37</sup> nos habla sobre las maneras que tenemos los seres vivos de mirar la realidad. Los halcones, por ejemplo, tienen una vista privilegiada si la comparamos con la percepción visual con la que contamos los humanos. Las águilas y los halcones tienen tal habilidad para ver, que pueden percibir la piel humana como si estuviese en la lente de un microscopio. Si los humanos tuviésemos ese tipo de vista, nuestra apreciación del mundo sería totalmente diferente. Si Romeo hubiera tenido vista de águila, dice Saramago, no se hubiera enamorado nunca de Julieta, pues la mirada tan detallada de su piel le habría producido más que fascinación, repugnancia.

<sup>36</sup> João Jardim, (director), *Janela da Alma* (*La ventana del alma*, título en español). Producción: Brasil, 2001.

<sup>37</sup> Saramago, autor de la novela *Ensayo sobre la ceguera*, obtuvo el Premio Nobel de literatura en 1998.

Y, ¿quién tiene razón sobre cómo es la realidad en sí, los halcones o los humanos? ¿Quién mira la realidad tal cual es? Ésta es una discusión muy vieja y muy controvertida. Lo que podemos mirar, tanto los seres humanos como las demás especies, es siempre una selección del mundo, ya que estamos limitados por nuestras posibilidades biológicas. De manera paralela, la pertenencia, como seres humanos, a un sistema cultural y simbólico nos posibilita resaltar y priorizar unas cosas sobre las otras.

Fernando Savater concluye al respecto: «El ser humano cuenta con una programación básica —biológica— en cuanto a ser vivo; pero debe auto programarse como humano. A diferencia de otros vivientes, el hombre no está programado totalmente por los instintos, e incluso juega constantemente contra ellos por medio de su "contra programación simbólica"». <sup>38</sup> Esta dimensión simbólica del ser humano posibilita la cultura y se relaciona con un conjunto de circunstancias materiales que la condicionan.

► En la primera columna de la siguiente tabla, menciona tres hechos humanos que consideres producto de la dimensión biológica. En la segunda columna, describe esas actividades humanas desde la dimensión simbólica cultural. Hemos puesto un ejemplo:

NÚM.	DIMENSIÓN BIOLÓGICA	DIMENSIÓN SIMBÓLICA CULTURAL
1	<i>Comer</i>	Ingerir alimentos elaborados con ciertos ingredientes, a una hora específica, en una mesa con la familia, mientras se platica sobre lo que ocurrió durante el día.
2		
3		
4		

<sup>38</sup> Fernando Savater, *El valor de elegir. Antropología de la libertad*. México, Editorial Ariel, 2003, p. 21.

Como seres culturales, los habitantes de este planeta hemos encontrado otras formas de conocer y explicarnos la realidad; por ejemplo, por medio de experimentos, siguiendo una serie de pasos metódicos que nos permitan controlar ciertas variables para conocer cuáles son las causas de ciertos efectos que ocurren en la naturaleza.

Es así que, mediante la experimentación con ciertos eventos, y al medir, pesar, cuantificar, observar y sistematizar estos procesos con instrumentos y herramientas muy precisas, podemos comprender y explicarnos parte de la realidad a partir de sus leyes, causas y efectos.

Si se siembra un frijol en un frasco, lo más probable es que crezca una planta. Los pasos a seguir siempre son los mismos; si se hacen con cuidado, el resultado será siempre una planta de frijoles. Ésta es la manera que tienen los maestros en la primaria de demostrarnos que la realidad responde a las leyes de la naturaleza: las plantas crecen, se reproducen y mueren. Los fenómenos de la realidad, como el crecimiento y desarrollo de una semilla en planta, es siempre repetible, comprobable y medible.

¿Será que los enigmas que nos plantea el mundo puedan comprenderse siempre a partir de la experimentación? ¿Son comprobables los hechos del acontecer humano? ¿Se repiten como el crecimiento de una planta? ¿Qué pasa con la cultura?

Desde algunas disciplinas de las ciencias sociales se propone que los humanos, aun cuando respondemos igual y tenemos características similares a otros mamíferos y a otros seres vivos, somos una especie de una complejidad especial, tal que requiere de otros medios y métodos para ser explicada.

► Piensa y escribe qué rama o conjunto de disciplinas científicas te servirían para estudiar el primer listado y cuáles para el segundo, por ejemplo:

NÚM.	DISCIPLINA O CAMPO DE CONOCIMIENTO PARA LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA	DISCIPLINA O CAMPO DE CONOCIMIENTO PARA LA DIMENSIÓN SIMBÓLICA CULTURAL
1	<i>Fisiología</i>	<i>Psicología</i>
2		
3		
4		

## ■ COSMOVISIÓN

En este apartado revisaremos las diversas formas en que los sujetos, en tanto representantes de un sistema cultural y económico, miran su realidad con una determinada «lente». A este cristal —hecho del conjunto de valores y significados aprendidos en un contexto— le llamaremos «cosmovisión» para los fines de este apartado.

La palabra cosmovisión es un concepto introducido por el filósofo Wilhelm Dilthey en su obra *Introducción a las Ciencias Humanas* y quiere decir «observar el mundo». Alude a la manera particular de cada sujeto individual y colectivo de mirar la realidad de acuerdo con la configuración personal que ha construido, como resultado de los principios de la sociedad y de la cultura en la que se ha formado, producido y reproducido.

En la constelación de creencias, valores y formas de proceder interiorizadas por los miembros de un grupo, los sujetos construyen y reproducen una cosmovisión. Marvin Harris<sup>39</sup> en su libro *Vacas, cerdos, guerras y brujas* nos narra diferentes situaciones en las que los seres humanos interpretamos de manera diferente hechos que parecen «iguales», pero que adquieren significados distintos en otros contextos culturales. ¿Cómo explicar que las vacas, en Occidente, son un medio para producir leche y para alimentarse de ellas, y en la India son sagradas y símbolo de lo divino?<sup>40</sup>

Los seres humanos tenemos la capacidad de simbolizar, de representar la realidad, de construir imágenes internas que grafican el mundo. Tenemos la posibilidad de abstraer y crear signos y símbolos que nos permiten *lenguajear*.<sup>41</sup> Crear palabras y significarlas, dotar de significado a las cosas con las que entramos en contacto es una posibilidad específica de nuestra especie.

Todo aquello de lo que nos rodeamos desde que nacemos está cargado de la significación que aprendemos de nuestro contexto, nuestra comunidad, nuestro país, nuestro idioma, nuestra familia. Paralelamente a este proceso, cada uno de nosotros le imprimimos un significado especial y único a cada cosa, de acuerdo con nuestras experiencias personales y necesidades individuales.

<sup>39</sup> Marvin Harris (1927-2001), antropólogo estadounidense, creador del materialismo cultural.

<sup>40</sup> Marvin Harris. *Vacas, cerdos, guerras y brujas*. *Antropología*. Madrid, Alianza Editorial, 1997.

<sup>41</sup> Humberto Maturana (Santiago de Chile, 1928). Licenciado en Biología, Universidad de Chile. Académico de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile. Ha trabajado en el área de ciencias biológicas. El desarrollo de sus ideas ha influido los campos de la educación, la comunicación, la ecología y la psicología, entre otras disciplinas.

Acuñó el término *lenguajear* y aclara que está constituido por la relación entre las emociones y el lenguaje. Esta concepción revierte el enfoque empirista clásico que ve al lenguaje como simple transmisión de información de un individuo a otro. La propuesta de Maturana tiene un significado racional. Para mayor información consúltese: <<http://docencia.med.uchile.cl/evolucion/textos/maturana1989.pdf>>

## ■ PARADIGMA

Encontrarás que a veces el concepto de cosmovisión se utiliza como sinónimo de paradigma, en este libro nos pareció pertinente señalar algunas diferencias. Mientras la cosmovisión es un concepto que alude a la construcción cultural y subjetiva del mundo, lo que aquí entenderemos como paradigma se referirá a un conjunto de teorías sistematizadas, organizadas y comprobadas que permiten explicar teóricamente ciertos problemas de la realidad científica y dar respuesta a preguntas de investigación.

Thomas Kuhn entiende el concepto de paradigma en dos sentidos: el primero, se refiere a un descubrimiento, considerado tan importante, que es capaz de atraer a un grupo de científicos que ejercen una actividad en competencia. El segundo, se entiende como un paso en el desarrollo científico con la capacidad de dar solución a problemas. Si atendemos a su definición literal, los paradigmas son «realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica».<sup>42</sup>

Los investigadores sociales han adoptado la frase de Kuhn «cambio de paradigma» para marcar —en una determinada sociedad— un cambio en la forma como se explican los fenómenos de la realidad.

Así, un «paradigma dominante» se refiere a los sistemas de pensamiento que en una sociedad funcionan para explicar el mundo en un momento determinado, y que es usado por la mayoría de la comunidad científica.

Sin embargo, los paradigmas entran en crisis cuando resultan insuficientes para explicar un fragmento de la realidad que no se adapta a sus leyes y preceptos. Se habla de «revolución científica» cuando un sistema de pensamiento paradigmático es sustituido por otro que da mejor cuenta de la realidad, en ese momento histórico.

En la ciencia, según Kuhn, se acepta un cuerpo teórico esencial hasta que van surgiendo situaciones que no pueden explicarse de forma convincente y que reciben el nombre de anomalías. Cuando éstas aumentan se produce un proceso insostenible en torno a la ciencia, lo que da lugar a la aparición de nuevas teorías o, dicho de otra forma, un paradigma es sustituido por otro. Para que un paradigma funcione como dominante, necesita:

- organizaciones profesionales que legitimen el paradigma
- líderes sociales que lo introduzcan y promuevan
- periodismo que escriba acerca del sistema de pensamiento, legitimándolo y al mismo tiempo difundiendo
- agencias gubernamentales que lo oficialicen
- educadores que lo enseñen en las escuelas
- especialistas interesados en discutir las ideas centrales del paradigma, y

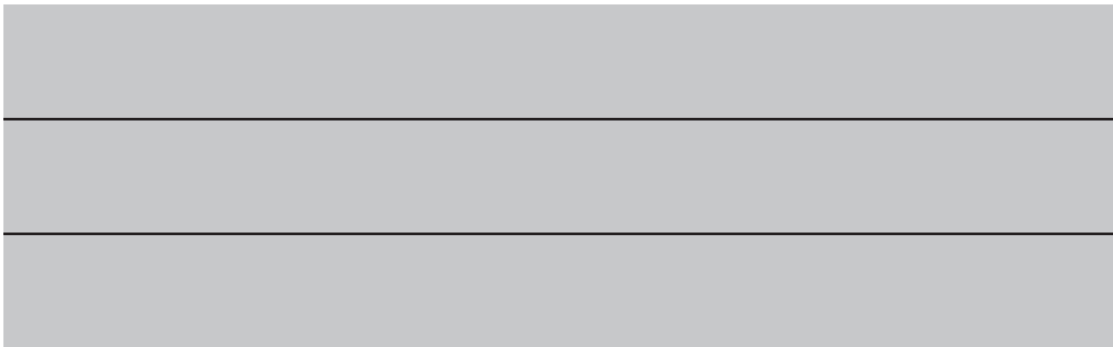
<sup>42</sup> Véase en: <<http://www.eumed.net/cursecon/libreria/rgl-evol/2.4.5.htm>>. [Fecha de consulta: octubre, 2008].

- fuentes financieras que permitan investigar sobre el tema.<sup>43</sup>

► Investiga en los medios electrónicos acerca del origen del hombre y contesta estas preguntas.

1. ¿Cuál es la pregunta que dicho paradigma trata de responder?
2. Investiga sobre el creacionismo.
3. Explica tres diferencias entre una y otra propuesta para dar respuesta al origen del ser humano.
4. Explica por qué el evolucionismo puede considerarse un paradigma científico

► Describe un paradigma que conozcas, que trate de explicar un mismo fenómeno desde distintos ángulos:



## ■ LA SALUD: DIVERSOS SIGNIFICADOS

La salud puede entenderse de formas diferentes, lo mismo pasa con el concepto de cuerpo, de enfermedad, de promoción de la salud. El significado de estos hechos lo construimos a partir de los referentes simbólicos que les atribuimos, tanto desde nosotros como sujetos, como desde nuestra cultura.

Durante mucho tiempo, y aún en la actualidad, las definiciones de salud más frecuentes están asociadas a la medicina. Son definiciones íntimamente relacionadas con los procesos de enfermedad y muchas veces describen lo que la salud no es. Es común escuchar que somos saludables cuando no padecemos ninguna enfermedad.

<sup>43</sup> Para ampliar el tema véase Thomas S. Kuhn. *La estructura de las revoluciones científicas*. México, Fondo de Cultura Económica, 2007.

A estas definiciones Peter Agletton<sup>44</sup> las llama «negativas» pues, para definir un concepto (salud), hacen referencia sólo a su opuesto (enfermedad).

Las definiciones «positivas» de salud son más frecuentes en bibliografía o documentos del ámbito de las ciencias sociales o las humanidades,<sup>45</sup> y menos recurrentes en publicaciones de las ciencias biomédicas, pero se presentan en muchos sistemas de pensamiento de distintas épocas históricas: tanto en la filosofía griega de la época helénica, como en la filosofía alemana de los últimos dos siglos.

Por ejemplo, los griegos consideraban a Higea como la diosa de la salud, y entendían que salud era la capacidad de los sujetos de vivir la vida de acuerdo con la razón.

Consuelo Chapela rescata la definición de salud de H. G. Gadamer,<sup>46</sup> quien sostiene que:

[...] el armónico bienestar que denominamos salud [...] [es] algo a lo que vamos siguiendo, como seguimos una senda y tenemos la sensación de que «ahora vamos bien». Entonces la senda se queda bajo nuestros pies y se convierte en el camino.<sup>47</sup>

La palabra «polisemia» viene del griego poli: muchos y semia: significado, y se refiere a los distintos significados que una palabra puede tener: los cambios de contexto, de época histórica o los descubrimientos de nuevas ideas y paradigmas contribuyen a que las palabras vuelvan más complejos sus significados.<sup>48</sup>

Cada definición es producto —y a su vez representa— cierto marco de referencia ideológico y político que responde a un determinado contexto histórico. Éste es sólo un ejemplo de cómo «la salud» ha sido «construida» como una cosmovisión; pero también asociada, de distintas maneras, a paradigmas particulares a lo largo del tiempo.

A continuación te presentamos un cuadro con distintas definiciones de salud.<sup>49</sup> Atiende a las diferencias entre una y otra.

---

<sup>44</sup> Peter Agletton es académico de la Facultad de Infancia y Salud en la Unidad de Investigación *Thomas Coram* del Instituto de Educación de la Universidad de Londres. Sus líneas de investigación son las relaciones entre la salud, la educación y el bienestar social, abordados desde la psicología, la sociología, la educación y la salud pública. Sus intereses particulares se centran en la salud reproductiva y sexual, la educación sexual escolar y la promoción de la salud. Véase: <[http://www.ioe.ac.uk/staff/TCRU\\_1.html](http://www.ioe.ac.uk/staff/TCRU_1.html)>. [Fecha de consulta: 6 de marzo, 2010].

<sup>45</sup> Ma. del Consuelo Chapela. «Una definición de salud para promover la salud», en: Carolina Martínez, (Coord.). *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. México, UAM, 2007.

<sup>46</sup> Hans Georg Gadamer (Alemania, 1900-2002) funda la nueva *hermenéutica*, del griego *hermeneuein*, que puede traducirse como: «transmitir, integrar, entender o comunicar, aplicada a la filosofía como un arte del acercamiento al propio pasado mediante la comprensión del interlocutor»; y su máxima es «el otro podría tener razón». Tomado de: <[http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id\\_articulo=183](http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=183)>. [Fecha de consulta: 8 de marzo, 2010].

<sup>47</sup> ídem.

<sup>48</sup> Por ejemplo, en Occidente, la belleza femenina está asociada a la delgadez de la cintura, en Oriente al tamaño de los pies. Ninguna de estas dos características en las mujeres de estas culturas es una descripción absoluta de lo que la estética es: ambas definiciones de belleza femenina son construcciones sociales.

<sup>49</sup> Las definiciones fueron tomadas de Federico Quesada Ortiz, *Modelos médicos*, México, McGraw Hill, 2001.

## DEFINICIONES DE SALUD

	Salud, del latín <i>salutis</i> : salvación, buen estado físico, conservación.	
Salud es la funcionalidad, la eficiencia de mente y cuerpo, la adaptación social.		Salud es un estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones biológicas.
	Salud es ausencia de enfermedad o discapacidad.	
Salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y las funciones del organismo, derivado de la adaptación dinámica de éste a las fuerzas que tratan de perturbarlo.		Salud es la capacidad para enfrentarse a situaciones tensionantes; para la integración a la comunidad, la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico.
	Salud es un estado en el que cada célula del cuerpo funciona a plena capacidad y en equilibrio con cada una de las demás células.	
Salud es el estado de completo bienestar biológico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad.		Salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana.
	Salud es el desempeño adecuado de las funciones sociales.	
Salud es contar con un cuerpo apto para trabajar, para producir.		Salud es adaptación biológica a las condiciones ambientales y sociales.

	Salud es el desarrollo de las capacidades humanas.	
Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y su colectividad.		Salud es una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo.
	Salud es tener una forma de vivir libre, gozosa y solidaria.	
Salud es tener un proyecto individual y social, es tener un esquema de vida, un anhelo que naturalmente tiene una dimensión económica, política y social.		Salud está relacionado con el nivel y el género de la vida de la población, que a su vez está determinado primordialmente por la cultura, la alimentación, la vivienda, el trabajo, el ambiente y la educación.
	Salud es mantener en buenas condiciones la maquinaria humana.	
Salud es no nada más un asunto individual; sino que depende primordialmente de la estructura de la sociedad. De tal forma es que este orden responde al problema de la existencia humana y de la solución que ofrece a las necesidades y pasiones humanas.		Salud es un bien que, junto con la educación, es fundamento del Estado moderno y como tal genera una demanda de servicios que los gobiernos tienen la obligación de proveer porque son indispensables para la población.

► ¿Qué te dicen estas definiciones de salud? Agrupa tres definiciones del cuadro por características biológicas y tres por características socioculturales.

BIOLÓGICAS	SOCIOCULTURALES

En algunas definiciones la salud representa una meta, un objetivo a alcanzar, algo que no tenemos y debemos perseguir, conseguir o, en todo caso, mantener. Sin embargo, otras nociones afirman que la salud no es un objetivo o meta a alcanzar; sino una fuente de riqueza, algo que los seres humanos tenemos como capacidad y que debemos desarrollar para lograr nuestras aspiraciones. Recuerda que algunas definiciones «positivas» de salud apuntan a describir la salud como lo que usamos todos para vivir la vida y encaminarla de acuerdo con lo que hemos proyectado para nuestro futuro.

► Completa el cuadro siguiente con las definiciones que tú elijas de la lista, y escribe las acciones consecuentes. Te damos algunos ejemplos:

DEFINICIÓN DE SALUD	ACCIONES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN
Salud es mantener en buenas condiciones la maquinaria humana.	Comer frutas y verduras.
Salud es tener una forma de vivir libre, gozosa y solidaria.	
	Planear la construcción de hospitales, clínicas y centros de salud en todas las regiones del país.

## 2B. UNA VISIÓN CRÍTICA DEL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En esta sección profundizarás acerca de las razones por las que la promoción de la salud puede comprenderse de diferentes maneras. Esta discusión te ayudará a discurrir por qué, cuando se habla de este campo se asocian prácticas distintas.

### ■ EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ES DIVERSO

Como referimos en la sección anterior, la salud es un concepto construido, una idea que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y que puede variar de una cultura a otra. También, en el campo de la promoción de la salud hay distintas maneras de entender la salud.

Si compartimos la idea dominante de que la salud es la ausencia de enfermedad, entonces lo lógico es que al promover la salud enfoquemos nuestros esfuerzos hacia el hecho de que las personas no se enfermen. A esto se le conoce como «prevención de enfermedades» y, para muchos, esto es la promoción de la salud.

Si por otro lado, concebimos que la salud es «el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad»,<sup>50</sup> entonces promover la salud tendrá que consistir en mucho más que prevenir enfermedades, ya que se requerirán esfuerzos distintos para lograr un bienestar psicológico o social.

No hay una sola manera de entender la promoción de la salud. Al escuchar «promoción de la salud», la mayoría de la gente asocia esta disciplina con prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables. Se piensa que las actividades del promotor son: dar pláticas, hacer y repartir folletos o carteles, crear periódicos murales, emitir anuncios en radio y televisión, dar consejos y orientación de manera personal, etcétera. A menudo la promoción de la salud se equipara con la educación para la salud.<sup>51</sup> En efecto, hay muchas prácticas de promoción de la salud que responden a estas características; sin embargo, existen otras que no están necesariamente relacionadas con las enfermedades o los estilos de vida.

<sup>50</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, redactado durante la reunión celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmado por los representantes de 61 Estados. La definición no ha sido modificada desde 1948. Véase en: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>. [Fecha de consulta: abril, 2009].

<sup>51</sup> La discusión sobre las diferencias y similitudes entre la educación para —y la promoción de— la salud, es un ejemplo de los temas en los que hay debate en este campo. Esta educación para la salud tiene un origen anterior al de la promoción que, al surgir, retoma tareas antes destinadas a la educación para la salud. Para una definición véase en: *Museo vivo* en la sección: 2D. Un recorrido por el campo de la promoción de la salud, al final de este capítulo.

Por ejemplo, en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1986,<sup>52</sup> se define a la salud y a la promoción de la siguiente manera:

La salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

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.<sup>53</sup>

En conclusión, lo que se entiende por salud influye en lo que se define como promoción de la salud. Existen diferentes nociones de salud, y por lo tanto existen diferentes maneras de entender la promoción de la salud.

## ■ LOS PROBLEMAS DE LOS QUE SE OCUPA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS MÉTODOS

Los problemas que pretende abordar la promoción de la salud, y sus causas, también son influidos por la noción de salud. Por ejemplo, para algunos promotores muchos problemas de enfermedad son generados por estilos de vida poco saludables que se convierten en factores de riesgo y, como tales, incrementan las posibilidades de que las personas enfermen.

Por otro lado, algunos promotores de la salud creen que la causa verdadera de muchas enfermedades se encuentra en las desigualdades sociales y económicas; sostienen que estas desigualdades generan condiciones desfavorables que se inscriben en el cuerpo de las personas y pueden manifestarse en forma de enfermedades.

Como ves, ambos grupos de promotores de salud tienen una idea muy distinta de las causas de las enfermedades. Esto los lleva a imaginar promociones de la salud muy diferentes.

Los métodos también son relevantes para dar cuenta de las promociones de la salud. Algunos promotores de salud conciben que su tarea principal es *crear conciencia* en la población de la importancia de cuidar su salud. A esto le llaman «crear una cultura de la salud». Para lograrlo, se encargan de proporcionar información a las personas sobre las conductas nocivas y benéficas para su salud, así como información sobre las consecuencias que conlleva el no cuidarse adecuadamente. Con la finalidad

<sup>52</sup> En esta conferencia se contó con la participación de personas involucradas en la promoción de la salud provenientes de 38 países, fundamentalmente industrializados.

<sup>53</sup> *Carta de Ottawa*: <[www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf)>. [Fecha de consulta: diciembre, 2010].

de tener un mayor impacto, utilizan métodos publicitarios para «vender» la idea del autocuidado (a esto se le llama mercadotecnia social o *marketing social*).

Otros promotores de la salud conciben que la promoción de la salud puede coadyuvar a *crear las condiciones para que la población tome conciencia y actúe colectivamente* en las causas fundamentales de sus problemas de salud. Para hacer esto, crean espacios de análisis crítico de la realidad y utilizan las llamadas pedagogías liberadoras. Más adelante te mostramos un estudio de caso que ilustra este tipo de metodología.

Por lo tanto, las diferentes maneras de hacer promoción de la salud pueden derivar, por ejemplo, de la manera en que se entiende la salud, los problemas de salud, sus causas, los mejores métodos para abordarlos, etcétera.

Como explicaremos más adelante, en el campo es posible agrupar las diferentes maneras de hacer promoción de la salud en dos grandes corrientes. Una de ellas es dominante y se encuentra en casi todos los espacios en los que se hace promoción de la salud. La otra agrupa alternativas diferentes para entender la salud y su promoción. Esta última ocupa un lugar marginal en el ámbito.

## ■ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO CAMPO PRÁCTICO

A pesar de que cada vez se hace más investigación, y de que existen algunos intentos para ir creando un marco teórico propio de la promoción de la salud, este campo es, ante todo, un conjunto de prácticas diversas. En ellas se emplean saberes técnicos para resolver problemas. Podemos decir que la promoción de la salud hoy es, principalmente, un campo técnico, ya que busca aplicar conocimientos para resolver problemas antes que explicárselos, crear nuevas metodologías o, más allá, cuestionar la forma en que la salud está siendo entendida o promovida.

Para hacer promoción de la salud, los promotores echan mano de teorías y procedimientos técnicos provenientes de varias ciencias que los ayudan a identificar y entender los problemas a los que se enfrentan. Algunas de estas especialidades son la epidemiología, la sociología, la antropología, la etnología o la medicina. También utilizan técnicas de distintas áreas de estudio como la pedagogía, la mercadotecnia, la comunicación, la administración, la psicología, etcétera.

Dicho de otro modo, en la actualidad la promoción de la salud es un campo de aplicación de conocimientos técnicos de varias disciplinas, más que una disciplina en sí misma. Esto implica que mientras esta situación sea predominante, los promotores

de salud serán ante todo técnicos dependientes de los avances en las ramas del saber de las que se nutren.<sup>54</sup>

La mayoría de las prácticas de promoción de la salud se realiza sin una referencia clara y explícita a un modelo teórico; pero al revisarlas se puede reconocer que todas están diseñadas a partir de un *marco explicativo* en el que diversas categorías las orientan y les dan sentido.<sup>55</sup> Un marco explicativo define los alcances y limitaciones de cada práctica, así como los criterios a partir de los cuales se identifican problemas, objetivos y soluciones. En ellos pueden convivir visiones diversas como, por ejemplo, las derivadas de las medicinas tradicionales o alternativas, nociones y saberes populares en salud, etcétera; pero en la mayoría de los casos, las categorías predominantes se derivan de la medicina moderna occidental.

Es de vital importancia que los promotores de la salud estén conscientes de las argumentaciones que sustentan sus prácticas, y que puedan analizar los alcances y las limitaciones del trabajo derivados de su marco explicativo. De suceder esto, existirán mejores condiciones para que el campo de la promoción de la salud se fortalezca, tanto en el plano teórico como en el práctico.

Pocos promotores se dedican a la labor de cultivar la promoción de la salud como un campo de conocimiento. Esta afirmación es fácil de comprobar cuando revisamos la bibliografía sobre promoción de la salud que se publica, así como las ponencias y trabajos expuestos en congresos y foros. En su mayoría, estas publicaciones describen experiencias concretas de promoción de la salud, o bien describen técnicas y metodologías de abordaje específico.

Un ejemplo que señala lo anterior es el estudio que realizaron Mariano Hernán y otros autores<sup>56</sup> que, al revisar 214 publicaciones realizadas en España entre 1995 y 2000, con respecto a intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes españoles, encontraron que «las actividades realizadas con mayor frecuencia fueron: técnicas educativas participativas (30.7%), técnicas educativas expositivas (11.5%) y elaboración de materiales educativos (11%)».

Muchos trabajos de investigación en el campo se dedican a identificar la efectividad de las acciones de promoción de la salud, mientras que aquellas enfocadas a generar nuevas teorías son verdaderamente escasas.

En el estudio referido, se identificó que un 80.8% de las publicaciones reportaba alguna evaluación de acciones de la promoción de la salud. Es interesante observar

---

<sup>54</sup> Para ampliar este tema y analizar las diferencias entre un técnico y un profesional, revisa el apartado: ¿Técnico o licenciado? en el Capítulo 1.

<sup>55</sup> Algunas de estas categorías son las de: salud, promoción de la salud, problema de salud, indicadores de salud, papel que juega el promotor de la salud, percepción de las personas a las que está destinada la promoción de la salud, etcétera.

<sup>56</sup> Mariano Hernán García, María Ramos Montserrat y Alberto Fernández Ajuria. *Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles*. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2001, vol. 75, n. 6. ISSN 1135-5727. pp. 491-504. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272001000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600002) &lng=es&nrm=iso>. [Fecha de consulta: 15 de junio de 2010].

cómo el estudio omite reportar qué porcentaje de estas 214 publicaciones incluía algún intento de contribución a la discusión teórica del campo.

Demantenerse esta tendencia, se refuerza y perpetúa el carácter técnico y práctico de la promoción de la salud, así como su dependencia de ciencias como la medicina o la epidemiología. Por otro lado, para la creación de teorías y metodologías propias es indispensable que la promoción de la salud se siga nutriendo permanentemente de los aportes de diversas disciplinas.

## ■ DOS DIFERENTES MANERAS DE HACER PROMOCIÓN DE LA SALUD

Actualmente encontramos diferentes clasificaciones de la promoción de la salud.<sup>57</sup> En este texto las hemos dividido en dos grandes corrientes que fluyen en direcciones contrarias.

Una de estas corrientes es dominante, y agrupa a casi todas las prácticas de promoción de la salud que están sustentadas en el denominado modelo médico hegemónico. A esta corriente la llamaremos *corriente hegemónica o dominante de la promoción de la salud*.

La otra corriente, agrupa prácticas muy diferentes entre sí que tienen como elemento común la voluntad de reconocerse como alternativas al modelo hegemónico mencionado; es, además, muy reciente y podemos decir que ocupa un lugar marginal en el campo. En este documento la denominaremos *corriente alternativa de la promoción de la salud*.

A continuación, en el texto se abordará la corriente hegemónica de la promoción de la salud, respecto a su origen, las ideas que la orientan, el tipo de acciones que realiza, el cómo opera y los efectos que puede tener en la población. Posteriormente, se revisará la corriente alternativa. Al final de esta sección, analizaremos algunos ejemplos de prácticas de promoción en las que se ponen en juego estas ideas.

## ■ LA CORRIENTE DOMINANTE DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para entender a la corriente hegemónica de la promoción de la salud es indispensable estudiar su sustento y origen: ambos se encuentran en el mencionado modelo médico hegemónico (MMH).

---

<sup>57</sup> Los enfoques «higienista-preventivo» y de «estilos de vida» pertenecen a la aquí llamada corriente dominante de la promoción de la salud; en tanto que los enfoques «histórico social» y «de orientación emancipatoria» corresponden a la corriente alternativa de la promoción de la salud.

El término «modelo médico hegemónico» denomina el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.<sup>58</sup>

El MMH se caracteriza por brindar un conjunto de definiciones con las que se construye una explicación para entender la salud de cierta manera. Esta forma de entender la salud define lo que se produce teórica, técnica e ideológicamente. Las nociones del MMH se reproducen tanto en la visión y en las prácticas de la mayoría de los profesionales de la salud, como en la población en su papel de «el paciente». Las ideas se asumen como si fueran normales o, más específicamente, como si fueran «naturales»: verdades absolutas e incuestionables y son aceptadas como tales por la mayoría de la población. Esto es lo que les da su carácter hegemónico.<sup>59</sup>

Según Eduardo Menéndez, el MMH no es la única forma de atención a la enfermedad en las sociedades capitalistas. Sin embargo, la fuerza de este conjunto de supuestos excluye, deslegitima y subordina otras formas de atender la enfermedad,<sup>60</sup> y hace lo propio en el campo de la promoción de la salud al dejar fuera otras maneras de entender la salud y su promoción.

A continuación se presenta una tabla en la que se enlistan algunas de las características del MMH. Hemos seleccionado las que consideramos más relevantes en las prácticas de promoción de la salud. En la segunda columna encontrarás una explicación amplia de cada uno de estos enunciados.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> Eduardo Menéndez. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México, CNCA, 1990.

<sup>59</sup> El MMH regula y sustenta las prácticas de la medicina occidental, así como la salud pública, la epidemiología y todas las disciplinas del llamado campo de la salud. Su influencia trasciende las prácticas de las instituciones de salud y se le puede reconocer en otros ámbitos, como los legales o los de la vida cotidiana.

<sup>60</sup> Mismo entendimiento de la enfermedad como eje alrededor del cual gira la salud es un planteamiento derivado del MMH. Este fenómeno ha sido llamado *patologización* del campo de la salud.

<sup>61</sup> Tabla realizada por los autores a partir del MMH propuesto en: Eduardo Menéndez, *op. cit.*

## CARACTERÍSTICAS MÁS RELEVANTES DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

### EN LA PRÁCTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Biologismo	Refiere a la tendencia a definir los problemas, sus explicaciones y sus soluciones desde la perspectiva de las ciencias biomédicas.
Ahistoricidad	Consiste en definir los problemas, sus explicaciones y sus soluciones sin considerar su desarrollo histórico.
Asocialidad	Se traduce en la tendencia a definir los problemas, sus explicaciones y sus soluciones separados de su dimensión social.
Salud/enfermedad como mercancía	La salud se percibe como un bien que se tiene y se debe cuidar para no perderse, o como un bien que no se tiene y se puede adquirir mediante el consumo de productos y servicios.
Relación médico/paciente (promotor de la salud/población) asimétrica	Denota una relación desigual entre el promotor de la salud y la población con la que trabaja: el promotor se ostenta como autoridad que posee el saber válido y la población queda subordinada a sus recomendaciones e indicaciones; también incluye la concepción del sujeto como ignorante o portador de un saber equivocado.
Paciente como responsable de su enfermedad	Indica que es la persona o la población quien debe hacerse cargo de su cuerpo; se centra en lo individual y lo poblacional; desestima otro tipo de determinantes sociales y históricas.
No legitimación científica de otras prácticas	Las acciones de promoción de la salud dominante, en tanto científicas, excluyen y desacreditan otras prácticas de atención y cuidado de la enfermedad, presentándolas como equivocadas y nocivas.
Tendencia a la medicalización de los problemas	Equivale a entender los problemas de salud como problemas de enfermedad, la cual es sólo vista en su dimensión biomédica e impuesta a la población; los problemas abordados casi siempre son los que la institución define con criterios epidemiológicos, y tanto la visión como las prioridades de la población normalmente quedan excluidas.

La influencia del MMH en la promoción de la salud se encuentra más allá de los espacios oficiales y del mercado, ya que se puede reconocer también en muchas prácticas de organizaciones populares de salud o de la sociedad civil dedicadas a la promoción de la salud. En estos últimos espacios es muy común que los supuestos del MMH se mezclen con formas de promover la salud de la corriente alternativa.

## ■ LA CORRIENTE ALTERNATIVA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En oposición a la corriente dominante de la promoción de la salud hay un conjunto de propuestas que cuestionan y critican las prácticas hegemónicas y, en consecuencia, proponen otras alternativas que pretenden superar en mayor o menor grado los supuestos del MMH.

Las prácticas alternativas de la promoción de la salud son diversas y no comparten marcos explicativos comunes. Éstos pueden ser derivados de muchos ámbitos, tales como la medicina tradicional indígena y la medicina oriental, o bien, de planteamientos teóricos originados en corrientes de pensamiento que provienen de las ciencias sociales. Por otro lado, algunas de las prácticas han surgido directamente de la necesidad de grupos populares organizados por generar estrategias diferentes de atención a sus problemas de enfermedad, sea por la mala calidad o por la ausencia de los servicios proporcionados por el Estado. Otras propuestas alternativas han emanado de ámbitos académicos, en función de las evidentes limitaciones propias de las prácticas dominantes.

El elemento común de las prácticas alternativas es su reconocimiento como diferentes de la corriente dominante, y su objetivo de oponerse a ésta. En la sección final de este capítulo (2D. UN RECORRIDO POR EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD), citamos parte de un comunicado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, en el que se observa cómo la noción dominante de salud ha sido aprovechada por el sistema económico neoliberal para reproducir condiciones sociales de pobreza y marginación. El comunicado fue emitido en el marco de «La otra campaña», la cual tiene un componente llamado «La otra salud».<sup>62</sup> Estas reflexiones son un ejemplo de la voluntad de la corriente alternativa por ofrecer resistencia y estrategias frente a la corriente dominante de la promoción de la salud.

En las propuestas alternativas podemos distinguir, por un lado, a aquellas prácticas tradicionales de atención a la salud que han estado presentes desde antes del surgimiento del MMH, y que resisten su embate —aunque se vean gradualmente influidas por él— y, por otro, a las prácticas alternativas que han sido creadas

---

<sup>62</sup> «La otra salud» es una iniciativa del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en el marco del movimiento denominado «La otra campaña». El 30 de abril del 2006 el EZLN comunicó al pueblo de México los principios y los propósitos de «La otra salud»: profundiza en que el capitalismo convierte a la salud en una mercancía y al paciente en un cliente, y convoca a todos los ciudadanos del mundo a unirse y a trabajar por una salud accesible para todos.



## **2C. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA:**

### **ALGUNOS EJEMPLOS DE LAS CORRIENTES**

#### **DOMINANTE Y ALTERNATIVA**

En esta sección te presentaremos tres ejemplos reales de promoción de la salud en los que podrás identificar la corriente a la que pertenecen, así como algunas de sus características y supuestos fundamentales.



Promotores de la salud del grupo EPS Comunicación trabajan en San Marcos, Guatemala

El primer ejemplo corresponde a la corriente dominante de promoción de la salud y, el segundo, a la corriente alternativa. En el tercer caso, tú deberás plantear tus consideraciones.

Para comprender mejor los ejemplos, sus similitudes y sus diferencias, haremos un análisis comparativo entre ellos a partir de cuatro conceptos: noción de salud, problema de salud, promoción de la salud y persona/población con la que se hace promoción de la salud.

En los casos incluidos, lo importante es vislumbrar las diferencias que pueden existir en las maneras de promover la salud. Antes de presentarte los ejemplos haremos una breve explicación de los conceptos a indagar:

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN Y PREGUNTAS
1. Noción de salud	Toda práctica de promoción de la salud está orientada por aquello que la persona que la realiza entiende como salud. La definición de salud determina lo que se promueve. Esta categoría indaga: ¿Qué es la salud? y, ¿qué es lo saludable?
2. Noción de problema de salud	Las prácticas de promoción de la salud se ven profundamente influidas por la concepción de problema de salud que tienen los promotores. Dichas nociones determinan lo que los promotores de la salud quieren modificar mediante sus acciones. Análogamente, definen lo que los promotores no pretenden modificar. En esta categoría se cuestiona: ¿Qué es un problema de salud?, ¿qué causa o determina un problema de salud?, ¿cómo se puede identificar un problema de salud?
3. Noción de promoción de la salud	Definidas la salud y sus problemas, los promotores ponen en práctica acciones que están sustentadas en sus conceptos de promoción de la salud. Esta variable genera respuestas a preguntas tales como: ¿Qué se necesita para transformar los problemas de salud?, ¿cómo se promueve la salud?, ¿en qué consiste la promoción?
4. Noción de la persona y la población con la que se hace promoción de la salud	Toda acción de promoción de la salud tiene un destinatario en mente: la persona o las poblaciones. En el quehacer del promotor se puede reconocer la influencia de supuestos que han ayudado a construir la imagen de este destinatario. La noción del otro orienta todas las prácticas del promotor de la salud. Mediante este indicador se explora: ¿Quién es el otro?, ¿a quiénes van dirigidas las acciones de promoción de la salud?, ¿qué características tiene?, ¿cuál es su responsabilidad en sus problemas de salud?, ¿qué papel le corresponde en el proceso de la promoción de la salud?, ¿qué relación de poder se establece con el otro cuando se ejerce la promoción de la salud?

## ■ CASO 1: PROGRAMA PASOS ADELANTE

### Un ejemplo de promoción de la salud desde la corriente dominante<sup>63</sup>

El Programa Pasos Adelante fue implementado en el suroeste de Arizona, Estados Unidos, entre los años 2000 y 2003. La población en esta zona es, en su mayoría, de origen hispanohablante, con altos índices de pobreza y desempleo.

A partir de una investigación preliminar, los creadores de esta iniciativa consideraron que en estas comunidades existen varios factores que pueden contribuir a conductas que comprometen la salud de sus habitantes, por ejemplo: la falta de instalaciones recreativas, el clima, la nutrición y las creencias culturales.

### Algunos hallazgos de la investigación relevantes para el diseño del programa

Una investigación llevada a cabo en 1998 en una comunidad de Arizona cercana a la frontera con México, reportó los siguientes resultados: prevalencia de diabetes del 18%, obesidad o sobrepeso en un 74% y un 67.4% de personas que reportaron no realizar actividad física regular.

Diversos factores contribuyeron a este alto índice de sobrepeso: elegir comida saludable, como la leche baja en grasa, a menudo no era posible en esta comunidad rural, dado que entre el 63% y el 78% de la población reportó ingresos menores al 200% del nivel de pobreza federal.

Muchas personas afirmaron no tener los recursos para adquirir productos saludables, que generalmente eran más costosos.

Una barrera adicional para promover la elección de estilos de vida más saludables se encontró en las creencias culturales: algunos participantes expresaron creencias acerca de que las personas podían desarrollar diabetes al exponerse a temperaturas extremadamente frías o cálidas.

Otros factores culturales debieron también ser atendidos, como la creencia de que caminar era indicativo de un estatus socioeconómico bajo y, por tanto, no deseable. Estos participantes podían no ser receptivos a reconocer la actividad física y una dieta saludable como factores que podrían prevenir el desarrollo de la diabetes.

---

<sup>63</sup> Para presentarte este caso hemos hecho una selección de los textos del *Manual Pasos Adelante*, que se puede obtener en <[http://www.borderhealthsi.org/steps\\_pasos.htm](http://www.borderhealthsi.org/steps_pasos.htm)>. [Fecha de consulta: octubre, 2010].

### MÉTODOS DEL PROGRAMA PASOS ADELANTE













Pasos Adelante es un programa de 12 semanas facilitado por los trabajadores de la salud de la comunidad. El programa consta de sesiones interactivas sobre prevención de la enfermedad crónica, nutrición y actividad física.

A los promotores se les provee de un guión que pueden seguir si lo desean, de modo que se mejore la consistencia de cada sesión, entre los promotores y de grupo a grupo. En cada sesión se incluye información adicional, de manera que los promotores estén preparados para profundizar en preguntas sobre cada tópico.

Cada sesión consiste en cinco componentes: introducción, la sesión en acción, promesa semanal, repaso de los puntos más importantes y el cierre de la sesión. Además como parte de la sesión en acción, los participantes ejecutan una actividad física, como bailar o hacer ejercicios aeróbicos, para reforzar la importancia de la actividad física.

Además de las clases semanales, se incorporan clubes de caminata. Estos clubes fueron diseñados para comprometer a los participantes en una caminata recreativa, en un esfuerzo de apoyo social coordinado para incrementar la actividad física.

El club de caminata está diseñado de manera que los participantes inicialmente caminan juntos fuera del lugar de clase con el promotor por al menos 20 minutos, una vez por semana, en un lugar acordado por todos, como un parque o una pista escolar. Gradualmente, el grupo llega a aumentar la caminata hasta al menos 20 minutos, tres veces por semana. En la semana siete del programa, los promotores comienzan a abandonar los grupos; pero continúan estimulándolos durante las sesiones de clase, con el fin de que puedan auto sostenerse después de que el programa termina.

SESIONES DEL PROGRAMA	
	1. ¿Está usted en riesgo de desarrollar enfermedades del corazón?
	2. Manténgase físicamente más activo
	3. ¿Está usted en riesgo de desarrollar diabetes?
	4. Todo lo que necesita saber acerca de la presión arterial alta, la sal y el sodio
	5. Coma menos grasa, grasa saturada y colesterol
	6. Mantenga un peso saludable
	7. Nuestra comunidad, ¿es saludable?
	8. La glucosa y el azúcar
	9. Goce con su familia de comidas saludables
	10. Coma más saludable, aun cuando tenga poco tiempo o dinero
	11. Goce de la vida sin el cigarrillo
	12. Repaso y graduación

ESQUEMA DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA PASOS ADELANTE	
Duración	La mayoría de las sesiones dura 2 horas, más 30 minutos para el periodo de actividad. La primera sesión quizás no durará tanto tiempo; pero la sesión 5 puede durar más del tiempo promedio.
Estructura	Las sesiones de la 2 a la 11 tienen la misma estructura; están divididas en cinco partes. Aquí las instrucciones:
PARTE 1: Introducción a la sesión	Bienvenida al grupo. Dedique unos pocos minutos para repasar la información de la última sesión. Pida a los participantes que hablen acerca de sus promesas. Felicite a los participantes que cumplieron sus promesas. Anime a los participantes que tuvieron dificultades con sus promesas. Pida a los participantes que cuenten qué anduvo bien y qué no anduvo bien cuando trataron de cumplir sus promesas. Asegúrese de que todos los participantes tengan oportunidad de contar cómo les fue, pues esto les ayuda a cumplir sus promesas. Explique de qué se va a hablar en la sesión de hoy. Pregunte a cada participante por la promesa semanal escrita la semana pasada.
PARTE 2: La sesión en acción	Presente nueva información. Dirija al grupo en actividades entretenidas y educativas. Haga preguntas a los participantes. Deje que los participantes hagan preguntas sobre lo que han oído.
PARTE 3: Promesa semanal	Ayude a los participantes a hacer una promesa que sea concreta y que puedan ponerla en práctica. «No comeré más grasa» es demasiado general. Una promesa concreta y fácil de cumplir es «No me comeré el pellejo del pollo». Dé al menos un ejemplo antes de pedir a los participantes que hagan su promesa. Éstos son algunos ejemplos: «Quitaré el salero de la mesa», «Caminaré por 20 minutos tres noches a la semana después de la cena». Recuerde a cada participante poner su promesa en un lugar visible, donde la pueda leer durante la semana, y traerla a la próxima sesión (sesiones 2 a 11).
PARTE 4: Repaso de los puntos más importantes	Haga preguntas para ayudar a los participantes a repasar lo que aprendieron. Repita los puntos más importantes.
PARTE 5: Cierre de la sesión	Diga a los participantes que fue un placer para usted llevar a cabo la sesión y deséales buena suerte en el cumplimiento de sus promesas. Agradezca a los participantes sus valiosos comentarios y pídale sus opiniones acerca de cada sesión. Explique a los participantes si hay algo que tienen que hacer antes de la sesión siguiente.

SESIÓN 3	¿ESTÁ USTED EN RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES?
IDEAS PRINCIPALES Esta sesión se tratará de:	Un resumen general sobre la diabetes. Los factores de riesgo para desarrollarla y sus complicaciones.
OBJETIVOS Al final de la sesión, los participantes:	Conocerán qué se puede hacer para prevenir y controlar la diabetes. Conocerán sus síntomas, podrán nombrar tres factores de riesgo y cómo pueden prevenirse. Conocerán tres complicaciones de este padecimiento.
MATERIALES Para dirigir esta sesión usted necesitará:	El manual y los dibujos educativos de Pasos Adelante. Etiquetas para los nombres de los participantes. Pizarrón y gises u hojas grandes de papel, un marcador y cinta adhesiva. Equipo de música y música (radio, cassette, CD, opcional). Un recipiente transparente con 4 tazas de agua. Hojas para entregar.
LECTURAS Durante la sesión entregue a los participantes:	1. ¿Está usted en riesgo de desarrollar diabetes? ¿Qué es la diabetes? La diabetes, los riñones, los ojos y los pies (2 hojas). Síntomas de la diabetes. Problemas que la diabetes puede causar. Promesa semanal.
METODOLOGÍA Esquema de la sesión y actividades:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introducción de la sesión. Bienvenida. Repaso de la sesión de la semana anterior. Acerca de esta sesión.</li> <li>2. La sesión en acción: Los hechos no mienten. Conocer la diabetes. La diabetes puede causar daño a los riñones. La diabetes puede causar daño a los ojos. La diabetes puede causar daño a los pies. Actividad sobre los factores de riesgo. Club de caminata. Periodo de actividad: caminar.</li> <li>3. Promesa semanal.</li> <li>4. Repaso de los puntos más importantes.</li> <li>5. Cierre de la sesión.</li> </ol>

En seguida te mostramos el desarrollo de una actividad de la tercera sesión:

### SESIÓN 3 / EJEMPLOS DE ACTIVIDADES:

- SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

Entregue a cada participante la hoja: «Factores de riesgo».

Lea en voz alta todos los factores de riesgo. Cada vez que lea alguno de ellos, pida a los participantes que levanten la mano si tienen ese factor de riesgo.

Diga: «Entre más factores de riesgo hayan marcado, más alto será su riesgo a desarrollar diabetes. Hablen con su médico acerca de su riesgo».

Diga: «Hay cosas que no podemos cambiar, como las tendencias familiares a tener diabetes. A la vez hay cosas que sí podemos modificar para prevenir o mejorar la diabetes, tales como: perder peso, hacer ejercicio y comer saludable».

Diga: «Puede ser difícil cambiar viejos hábitos por nuevos hábitos saludables. Este programa le dará la información necesaria para poder hacer esos cambios poco a poco. Cuando los demás vean que usted hace estos cambios saludables, tal vez también quieran hacer lo mismo».

- CLUB DE CAMINATA

Nota: Felicite a todos los que asistieron a los grupos de caminata. Intente aumentar la motivación de los participantes.

Diga: «Hablabamos sobre los clubes de caminatas de la semana pasada».

Pregunte: ¿Qué pensaron de la caminata? (Fomente comentarios positivos).

Pregunte: ¿Hay algo que podemos hacer para tener más participación en los clubes?

Diga: ¡Quiero agradecer a todas por asistir al club! Espero que estén interesadas en caminar esta semana.

Pregunte: Me gustaría saber las razones por las que algunos de ustedes no pueden asistir a la caminata. Dé al grupo de 3 a 5 minutos para discutir.

Diga: «Bueno, planearemos reunirnos los mismos días y horas de la semana pasada y añadamos una caminata más». (Se puede sugerir o pedir al grupo cuando sea conveniente). «Nuestra meta para esta semana es caminar dos veces como un grupo pequeño antes de la próxima sesión».

Nota: La gente debe elegir una hora y escribirla en la lista de asistencia de caminata.

- PROMESA SEMANAL

Entregue a cada participante la hoja: Promesa Semanal.

Diga: «Les pido que se comprometan a hacer algo concreto para reducir su riesgo de desarrollar diabetes durante la semana siguiente». Empiece por contarles qué promesa ha hecho usted.

Nota: Pida a cada participante llevar la promesa escrita a su casa y colocarla en un lugar visible. Pídales traerla a la próxima sesión.

**ANÁLISIS DE CASO: PROGRAMA PASOS ADELANTE**

Vamos a hacer el análisis del programa Pasos Adelante. Utilizaremos los conceptos de noción de salud, noción de problema de salud, noción de promoción de la salud y noción de la persona y/o población con la que se hace promoción de la salud.

<b>CONCEPTO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS EN PASOS ADELANTE</b>
<b>NOCIÓN DE SALUD</b>	Podemos ver cómo la idea de salud que están considerando los autores del programa equivaldría a decir que estar saludable es no estar enfermo, o que el cuerpo funcione en condiciones óptimas: estar en una condición sin diabetes. También consideran como saludable tener conductas y adoptar estilos de vida que eviten que aparezcan enfermedades como la diabetes en la vida de las personas. La salud se relaciona con una forma de vivir en particular, que se considera como la adecuada y correcta, evitándose comportamientos que puedan dañar al cuerpo. Desde esta perspectiva, la salud se puede medir a partir de indicadores del funcionamiento del cuerpo, como el nivel de glucosa en la sangre y el peso corporal en relación con la estatura, por ejemplo. Se consideran conductas saludables la actividad física, y el consumo de alimentos saludables, como leche sin grasa, frutas y verduras.
<b>NOCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD</b>	Si la salud se define en términos del funcionamiento del cuerpo y en oposición a la enfermedad, entonces se identifica un problema de salud cuando hay una situación de enfermedad o el riesgo de que aparezca. Se identifican también, como parte del problema de salud, aquellas conductas o estilos de vida que se consideran riesgosos, es decir, que hacen al individuo vulnerable frente a ciertas enfermedades. En este caso, determinados patrones de consumo se plantean como no deseables, por ejemplo, beber leche entera; o bien, ciertas conductas, como la falta de ejercicio regular. Algunos factores asociados a los así definidos problemas de salud serían las condiciones en que las personas viven, es decir, la pobreza causada por bajos ingresos de los habitantes de la zona, la falta de acceso a determinados tipos de alimentos (como la leche baja en grasa, al ser costoso o no ofrecerse en su localidad), o la inexistencia de espacios adecuados para hacer ejercicio. También se consideran importantes algunas creencias y elementos propios de la cultura hispana que perjudicarían la salud de las personas, alejándolas de un comportamiento deseable para el buen funcionamiento de su cuerpo. En resumen, la definición del problema de salud se relaciona con: la existencia de, o la predisposición a padecer, una enfermedad, los comportamientos o estilos de vida asociados a este riesgo y los factores que favorezcan estas formas de vida.

<p><b>NOCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD</b></p>	<p>Tomando en cuenta la definición de salud y la delimitación de un problema de salud, se consideran entonces las medidas o prácticas que requieren ser promovidas para mejorar la salud de las personas.</p> <p>En este programa se considera como promoción de la salud a aquellas actividades encaminadas a proponer estilos de vida saludables; esto es, comportamientos dirigidos a evitar determinados daños al cuerpo de las personas.</p> <p>Se alientan, entonces, conductas que deben seguirse para transformar los problemas de salud; en este caso, para no enfermar.</p> <p>El entendimiento sobre lo que es salud, problema de salud y promoción se traduce en sesiones de clase, en las que se aborda el tema.</p> <p>En la reunión se utilizan recursos como rotafolio, videos y materiales escritos (textos y dibujos) acerca de la diabetes y cómo prevenirla (en términos de conducta y estilos de vida), además de incluir contenidos relativos a las complicaciones de la misma enfermedad.</p> <p>Como parte de estas actividades se promueve también la actividad física, durante las sesiones y fuera de las mismas.</p> <p>Se espera que los participantes continúen realizando actividad física, cada vez más vigorosa y con mayor frecuencia, participando en los clubes de caminata.</p> <p>Otro tipo de práctica que se plantea es la orientación sobre alimentación, que consiste en ayudar a las personas a elegir los alimentos que se consideren más saludables.</p> <p>Se fomenta que los asistentes lleven esta información a sus espacios familiares y la transmitan.</p> <p>Resumiendo, la propuesta de promoción de la salud en este caso se basa en la búsqueda de un cambio en el comportamiento de las personas, tomando como modelo o referente aquellas conductas que se consideran saludables.</p> <p>Esto se realiza a partir de tres acciones: calendarización de sesiones educativas con contenidos específicos alrededor de la diabetes; promoción, entre los asistentes, de compromisos de cambios conductuales que se consideran necesarios para evitar la enfermedad y conducción de actividades deseables, como el ejercicio.</p>
---	---

<p><b>NOCIÓN DE LA PERSONA Y LA POBLACIÓN CON LA QUE SE HACE PROMOCIÓN DE LA SALUD</b></p>	<p>La forma de tratar a las personas es amable y cálida, sin embargo, la autoridad es utilizada por la institución para decidir los contenidos y formas de abordarlos, así como para imponerlos como válidos y necesarios. La autoridad está centralizada pues, tanto el programa de sesiones como el manual están decididos desde la institución. La participación de los promotores y de la población se limita a modificaciones sin relevancia como, en el caso del promotor, al estilo de llevar a cabo las sesiones y, en el caso de los asistentes, a ejemplos. Se parte del principio de que las personas requieren conocimientos para modificar actitudes y prácticas,<sup>64</sup> y por lo tanto el contenido se centra en dar información específica que conduzca a cambios en los comportamientos y estilos de vida. Durante las sesiones educativas, la mayor parte de las actividades del promotor es expositiva, con algunas breves intervenciones de los participantes. Se considera, entonces, que la mente de los asistentes debe ser llenada de información para que ellos puedan tomar decisiones adecuadas. El tipo de sesión pauta paso a paso, señalando qué palabras decir, las preguntas y los comentarios a hacer, pareciera indicar que los autores de la propuesta suponen que es necesario acompañar en todo momento a las personas, darles información y decirles lo que tienen que hacer para no enfermar de diabetes: desde aquello que deben comer, hasta la actividad física que deben realizar. Se considera entonces que las personas pueden tomar decisiones adecuadas o inadecuadas y que la información sería necesaria para tomar aquellas que sean convenientes para prevenir la diabetes. Esta información sería brindada por el programa a través de los promotores. El planteamiento educativo parece suponer que educar es igual a informar. La educación estaría definida como un proceso de transmisión de un conjunto de conocimientos que es posible acumular. El papel de quienes enseñan es enunciar estos conocimientos, y el papel de quienes aprenden es adoptarlos como propios.</p> <p>En resumen, se considera que las personas no tienen los conocimientos necesarios para adoptar comportamientos y estilos de vida saludables, por lo que hay que darles información para que lo hagan, pues desconocen aquello que les conviene.</p>
--	---

<sup>64</sup> Este enfoque es conocido como CAP, por sus siglas en español (o en inglés, KAP: Knowledge, Attitudes and Practice).

## CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL PROGRAMA PASOS ADELANTE\*

El supuesto de esta mirada es que si los individuos conocen las conductas, los ambientes, los factores y las situaciones que los ponen en riesgo de enfermar o morir, entonces podrán evitar padecer algún daño, pues podrán prevenir la situación o conducta de riesgo a tiempo para no exponerse y ser vulnerables.

Los promotores que trabajan desde esta perspectiva son expertos en saber cuáles son las conductas y situaciones que ponen a una persona en riesgo de padecer cada una de las enfermedades.

Una conducta de riesgo puede estar asociada a una o más enfermedades, al mismo tiempo que cada enfermedad tiene factores de riesgo particulares.

Los promotores expertos en esta manera de trabajar se especializan en comunicar los riesgos que hombres y mujeres tienen cuando hacen una cosa u otra.

La suposición es que la información sobre los riesgos que cada conducta, sustancia, situación o hábito tiene, les va a permitir a los individuos tomar decisiones sobre su vida con las que prevendrán los daños.

► Las preguntas que podemos hacernos en este caso son: ¿Corresponde lo que propone Pasos Adelante con las condiciones reales en las que viven los migrantes?, ¿de qué forma está cambiando la situación de salud de las personas?

Ahora revisaremos un ejemplo clásico de la promoción de la salud alternativa.



Promotores de la salud del grupo *A mi pastor* que trabajan en Ayacucho, Perú.

\*Los análisis de casos en esta sección fueron realizados por los autores.

## ■ CASO 2: PROYECTO PIAXTLA

### La promoción de la salud desde la corriente alternativa<sup>65</sup>

#### PROYECTO PIAXTLA

El Proyecto Piaxtla de México Occidental es un programa rural de salud comunitaria desarrollado enteramente por campesinos. Nombrado así por el río Piaxtla, localizado en las colinas de la Sierra Madre, fue iniciado hace 30 años para servir a una región grande y escarpada del estado de Sinaloa, cuya población está diseminada. Hasta hace poco, el área sólo era atravesada por senderos y caminos de mulas.

El programa tiene su base en Ajoja (de 1,000 habitantes), el mayor pueblo del área de Piaxtla. David Werner, autor de *Donde no hay doctor*, ha estado involucrado en este Programa como consejero y colaborador desde su inicio.<sup>66</sup>

#### ANTECEDENTES

Cuando el programa empezó en 1965, las «enfermedades de la pobreza» dominaban la escena sanitaria. Uno de cada tres niños moría antes de alcanzar los cinco años de edad, principalmente por diarrea y enfermedades infecciosas combinadas con la desnutrición crónica. Siete de cada diez mujeres estaban anémicas y una de cada diez moría durante o después del parto.

Esta situación adversa tenía en gran parte su origen en una distribución desigual de la tierra, la riqueza y el poder. Los campesinos poseían poco o nada de tierra, y la que poseían no era apta para la siembra. En cambio, un puñado de familias ricas poseía grandes extensiones de tierra fértil junto al río y muchas cabezas de ganado. Estas familias controlaban la Junta Directiva de Ajoja y repetidamente bloqueaban cualquier intento de los campesinos por organizarse o exigir sus derechos, recurriendo a la violencia para mantener su posición dominante.

Hay que recordar que antes de la Revolución Mexicana de 1910, las mejores tierras estaban concentradas en enormes plantaciones o latifundios. Los campesinos sin tierras tenían pocas opciones de salir adelante, tanto si trabajaban para los propietarios, como si se retiraban a las zonas no productivas o si anhelaban adquirir su propia tierra.

<sup>65</sup> El texto que te presentamos es un fragmento del libro *Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, de David Werner y David Sanders, publicado en línea por Health Wrights Publications, California, 2000, el cual puede consultarse en: <<http://www.healthwrights.org/dwpapers.htm>>. El contenido ha sido adaptado por los autores.

<sup>66</sup> David Werner (1934) es biólogo y educador, fundador y asesor de asociaciones para la salud comunitaria, como Hesperian, HealthWrights y el Consejo Internacional de Salud Pública. Durante décadas ha trabajado enseñando y promoviendo el cuidado de la salud en comunidades de escasos recursos. Su libro *Donde no hay doctor*, revolucionó la atención a la salud en todo el mundo y ha ayudado a salvar miles de vidas.

Décadas después, la ley de la Reforma Agraria garantizó un sistema ejidal, por el que un grupo de familias podía unirse para formar un ejido o tierra de posesión comunal. La tierra era dividida equitativamente entre todas las familias. Cada familia recibiría un título provisional para su parcela y podrían sembrarla para sacar provecho a su elección. Pero la propiedad permanecía siempre en el ejido. La familia no podía vender su parcela ni hacerla embargar por impago de deudas. Esto protegía a los pequeños sembradores de perder su tierra. Para prevenir el retorno a las grandes haciendas, se pusieron límites legales al tamaño de las propiedades.

### **LA EVOLUCIÓN DE PIAXTLA: DE LA ATENCIÓN CURATIVA A LA ACCIÓN SOCIAL**

En este ambiente, las estrategias del Proyecto Piaxtla para mejorar la salud evolucionaron en tres fases. En su fase más temprana no trataba cuestiones políticas, sino que se centraba en la atención curativa, la necesidad más inmediata de la población. Los promotores de salud de los pueblos eran formados mediante métodos participativos y aprendían con la práctica, por lo que se hicieron relativamente competentes en el tratamiento de enfermedades y lesiones comunes. Pero al transcurrir el tiempo, el equipo de salud y los campesinos a los que servía se dieron cuenta de que volvían a aparecer las mismas lesiones y enfermedades. Como respuesta, fueron cambiando poco a poco el enfoque del programa hacia medidas preventivas y de fomento como vacunaciones, letrinas y sistemas de agua potable.

Como resultado, durante esta segunda fase del programa ciertas enfermedades se hicieron menos frecuentes y la salud mejoró notablemente. Pocos niños morían de tétanos o tosferina, y pocos niños quedaban discapacitados por la polio o complicaciones del sarampión. Sin embargo, muchos niños y mujeres aún estaban desnutridos y enfermos, sobre todo en los años de malas cosechas. La tasa de mortalidad de menores de cinco años permanecía alta, en especial entre los niños de familias pobres, que estaban sin tierra, mal pagados, mal atendidos y aventajados de muchas maneras por una pequeña minoría con tierra, salud y poder.

Así, el objetivo principal del programa cambió de nuevo: esta vez a la acción organizada para defender los derechos y las necesidades básicas de la gente. De esta forma, el programa de salud rural evolucionó de la atención curativa a las medidas preventivas y promocionales y, más tarde, a la acción sociopolítica.

El cambio de rumbo del programa desde medidas preventivas convencionales a la acción organizada fue, en parte, el resultado de una

concepción de la educación para la salud centrada en el que aprende, y basada en el descubrimiento. Los talleres dirigidos por promotores de la salud con campesinos, madres o escolares partían de un «análisis de la situación» o «diagnóstico comunitario», con los que los participantes identificaban y discutían problemas vinculados con la salud de su comunidad, y cómo esos problemas se relacionaban entre sí. En lugar de observar la muerte de un niño como si tuviera una única causa (como una diarrea), aprendían a explorar la «cadena de causas» que llevaba a la muerte de ese niño. Los eslabones serían identificados como biológicos, físicos, culturales, económicos y políticos, o —en términos más sencillos— relacionados con microbios y lombrices, con cosas, con costumbres y creencias, con el dinero y con el poder.

En las primeras fases del programa, cuando el enfoque era principalmente curativo y preventivo, los eslabones que la gente identificaba en la cadena de causas tendían a ser sobre todo biológicos, físicos y culturales. El rastreo hacia atrás de la cadena de la muerte de un niño por diarrea podría haber incluido muerte, deshidratación, diarrea, infección intestinal, gérmenes llevados de las heces a la boca, falta de letrinas, de higiene y de agua adecuada. Pero cuando la gente empezó a explorar más allá, la cadena de causas que describían tendía a incluir más eslabones económicos y políticos. Para la muerte por diarrea, la cadena incluiría ahora: muerte, brotes frecuentes de diarrea, desnutrición, comida insuficiente, falta de dinero, padre trabajando como mediero o aparcerero, buenas tierras acaparadas por unos pocos hombres ricos, falta de aplicación de las leyes sobre reforma agraria, sobornos a los oficiales del gobierno, corrupción institucionalizada, ausencia de democracia participativa, insuficiente organización y acción del pueblo.

Tras ser definidos los problemas comunes y las causas raíz, el grupo exploraría posibles soluciones. A veces esto se hacía por medio de cuentos, de juegos de roles o —para involucrar a una audiencia más amplia— mediante representaciones públicas de «teatro campesino». Finalmente, cuando el grupo estaba de acuerdo en que las circunstancias y el momento eran los adecuados, se desarrollaba una estrategia de acción.

## **ACCIONES PARA DEFENDER LA SALUD Y LOS DERECHOS DE LOS MENOS AVANTAJADOS**

Al mirar los promotores de salud y la comunidad más allá de las causas subyacentes de la falta de salud, empezaron a buscar maneras con las cuales, mediante acciones colectivas, pudieran romper algunos de los eslabones de la «cadena de causas» que llevan a la enfermedad y a la muerte. Empezaron con algunos de los eslabones sobre los cuales pensaron que sería más fácil hacer algo a escala local, y que conllevaban menos riesgo

de respuesta violenta por las estructuras de poder. Sin embargo, pronto descubrieron que cualquier intento por parte de los pobres de corregir las desigualdades en el orden establecido podría precipitar una feroz respuesta de los privilegiados.

Las primeras acciones organizadas a través del Proyecto Piaxtla se relacionaron principalmente con la forma en que los campesinos pobres eran sistemáticamente engañados, maltratados o explotados. Algunas de las actividades iniciadas para afrontar estas cuestiones incluyeron:

- Exigencia de tarifas más bajas al propietario de la línea de autobús local, de acuerdo con los límites legales.
- Creación de un banco de maíz administrado por los campesinos.
- Inicio de un programa cooperativo para cercar milpas.
- Organización, bajo el liderazgo de las mujeres de la aldea, para cerrar la cantina, con el fin de reducir las borracheras y la violencia.
- Organización de una protesta para quitar a un hombre rico el control del suministro de agua de la zona, e introducir un sistema público de agua controlado por la comunidad.

### **LAS MUJERES SE UNEN CONTRA LAS BORRACHERAS DE LOS HOMBRES**

Las mujeres de Ajoya y área circundante empezaron a descubrir y a ejercer su poder. Una forma de hacerlo fue organizar una acción colectiva para enfrentar el problema del abuso de alcohol por parte de los hombres.

Ésta había sido siempre una causa fundamental de violencia doméstica e interpersonal en la región que afectaba con frecuencia a mujeres y niños. Además de la violencia física directa, el hábito de beber de los hombres también dañaba de forma indirecta la nutrición y la salud de niños y mujeres, porque los hombres solían comprar el alcohol con el dinero necesario para alimentar a sus familias. En otros tiempos hubo varias cantinas en Ajoya, pero muchos años antes habían sido oficialmente cerradas por la violencia relacionada con el alcohol. Durante cerca de 20 años, la aldea estuvo libre de cantinas, aunque continuaba la venta ilegal de alcohol. En 1982, el hijo del presidente municipal anunció que iba a abrir una cantina en Ajoya como negocio particular.

Con la ayuda de los promotores de salud de Piaxtla, las mujeres se organizaron para luchar contra esto. Montaron una representación pública de teatro campesino dramatizando cómo los hábitos de bebida de los hombres llevaban la desgracia a mujeres y niños. Todos los papeles fueron interpretados por mujeres y niños, con las mujeres ataviadas con pantalones y bigotes para representar los papeles de hombres. La obra mostraba cómo, si trabajaban juntas, las mujeres podrían hacer algo respecto a este «problema de hombres».

Como respuesta a la obra de teatro y otras actividades de concientización, las mujeres de Ajoya actuaron unidas para protestar contra la apertura de la cantina.

Como resultado, algunos promotores de salud que habían ayudado a las mujeres a organizarse fueron encarcelados. Pero las mujeres mantuvieron una concentración de protesta en la cárcel hasta que el último promotor de salud fue liberado. A continuación, convencieron a varios periódicos de que publicaran editoriales criticando al presidente municipal por el uso de un cargo público para favorecer intereses de negocios particulares.

Las mujeres tuvieron finalmente éxito en el bloqueo de la apertura del bar y pronto, grupos de mujeres de todo el estado estaban haciendo protestas similares y cerrando bares locales.

## **OCUPACIÓN Y REDISTRIBUCIÓN DE GRANDES POSESIONES DE TIERRA**

Tras ganar mayor confianza, habilidades organizativas y unidad a base de combatir otros problemas, por fin los campesinos pobres estaban preparados para afrontar el problema más básico que contribuía al hambre y a la falta de salud: la desigual distribución de las fértiles tierras de cultivo del valle.

Empezaron a ocupar y cultivar de forma sistemática algunos de los grandes terrenos de las familias ricas —tierra a la que sabían que tenían derecho constitucional—. Dividieron la tierra de forma justa y entonces reclamaron al gobierno títulos de tierra ejidales. Cuando las autoridades estatales ignoraron sus peticiones, los campesinos enviaron un comité a la Secretaría de la Reforma Agraria, en la Ciudad de México, e insistieron hasta que los funcionarios por fin cedieron, y ordenaron a la autoridad del estado que concediera títulos a las reclamaciones de los campesinos pobres.

Hasta la fecha, los campesinos han reclamado, ganado títulos legales y distribuido casi la mitad de las tierras locales. Para incrementar la producción de comida, adquirieron bombas de agua y empezaron a irrigar la tierra durante la estación seca. Esto les permitió recolectar dos cosechas al año en vez de una.

Como resultado, sus familias pudieron comer mejor, obtener mayores ingresos con la venta de lo que producían y ahorrar algo de dinero para urgencias médicas y otras necesidades.

## CONCLUSIONES

Las acciones por una mayor justicia —entre ricos y pobres, entre hombres y mujeres— han tenido un impacto significativo sobre la salud, en especial para los niños. Cuando empezó el programa dirigido por campesinos en 1965, la tasa de mortalidad de menores de cinco años de esta área estaba en torno a 340 por cada 1,000. Hoy ha descendido a entre 50 y 70 por cada 1,000. Y lo que también es importante, ahora hay mucho menor cantidad de niños desnutridos, enfermizos y con retraso en el crecimiento. Hay más jóvenes sanos, bien desarrollados y llenos de energía y vida.

De manera indudable, diversos factores han contribuido a la impresionante caída de la mortalidad infantil. La mayoría de las familias está de acuerdo con que el programa de salud del Proyecto Piaxtla ha representado un papel clave en la mejora de la salud y en el descenso de la mortalidad infantil. Pero, si usted pregunta: «¿Qué acciones trajeron las mayores mejoras?», pocos le dirán que fue la medicina curativa o preventiva y serán muchos los que mencionarán la acción organizada para reclamar sus derechos sobre la tierra.

La mayoría de las familias se da cuenta de que la principal razón por la que muchos de sus niños solían enfermar y morir era que habitualmente no conseguían comer lo suficiente.

Con los esfuerzos colectivos para montar un banco de maíz controlado por los campesinos, para llevar a cabo el programa cooperativo de cercado, para combatir el excesivo uso del alcohol y, sobre todo, para lograr una distribución más justa de las mejores tierras, las familias del pueblo han sido capaces de aumentar su base económica y poner más alimentos sobre la mesa. En conjunto, han ganado mayor control sobre su salud y sus vidas por medio de la acción cooperativa.

Desde los primeros años del programa sanitario, ha habido un cambio visible en el poder local. En los primeros años, las reuniones de la Junta del Pueblo habían estado fuertemente controladas por unos cuantos hombres influyentes, propietarios de ganado; pero al ganar los campesinos en fuerza y unidad, los pocos hombres que antes dominaban las decisiones se encontraron tan faltos de poder que apenas asistieron a las reuniones sobre el ejido. Superados en número, ya no podrían cambiar más votos mediante la amenaza de desalojar a los pobladores o de negarles los préstamos.

De esta forma, la lucha por la salud en la zona, que se había convertido en una lucha por la tierra y la libertad, también forjó una comunidad más democrática y equitativa con mayor responsabilidad en sus líderes.

<b>ANÁLISIS DE CASO: PROYECTO PIAXTLA</b>	
<p>Para el análisis del caso Piaxtla también utilizaremos los conceptos de noción de salud, noción de problema de salud, noción de promoción de la salud y noción de la persona y/o población con la que se hace promoción de la salud.</p>	
<b>CONCEPTO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS EN PIAXTLA</b>
<b>NOCIÓN DE SALUD</b>	<p>La idea de salud que están considerando los autores equivaldría a la capacidad de las personas para controlar y modificar su medio de tal forma que les sea más favorable, y no solamente equivaldría a no estar enfermos.</p> <p>El énfasis está puesto en esta capacidad transformadora, y su efecto positivo sobre las enfermedades es considerado más como una consecuencia, es decir, como el resultado de esta capacidad.</p> <p>Un elemento central en la capacidad transformadora es el poder de la población derivado de los conocimientos sobre sus propios problemas: sus causas sociales e históricas, sus consecuencias, sus alternativas de solución, etcétera.</p> <p>Otro aspecto destacado es la dimensión eminentemente colectiva de la salud, ya que las capacidades de transformación se potencializan al sumar los poderes individuales.</p> <p>Desde esta perspectiva, la salud como capacidad transformadora se puede evaluar en términos cualitativos (proyectos logrados, problemas transformados de forma positiva, etcétera), y los efectos sobre los problemas de enfermedad pueden medirse también en términos cuantitativos clásicos (incidencia y prevalencia de las enfermedades y muertes, etcétera).</p>
<b>NOCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD</b>	<p>En concordancia con la noción de salud, los problemas de salud pueden ser entendidos de dos formas, dependiendo de si se está observando la capacidad transformadora de la población, o bien las enfermedades que padecen.</p> <p>Como capacidad transformadora, los problemas de salud serían todas aquellas condiciones que limitan la capacidad de las personas, grupos y comunidades a transformar su medio, de forma tal que les sea más favorable.</p> <p>Situaciones como la pobreza, la injusticia, los salarios bajos, los gobiernos corruptos, la distribución desigual de las ganancias o de la tierra, el alcoholismo y la opresión de la mujer serían ejemplos de problemas de salud, porque todos ellos limitan esta capacidad transformadora.</p> <p>En el segundo sentido, los problemas de salud serían las enfermedades; sin embargo, y a diferencia de la corriente dominante de la promoción de la salud, los problemas de enfermedad son percibidos como consecuencia del contexto socioeconómico y de su desarrollo histórico, como puede apreciarse en la relación hecha sobre la tenencia de la tierra, su impacto en las enfermedades y las posibilidades de atención.</p> <p>Por lo anterior, los problemas de salud no son las enfermedades como hechos aislados, sino los procesos históricos sociales y económicos que determinan a las enfermedades.</p>

<p><b>NOCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD</b></p>	<p>Tomando en cuenta la definición de salud y la delimitación de un problema de salud, se consideran entonces las medidas o prácticas que requieren ser promovidas para mejorar la salud de las personas. En este caso, se considera promoción de la salud a aquellas actividades encaminadas a crear las condiciones para que grupos y comunidades resuelvan sus problemas de enfermedad —mediante la auto atención—, y transformen las condiciones sociales como económicas que determinan sus enfermedades.</p> <p>Esto se logra por medio de procesos organizativos, en los que grupos y comunidades unen sus potencialidades y construyen capital (se empoderan) para transformar su realidad, de forma directa o mediante la incidencia política, al orientar a los gobiernos a resolver los problemas de la población.</p> <p>Estos procesos organizativos conllevan momentos en los que los participantes analizan su realidad y su problemática, se apropian de conocimientos relevantes, planifican acciones, las ejecutan y las evalúan.</p> <p>Al hacer esto, la población va desarrollando su capacidad de transformación (se empodera).</p>
<p><b>NOCIÓN DE LA PERSONA Y LA POBLACIÓN CON LA QUE SE HACE PROMOCIÓN DE LA SALUD</b></p>	<p>Las personas son percibidas como seres con capacidades y potencial para identificar y resolver sus problemas. Para poder lograrlo, es necesario que construyan poder mediante la generación de recursos diversos — como un mayor conocimiento acerca del problema, o la identificación de relaciones con personas para abordarlo—. El promotor de la salud contribuye a generar las condiciones para que esto se dé: establece relaciones de poder más equilibradas que tienden a que, en la medida en que la población desarrolla su potencial, su trabajo como promotor se vuelve innecesario. Por esta razón, evita generar dependencia. Desde esta propuesta se responsabiliza de los problemas al sistema social, político y económico, exculpándose a la población. Lo anterior no quiere decir que no se le atribuya a ésta un papel primordial en el proceso de la promoción de la salud, pues es precisamente a la población a quien le corresponde resolver los problemas, sea por vía directa u obligando a sus gobiernos a hacerlo. Se considera que las personas tienen conocimientos y experiencias previas importantes en cuanto a la rehabilitación, diagnóstico, tratamiento y cura de las enfermedades. El diálogo y la escucha del otro son la posibilidad de aprender: todos son educadores y educandos, pues los problemas, procesos y soluciones son compartidos. Los procesos educativos suponen que los sujetos involucrados son protagonistas de su historia y, por lo tanto, que pueden transformarla.</p>

## CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL PROYECTO PIAXTLA

El supuesto de esta mirada es que los sujetos son protagonistas de su historia al mismo tiempo que son producto de ella. Los saberes y las prácticas que se emplean para transformar su realidad son el resultado de la puesta en común y discusión de los problemas que los aquejan. Los problemas por resolver no sólo se circunscriben a la enfermedad, sino que también a las condiciones materiales y culturales de estos colectivos. Los promotores son todas aquellas personas que tiene una práctica relacionada con la transformación de las condiciones de vida de su comunidad, de manera organizada e intencional. El diálogo y la escucha son determinantes para llevar a cabo las acciones propuestas. Se trabaja en el conflicto: no es una intención de la práctica de promoción de la salud eludirlo. Las acciones de promoción de la salud van más allá de la información, comprometiendo a los sujetos a vincularse con procesos educativos y organizativos más complejos.

- Las preguntas que podemos hacernos en este caso son: ¿Corresponde lo que propone el Proyecto Piaxtla a las condiciones reales en las que viven los habitantes de este lugar? Desde una noción amplia, ¿de qué forma está cambiando la situación de salud de las personas?, ¿crees que es una experiencia que puede reproducirse en otros contextos?

### ■ CASO 3: PLAN SK

Hasta aquí hemos revisados dos propuestas distintas de prácticas de promoción de la salud; queremos mostrarte una más. En esta ocasión te invitamos a que participes en la construcción del análisis; incluimos en este ejercicio algunas preguntas que te servirán de guía para realizarlo.

Para este estudio de caso hemos elegido un sitio electrónico disponible al momento de escribir este material.<sup>67</sup> Vamos a presentarte un resumen de lo que ahí se plantea. También puedes ingresar al sitio y revisarlo. Nos referiremos al producto comercial mencionado utilizando sus iniciales: SK.



<sup>67</sup> La página electrónica de la que obtuvimos la información es: <[www.specialk.com.mx](http://www.specialk.com.mx)>. [Fecha de consulta: octubre de 2009]. Es posible que, al momento que estés trabajando con este texto, la información haya tenido modificaciones o incluso haya cambiado por completo. Se reproduce información e imágenes con propósitos meramente ilustrativos para el material educativo gratuito y sin fines de lucro.

Las páginas parecen estar dirigidas a mujeres jóvenes que tienen el objetivo de bajar de peso. En casi todas las ventanas que es posible desplegar aparecen imágenes femeninas, de mujeres delgadas, estilizadas, con ropa acorde a la moda actual, fotografiadas o dibujadas en poses similares a las que se utilizan en pasarelas de moda o revistas.

Se promueve el consumo del producto SK, en sus distintas presentaciones, como parte de un programa nutricional que dice tener el objetivo de lograr que las personas que lo consuman, consigan un peso menor al que actualmente tienen en un lapso de 15 días. Algunas de las opciones desplegadas en los menús son informativas y otras interactivas.

A continuación haremos una descripción general de las principales entradas y contenidos que aparecen en el portal del PROGRAMA SK.

PESTAÑAS Y MENÚS	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO
1. PROGRAMA	1) Desayunar y cenar el producto propuesto 2) Hacer una comida baja en grasas y alta en fibra 3) Comer 1-3 porciones de fruta o 1 barra de SK 4) Hacer ejercicio
CIENCIA DETRÁS DEL PROGRAMA	Consiste en información seleccionada, basada en artículos científicos que respaldan el tipo de programa propuesto. Se ofrece también una agenda virtual, es decir, un espacio para registrar logros y metas personales de quien se integra al programa.
2. EL EQUIPO QUE TE APOYA	Se presentan varias opciones de profesionales que estarán apoyando al consumidor: nutrióloga, entrenador, asesor de belleza, asesor de moda. Aquí se incluye una sección denominada souvenirs y el vínculo a una comunidad virtual constituida por los usuarios.
NUTRIÓLOGA	Se despliegan las opciones: calcular el índice de masa corporal, crear un expediente, recomendaciones sobre menús y recetas bajas en calorías y preguntas frecuentes.
ENTRENADOR	Contiene una descripción sobre el perfil del entrenador y recomendaciones sobre ejercicios para quemar calorías.
ASESOR DE BELLEZA	Se explican distintos tipos de celulitis y sus causas, anexándose un anuncio sobre un producto para combatirla.
ASESOR DE MODA	Incluye consejos sobre cómo vestirse en función del tipo de figura que se tiene, además de un calendario de desfiles de moda de la diseñadora que asesora la sección.
SOUVENIRS	Se presenta publicidad del producto SK en forma de postales, tarjetas e imágenes electrónicas, para que las consumidoras las descarguen o impriman.
COMUNIDAD VIRTUAL	Se invita a integrarse a una comunidad de usuarias del programa y a ponerse en contacto con ellas.
3. PLAN DE MANTENIMIENTO	Incluye cuatro elementos para mantener el peso logrado después de haber seguido el plan SK: 1) Desayunar el cereal publicitado, con leche descremada y fruta 2) Hacer 30 minutos de ejercicio diario 3) Consumir barras SK o fruta, en caso de tener hambre 4) Tomar 2 litros de agua diariamente
4. PRODUCTOS	Se despliegan las presentaciones del cereal SK en distintos sabores, así como las variedades de barras de cereal. En todos los casos se incluye la tabla de información nutricional de cada producto; es decir, el contenido calórico, así como las cantidades de nutrientes que poseen y el porcentaje de requerimientos diarios que de cada nutriente se obtiene con su consumo.
5. LO NUEVO	Se incluye aquí el anuncio de una nueva presentación del cereal, y una promoción del producto anticelulitis.

► Una vez que has visto el contenido general de la página, realiza el siguiente ejercicio, utilizando la información anterior acerca del producto y consultando las secciones del libro que has revisado hasta ahora. Responde:

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN SK	
1. ¿Quién desarrolla el portal electrónico?	
2. ¿Sirve para ayudar a bajar de peso o para vender productos?	
3. ¿De qué manera se intenta convencer a las personas de consumir los productos anunciados?	
4. ¿Qué apoyos se utilizan para respaldar la información presentada?	
5. ¿Qué imagen de mujer se presenta?	
6. ¿Cuál podría ser el efecto en las mujeres que visitan el sitio, tras observar este tipo de imágenes?	
7. ¿Qué se considera saludable?	

8. ¿Se responde a una necesidad o se crea una necesidad?	
9. ¿Qué conductas se promueven?	
10. ¿Cómo se promueven estas conductas?	
11. ¿Qué resultados esperan obtener los creadores del portal al presentar estos modelos de conductas saludables?	

### ANÁLISIS DE CASO: PLAN SK

► Ahora analizarás el caso a partir de los indicadores revisados. Responde a las preguntas:

CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS EN EL PLAN SK
¿De qué manera se está entendiendo la salud?	
¿Cuál sería la definición de problema de salud que los autores utilizan?	



## 2D. UN RECORRIDO POR EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En esta sección hemos seleccionado algunos textos que consideramos referentes indispensables para los promotores de la salud.

Algunas de las preguntas que podrás responderte a partir de los contenidos de esta sección son las siguientes:

- ¿Cuál es la historia de la promoción de la salud?
- ¿Qué son las conferencias mundiales?
- ¿Qué papel tienen en la promoción de la salud?

Imagina que estás en un viaje y que visitarás muchos sitios de interés. Al llegar a las paradas te ofreceremos una pequeña guía de cada lugar y te sugeriremos algunos ejercicios para que tu visita sea más fructífera. El recorrido tiene un orden sugerido, pero puedes recorrer las estaciones como tú prefieras. En internet encontrarás la mayoría de las lecturas a las que hacemos referencia.



Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, Kazajistán, 1978

En seguida te presentamos un esquema en el que se muestran las estaciones y los sitios de interés que hay en cada una de ellas:

### ESQUEMA DEL RECORRIDO

→	ESTACIÓN 1:	ESTACIÓN 2:	ESTACIÓN 3:	ESTACIÓN 4:
<b>PARADA</b>	<b>Bienvenida</b>	<b>La promoción de la salud: un campo interdisciplinario</b>	<b>Museo vivo de la promoción de la salud</b>	<b>Algunas críticas desde la promoción de la salud alternativa</b>
<b>SITIOS DE INTERÉS</b>	Mirador	Las ciencias sociales, la promoción de la salud y los aportes latinoamericanos	<p><u>Vestíbulo:</u> Una reflexión histórica</p> <p><u>Sala 1:</u> Los organismos internacionales</p> <p><u>Sala 2:</u> Las cartas y declaraciones internacionales de la promoción de la salud</p> <p><u>Sala 3:</u> Algunas cosas más que todo promotor de la salud necesita saber</p>	<p>a. Alma-Ata y la institucionalización de la atención primaria de salud</p> <p>b. Diferentes formas de ver y entender los problemas de salud y enfermedad</p> <p>c. Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria</p> <p>d. La otra salud</p> <p>e. El negocio de la promoción de la salud. Un ejemplo de intereses económicos ocultos</p>
<b>GUÍAS</b>	Carlos Ponte	<p>a. Roberto Briceño</p> <p>b. Oliva López Arellano y Florencia Peña Saint Martin</p>	Recorrido libre	<p>a. David Werner</p> <p>b. Hernán García</p> <p>c. Isabel Del Cura y Rafael Huertas</p> <p>d. Ejército Zapatista de Liberación Nacional</p> <p>e. David Werner</p>
<b>TEXTOS</b>	<i>Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente</i>	<p>a. <i>Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico</i></p> <p>b. <i>Salud y sociedad. Aportaciones al pensamiento latinoamericano</i></p>	Consultas en internet	Antología de documentos básicos de apoyo al curso



■ ESTACIÓN 1:	<b>Bienvenida</b>
<b>Sitios de interés:</b>	Mirador
<b>Guías:</b>	Carlos Ponte <sup>68</sup>
<b>Textos:</b>	<i>Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente</i> <sup>69</sup>

Bienvenido. Hemos llegado a la primera estación. Desde aquí podrás tener una visión panorámica de gran parte del campo. En este sitio nuestro guía, Carlos Ponte, nos presenta el documento llamado *Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente*. El autor muestra los trabajos de Rudolf Virchow y sus estudios en el siglo XIX, que revelaron la dimensión social y política de las enfermedades; lo descubierto en ese sentido por Nick McKeown, las ideas de Henry E. Sigerist y su influencia en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, las críticas a esta definición y cómo Milton Terris quiso superarlas con su nueva definición.

Posteriormente, Ponte nos habla de dos momentos históricos en el nacimiento formal de la promoción de la salud: la «Declaración de Alma-Ata» y la «Carta de Ottawa». Nos explica brevemente cuáles fueron sus aportes y las implicaciones revolucionarias de ambos documentos. También nos habla de la influencia del «Informe Lalonde» en la «Carta de Ottawa».

En seguida, el guía hace una reflexión crítica sobre cómo las propuestas de ambos documentos no han sido llevadas a la práctica y nos da su opinión de por qué ha sido así. Finalmente, nos aporta una perspectiva de cómo lo postulado en Alma-Ata y en Ottawa sigue vigente, a pesar de la opinión de muchos promotores de la salud de la corriente dominante. Una vez que hayas leído el documento, te proponemos llevar a cabo el siguiente ejercicio para analizarlo:

<sup>68</sup> Carlos Ponte Mittelbrunn es médico y presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias, España.

<sup>69</sup> Carlos Ponte Mittelbrunn. *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*; disponible en: <[www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado7/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_SALUD\\_HISTORIA\\_PONTE.pdf](http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf)>. [Fecha de consulta: marzo de 2011]. También incluidas en el apartado: Lecturas de apoyo, en la última sección del libro.

- ▶ Identifica en el texto evidencias de la pugna en el campo de la promoción de la salud a la que nos hemos referido en la sección anterior.
- ▶ Identifica la posición del autor con respecto a esta pugna: ¿Consideras que el autor es neutral?, ¿lo ubicarías en la corriente dominante de la promoción de la salud o en la corriente alternativa?

En esta primera estación, se ha presentado un panorama general sobre algunos de los tópicos relacionados con la comprensión de la salud como fenómeno social. En el texto, en este caso, se hace una revisión de forma cronológica; es decir, se sitúan los eventos en el tiempo. Una forma distinta de abordaje consiste en el análisis de otros campos disciplinares y de la relación que éstos establecen con la promoción de la salud. Te invitamos a la segunda estación.

<b>■ ESTACIÓN 2:</b>	<b>La promoción de la salud: un campo interdisciplinario</b>
<b>Sitios de interés:</b>	Las ciencias sociales, la promoción de la salud y los aportes latinoamericanos
<b>Guías:</b>	a. Roberto Briceño <sup>70</sup> b. Oliva López Arellano <sup>71</sup> y Florencia Peña San Martín <sup>72</sup>
<b>Textos:</b>	a. <i>Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico</i> <sup>73</sup> b. <i>Salud y sociedad. Aportaciones al pensamiento latinoamericano</i> <sup>74</sup>

<sup>70</sup> Roberto Briceño León es sociólogo y doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Central de Venezuela, profesor titular de esa misma institución y director del Laboratorio de Ciencias Sociales.

<sup>71</sup> Oliva López Arellano es médica, maestra en Medicina Social por la UAM Xochimilco y doctora en Ciencias en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP); trabaja como profesora-investigadora en la Maestría en Medicina Social y en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco.

<sup>72</sup> Florencia Peña Saint Martín es antropóloga, doctora en Antropología Sociocultural y en Estudios Latinoamericanos por la Escuela Nacional de Antropología e Historia en México.

<sup>73</sup> Roberto Briceño León. *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.1 [cited 2010-06-14], pp. 33-45. Disponible en: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100004&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000100004>.

<sup>74</sup> Oliva López Arellano, y Florencia Peña San Martín. *Salud y sociedad. Aportaciones al pensamiento latinoamericano*. Medicina Social (on line) 2006, vol.1, n. 3, pp.83-102. Disponible en: <<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/41/109>>

El autor-guía Roberto Briceño realiza en su texto una síntesis del encuentro entre las ciencias sociales y la salud desde la conclusión de la Segunda Guerra Mundial. Plantea los ejes fundamentales: la explicación de lo médico por lo social y la explicación de la enfermedad por lo social; esta última con dos vertientes: desde un punto de vista individualista y desde una visión estructural y colectiva. En la parte final del trabajo reflexiona acerca del tipo de vínculo que debe establecerse entre las ciencias sociales y la salud.

Es importante que te detengas en los siguientes tópicos que desarrolla el autor:

- a) El interés por considerar las condiciones sociales y ambientales como explicaciones a la enfermedad, conformándose así explicaciones más amplias que las biológicas. Este interés disminuyó ante la generación de antibióticos, insecticidas y el avance de medios tecnológicos médicos.
- b) Los ejemplos de publicaciones del ámbito médico que, aun refiriéndose a la sociología médica, se encuentran alejados de las ciencias sociales.
- c) Los estudios sobre la enfermedad de Chagas y otros padecimientos que relacionan la enfermedad con las condiciones de vida.
- d) La consolidación del campo de la promoción de la salud después de la Segunda Guerra Mundial.

Ahora veamos qué proponen las autoras-guías Oliva López Arellano y Florencia Peña San Martín. El documento resume, en unas páginas, algunos de los principales aportes que se han hecho para la comprensión de la salud y la enfermedad desde la medicina social, desarrollada a partir de la década de los setenta en América Latina. Por ejemplo, el surgimiento de un pensamiento innovador que cuestiona los conocimientos biomédicos y epidemiológicos, incorporando teorías y metodologías de las ciencias sociales para considerar la salud como fenómeno social.

Las autoras plantean que la salud, como proceso social, puede estudiarse a partir de tres vertientes: los fenómenos relacionados con la vida, las interpretaciones que los sujetos hacen de estos fenómenos y las prácticas sociales en respuesta a estas interpretaciones. Parten de que este proceso es un fenómeno complejo en el que confluyen las dimensiones económica y política. En el documento se hace una síntesis del desarrollo teórico metodológico de la medicina social en Latinoamérica, y de cómo puede construirse un ámbito de reflexión alrededor de la salud de las colectividades, como espacio de confluencia y desarrollo de diversas disciplinas: sociología, economía y antropología, por ejemplo.

¿Qué puede aportar todo esto a tu formación como promotor? Este texto es muy claro en cuanto a la evolución del abordaje de la salud desde las ciencias sociales en la región latinoamericana. Te posibilita acercarte a la visión de las autoras sobre la conformación de un campo de conocimiento —en este caso el de la medicina social— que, desde sus inicios, se ha presentado en constante movimiento y evolución, permitiendo el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social alrededor de la salud.

Dicho por las autoras:

Por supuesto, este desarrollo del pensamiento latinoamericano en salud no es lineal; las teorías y metodologías, así como los problemas que éstas pretenden explicar, han cambiado en consonancia con el desarrollo histórico nacional y regional de América Latina. [...] Es necesario subrayar, por otra parte, que desde la perspectiva médico-social no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada distinta e innovadora ligada a un modo de pensar acerca de la expresión histórica y diferencial de los procesos biopsíquicos humanos, que permita recuperar sus múltiples dimensiones y reconocer que su producción y expresión social es múltiple y compleja y que se encuentra en movimiento permanente.<sup>75</sup>

Las autoras plantean también conclusiones interesantes para la reflexión, en torno a la salud y las ciencias sociales, que los promotores podemos hacer en un contexto como el latinoamericano: multicultural, socialmente desigual y económicamente inequitativo. Nos proponen acercarnos al estudio del papel de la cultura en las diversas manifestaciones de los procesos vitales humanos, así como a considerar la dimensión de la subjetividad desde la cultura.

Asimismo, presentan el posicionamiento de las ciencias sociales latinoamericanas a favor de la transformación de la sociedad, y en busca de formas para reducir las desigualdades y favorecer el respeto a la diversidad cultural. Nos sugieren que, para solucionar las necesidades colectivas de atención a la salud, vivienda, educación y alimentación, entre otras, la única alternativa posible es la transformación radical de la dependencia económica y política que tienen los países latinoamericanos con respecto a las grandes potencias económicas.

► Investiga qué significan los siguientes términos:

Desigualdad	
Estado de bienestar	
Inequidad	
Globalización	

<sup>75</sup> *Ibid*, pp.87-90.

Para seguir adelante con el recorrido nos trasladaremos a la siguiente estación: «Museo vivo de la promoción de la salud». Este museo tiene algunas piezas históricas; pero pretende ser un museo vivo. Las piezas están aquí para que las conozcas en un solo sitio, pero es importante señalar que cada una de ellas sigue vigente en debates y prácticas de promoción de la salud en el mundo.

■ **ESTACIÓN 3: Museo vivo de la promoción de la salud**

**Sitios de interés:** Vestíbulo: una Reflexión histórica

Sala 1. Los organismos Internacionales

Sala 2. Las cartas Y declaraciones Internacionales de la Promoción de la salud


Sala 3. Algunas cosas más Que todo promotor de la Salud necesita saber

**Guía:** Recorrido libre

**Texto:** Consultas en internet

En esta estación conocerás una muestra de documentos, eventos históricos, lugares y actores importantes en el campo de la promoción de la salud que te ayudarán a comprender su panorama actual. Te invitamos a pasar primero al vestíbulo, donde encontrarás una introducción histórica de las distintas salas:

**Vestíbulo:  
Una reflexión histórica**



Al igual que ha ocurrido con la salud como concepto socioculturalmente determinado, y con la promoción de la salud como campo que está en pugna, la historia de la promoción de la salud también se ha escrito desde diferentes lugares. Algunas historias han puesto el acento en el origen del campo o en los aspectos teóricos que se han producido en el mismo, mientras que otros, en la cronología de hechos asociados a la práctica de la promoción.

Así, por ejemplo, las versiones oficiales de la promoción de la salud ubican su origen en el momento en que ésta cobró relevancia en ciertas discusiones internacionales que anunciaban su oficialización. Es decir, cuando la promoción de la salud como campo de conocimiento y sus trabajadores, los promotores de salud formaron parte reconocida en alguna política pública, programa gubernamental, discurso oficial, estrategia local de los gobiernos o tratado internacional. Otros autores, sin embargo, aportan una visión de mayor alcance al ubicar la promoción de la salud como una práctica humana única e indispensable para la supervivencia de la especie humana desde sus primeros días en la Tierra.

Hay muchos hechos históricos y culturales que muestran cómo la práctica de la promoción de la salud ha sido parte de nuestro origen y aún está viva; por ejemplo, la forma en que los seres humanos aprendimos a escoger las mejores semillas para su futura siembra y así mejorar el rendimiento y calidad de las cosechas. Con esta práctica —ahora duramente amenazada— logramos como humanidad hacer frente a las hambrunas, alimentarnos mejor, producir bienes valiosos para el comercio, compartir con los nuestros un tiempo para la convivencia y generar conocimientos.

Hemos querido destacar algunos momentos de la historia que, por su importancia, han movilizado a los interesados en el campo de la promoción de la salud en todos los niveles: políticos, promotores, académicos e integrantes de movimientos sociales, entre otros. Es relevante identificar que esta parte de la historia de la promoción, que ha sido escrita, se ubica en el siglo XX, época de consolidación de grandes iniciativas en el campo.<sup>76</sup>

Podemos ubicar que, en particular, durante la década de sesenta y setenta la promoción de la salud se hizo más visible en ciertos discursos de los gobiernos en el mundo. De igual manera, en estas décadas, algunos grupos sociales realizaron acciones y movilizaciones importantes para transformar condiciones de vida adversas. Muchos de estos grupos hicieron de la promoción de la salud su instrumento para impulsar estos cambios. Podemos encontrar múltiples referencias a iniciativas de este tipo ligadas a movimientos sociales en América Latina: comunidades eclesiales de base, movimientos urbanos, movimientos campesinos, sindicatos, entre otros; incluso, en gobiernos como el de Salvador Allende en Chile en los sesenta, o en la Cuba socialista de los sesenta.

---

<sup>76</sup> En la siguiente dirección electrónica se pueden encontrar interesantes referencias relativas a la historia de la promoción de la salud <<http://www.paho.org/spanish/d/do302.htm>> [Fecha de consulta: 9 de octubre, 2009].

A partir de los años ochenta hay un reconocimiento explícito a este campo por parte de muchos gobiernos y organismos internacionales. También algunos grupos sociales se suman a este movimiento, que coloca a la promoción de la salud en un lugar relevante para hacer frente a los efectos producidos por las desigualdades sociales y económicas en el mundo.

**SALA 1:**  
**LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES**  
**Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

En el panorama actual del campo de la promoción de la salud existen organizaciones internacionales oficiales y no gubernamentales que se dedican a esta práctica en tareas como: difusión e intercambio de ideas y experiencias, organización de conferencias y reuniones internacionales, definición de políticas y estrategias, investigación y creación de redes de profesionales, etcétera.

En esta sala te presentamos tres de las instancias más significativas: la Organización Mundial de la Salud (OMS), su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). A continuación exponemos extractos de la labor que realiza cada una con respecto a la promoción de la salud. Los textos fueron tomados y adaptados de sus respectivas páginas electrónicas.

### **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)<sup>77</sup>**

La OMS es la parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que tiene a su cargo configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas al respecto, articular las políticas mundiales de salud, prestar apoyo técnico a los países en este tema y vigilar las tendencias de salud en el planeta. La Unidad de Promoción de la Salud (HPR) es parte del departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (CHP), en la entidad de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, y sus actividades sustantivas están organizadas en equipos que puedes consultar más adelante.<sup>78</sup>

<sup>77</sup> Uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron para crear las Naciones Unidas en 1945, luego de finalizar la Segunda Guerra Mundial, fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. Tres años después, el 7 de abril de 1948, se emitió la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS por sus siglas en español y WHO, por sus siglas en inglés: World Health Organization). De acuerdo con la página electrónica de esta organización, «La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales». <<http://www.who.int/about/es/>>. [Fecha de consulta: noviembre, 2010]. La dirección electrónica de la OMS: <<http://www.who.int/about/es/>>

<sup>78</sup> HPR y CHP corresponden a siglas en inglés.

## **PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Para la OMS la promoción de la salud es integral y contribuye para alcanzar los objetivos que esta institución internacional se ha propuesto. Considera que las estrategias de promoción de la salud no se limitan a un problema específico de salud, ni a un conjunto específico de conductas; y que la promoción de la salud tiene un papel crucial en el mejoramiento de las políticas de salud pública aumentando las condiciones sociales positivas las habilidades personales y promoviendo estilos de vida saludables.

La OMS aplica los principios y las estrategias de la promoción de la salud a una variedad de grupos de población, considerando los factores de riesgo y las enfermedades en diversos entornos. En este sentido, la OMS reconoce que los esfuerzos asociados a la promoción de la salud están vinculados con la educación, el desarrollo comunitario, la política y la legislación. Aunque considera igualmente válidas las acciones que desde la promoción de la salud se hagan por la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, las lesiones y la violencia, y los problemas mentales. La OMS reconoce que la promoción de la salud implementada en los países del mundo ha contribuido a reducir la alta mortalidad y a fortalecer sistemas de salud sustentables.

Para la OMS la meta de la promoción de la salud es «Mejorar la equidad en salud, reducir riesgos a la salud, promover estilos de vida y entornos saludables y responder a los determinantes de salud subyacentes»; y su objetivo es «Desarrollar e implementar políticas públicas multisectoriales para la salud, que integren enfoques sensibles a la edad y al género, que faciliten el empoderamiento de la comunidad junto con acciones para la promoción de la salud, el auto cuidado y la protección a la salud a través del curso de la vida en cooperación con socios relevantes nacionales e internacionales».

## **EQUIPOS DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

- PROGRAMA NACIONAL Y PROGRAMA COMUNITARIO: Su objetivo es cooperar con los Estados Miembros en el fortalecimiento de sus capacidades, políticas, apoyos financieros y evidencias para la promoción de la salud, haciendo hincapié en estrategias sólidas basadas en evidencia y una implementación y evaluación enfocada y bien planeada. [sic]
- SALUD ESCOLAR Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA JUVENTUD: Muchas de las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad de hoy y mañana (enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, depresión, violencia, abuso de sustancias, lesiones, deficiencias nutricionales, VIH-sida, ITS, e infecciones por helmintos) pueden ser reducidas de manera significativa

mediante seis categorías de conductas preventivas interrelacionadas, iniciadas durante la juventud y promovidas por las políticas y condiciones sociales.

- **SALUD ORAL:** Los objetivos del Programa de Salud Oral, han sido reorientados de acuerdo con la nueva estrategia de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Se da mayor importancia a desarrollar políticas globales en promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad oral, coordinado con más efectivamente con otros programas prioritarios del CHP y otros grupos y con socios externos.
- **ACTIVIDAD FÍSICA:** La meta del Programa de Actividad Física es promover niveles más altos de actividad física entre la población mundial de todas las edades y condiciones, hombres y mujeres, en todos los entornos de la vida. Una de nuestras principales actividades es la promoción de la Iniciativa Global Anual Movimiento por la Salud.

## **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)<sup>79</sup>**

La OPS es un organismo internacional de salud pública que forma parte del Sistema de las Naciones Unidas y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Los Gobiernos Miembros de la OPS son los 35 países de las Américas; Puerto Rico es un Miembro Asociado. Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte son Estados Participantes, y España y Portugal son Estados Observadores.

La misión de la Organización es cooperar técnicamente con los Gobiernos Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos. La OPS lleva a cabo esa misión en colaboración con los ministerios de salud, otros organismos gubernamentales e internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y muchos otros.

La OPS promueve la estrategia de atención primaria de la salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Colabora con los países en la lucha contra enfermedades que han reaparecido, tales como el cólera, el dengue y la tuberculosis, y enfermedades nuevas como la epidemia del sida que se está propagando. Para ello presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales y respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles.

---

<sup>79</sup> Dirección electrónica de la OPS: <<http://new.paho.org>>

La Organización también participa en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer, que afectan cada vez más a la población de los países en desarrollo en las Américas.

Su interés se concentra en los temas relacionados con la equidad para quienes carecen de recursos para acceder a la atención de salud, y en un enfoque panamericanista que fomenta el trabajo conjunto de los países sobre asuntos comunes. Sus acciones más relevantes están concentradas en:

- Desarrollar iniciativas para asegurar que toda la sangre para transfusiones esté exenta de enfermedades y aumentar el número de donantes voluntarios de sangre.
- Reducir la mortalidad infantil mediante de la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Se trata de un enfoque sencillo y práctico por medio del que se enseña a los trabajadores de atención primaria de salud un proceso completo para evaluar el estado de salud de los niños que llegan a un puesto sanitario o al consultorio. Esos trabajadores aprenden a reconocer los signos de enfermedad y a evaluarlos y tratarlos; aprenden a suministrar información a los padres sobre cómo prevenir las enfermedades en el hogar y les enseñan cómo tratar inmediatamente al niño cuando observan signos que indican que su vida está en peligro, y cuándo deben llevarlo a un hospital.
- Reducir el consumo de tabaco, haciendo hincapié en los aspectos sanitarios y en el elevado costo del tabaquismo para los países.
- Continuar, también, destacando la importancia de abordar la promoción de la salud como una estrategia dirigida a las poblaciones.
- Proporcionar colaboración técnica en campos especializados de la salud pública, y organizar los preparativos para situaciones de emergencia y la coordinación del socorro en casos de desastres.
- Apoyar los esfuerzos para controlar la malaria, la enfermedad de Chagas, la rabia urbana y la lepra.
- Colaborar con gobiernos, con otros organismos y con grupos privados para abordar los principales problemas nutricionales, incluida la malnutrición proteinoenergética, y para eliminar las carencias de yodo y de vitamina A.
- Mejorar el abastecimiento de agua potable y el saneamiento, e incrementar el acceso de los pobres a la atención de salud, con un enfoque de equidad.
- Difundir información científica y técnica mediante su programa de publicaciones, su sitio en internet, y una red de bibliotecas académicas, centros de documentación y bibliotecas locales de atención de salud procurando que los países conozcan el estado de salud de sus poblaciones y dónde residen las desigualdades.
- Colaborar con los países en la movilización de los recursos necesarios para proporcionar servicios de inmunización y tratamiento para todas las enfermedades prevenibles por vacunación.

- Trabajar para reducir la carga de mortalidad y morbilidad por enfermedades diarreicas, incluyendo el cólera, por medio del manejo de casos y la terapia de rehidratación oral para evitar las defunciones por deshidratación, y para que se proporcione diagnóstico y tratamiento adecuados de las infecciones respiratorias agudas, salvando de esa forma las vidas de cientos de miles de niños cada año.

Uno de los éxitos más notables de la Organización fue eliminar o controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, que comenzó con la erradicación de la viruela de las Américas en 1973, seguida cinco años después por la erradicación mundial de la enfermedad. En 1994 declaró a la región de las Américas oficialmente libre de poliomielitis, y está cerca de alcanzar la meta de eliminar el sarampión en la región; está insistiendo en la introducción de vacunas nuevas que ya se encuentran disponibles, como la de *Haemophilus influenzae B*, para reducir la meningitis y las infecciones respiratorias.

La Organización facilita la promoción de la salud para ayudar a los países a tratar los problemas de salud característicos del desarrollo y la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, el tabaquismo, y la adicción a las drogas y el alcohol.

La Organización también ejecuta proyectos para otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales tales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, organismos oficiales de cooperación para el desarrollo de diversos gobiernos, y fundaciones filantrópicas.

La OPS fortalece la capacidad del sector de la salud en los países para impulsar sus programas prioritarios mediante la acción intersectorial, promoviendo un enfoque integral de los problemas de salud. También trabaja para mejorar la salud de las mujeres, fomentando una mayor integración de ellas en la sociedad y creando conciencia sobre su importancia como usuarias y como proveedoras de servicios de salud.

La OPS capacita a los trabajadores de salud de todos los niveles por medio de becas, cursos y seminarios, y mediante el fortalecimiento de las instituciones nacionales de capacitación. La Organización reconoce la función del sector privado en la prestación de los servicios y fomenta el diálogo y las alianzas con los ministerios de salud. Además de su presupuesto básico sufragado por las cuotas de sus Gobiernos Miembros, la OPS también busca el financiamiento externo para ayudar a poner en práctica programas e iniciativas especiales que responden a necesidades vitales de salud. Las contribuciones voluntarias para colaborar con los proyectos de la OPS en los ámbitos de la salud y la educación, son deducibles de impuestos y pueden entregarse a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF).

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) tiene más de 50 años como asociación mundial que reúne a personas y a organizaciones, con el compromiso de mejorar la salud y el bienestar de la población mundial por medio de la educación, la acción comunitaria y el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud.

La promoción de la salud que promulga la UIPES aspira a capacitar a las personas para que adquieran un mayor control sobre su salud y sobre los factores que inciden en ella. La UIPES lleva a cabo su misión creando y gestionando una red independiente, mundial y profesional de personas e instituciones que fomenta el libre intercambio de ideas, de conocimientos, de experiencias y el desarrollo de proyectos de colaboración a escala mundial y regional. La UIPES tiene como objetivos:

- Aumentar la inversión en promoción de la salud por parte de los gobiernos, de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, de las instituciones académicas y del sector privado.
- Aumentar las políticas y las prácticas de organizaciones, gobiernos y agencias inter-gubernamentales que logren mayor equidad en materia de salud entre los países del mundo y en el seno de cada uno de ellos.
- Mejorar las políticas y las prácticas tanto de los gobiernos a todos los niveles, como de las organizaciones y de los sectores que inciden en los determinantes de la salud de la población.
- Generar alianzas y acuerdos de colaboración sólidos entre todos los sectores, basados en principios éticos consensuados, en la comprensión y en el respeto mutuo.
- Fomentar actividades que contribuyan al desarrollo, la traducción y el intercambio de conocimientos y prácticas que potencien el campo de la promoción de la salud.
- Además, ampliar la divulgación de los conocimientos entre los profesionales de la promoción de la salud, así como entre los responsables de elaborar las políticas, los funcionarios gubernamentales y otras personas y organizaciones de importancia clave.
- Mejorar los mecanismos para el intercambio de ideas, experiencias y conocimientos que promueven la salud y el bienestar.
- Organizar foros mundiales para el apoyo mutuo y la mejora profesional de sus miembros.

---

<sup>80</sup> Dirección electrónica de la UIPES: <<http://www.iuhpe.org>>

- Ofrecer oportunidades de capacitación para personas e instituciones de modo que puedan realizar mejor las iniciativas de promoción de la salud y defender públicamente nuestros postulados de salud.

## **PROYECTOS DE COLABORACIÓN CON OTRAS ORGANIZACIONES Y REDES**

La UIPES coordina e implementa proyectos con otras organizaciones en el desarrollo de políticas y la defensa de la salud o la investigación. Los proyectos tratan una amplia gama de temas como la efectividad, los entornos saludables, la actividad física o los determinantes de la salud.

La UIPES es una red mundial y agencia facilitadora de experiencia técnica líder en el campo de la promoción de la salud. Presenta múltiples oportunidades de colaborar y participar en otras redes de ámbito regional e internacional cuyo trabajo está relacionado con la agenda científica de la UIPES.

La Red de Estudiantes y de Profesionales Noveles (ISECN por sus siglas en inglés)<sup>81</sup> reúne a jóvenes profesionales y estudiantes de promoción de la salud de todo el mundo y los relaciona de manera dinámica de modo que incidan en la agenda de la UIPES y la apoyen.

Mediante el Programa Mundial sobre la Efectividad de la Promoción de la salud y los diferentes Grupos de Trabajo Mundiales, la UIPES realiza un trabajo orientado a explorar posibles respuestas de las siguientes problemáticas:

¿Qué es lo que genera salud? ¿Cómo puede la salud distribuirse de manera equitativa? ¿Qué tipo de salud y qué resultados sociales se consiguen mediante la promoción de la salud? ¿Cómo tendría que hacerse un seguimiento de los mismos? ¿A qué consideramos evidencia de la efectividad de la promoción de la salud? ¿Qué acciones de promoción de la salud son efectivas, en relación con diferentes riesgos sanitarios y poblaciones, en diferentes entornos y en diferentes niveles de desarrollo socioeconómico? ¿Qué infraestructura y capacidad se requiere para lograr una promoción de la salud efectiva? ¿Qué procesos de toma de decisiones y qué acuerdos de gobierno conducen a un desarrollo equitativo de la salud? ¿Qué estrategias y sistemas son los mejores para trasladar la evidencia a las políticas y prácticas?

### **SALA 2:**

#### **LAS CARTAS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Generalmente, las cartas y declaraciones surgen como producto de los acuerdos entre los gobiernos del mundo, o entre gobiernos de ciertas regiones, para resolver problemáticas compartidas. Estos textos son documentos que expresan principios

<sup>81</sup> Para mayor información consultar: <[www.isecn.org](http://www.isecn.org)>.

filosóficos, establecen metas y comunican las estrategias generales a seguir para llegar a los objetivos programados por los países participantes.

Muchos de los acuerdos que se firman en las cartas derivan en tratados entre países, mismos que todos los involucrados se comprometen a cumplir. También es frecuente que, cuando un gobierno suscribe un tratado de esta naturaleza, está obligado a generar políticas y programas internos, así como a destinar recursos que coadyuven a la solución del problema particular en su país.

Sin embargo, como ya te hemos mencionado antes, las cartas y las declaraciones no siempre acaban teniendo una traducción práctica efectiva, ya que están sujetas a interpretaciones que tienen motivaciones de orden político o económico.

En los sitios que has visitado en este recorrido se han mencionado varias conferencias mundiales y sus respectivos resolutivos, cartas y declaraciones. En relación con la salud y a la promoción de la salud se han realizado varias conferencias mundiales que les han dado a éstas una identidad desde la perspectiva oficial. Las reuniones son auspiciadas por organismos nacionales e internacionales: gobiernos de algunos países, asociaciones de promoción de la salud, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, etcétera.

A estos eventos acuden funcionarios de instituciones, así como académicos y, en ocasiones, representantes de organismos civiles que trabajan en promoción de la salud. En estas reuniones se analiza el panorama de la salud mundial y se discuten las mejores estrategias para abordar los problemas detectados.

Es común que cada conferencia termine con un pronunciamiento oficial. En este pronunciamiento se acostumbra incluir los consensos de los participantes. Como los actores de estas conferencias suelen tener intereses políticos diferentes es usual que los resolutivos se negocien, de tal manera que su redacción final resulta muy general y ambigua. De esta forma, los resolutivos pueden ser interpretados de diferentes maneras, por ejemplo, a conveniencia de cada gobierno involucrado. Las estrategias que plantean suelen ser también generales y abiertas para que puedan ser operadas de maneras muy diferentes y con niveles de compromiso igualmente disímolos.



Ottawa, Canadá 1986



DF, México 2000

Para comenzar, te invitamos a revisar la siguiente tabla, en la que se mencionan algunas de las conferencias mundiales más relevantes que han tenido lugar en la historia de la promoción de la salud. Estos textos también podrás encontrarlos en la internet.

**PUNTOS DE REFERENCIA INTERNACIONALES  
PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

#	NOMBRE	AÑO	PAÍS SEDE
1	Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud	1978	Actualmente Kazajistán
2	Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	1986	Canadá
3	Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas Públicas Favorables a la Salud	1988	Australia
4	Declaración de Sundsvall sobre Entornos Propicios para la Salud	1991	Suecia
5	Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santa Fe de Bogotá	1992	Colombia
6	Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI	1997	Indonesia
7	Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las ideas a la acción	2000	México
8	Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado	2005	Tailandia
9	A 20 años de Ottawa, Vancouver	2007	Canadá
10	Llamado a la acción, Nairobi	2009	Nairobi
11	Declaración del consenso de Galway	2008	Irlanda

La pugna de las diferentes maneras de entender la salud y su promoción, ya mencionadas en otras partes del libro, ha permeado los espacios oficiales de las conferencias mundiales y sus declaraciones finales. En ellas se pueden ver, de manera más o menos explícita, las diferencias y contradicciones existentes.

A continuación te presentamos fragmentos de la transcripción de la conferencia que dictó la doctora Consuelo Chapela en el plantel Casa Libertad de la UACM en el año 2006.<sup>82</sup> En este texto se explican algunos ejemplos de la lucha en el campo de la promoción de la salud en el contexto de las conferencias mundiales.

Durante la Primera Guerra Mundial, la promoción de la salud se construyó en torno a la necesidad de los problemas de la posguerra: que éstos se resolvieran en casa y no en los hospitales, que ya no se daban abasto. Éste era el contexto y la motivación para hacer de ésta [la promoción de la salud], un tipo de saber médico que pudiera sustituir la insuficiencia de los servicios hospitalarios.

Muchas décadas después, en otro contexto y en otra época, se fueron modificando las premisas y los postulados de lo que debía o podía ser la promoción de la salud: con la propuesta en los setenta de Paulo Freire, la educación popular y la resistencia a las dictaduras. En la India se desarrolló y trabajó sobre las propuestas de la atención primaria a la salud, al mismo tiempo que en Cuba se afirmaba que la educación en salud quedaba corta para darle respuesta a las problemáticas y las necesidades de los países pobres. Desde la OMS se criticó que el campo de la salud estuviera monopolizado por los médicos y el sector salud, pues la biologización<sup>83</sup> de la mirada sólo dificultaba lograr los objetivos y solucionar las necesidades más apremiantes. Durante esta época, se comenzó a trabajar la idea de que la prioridad era cambiar los contextos para cambiar los problemas. Había que desmedicalizar la mirada sobre la salud, pues la biología sólo daba cuenta de una de las dimensiones del ser humano; para hacer una promoción mejor, se tenía que integrar la posición de la población como actor protagónico.

Entonces, comenzó la definición sobre la promoción de la salud como campo: ¿De qué?, ¿sería una particular manera de entender los servicios hospitalarios fuera de los centros médicos?, ¿o sería un campo diferente al de la medicina y los servicios asistenciales de salud para convertirse en un campo con identidad y metas propias?

Ottawa, la Declaración de Yakarta y la Declaración de Santa Fe son ejemplos de conferencias internacionales en las que se consolidó una visión de la promoción de la salud que posicionaba al sujeto individual y colectivo como el que debía tomar «control» sobre sus procesos. En Bogotá se pronunciaban abiertamente porque el poder pasara a manos del pueblo,<sup>84</sup> por ejemplo, como condición sin la cual los pueblos no serían libres y, por lo tanto, saludables. Estas propuestas se alejaban cada vez más del campo médico o clínico cuando

---

<sup>82</sup> Consuelo Chapela. *Primer Encuentro de Promoción de la Salud*, Conferencia, UACM Casa Libertad, Iztapalapa, Cd. de México, 2006. Transcripción parcialmente editada.

<sup>83</sup> Para los fines de este documento, hemos aplicado el término *biologización* exclusivamente asociado a la dimensión biológica del hecho o evento de la realidad; por ejemplo: explicar la diabetes en las personas sólo como un desorden metabólico que incrementa los niveles de glucosa en la sangre debido a alteraciones en la concentración de la hormona insulina.

<sup>84</sup> Se refiere a la declaración de la Conferencia en Promoción de la Salud realizada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en 1992.

establecían que la salud tenía que ver con que los sujetos decidieran sobre su vida y sus medios y no con que tuvieran asistencia médica.

Sin embargo, esta visión fue desvaneciéndose a través de los años y las diferentes conferencias, hasta llegar al Encuentro Internacional con sede en México, en el año 2000, que se caracterizó por ser particularmente selectivo y elitista. Se resignificó el concepto de alianzas (como el establecimiento de vínculos fuertes con los empresarios) y se olvidó la discusión en torno a «devolverle el poder al pueblo». Se resaltó la estrategia de distribuir información para prevenir las enfermedades por sobre otras prioridades. En la conferencia de México la presencia más fuerte fue la de los mercados.

Durante la conferencia de Bangkok, esta mirada de mercado permaneció y se afirmó como el «verdadero» enfoque de promoción de la salud y, como sucedió en México, se olvidaron de hablar de la pobreza o del poder: se trabajó bajo la premisa de que la promoción de la salud debía responder a los retos y exigencias del mundo globalizado. Se regresó al enfoque de educación para la salud, a la prevención de enfermedades y de factores de riesgo, a la medicalización.

Se olvidó que las alianzas debían ser con la población, no con las empresas o con el mercado. Este auge produjo fenómenos de consumo sui géneris; la población acaba gastando en productos «saludables» que no tienen relación con su realidad y contexto. Se forma una dinámica que permite que sean los medios, con sus productos, los que «educan» a la población, con un bombardeo de mensajes de terror en relación con todas las enfermedades que nos van a atacar con el fin de vender cada vez a mayor escala.

- ▶ Analiza el fragmento de texto que te acabamos de presentar e identifica qué ejemplos de posturas sobre la promoción de la salud menciona la autora. Enlista estas posturas.
- ▶ Revisa la lista y señala cuáles de las posturas corresponderían con la corriente dominante de la promoción de la salud y cuáles con propuestas alternativas.

Abordemos a continuación cuatro conferencias que, por su importancia, ameritan detenernos en ellas: Alma-Ata —referente imprescindible para comprender la promoción de la salud—, la Carta de Ottawa, la Conferencia de Santa Fe de Bogotá en Colombia —como el pronunciamiento latinoamericano en relación con el campo que nos ocupa— y el Consenso de Galway —iniciativa reciente para definir las competencias profesionales de los promotores de la salud.

## **LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE ALMA-ATA**

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata se realizó en Kazajistán, antigua república de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), en el mes de septiembre de 1978. Organizada por la OMS, la OPS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reunió a los representantes de 134 países y a 67 organizaciones internacionales.

Su propósito fundamental fue la construcción de un nuevo sistema de salud que permitiera a todas las personas en el mundo el ejercicio pleno al derecho a la salud. Bajo el lema «Salud para todos en el año 2000», se acordó implementar una estrategia internacional para alcanzar un mejor nivel de salud.

Fue relevante en esta conferencia el esfuerzo por: redefinir la salud como un estado de bienestar del ser humano y no sólo como enfermedad, traer al debate las condiciones de desigualdad entre los países ricos y pobres, reconocer la promoción y la protección de la salud como terminantes para el desarrollo económico, mejorar la calidad de vida, reducir la violencia y obtener la paz mundial.

Otros aspectos que se resaltaron fueron el derecho a la salud que los individuos tienen en cualquier nación, la posibilidad y la responsabilidad de acciones colectivas concernientes al cuidado de la salud fuera del ámbito meramente médico, el señalamiento de la responsabilidad de los gobiernos por salvaguardar el derecho a la salud de los individuos y el compromiso que debían establecer para proporcionar a sus ciudadanos las condiciones materiales y las medidas sociales que hicieran posible la solución de sus necesidades vitales.

La definición de la estrategia para el logro de estos propósitos conforme al espíritu de la justicia social fue denominada «Atención Primaria de Salud» (APS).

El siguiente fragmento es parte de la declaración de Alma-Ata, y refiere a la Atención Primaria a la Salud:

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

## **LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos éstos;
5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

► Consulta la sección «PREGUNTAS Y RESPUESTAS» y el artículo Alma-Ata: 25 años después en la página electrónica: <[www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm)>

► ¿Qué encuentras en este texto que te parezca importante para la promoción de la salud? Escribe por los menos sobre tres aspectos y explícalos.

---

---

---

---

---

---

---

## LA CARTA DE OTTAWA Y SUS APORTES



### LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA CARTA DE OTTAWA

Elaboración de una política pública sana
La creación de ambientes favorables
Fortalecer la acción comunitaria
El desarrollo de las aptitudes personales
Reorientar los servicios sanitarios

La Carta de Ottawa es considerada como el documento rector en promoción de la salud. A más de 20 años de que la firmaran representantes de varios países, sigue manteniéndose como un documento que expresa los principios e intenciones reconocidos por algunos gobiernos en relación con la promoción de la salud. Esta Carta representa la entrada de la promoción de la salud al ámbito de los gobiernos del mundo. A partir de ahí, la promoción de la salud ha estado presente en los discursos oficiales de muchos países.

La Carta ofrece innovaciones importantes: hace una definición de promoción de la salud con implicaciones tales como proponer que sea una tarea que vaya más allá de lo que pueda lograr la medicina o la salud pública.

Desde su publicación, se ha discutido mucho acerca de esta Carta, poniéndose especial relevancia en sus múltiples posibilidades de interpretación. Es en este contexto que te invitamos a escuchar las conclusiones a las que llegaron los promotores de diferentes lugares del mundo en el año 2006, cuando trabajaron en un taller en torno al tema «La Carta de Ottawa: ¿Útil? ¿Utilizable? ¿Utilizada?».<sup>85</sup>

<sup>85</sup> Este taller fue parte de los trabajos previos a la organización del V Congreso en Promoción de la Salud que se realizó en Vancouver, Canadá en 2007 y que se tituló *A 20 años de Ottawa*.

Aunque la mayoría de las personas presentes en el simposio juzgó que la Carta de Ottawa es todavía útil el día de hoy, es conveniente preguntarse sobre el significado de esta utilidad. Los participantes aportaron múltiples respuestas a este respecto, siendo evidente que cada uno se apropiaba a su manera del contenido. Para varios, la Carta de Ottawa constituía un documento de base para la promoción de la salud o para la salud pública, el cual serviría como guía para la investigación, las intervenciones o la formación. De esta manera, la Carta fue designada como: marco de referencia, filosofía, reagrupamiento de ideas, de orientaciones, de direcciones, grandes líneas, visión, manifiesto y hasta como ¡una Biblia! Sólo algunas personas describieron explícitamente a la Carta de Ottawa como instrumento de intervención; otros mencionaron, además, no utilizarla en su trabajo cotidiano.

Con esto último se expresaba también la dificultad de traducir concretamente la Carta a la práctica, así como la escasa voluntad política para instrumentarla, en todos niveles.<sup>86</sup>

En seguida te presentamos una selección de los elementos de la Carta que consideramos más relevantes. Todos los conceptos, definiciones y líneas de acción han sido tomados de documentos basados en ella, pero hemos recuperado aquí tanto fragmentos originales de la Carta, como interpretaciones que a ésta se han hecho desde dos fuentes: la información recopilada en el *Glosario de promoción de la salud*<sup>87</sup> de la OMS, y lo que nos dice el autor brasileño Paulo Marchiori Buss<sup>88</sup> en su texto: *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*.<sup>89</sup>

► Te invitamos a revisar y a contrastar las interpretaciones, así como a consultar directamente la Carta.

## **SOBRE SALUD**

CARTA DE OTTAWA: Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

CARTA DE OTTAWA: Para alcanzar la salud se requiere que las personas sean capaces de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y modificar o adaptarse a su medio ambiente.

---

<sup>86</sup> Tomado de: *El mensaje de Montreal: ¡La Carta de Ottawa para la promoción de la salud es todavía útil para la práctica de la salud pública de hoy en día!* por: Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Evelyne Pedneault, Kadija Perreault, Mathieu Forster, Nancy Roberge, Pascal Parent y Robert Perreault, en: <<http://www.rhpeo.org/reviews/2007/4/index.htm>>

<sup>87</sup> Nutbeam, Don. *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra, OMS. 1998. Disponible en: <[http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)>. [Fecha de consulta: diciembre 2010].

<sup>88</sup> Paulo Marchiori Buss es médico con maestría en Medicina Social por la Universidad del Estado de Río de Janeiro, 1980; especialista en pediatría y en salud pública; investigador titular de la Escuela Nacional de Salud Pública y presidente de la Fundación Oswaldo Cruz y la Editora Fiocruz; creador del Canal Salud de TV, destinado a la difusión de la educación en salud, y consultor habitual de diversas universidades como de organizaciones nacionales e internacionales.

<sup>89</sup> Paulo, Buss. «Una introducción al concepto de promoción de la salud» en: *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Dina Czeresnia, Carlos Machado de Freitas (organizadores). Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.

## **SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

GLOSARIO Ps OMS: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

GLOSARIO Ps OMS: La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

## **SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA SALUD**

GLOSARIO Ps OMS: Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son: paz, vivienda, educación, alimentación, ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

## **LA CARTA DE OTTAWA IDENTIFICA TRES ESTRATEGIAS BÁSICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:**

- La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas
- Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud, y
- Mediación a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

## **SOBRE LA DEFENSA DEL INTERÉS POR LA SALUD (COMO TRADUCCIÓN DE ADVOCACY) ABOGACÍA**

GLOSARIO Ps OMS: Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos y/o en su nombre, con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos [...] Puede adoptar muchas formas incluido el uso de los medios informativos y los multimedia, la presión

directa a los políticos y la movilización de la comunidad, por ejemplo, a través de grupos de presión, sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la salud en todos los niveles de la sociedad.

PAULO M. BUSS: Consiste en luchar para que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de comportamiento y biológicos, así como las condiciones y requisitos para la salud, sean cada vez más propicios.

Las condiciones y requisitos previos se refieren a: paz (ausencia de conflictos), educación, vivienda (condiciones de habitabilidad), alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

### **SOBRE «FACILITAR» (CAPACITAR, PERMITIR, FACULTAR, COMO TRADUCCIÓN DE *ENABLING*)**

GLOSARIO Ps OMS: En promoción de la salud, la facilitación significa actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud.

PAULO M. BUSS: La promoción de la salud apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y «proporcionar» los medios (capacitación) que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud. Los individuos y las colectividades deben tener la oportunidad de conocer y controlar los factores determinantes de su salud, ambientes favorecedores, acceso a la información, habilidades para vivir mejor, así como oportunidades para realizar elecciones más saludables, están entre los principales elementos capacitadores.

### **SOBRE «MEDIAR» CONCILIACIÓN**

GLOSARIO Ps OMS: En promoción de la salud, es un proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y de las comunidades, así como diferentes sectores (público y privado) se ponen de acuerdo para promover y proteger la salud.

PAULO M. BUSS: Los requisitos previos y expectativas para la salud no pueden ser solamente de incumbencia del sector sanitario, por lo que todas las partes implicadas deben coordinar sus esfuerzos: gobierno, sector salud y otros sectores sociales y económicos, organizaciones de voluntariado y no gubernamentales, autoridades locales, industria y medios de comunicación. Un quehacer de la promoción de la salud es realizar tareas de mediación entre estos actores.

## **SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES**

**GLOSARIO Ps OMS:** Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

**PAULO M. BUSS:** Las decisiones en cualquier área de las políticas públicas en todos los niveles de administración, influyen favorable o desfavorablemente sobre la salud de la población. La enunciación de políticas públicas saludables se refiere a que la salud tenga prioridad entre políticos y dirigentes de todos los sectores y en todos los niveles, con responsabilidad por las consecuencias políticas sobre la salud de la población.

Las políticas públicas saludables se manifiestan por diversas aproximaciones complementarias, que incluyen legislación, medidas fiscales, tributaciones y alteraciones organizativas, entre otras, y por acciones coordinadas que apuntan hacia la equidad en salud, distribución más equitativa de la renta y políticas sociales. Este concepto resulta opuesto a la disposición previa a la conferencia, que identificaba la promoción de la salud principalmente con la corrección de comportamientos individuales que serían no sólo los principales, sino los únicos responsables de la salud.

## **SOBRE LA CREACIÓN DE ENTORNOS QUE APOYAN A LA SALUD (AMBIENTES FAVORABLES A LA SALUD)**

**GLOSARIO Ps OMS:** Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la misma, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

**GLOSARIO Ps OMS:** La acción destinada a crear entornos que apoyan la salud posee muchas dimensiones, que pueden incluir la acción política directa, cuyo objetivo es desarrollar y aplicar políticas y reglamentos que contribuyan a crear entornos de apoyo, la acción económica, especialmente en relación con el fomento de un desarrollo económico sostenido y la acción social.

**PAULO M. BUSS:** La creación de ambientes favorecedores para la salud, implica el reconocimiento de la complejidad de nuestras sociedades y de las relaciones de

interdependencia entre diversos sectores. La protección del medio ambiente y la conservación de los recursos naturales, la conjunción sistemática del impacto que los cambios en el medio ambiente producen sobre la salud, así como la conquista de entornos que faciliten y favorezcan la salud, como el trabajo, el ocio, el hogar, la escuela y la propia ciudad, pasan a componer medularmente la agenda de la salud.

## **SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA PARA LA SALUD**

GLOSARIO Ps OMS: La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

La Carta de Ottawa pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos

PAULO M. BUSS: El incremento del «poder de las colectividades» en el establecimiento de prioridades, en la toma de decisiones y en la definición e implementación de estrategias para alcanzar un mayor nivel de salud es esencial en las iniciativas de promoción de la salud. La Carta de Ottawa enfatiza que las acciones comunitarias serán efectivas si se garantiza la participación popular en la trayectoria de los asuntos de salud, así como el acceso total y continuo a la información y a las oportunidades de aprendizaje en esta área: es el concepto de *empowerment* comunitario, es decir, la adquisición de poder técnico y conciencia política para actuar en la defensa de su salud.

## **SOBRE EL DESARROLLO DE HABILIDADES PERSONALES<sup>90</sup>**

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

---

<sup>90</sup> Esta línea de acción no es definida como tal en el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS. La definición más cercana a la que se refiere el glosario es de habilidades para la vida, que de acuerdo con la explicación que ahí mismo se presenta, forma parte del desarrollo de habilidades personales para la promoción de la salud. La primera parte de la explicación que aquí se presenta, corresponde directamente a la Carta de Ottawa.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas. (Carta de Ottawa, 1986)

Las habilidades de vida tal son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de las habilidades personales para la promoción de la salud descritas como una de las áreas de acción clave en la Carta de Ottawa. Son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie.

PAULO M. BUSS: El desarrollo de habilidades y actitudes personales propicias para la salud en todas las etapas de la vida se encuentra entre los campos de acción de la promoción de la salud. Para esto es imprescindible la divulgación de informaciones sobre la educación para la salud, lo que debe ocurrir en el hogar, en la escuela, en el trabajo y en cualquier lugar comunitario. Diversas organizaciones deben responsabilizarse de tales acciones. Este componente de la Carta de Ottawa recupera la dimensión de la educación para la salud, aunque aquí también avance con la idea de empoderamiento, ahora en el plano individual, es decir, el proceso de capacitación (adquisición de conocimientos) y de conciencia política propiamente dicha.

## **SOBRE LA REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

GLOSARIO Ps OMS: La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del sistema sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

PAULO M. BUSS: La reorientación de los servicios de salud en la trayectoria del concepto de promoción de la salud, más allá de los servicios asistenciales, está entre las medidas preconizadas en la Carta de Ottawa. La carta irradia también una visión englobadora intersectorial, al recomendar la apertura de conducciones entre los sectores sociales, políticos, económicos y ambientales. La apreciación de que tales cambios deben ser acompañados en la formación de los profesionales de la salud también está presente en la declaración proveniente de la conferencia.

## CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ, COLOMBIA<sup>91</sup>

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se realizó en Colombia (noviembre de 1992) y contó con la participación de todos los países de América Latina. Durante esta reunión, se resaltó el papel que debe tener la promoción de la salud en esta región. La Declaración resultante de este encuentro a la letra dice:

El principal desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes, uniendo los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.



Manifestación por la salud. Bogotá, Colombia, 2011.

La Declaración reconoce una región desgarrada por la inequidad, la crisis económica, el deterioro de las condiciones de vida, el aumento de riesgos para la salud y la reducción de recursos en los países para hacerles frente. Algunos de sus puntos de partida fueron:

1. Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida.
2. La situación de inequidad de la atención de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de salud pública, orientadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del atraso y la pobreza, al que se superpone el causado por las enfermedades de la urbanización y la industrialización.

<sup>91</sup> La declaración de esta Conferencia puede recuperarse en: <[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc\\_inter/santa\\_fe\\_bogota\\_92.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf)>

3. En el orden político existen barreras que limitan el ejercicio de la democracia y la participación ciudadana en la toma de decisiones. En estas circunstancias, la violencia —en todas sus formas— contribuye notablemente al deterioro de los servicios, es causa de numerosos problemas psicosociales y constituye el trasfondo en que se inscriben numerosos problemas de salud pública.
4. 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 sólo 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 induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes, origen de estas calamidades.
5. El desarrollo integral y recíproco de los seres humanos y las sociedades es la esencia de la estrategia de promoción de la salud en el continente. En consecuencia, ésta asume las tradiciones culturales y los procesos sociales que han forjado nuestras nacionalidades posibilitando, además, enfrentar creativa y solidariamente la adversidad, los obstáculos estructurales y las crisis recurrentes.

► Consulta la Declaración de Santa Fe, en particular las estrategias y compromisos que ahí se acordaron. Escribe, ¿por qué se puede decir que la Declaración se relaciona con una noción de salud positiva?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## EL CONSENSO DE GALWAY<sup>92</sup>

En el campo de la promoción de la salud es cada vez más importante discutir y definir las características profesionales del promotor de salud. Un esfuerzo relevante en ese sentido es el llamado Consenso de Galway, donde se sienta un precedente que, sin duda, será referencia para la formación de promotores en el mundo durante los próximos años.

Del 16 al 18 de junio de 2008 se reunieron en la Universidad Nacional de Irlanda, con sede en la ciudad de Galway, varias personalidades académicas y de organizaciones civiles. El encuentro fue organizado conjuntamente por la UIPES, la Society for Public Health Education (SOPHE) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

La reunión tuvo como propósito promover el intercambio de propuestas y lograr una mayor colaboración para el desarrollo de competencias esenciales en promoción de la salud, así como para el fortalecimiento de enfoques comunes que permitieran desarrollar la promoción de la salud como un campo profesional en franca actividad laboral. También se buscó estimular el diálogo y la discusión sobre los motivos de la necesidad de consenso respecto de los ámbitos de competencias básicas, y las implicaciones de su desarrollo para la capacitación en materia de promoción de la salud en este sector, a escala mundial.

► Para fines de este libro son particularmente relevantes las preguntas claves, a partir de las cuales se invitó a la reflexión de los participantes. Incluimos en esta sección algunas de ellas y te planteamos contestarlas después de que consultes la Declaración resultante del Consenso.

1. ¿Es necesario que las diversas regiones del mundo lleguen a consensuar los ámbitos de competencias básicas<sup>93</sup> de la promoción de la salud? En caso afirmativo, ¿qué cambios comportaría?
2. Los ámbitos de competencias básicas definidos en la Declaración de Consenso de Galway, ¿son aplicables a contextos culturales distintos?
3. ¿Es necesario definir un conjunto de competencias propias de la promoción de la salud diferentes de las que ya se han definido para la salud pública?

---

<sup>92</sup> Para ampliar la información de este apartado puede revisarse: <<http://www.iuhpeconference.net/pages/overview/index.php>>. [Fecha de consulta: octubre 2008].

<sup>93</sup> Por *competencias básicas* podemos entender los conocimientos, habilidades y destrezas que una persona necesita para transformar la realidad. En años recientes se ha identificado a las competencias básicas como capacidad de creación y producción autónoma de conocimiento y acción en contextos socio-culturales determinados.

4. Los ámbitos de competencias básicas de la promoción de la salud y de la educación para la salud ¿son iguales o distintos?
5. ¿Cómo podemos garantizar que los ámbitos de competencias básicas sigan siendo apropiados en el ejercicio futuro de la promoción de la salud y en la planificación de la fuerza de trabajo en este campo, en un entorno mundial que cambia a gran velocidad?
6. ¿Qué competencias de la promoción de la salud son necesarias para asegurar mejoras en la salud de la población basadas en la equidad y en el desarrollo sostenible?

**SALA 3:**

**ALGUNAS COSAS MÁS QUE TODO**

**PROMOTOR DE LA SALUD NECESITA SABER**

En esta sala te presentamos definiciones de términos de uso frecuente en la promoción de la salud. Las que aparecen a continuación han sido tomadas del Glosario de promoción de la salud de la OMS, editado en Ginebra en 1998.

**Prevención de la enfermedad**

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad y la reducción de los factores de riesgo, pero también a detener el avance de la enfermedad y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos, mediante la detección precoz y el eficaz tratamiento adecuado o reducir los casos de reincidencia y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación.

A veces, el término se utiliza como complementario de la promoción de la salud. Pese a que, a menudo, se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

## **Educación para la salud**

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La educación para la salud incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, así como la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. La educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la educación para la salud para distinguir entre estos dos términos.

## **Salud pública**

Se define como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud, y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud.

<p>■ <b>ESTACIÓN 4:</b></p>	<p>Algunas críticas desde la promoción de la salud alternativa</p>
<p><b>Sitio de interés:</b></p>	<p>a. Alma-ata y la Institucionalización de la Atención primaria de salud  b. Diferentes formas de ver y Entender los problemas de Salud y enfermedad  c. Estilos de vida y Salud pública: análisis de una Estrategia sanitaria  d. La otra salud  e. El negocio de la promoción De la salud. Un ejemplo de Intereses económicos ocultos</p>
<p><b>Guías:</b></p>	<p>a. David Werner  b. Hernán García  c. Isabel Del Cura y Rafael Huertas  d. Ejército Zapatista de Liberación Nacional  e. David Werner</p>
<p><b>Texto:</b></p>	<p>Textos básicos de apoyo al curso</p>

Bienvenido. Te presentamos en esta estación a algunos autores guías con quienes haremos un recorrido por sus textos. Estos documentos son reflexiones críticas a la corriente dominante de la promoción de la salud. La dinámica es similar a la de las otras salas donde nos encontramos con lecturas y autores guías.

#### **a. ALMA-ATA Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

En este texto, David Werner reflexiona acerca de cómo la corriente de promoción de la salud alternativa influyó en las decisiones tomadas en Alma-Ata, y en la forma en que estos principios fueron atacados y desvirtuados después por gobiernos conservadores, lo que llevó a la consecuente pérdida del carácter revolucionario de las acciones propuestas.

► Consulta la página <<http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/indice.htm>>. Lee con calma el capítulo 3: «Alma-Ata y la institucionalización de la Atención Primaria de Salud».

► ¿Qué encuentras en este texto que te parezca importante para la promoción de la salud? Escribe por lo menos sobre tres aspectos y explícalos.

---

---

---

---

---

---

---

---

## **b. DIFERENTES FORMAS DE VER Y ENTENDER**

### **LOS PROBLEMAS DE SALUD Y ENFERMEDAD<sup>94</sup>**

Hernán García hace una crítica a la promoción de la salud oficial a partir de mirar ciertas enfermedades en el contexto social e histórico de quienes las padecen. El autor también describe cómo considera que pueden solucionarse estos problemas.

## **c. ESTILOS DE VIDA Y SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS DE UNA ESTRATEGIA SANITARIA<sup>95</sup>**

En este sitio encontraremos el análisis que nos presentan Isabel Del Cura y Rafael Huertas sobre una de las vertientes más importantes y modernas de la promoción de la salud oficial: el trabajo sobre estilos de vida.

Los autores explican, de manera clara y crítica, las implicaciones políticas y económicas de hacer promoción de la salud fomentando estilos de vida saludables. En este sentido, señalan a quienes les conviene este tipo de promoción de la salud. El texto es un buen referente para cualquier promotor de la salud que desee explorar una mirada crítica a la propuesta de «estilos de vida».

<sup>94</sup> Hernán García Ramírez. *Salud conciencia y organización*. México, Fomento Cultural y Educativo. 1990. pp. 37- 55. Disponibles en las bibliotecas de la UACM.

<sup>95</sup> Isabel Del Cura y Rafael Huertas. «Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria», en: Montiel, Luis e Isabel Porras (coordinadores). *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*. Doce Calles. Madrid, 1997. pp. 242-252. Disponibles en las bibliotecas de la UACM.

#### **d. LA OTRA SALUD<sup>96</sup>**

A continuación hemos transcrito extractos de la ponencia de Ignacio Madrazo, presentada en el Foro *La otra salud*, que da cuenta de los intereses del mercado para darle un significado distinto a la salud. En esta ponencia encontramos críticas interesantes a la promoción de la salud del mercado, donde podemos identificar algunas de sus implicaciones políticas y económicas:

#### **PONENCIA DE IGNACIO MADRAZO**

«En su análisis sobre la expansión del capitalismo en sus etapas avanzadas, Marx describió detalladamente la capacidad del mismo de abrirse caminos en busca de nuevos mercados y fuentes de plusvalía. De ahí la explicación más efectiva al fenómeno del imperialismo y del colonialismo. Pero en una sociedad global, en la cual el capitalismo ha logrado dar la vuelta al mundo, es necesario preguntarse a dónde voltea para conseguir nuevas ganancias.

Una de las respuestas, una con resultados particularmente ominosos para la supervivencia del ser humano, es: hacia dentro del cuerpo. Cuando el capitalismo ha logrado expandirse a través de territorios geográficos, comienza a expandirse a los territorios corporales. Y uno de los primeros pasos para lograr esto es la reescritura del cuerpo humano. Pero el estar atrapado dentro de esta maquinaria no sólo significa que estamos sujetos a la lógica del mercado para lograr nuestra subsistencia, sino que estamos ante la constante amenaza de que, como cualquier otro aparato de nuestra propiedad, se descomponga sin que entendamos el por qué.

Palabras como infarto, tumor, derrame, son signos misteriosos que nos recuerdan que esta máquina, más que mantenernos con vida, puede fallar en cualquier momento y acabarnos. Caminamos dentro de una bomba de tiempo. La diferencia entre este futuro incierto y aterrador, y la estabilidad, aunque sea momentánea, es uno de los bienes más preciados: la salud.

Es esta incertidumbre que nos lleva a adquirir «la salud» en cualquiera que sea el paquete en que nos sea vendida. Ya sea un yogurt con bifidos, un cereal con fibra extra, una pastilla que reduce el colesterol, un anillo que nos limpia el aura, un alineador de chacras o las flores de Bach, la salud es algo que sabemos que necesitamos, aun si no sabemos cómo funciona. Es el mítico tónico, la piedra filosofal, el grial sagrado, es ese bien que, de ser nuestro, dará

---

<sup>96</sup> Ignacio Madrazo Piña. «El sujeto en la salud» en: *El capitalismo avanzado. El cuerpo en el capitalismo avanzado*. Foro la Otra Salud. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F., abril del 2006; disponible en <<http://www.laotrasalud.com/>>

sentido a toda nuestra existencia. Es por ello que la sabiduría popular nos dice que si tienes salud, todo lo demás es secundario.

Y como bien dice el dicho, la salud se tiene, es decir, se adquiere. ¿Y cómo? Con capital. Es así como caemos en una de las grandes ironías de esta lógica perversa: vendemos nuestro cuerpo y su labor para obtener, principalmente, algo que nos asegure que este mismo cuerpo siga funcionando. Metafóricamente hablando, vendemos al hijo para asegurarnos de que tenga una mejor vida, ya que nosotros no seremos jamás capaces de dársela.

¿Pero quién es ese gran dador al que le vendemos nuestro caparazón fibroso a cambio unos momentos más de funcionamiento? Es el mercado todopoderoso. Es a este dios a quien rendimos tributo para que nos regale unos días o años más con los cuales producirle aun más riquezas. En otro revés irónico, también aquellos que obtienen plusvalía por vender el producto salud, lo hacen también para alimentar las necesidades y urgencias de sus propios cuerpos descontrolados, es decir enfermos.

## **COMUNICADO DEL EJÉRCITO ZAPATISTA DE LIBERACIÓN NACIONAL<sup>97</sup>**

A continuación te presentamos parte de un comunicado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional sobre cómo la noción dominante de salud es aprovechada por el sistema económico liberal para reproducir las condiciones sociales. Este comunicado fue emitido en el marco de «La otra campaña», que tiene un componente llamado «La otra salud». Estas reflexiones son un ejemplo de la voluntad de ofrecer resistencia y alternativas a la corriente dominante de la promoción de la salud.

Cuando se da el alzamiento y nos encontramos con ustedes, con los hombres y mujeres que en México y en el mundo se solidarizaron con nuestra causa, empezamos no sólo a recibir ayuda como si fuera limosna o caridad, sino a entenderla como apoyo a un proyecto político diferente, y empezamos a encontrar a otros médicos, a las otras doctoras, a los otros enfermeros y enfermeras que nos ayudaron a ir construyendo dentro de las comunidades indígenas zapatistas la posibilidad de romper con la dependencia. Pero por mucho que avancemos como comunidades zapatistas, siempre estamos rozando los bordes y nos está pegando el sistema de explotación, de exclusión, de racismo.

Sí están mejor nuestras condiciones comparadas con antes del alzamiento, en algunas zonas en las que carecen de tierra, como los Altos de Chiapas, la medicina es gratuita, la atención y la medicina... [Se mira] que los niños realmente

---

<sup>97</sup> <<http://zapateando.wordpress.com/2008/>>, [Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2008].

cumplan con las vacunas, que éstas sean administradas y conseguidas por la misma estructura comunitaria y no por la estructura gubernamental. Eso ha permitido que por sus propios caminos, los compañeros y compañeras hayan construido esto que sí es posible, que la misma gente tome en sus manos el control de su salud.

Bueno, y ahí estamos pues contentos de que llegan los doctores y las doctoras y los enfermeros y enfermeras, y en este contacto que es de apoyo a una causa política nos empiezan a contar lo que está pasando en las ciudades.

Entonces nos empiezan a contar las condiciones de trabajo en el Seguro Social, en la medicina privada, esto que a nosotros alguien nos platicaba de la gente que llegaba allí: de que uno, cuando elige la profesión de la salud, cualquiera que sea su nivel, está eligiendo la profesión de la vida, no se trata de sólo la vida, sino de combatir el dolor. Y esta persona nos decía se trata de tener una sensibilidad especial al dolor que evita que uno sea cínico, y lo que está pasando con el sistema capitalista es que [está produciendo] doctores y doctoras, enfermeras que son cínicos, que pueden enfrentar a una persona que se esta muriendo o que está sufriendo mucho y la tratan como si estuviera pidiendo una entrada para el cine, como si estuvieran en una taquilla para repartir boletos, y que «espérame que me tome el café», y todo eso.

Cada vez se está convirtiendo más el doctor, la enfermera, en un capataz, en un tendero de la salud, en el que recibe el dinero y te da la caja y tómate esto, y cada vez se ve más que, la relación racista que se lleva con las comunidades indígenas, se está desplazando de forma incontenible hacia el resto de la población.

Entonces, si antes, en otra época del capitalismo, la medicina, la salud era un negocio, ahora con la nueva etapa, la enfermedad también se estaba convirtiendo en un negocio: mientras más enfermos, mientras más enfermedades más medicina es necesaria y entonces la industria farmacéutica, la descarada o la encubierta es el negocio de la muerte y el dolor. El negocio de la salud ahora es, un negocio de la muerte y del dolor, y esto está produciendo efectos: a los médicos los están formando en que lo que conviene no es curar a la persona, sino sacarle lo más posible en el mayor tiempo posible.

Esta destrucción, no sólo del sistema de salud sino de su mercado laboral es algo que tenemos que denunciar... Se hacen programas de salud en la medida que esto signifique la promoción de una posición política y no para que ataque un problema. Por eso no son negocios rentables políticamente los sistemas de salud en comunidades apartadas, porque nadie llega ahí, ni la radio, ni la televisión, ni Comercial Mexicana, ni Sams: no sirve pues. Por eso se concentran en los grandes centros de población estos servicios de salud y el resto de la población está abandonada...

Tiene que haber una radiografía de lo que significa la salud en el capitalismo: este proceso de transformación del negocio de la cura y la salud a un negocio del dolor y la muerte. Sí es posible levantar otra salud, así como se habla de otra economía, otra política, de otra cultura, de otra información.

Hay una de las partes muy importantes en lo que ustedes pueden avanzar, que es en diseccionar el discurso de la clase política actual y ubicar realmente cuál es su propósito en cuanto a la salud de la población... no importa de qué partido político. Si es cierto, como nosotros pensamos, que en el capitalismo la salud es un negocio que además es alimentado con el negocio del dolor y la muerte, entonces, ¿en qué medida los programas de los diferentes partidos políticos están enfrentando esto? Nosotros pensamos que no lo están enfrentando, pero si lo logran diseccionar, se derrumba todo el armazón del discurso de las supuestas opciones políticas allá arriba, y no sólo para la población, también para los trabajadores y trabajadoras de la salud.

El problema con las campañas de arriba es que cuando uno pregunta ¿qué vamos a hacer? Contestan: «Espérate, yo lo voy hacer [...] [En la autonomía] se trata de irlo construyendo. No se trata de esperar el momento en que nos levantemos todos y tiremos al gobierno, y entonces sí vamos a empezar a trabajar la otra salud. En ningún lado se está planteando eso, ni en las comunidades indígenas con sus propios problemas, ni en la lucha obrera, ni los estudiantes, ni los maestros: ¡Ya tenemos que empezar a ir construyéndolo! Nosotros pensamos que los científicos de todas las ciencias van a encontrar su lugar. Que todas las ciencias, cada una va a encontrar su lugar y entonces sí se dirá que el mundo que se está construyendo... ¡Es realmente otro! No se trata de que nos vayamos todos a meter en una sola bandera, sino que cada quien esté construyendo su espacio. Gracias compañeros».

► Analiza el fragmento del comunicado que te presentamos e identifica:

1. ¿Qué características de la atención a la salud en el capitalismo identifican los autores del comunicado? Haz un listado.
2. ¿Cuáles de estas características coinciden con las del MMH? ¿Qué puedes concluir de esto?
3. ¿Qué alternativas proponen a lo que critican?

#### **e. EL NEGOCIO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UN EJEMPLO DE LOS INTERESES ECONÓMICOS<sup>98</sup>**

Existen muchos ejemplos de intereses económicos y políticos detrás de las acciones de promoción de la salud. David Werner y otros, en su libro *Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, ofrece tres ejemplos

<sup>98</sup> Werner, David y David Sanders, *Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*. Health Wrights Publications, California, 2000: <<http://www.healthwrights.org/dwpapers.htm>>. [Fecha de consulta: noviembre, 2010].

de cómo las corporaciones multinacionales (CMNS) imponen sus intereses económicos aun a costa de perjudicar a la población.

A continuación te presentamos extractos del libro en el que se explica el caso de la empresa Nestlé. En el texto también se muestra el conflicto de esta empresa con promotores de la salud alternativos y el papel de los gobiernos a favor de la corriente dominante de la promoción de la salud.

La lactancia natural es considerada tan básica para la salud y la supervivencia de los niños que el UNICEF incluye su promoción como uno de los cuatro pilares de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. En 1981 la agencia lanzó una campaña internacional para educar a las madres en la idea de que «el pecho es lo mejor» (breast is best en inglés).

Sin embargo, la industria de fórmulas infantiles se ha convertido en un negocio muy rentable dominado por las CMNS. A la cabeza de estas CMNS está Nestlé, la mayor empresa de alimentación del mundo, que controla entre 35% y 50% del mercado mundial de la leche para bebés. Como muchas otras industrias que matan, la de las fórmulas infantiles ha ido centrándose cada vez más en el Tercer Mundo. La promoción agresiva de la lactancia artificial ha contribuido a una notable disminución del amamantamiento entre las madres del Tercer Mundo, en especial en Latinoamérica y Asia. Un estudio de 1986 en cinco países del Tercer Mundo encontró que 40% de las madres encuestadas utilizaban fórmulas infantiles.

Cuando el UNICEF y las ONGS emprendieron campañas para promover la lactancia natural en los países en desarrollo, Nestlé y otras empresas fabricantes de fórmulas infantiles incrementaron sus campañas de promoción. Entregaban a estudiantes de medicina y a médicos información engañosa y muestras gratuitas de fórmulas infantiles, muchas veces junto a biberones. Tenían empleadas vestidas como «enfermeras lecheras» recorriendo las salas de maternidad de los hospitales para repartir paquetes con biberones y fórmulas de inicio a las nuevas madres.

Esta práctica fuera de toda ética da a las madres la impresión de que los médicos apoyan la lactancia artificial. Además, utilizar biberones durante los primeros días puede hacer que los pechos de las madres dejen de producir leche, haciéndoles dependientes de los sustitutos comerciales. (Muchas veces las madres pueden volver a producir leche bebiendo muchos líquidos y dejando que sus bebés chupen de sus pechos muy a menudo, pero son pocas las madres que lo saben o son enseñadas).

Poco a poco, muchos ciudadanos de Europa y de Estados Unidos se fueron dando cuenta de los abusos de Nestlé. Indignados, formaron grupos para educar y sensibilizar a otras personas sobre el tema y organizar un boicot a los productos de Nestlé. El objetivo era poner fin a la promoción inmoral de las

fórmulas infantiles. Estos grupos se unieron entre sí y con los grupos del Tercer Mundo para organizar una campaña masiva de nivel internacional que encabezó el boicot a Nestlé. Esta campaña fue coordinada por la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN por sus siglas en inglés), que está formada por unos 100 grupos de 65 países.

El UNICEF y la OMS, en gran parte en respuesta a esta campaña, desarrollaron un «Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna», sin valor jurídico, para poner fin a estos abusos. Cuando la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS votó el Código en mayo de 1981 fue aprobado por 118 países. Solamente Estados Unidos votó en contra por su preocupación porque «el Código perjudicaría a empresas estadounidenses».

Sin embargo, ha sido necesaria una vigilancia continua para mantener a raya a Nestlé y a otras compañías relacionadas con la materia. En 1988 el grupo de seguimiento Action for Corporate Accountability (Acción por la Responsabilidad Empresarial) acusó a la Nestlé y a la American Home Products de seguir violando y socavando el código en muchos países. Nestlé fue acusada de promocionar sus productos en centros de salud y farmacias del Tercer Mundo mediante «pósters, anuncios, muestras gratuitas o rebajadas, sobornos, concursos y representantes comerciales». Nestlé ha ultrajado también el código presionando a los gobiernos del Tercer Mundo para que no sean demasiado rigurosos, convenciéndoles de que la industria de alimentos infantiles puede regularse por sí misma.

Acción por la Responsabilidad Empresarial ha respondido a estas acciones de mala fe reviviendo el boicot. El objetivo del nuevo boicot, el cual se ha extendido a 14 países, es obligar a Nestlé a dejar de promocionar cualquier forma de lactancia artificial. Pero Nestlé no muestra señales de cambiar su modo de actuar. En agosto de 1994, IBFAN sacó a la luz su informe *Violando las Reglas*, que recoge las actividades de comercialización de 74 empresas de alimentación infantil en 62 países.

Nestlé fue responsable de aproximadamente el 30% de todas las quejas (el doble que cualquier otra compañía). El informe detalla cómo Nestlé ha continuado violando sistemáticamente el Código en más de 40 países. Como respuesta, Nestlé publicó en tono desafiante un folleto titulado Comercialización de la Leche Infantil, el cual afirmaba que: «En 1994, Nestlé investigó 455 alegatos contra ella. Sólo tres requirieron acciones correctivas». Las imágenes de bebés gordos y saludables en los productos de leches infantiles de Nestlé son aún una poderosa publicidad que llega incluso a las madres que no saben leer.

En el Tercer Mundo el uso de biberones está muy arraigado, y en muchos países está haciéndose aun más habitual. El número de niños que muere a consecuencia de ello está aumentando. Algunas estimaciones sitúan el número de muertes relacionadas con la lactancia artificial en torno a 1.5 millones al año

—un 50% más que el estimado hace escasos años. Si se quiere invertir esta tendencia, los grupos de seguimiento como IBFAN deben mantener su vigilancia y presión sobre las multinacionales de la alimentación infantil.

En el Tercer Mundo es necesaria una campaña masiva de educación para crear conciencia de la importancia de la leche materna y mostrar cómo las multinacionales —a menudo ayudadas e incitadas por los grandes gobiernos— utilizan cualquier treta para incrementar sus ganancias, insensibles al sufrimiento humano que causan.

Esperamos que este viaje te haya sido de utilidad, y que regreses a él cada vez que sea necesario.





### **3. LA CONSTRUCCIÓN DE MI PROYECTO**



## 3A. CONSTRUIR DESDE LO QUE IMAGINO Y DESEO

### ■ PROYECTO Y FUTURO

Confiamos en que, a lo largo de las secciones y de los ejercicios propuestos, hayas avanzado en resolver dudas y plantearte nuevas preguntas acerca de la promoción de la salud. También esperamos que ahora tengas más elementos para construir tus propias respuestas y encontrar nuevas explicaciones. Es el momento de considerar de qué manera lo que ahora ya sabes influirá en las decisiones que tomes sobre tu futuro profesional.

► Pregúntate: ¿Qué tiene que ver la promoción de la salud conmigo?, ¿me atrae la idea de ser promotor de la salud?, ¿qué tipo de trabajo deseo realizar?, ¿cómo imagino mi lugar de trabajo?, ¿qué tanto se parece esto a lo que he imaginado y buscado?

Los seres humanos tenemos capacidades que nos identifican como tales, la capacidad de pensar, de conocer; tenemos la facultad de planear el futuro, de imaginarnos en el tiempo; en otras palabras tenemos la capacidad de proyectar. También podemos apasionarnos por lo que nos gusta hacer, por lo que deseamos o queremos. Esta capacidad nos sirve como motor para caminar en la vida.

Por otro lado, poseemos el potencial para considerar los recursos con los que contamos o los que nos hacen falta. Mujeres y hombres tenemos la capacidad para entender nuestra dimensión colectiva. Con estas potencialidades en acción, los seres humanos podemos decidir lo que sea más conveniente a nuestros deseos, sueños, intereses y posibilidades, tanto individuales como colectivos.

#### CARTA A LA PERSONA QUE SERÉ

El ejercicio que te proponemos tiene la finalidad de reflexionar sobre el futuro, tu futuro. Es común que se nos eduque para pensar siempre en resolver el presente o en las ideas de este es mi destino o aquí nos tocó vivir, siendo así que quedamos al margen de construir y tomar opciones. Aunque es cierto que hay condiciones en nuestra vida que es prácticamente imposible cambiar, hay otras que nos compete a nosotros mismos construir, como quien hace su camino al andar.

► Para hacer este ejercicio es necesario seguir ciertas recomendaciones especiales. Procura estar a solas cuando lo realices; busca un lugar tranquilo, sin ruido ni distracciones. Es importante que no haya interrupciones y que puedas hacerlo de principio a fin: el ejercicio completo te llevará alrededor de 30 minutos. Toma una hoja de papel y algo para escribir; si usas tu cuaderno arranca la hoja. Cuida que estés cómoda y con buena iluminación. Lee con cuidado el siguiente párrafo que contiene las instrucciones y comienza a trabajar hasta que te haya quedado claro cómo hacerlo. No te apresures.

► Vas a escribir una carta. La fecha de la carta será la de hoy. Dirígela a ti misma, pero a la persona que serás en 10 años. Al hacerla, tendrás que imaginar cómo serás, dónde estarás, qué estarás haciendo, qué tan satisfecho o no estás con lo que haces, cuáles son tus planes, etcétera. Es un ejercicio de imaginación. Como es una carta escrita en el presente y dirigida al futuro, seguramente tendrás muchas preguntas; es tu oportunidad para hacerlo. Haz un intento por centrarte en aquello que tiene que ver con el nivel profesional y laboral.

Es probable que te interese tocar muchos temas que tienen que ver contigo, con tu familia y con el mundo. Ya harás otras cartas, si así lo quieres, para preguntarte cómo irán las cosas en otros rubros. Deja que tus pensamientos te lleven, deja que tu escritura fluya expresando lo que piensas. Nadie más va a leer la carta. Es sólo para ti. Ten a la mano un reloj y ponte un límite para dejar de escribir. Sugerimos no sean más de 20 minutos. Si tienes deseos de seguir escribiendo, termina esta carta y en otro momento podrías continuar escribiendo. Regresa a estas instrucciones cuando hayas terminado de escribir la carta.

► Firma la carta. No olvides poner la fecha. Dóblala y, de preferencia, guárdala en un lugar seguro. Podrás regresar a leerla cuantas veces quieras, y será mucho más valiosa mientras más tiempo pase.

► Responde por escrito a las siguientes preguntas: ¿Cómo te sentiste al escribir la carta?, ¿qué tan fácil o difícil te resultó hacerla?, ¿por qué crees que fue así?, ¿habías pensado antes en los temas que escribiste?, ¿surgieron inquietudes o preguntas nuevas?

► Haz una lista de aquellas cosas que preguntaste sobre ti misma/o y para las cuales no tienes respuesta aún.

► Finalmente: ¿Cómo te sientes después de haber respondido a todas estas preguntas?

Este ejercicio puede hacerse todas las veces que se desee dejando, por supuesto, algún tiempo de por medio. Seguramente será distinto si lo haces dentro de un año o dentro de cinco; pero aquello que escribiste ahora te podrá servir como punto de partida para mirarte a ti mismo en el pasado y arrancar de ahí al futuro.

## ■ **DETRÁS DE LOS PROYECTOS ESTÁ LA INFLUENCIA DE NUESTRA HISTORIA PARTICULAR**

Los seres humanos constantemente nos imaginamos futuros deseables que nos ayudan a orientar nuestras acciones y nos motivan a transformar aspectos de nuestra realidad. A estos futuros deseables les llamamos proyecto. Sin embargo, no es común que nos preguntemos por qué deseamos lo que deseamos en nuestros proyectos, o que intentemos explicaciones más elaboradas de estos motivos; es frecuente que dar por hecho que lo que está detrás de nuestros proyectos es «natural». Sin embargo,

vale la pena explorar sobre estos supuestos para conocer más sobre nosotros y tomar decisiones sobre nuestro futuro.

Como recordarás, en el Capítulo 1 hablamos acerca de que las personas estamos sujetas a distintos tipos y niveles de influencia: la familia, el grupo de amigos u otros grupos sociales a los que pertenecemos. Estamos constantemente condicionados por el medio social en el que vivimos, y por aquello que los miembros de este medio, en su conjunto, priorizan en cuanto a valores y deberes. Reconocer estas influencias y su poder sobre nosotros nos da la posibilidad de decidir sobre nuestros proyectos. A fin de hacer una reflexión sobre las influencias que hay detrás de las decisiones que tomamos con respecto a nuestros proyectos, te proponemos la siguiente actividad en dos partes, primero basada en un caso hipotético, y después enfocada en tu circunstancia personal.

► Lee detenidamente el caso hipotético de un estudiante de odontología y sigue las instrucciones que vienen después.

Aunque le costaba trabajo levantarse temprano, casi todo el tiempo conseguía ser de los primeros en llegar al salón de clase. El maestro de Historia de la Odontología era bastante obsesivo con la puntualidad y aplicaba un sistema de premios y castigos en puntos que sabía que no debía despreciar. Unos cuantos puntos más al final del semestre no le vendrían nada mal, especialmente en esta asignatura que le resultaba tan odiosa. Siempre había sido muy práctico y, aunque no le veía ninguna utilidad aprender sobre cómo se quitaban los dientes en la Edad Media, procuraba hacer lo necesario para pasar la asignatura. En su quinto año de carrera ya había pasado por algunas materias así: educación para la salud bucal, odontología preventiva y salud pública, temas selectos de nutrición... en aquel tiempo pensaba que eso sólo les podía servir a los compañeros que querían trabajar en salubridad o algo así. Él tenía otros planes: poner un consultorio en la parte del frente del terreno de la casa de sus papás... ahorrar... ir construyendo una clínica de servicios dentales... contratar a otros dentistas. Desde pequeño había visto a su papá muy orgulloso de no tener patrón y aunque no siempre le iba bien en el taller de fibra de vidrio nunca se había planteado buscar un empleo. Recuerda que en los peores momentos su padre le decía: «Raúl, no dejes la escuela yo te apoyo, échale ganas para que puedas ser alguien en la vida». Su papá siempre se había privado de cosas con tal de salir adelante, darles estudios a sus hijos, ir arreglando la casa, ir progresando. A menudo les platicaba a sus hijos sobre su infancia... la llegada a la ciudad... la muerte de su padre alcohólico... de cómo tuvo que dejar la primaria y acabó trabajando en la central de abasto... de los años ahí, de los dolores de espalda y de cómo, con un poco de suerte, encontró a don Julián, que le heredó el oficio y le transformó su voluntad de sobrevivir en ganas de progresar. A Raúl ser dentista no le parecía nada mal. El primo del Mochis hasta carro traía ya y toda su familia lo respetaba un buen. En la colonia no había dentistas y desde chiquito había gozado de fama de aplicado entre los vecinos. Era momento de sacar algo bueno de todas esas veces en que su mamá había

presumido sus diplomas. Desde el primer día en que supo que había sido admitido en la facultad había empezado a ahorrar lo que le daba su papá por echarle la mano en el taller. Ya faltaba poco.

Una de las características que nos hace humanos es la capacidad de imaginar un futuro diferente, un futuro deseable que nos emocione y nos invite a usar nuestro tiempo, capacidades y recursos para lograrlo. Los seres humanos transformamos el mundo con la intención de que éste sea como lo imaginamos, como lo habíamos proyectado. Al hacer esto las personas recibimos muchos condicionamientos a la hora de imaginar lo deseable.

¿Qué hay detrás de lo que añoramos? ¿Por qué lo queremos? ¿A qué grado nuestra historia personal nos influye en esto? ¿En qué grado las personas que están alrededor de nosotros y sus historias influyen en lo que queremos? ¿Hasta qué punto estamos conscientes de esta influencia? Para hacer un poco más claro esto analicemos el caso de Raúl:

► Observa el caso y trata de identificar en el proyecto de Raúl qué cosas son las que él valora más. Haz una lista.

PROYECTO DE RAÚL	COSAS QUE VALORA MÁS

► Suponiendo que eres el papá de Raúl, que se llama Pedro, piensa en su historia, trata de ubicarte en su lugar. Escribe qué significa para ti el proyecto de tu hijo.

**LO QUE PIENSO Y SIENTO SOBRE  
CÓMO MI HIJO RAÚL HA CONSTRUIDO SU PROYECTO**

---



---

► Ahora reflexiona e identifica qué influencias ves en lo que Raúl valora.

LO QUE RAÚL VALORA MÁS	INFLUENCIAS QUE RECIBIÓ PARA VALORAR ESO COMO LO MÁS IMPORTANTE

► ¿Qué cosas puedes concluir sobre Raúl y su proyecto de ser dentista?

**MI CONCLUSIÓN SOBRE RAÚL Y SU PROYECTO DE SER DENTISTA**

---

---

Como podrás inferir, hay una influencia muy importante entre la historia de Pedro y el proyecto de su hijo Raúl. Expectativas, valores, ilusiones, etcétera, han pasado de una generación a otra. A pesar de que es una influencia importante debemos tomar en cuenta que no es la única que hay detrás del proyecto de Raúl. Como seres sociales que somos, estamos influidos por nuestro contexto. En cada cultura se van construyendo ideas y valores predominantes que condicionan los proyectos y acciones de las personas. Pedro, Raúl y todos nosotros recibimos una fuerte influencia en ese sentido.

► Identifica en la tabla siguiente cuáles son las ideas y valores predominantes en nuestra sociedad con respecto a los temas que ahí se señalan. Trata de identificar lo que es más común en nuestro medio, independientemente de si tú estás de acuerdo o no con estas ideas y valores.

TEMA	IDEAS O VALORES PREDOMINANTES EN NUESTRA SOCIEDAD
¿Qué significa «progresar»?	
¿Qué significa «ser exitoso»?	
¿Qué significa «Ser alguien en la vida»?	
¿Qué se supone que debe hacer una persona para lograr todo lo anterior?	

► ¿Escribe tus conclusiones con respecto a las influencias que tienen los seres humanos a la hora de imaginar sus proyectos.

**MIS CONCLUSIONES RESPECTO A LAS INFLUENCIAS AL IMAGINAR PROYECTOS**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Ahora pasamos a la segunda parte de esta actividad, tu proyecto personal:

- ▶ Escribe brevemente tu propio caso en relación con tu proyecto de estudiar Promoción de la Salud (a la manera como está redactado el caso de Raúl).
  
- ▶ Identifica en tu historia qué cosas son las que valoras más. Haz una lista.
  
- ▶ ¿Qué experiencias de tu vida consideras que han influido de manera importante en las cosas que valoras más y tu proyecto de estudiar Promoción de la Salud? ¿Cómo han influido?
  
- ▶ ¿Qué puedes concluir de este ejercicio? ¿De qué manera te puede servir esta reflexión?

### ■ SE HACE PROYECTO AL ANDAR

Si tomamos en cuenta que toda vivencia del presente pasa inmediatamente a formar parte del acervo de experiencias pasadas, podremos reconocer que nuestros proyectos están bajo la continua dependencia de lo que nos pasa día a día y están expuestos a la influencia de los sucesos que habremos de vivir en el futuro. Durante tu estancia en la UACM seguramente vivirás situaciones que te habrán de llevar a cuestionar y quizá modificar tus expectativas y proyectos profesionales. El siguiente ejercicio te invita a reflexionar sobre esto a partir de las inquietudes de muchos estudiantes como tú y por medio de las historias de algunos de tus profesores.

### ■ ¿QUÉ SIGUE? ¿CÓMO CONSTRUYO MI PROYECTO?

Se les pidió a los profesores de la licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM, que hicieran un relato en el que explicaran cómo fueron conformando su proyecto y qué relación encontraban actualmente entre esa idea de proyecto y su quehacer en la formación de promotores de la salud. Recibimos aportaciones muy interesantes. Te invitamos a leer el testimonio de la Dra. María Elena Durán Lizarraga del ciclo básico del Colegio de Ciencias y Humanidades.<sup>99</sup>

Yo estudié biología en la Facultad de Ciencias. Cuando estaba en la prepa, me gustaban las materias del corte científico; pero lo que creía que quería hacer era estudiar comunicaciones, pues soñaba trabajar en una radiodifusora (no cualquiera, quería estar en Rock 101). Cuando llegué a escoger el área de 5°

---

<sup>99</sup> El texto ha sido adaptado por los autores para fines didácticos.

semestre las materias de área tres, la oferta de materias me conmocionó: me faltaban el cálculo, la química y la biología. En ese momento pensé que no había problema, estudiaría área 2 y tomaría historia de la filosofía, ética y sociología en la tarde.

Y el día que fui a buscar los papeles de solicitud de examen a la UNAM, ¡Oh sorpresa!, ¡No podía entrar a Comunicaciones porque «necesitaba el área»!

Ok pensé, no pierdas la calma a ver, Medicina... una cola muy muy larga... no...; cola pequeñita: Biología. Listo, papeles entregados, examen aprobado, turno matutino, Facultad de Ciencias, CU. Mi vida cambió.

Hice mi tesis de licenciatura analizando aspectos muy específicos de crías de lobo marino que poníamos a bucear en una piscina en la Isla Ángel de la Guarda. Pasé 64 días de campamento en esa isla habitada sólo por un grupo de biólogos en formación, un montón de lobos marinos, algunos reptiles y aves marinas.

Cuando regresé, cursé el Programa de Formación de Personal en Atención Pre Hospitalaria en la UNAM para Técnico en Urgencias Médicas. En 1996, me fui, a La Paz a hacer mi maestría con Ecofisiología del lobo marino. Y me alisté al H. Cuerpo de Bomberos de esa ciudad. Era la única chava cubriendo con ellos, y chilanga, y además me pusieron a cargo del servicio de la ambulancia. Los primeros meses fueron terribles, pero me gané su confianza y trabajamos padrísimo dando y tomando cursos, atendiendo diferentes tipos de emergencias, organizando las actividades en las temporadas de huracanes. Yo guardo mi placa como unas de mis pertenencias más preciadas.

Regresé a la Ciudad de México, entré a hacer el doctorado en la Facultad de Ciencias, también me incorporé a la Academia Mexicana de Ciencias Periciales en el área de Criminalística. Terminé el diplomado, estuve casi un año como personal de apoyo de la Delegación Álvaro Obregón. Continué con el posdoctorado; al terminar, tenía un nombramiento para trabajar en Nutrición, pero tendría que esperar varios años antes de que existiera la plaza correspondiente.

Me preguntaron si quería dar clases de Fisiología en una universidad recién creada. Yo llevaba varios años dando clases de Fisiología Comparada y Ritmos Biológicos en la Facultad de Ciencias, incorporarme en una nueva carrera llamada «Promoción de la Salud» dando Fisiología y Anatomía Humana parecía simple... y ha resultado ser un gran reto, divertido en muchos momentos, difícil de abordar en otros.

Para mí, la reunión de las experiencias en el aula y el laboratorio junto con las de campo y «de calle», han marcado mi forma de ver los problemas científicos y sociales de la vida. El trabajo que veo para las generaciones futuras de promotores de salud es arduo; van a necesitar de todas las herramientas de las que puedan echar mano. Chicos: no dejen pasar la oportunidad de explotar la

experiencia y los conocimientos de sus diferentes profesores para enriquecerse tanto en términos de aprendizaje formal, como de la formación humana que desean para ustedes.

Como puedes observar en el relato anterior, las personas tomamos decisiones considerando una multiplicidad de factores.

► Analiza el texto anterior y contesta las siguientes preguntas: ¿Qué te llamó más la atención de este testimonio? ¿Cómo hizo esta profesora «camino al andar»? ¿Cuál era su proyecto en un principio y cómo fue modificándose? ¿Qué experiencias fueron importantes para las decisiones que fue tomando en el camino? ¿Qué influencias descubres que tuvo en su vida para llegar a donde está?

### ■ MI PROYECTO A PARTIR DE MI PASADO Y DE MI PRESENTE UNIVERSITARIO

Para finalizar este apartado del libro, te invitamos a realizar un ejercicio que, a partir de ciertas frases, te permita reflexionar acerca de tu proyecto, de las influencias que has recibido, de las decisiones que has tomado y de tu presente universitario en relación con tu futuro proyecto.

► En la tabla, lee y señala cuáles afirmaciones o dudas se asocian de alguna manera a tu caso. En la siguiente columna, escribe por qué las relacionas contigo. Por ejemplo:

Se parece a lo que me pasó porque yo también quería seguir estudiando, en mi casa me apoyaban pero nadie sabía de la UACM. Acudí a mis maestros de la prepa para informarme sobre la universidad, sus carreras y su forma de trabajo.

NÚM.	AFIRMACIÓN O DUDA	POR QUÉ SE PARECE O ES DIFERENTE A LO QUE HE PENSADO
1	Yo quería estudiar, pero hice el examen y no me quedé. Cuando supe de la UACM traje mis papeles y salí sorteado. Me dijeron que tenía que escoger una carrera, pero no entendía de qué se trataban las otras. Lo de Promoción de la Salud me sonó más conocido y la elegí.	

NÚM.	AFIRMACIÓN O DUDA	POR QUÉ SE PARECE O ES DIFERENTE A LO QUE HE PENSADO
2	Leí las materias y tenía algunas que me gustaban. Por eso escogí Promoción.	
3	Me dijeron que era algo de trabajar con las personas, pero todavía no entiendo bien en qué vamos a trabajar.	
4	Me han dicho que un promotor de la salud es necesario en cualquier lugar, pero, ¿en qué vamos a trabajar?	
5	Cuando estaba en el Ciclo Básico pensaba que íbamos a trabajar en hospitales o centros de salud; pero cuando pasé al Ciclo Superior me di cuenta de que ésa no era la única opción.	
6	Yo pensaba que era algo así como enfermería-medicina-trabajo social, con algo de psicología y nutrición.	
7	Al principio la escogí sin saber nada de la carrera, pero luego me fue gustando.	
8	Algunas personas importantes para mí me dicen que estoy perdiendo el tiempo porque estoy en una carrera que nadie conoce.	
9	Yo ya no quería seguir estudiando, pero mis papás (u otras personas significativas para mí) me insistieron.	
10	Conforme me acerco a los últimos semestres me doy cuenta de que necesito saber más cosas. Quisiera quedarme más tiempo en la escuela para seguir preparándome.	

NÚM.	AFIRMACIÓN O DUDA	POR QUÉ SE PARECE O ES DIFERENTE A LO QUE HE PENSADO
11	La vida me fue trayendo hasta acá. No sé muy bien cómo llegué pero ya empecé y quiero terminar.	
12	Lo que me importa es tener el título. Para mi familia y para mí es muy importante.	
13	Me da miedo salir a trabajar y no saber.	
14	Tengo miedo de no tener reconocimiento al estar en una licenciatura y en una universidad nuevas.	
15	Me siento animada por ser parte de un proyecto nuevo y veo con esperanza el futuro.	
16	Estar en la carrera me ha permitido aprender de mí misma. Creo que he promovido mi propia salud.	
17	Es muy diferente lo que pensaba al inicio de la carrera a lo que pienso ahora. Me he dado cuenta de que ahora me interesa saber más sobre temas que antes no me importaban. Tengo más idea de lo que quiero hacer en el futuro.	
18	Lo que quisiera para el futuro es trabajar en algo que me guste y que me permita vivir bien. Para eso se estudia.	
19	Tengo muchos años trabajando en el área de la salud y quise entrar a la carrera para seguir formándome. Ya sabía un poco de qué se trataba.	



### 3B. OBSTÁCULOS Y LIMITACIONES DEL PROYECTO

Esperamos que las reflexiones del ejercicio anterior te permitan identificar algunas estrategias para comprender mejor el campo de la promoción de la salud, las rutas que puedes trazar para continuar la carrera y para imaginarte en el campo laboral.

► Con el siguiente ejercicio te invitamos a que escribas acerca de tu proyecto, e identifiques aquellas dudas y preocupaciones que consideres que en este momento te obstaculizan para lograrlo, y aquellas motivaciones para continuar:

DUDAS Y PREOCUPACIONES QUE OBSTACULIZAN MI PROYECTO	PREGUNTAS QUE ME MOTIVAN PARA SEGUIR ADELANTE

Con lo que hasta ahora has encontrado sobre la promoción de la salud, ¿qué tan motivado te sientes para continuar el camino? Si no es así, ¿qué se te ocurre que tendrías que hacer para sentirte más entusiasmado? ¿Cuáles son tus expectativas sobre lo que suceda después? ¿Cuáles son tus compromisos con tu formación?

Observa nuevamente la tabla que llenaste al principio de este ejercicio. ¿Qué tan frecuente resultó la frase «Mi meta en este momento es terminar mi carrera y titularme?»

¿El título sería el fin a conseguir o el principio de una carrera profesional?

#### ■ ES DE SABIOS CAMBIAR DE OPINIÓN

Es posible que luego de haber concluido este proceso reflexivo, te hayas dado cuenta de las razones que te trajeron aquí, como la presión familiar y social o la falta de opciones suficientes para dedicarte a otra profesión que encuentras más atractiva y satisfactoria. También podría ser que, habiendo visto estas razones y analizándolas, encuentres que no son suficientes para mantenerte aquí. Quizás ahora estés más segura de que esta elección no es lo tuyo, y de que quieres seguir buscando aquello que deseabas.

La manera de valorar nuestro paso por la universidad puede determinar la forma en que nos comportamos mientras estamos haciendo nuestros estudios universitarios. Es común pensar que la universidad es la última etapa escolar, luego de los estudios básicos y los medio superiores. Conseguir un título universitario puede ser parte de un proyecto a mediano y largo plazos que sirva para construir el camino al andar. Las oportunidades de rutas a seguir se irán presentando en la medida que vayamos caminando.

Te presentamos un testimonio de una compañera estudiante, Liliana,<sup>100</sup> que al concluir su licenciatura en Promoción de la Salud decidió regresar a lo que siempre había querido:

A mí me ha tocado tener primos egresados del Poli, tengo primos de la UNAM. Yo estuve en una prepa de la UNAM y hasta la fecha es algo que mi familia me sigue reprochando, ¿por qué haber dejado un lugar en una escuela de prestigio? Ahora no me arrepiento, me arrepentía por el lado de que no entré a estudiar Química, que era lo que yo quería, pero me gusta esta universidad, sobre todo por la gente que he conocido aquí. Pero en mi familia sí, están como divididos: hay quienes me dicen que qué bueno que estoy estudiando una carrera nueva en una escuela nueva, pero hay otros que dicen que la mejor escuela es el Poli, o que es la UNAM. Hay tíos que le dicen a mi mamá que nada más me vengo a hacer tonta a la escuela.

Aunque durante toda la carrera he tenido buenas calificaciones y algunas materias me han gustado mucho, no se me quita de la cabeza que me gustaría estudiar algo diferente. Muchos maestros me dicen que soy buena en esto y que sería una buena promotora de la salud... La verdad es que aunque a una parte de mí le gusta, lo que más disfruto es estar en el laboratorio. El semestre pasado que estuve en el diplomado de ciencias genómicas me encantó, y creo que eso contribuyó a confirmar mis intereses y me animó a decidirme.

Sé que tengo que echarle muchas ganas si quiero dedicarme a eso. Lo que quiero decir es que yo me pasé toda la carrera considerando que sería promotora de la salud (aunque en el fondo yo sabía que me atraían otras cosas y que ahí estaría mi pasión), y entiendo que necesito más conocimientos y experiencia en materias como Biología Celular. Cuando estaba en la prepa quería estudiar Química, y creo que si lo hubiera hecho, tampoco habría estado muy contenta porque no conocía lo suficiente sobre lo que quería. Al estar en el ciclo básico me sentí muy interesada por ciertos temas que ahora estoy retomando. Me acerqué a mis profesoras de esas materias, y actualmente estoy haciendo mi servicio social en un laboratorio. Estoy empezando a tener contacto con otros estudiantes de esas áreas y también me estoy empezando a involucrar

---

<sup>100</sup> Estudiante de la primera generación de la licenciatura en Promoción de la Salud, plantel San Lorenzo Tezonco, UACM.

en contenidos más afines a lo que yo quiero. Ahí he conocido también a otras personas a quienes he podido preguntar sobre por dónde ir y quienes me han ayudado a ir tomando rumbos que tienen que ver más con lo que a mí me gusta... A lo mejor, como dice una de mis maestras de Promoción, en algún momento pueda retomar el camino de la promoción y combinarlo con mis nuevas pasiones.

Creo que la actitud de mi familia también tuvo que ver en que yo no me animara a buscar desde un principio lo que me gustaba, pues la verdad no quería darles el gusto de que dijeran, ya ves, hubieras entrado a la UNAM... A pesar de todo, creo que soy afortunada al haber estado en una escuela que poco a poco va a ir creciendo. Yo no dudo que con el tiempo vaya a estar al nivel de las otras. Pienso también que sin el contacto cercano con los profesores que me han apoyado, yo no habría podido decidirme a buscar lo de Genómicas, ni tampoco podría estarles contando esto, como parte de las cosas importantes que he aprendido en la vida... buscar lo que uno quiere, eso lo aprendí habiendo estado en Promoción de la Salud y haciendo promoción conmigo misma.

► Contesta las siguientes preguntas:

1	¿Qué concluiste leyendo su testimonio?	
2	¿Cuál es tu reflexión en torno al cambio que ella decidió en su vida?	
3	¿Qué entiendes cuando ella dice que «está haciendo promoción de la salud consigo misma»?	

### ■ ¿QUÉ PUEDO ESTUDIAR DESPUÉS?

Hablaremos aquí de las opciones que tiene un licenciado en Promoción de la Salud interesado en estudiar un posgrado. Aunque probablemente el inicio de una carrera no sea el mejor momento para decidir si habrás de hacer un posgrado, y mucho menos pensar en cuál, hemos incluido esta sección con la finalidad de que, mirando

un poco más allá de tu licenciatura, encuentres respuestas sobre lo que ocurre en los estudios de posgrado.

Elegir un área de especialización no puede ser un ejercicio al azar. En ella vuelven a estar presentes tus intereses, expectativas, experiencias anteriores en el campo. La experiencia del trabajo con personas en espacios geográficos y con proyectos, tareas, metas y objetivos específicos, permite a los egresados de licenciatura vivir, sentir, apreciar, pensar y elegir adecuadamente un área especial en la cual invertir su tiempo, energía y recursos para seguir formándose. Para empezar, vale la pena revisar qué es un posgrado y qué tipos de posgrado existen. Daremos aquí las caracterizaciones más importantes:

## **POSGRADO**

Son los estudios que se realizan después de haber obtenido el grado de licenciatura, y que conducen a la obtención de un título, certificado o diploma. Los posgrados más comunes son: diplomados, especialidades, maestrías y doctorados.

## **DIPLOMADO**

El diplomado es la forma más sencilla de posgrado, y consiste en los estudios encaminados a que el estudiante pueda tener un panorama introductorio o general de un campo de especialización. La finalidad de un diplomado es enriquecer la formación general de una persona. Algunos diplomados ofrecen la oportunidad de desarrollar un conjunto pequeño de habilidades instrumentales útiles al profesionista. En algunos casos, los diplomados son la puerta de entrada a estudios más complejos, como especialidades o maestrías. También existen diplomados de pregrado, es decir, que se pueden estudiar antes de la obtención del título de licenciatura. Es poco usual que excedan de un año.

## **ESPECIALIDAD**

La especialidad consta de estudios conducentes a que el profesionista, formado de manera general en un campo disciplinar, desarrolle conocimientos más profundos y habilidades más complejas sobre un área particular de su profesión. Un especialista es aquella persona que sabe mucho de un tema específico y posee habilidades complejas para actuar sobre los problemas relacionados con ese tema. En algunos campos de conocimiento existen las subespecialidades. Las especialidades son variables en su duración, que normalmente va de uno a cuatro años.

## **MAESTRÍA**

La maestría permite al profesionalista, además de desarrollar conocimientos profundos sobre un tema y habilidades complejas para incidir en los problemas relacionados con el mismo, desarrolla la capacidad de investigar y generar conocimiento en su campo disciplinar. De manera regular, una maestría se centra en la investigación y la tesis es requisito para obtener el grado académico. Las maestrías se cursan en un tiempo variable, aunque la gran mayoría dura entre dos y tres años.

## **DOCTORADO**

El doctorado es el grado máximo de estudios, y generalmente se realiza después de la maestría. En el doctorado el estudiante se forma como investigador en su campo. Usualmente, el estudiante elige un tema muy específico alrededor de su disciplina y, mediante una o varias investigaciones, crea conocimiento nuevo para el campo (y para el conocimiento universal) además contribuye con aportes metodológicos sobre cómo se puede investigar ese tema específico, es decir, en el doctorado el estudiante aporta al conocimiento de su materia y a los métodos de investigación en la misma. Los doctorados tienen una duración variable, pero es poco común que concluyan antes de cinco años.

### **■ MI ELECCIÓN COMO PROMOTOR**

Las posibilidades de formación de posgrado para un promotor de la salud son amplias. En el campo de lo que tradicionalmente se conoce como las ciencias de la salud podemos encontrar opciones obvias como la Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana o el Diplomado en Promoción de la Salud de la misma institución. También en los estados de la República hay una amplia oferta. Pero, más allá de estas y otras opciones de posgrado en el campo de la salud para el licenciado en Promoción de la Salud, es importante explorar otras opciones fuera de este ámbito. Todo depende de la mirada de quien busca, así como de su intención.

Reflexionaremos sobre la mirada primero, y después sobre la intención. Por ejemplo, si quien busca lo hace pensando que promover la salud es prevenir enfermedades, sus opciones serán relativamente limitadas. Si por el contrario, para su búsqueda considera que para promover la salud hay que modificar los determinantes sociales de las enfermedades (como pudiera ser la pobreza o la desigualdad económica), entonces las posibilidades se multiplican. En este sentido, debemos recordar que existen distintas maneras de entender la salud y su promoción, y que cada una de ellas nos abre una gama de caminos diferentes.

Hemos mencionado que otro elemento importante en la búsqueda de opciones de posgrado es la intención. De manera ideal, la elección de un posgrado se hace a partir de un proyecto profesional más o menos definido. Este proyecto profesional puede ya estar en marcha. Por ejemplo, tenemos a un promotor de la salud que lleva algún tiempo trabajando con niños, y se da cuenta de que necesita conocimientos y herramientas metodológicas para hacer mejor su trabajo, por lo que decide estudiar una Maestría en Desarrollo Infantil.

En ocasiones, el proyecto profesional no se ha puesto en marcha o no es muy claro. Por ejemplo, una promotora de la salud que desea trabajar aspectos de género con mujeres, pero no sabe muy bien cómo necesita conocer más del tema. En este caso, decide estudiar un diplomado virtual en género y equidad, con la intención de cubrir una necesidad de formación derivada de su intención de iniciar o avanzar en un proyecto de desarrollo profesional.

- ▶ Indaga en internet sobre la oferta de posgrados que existen en las diversas universidades, institutos o centros en nuestro país e identifica dos o tres que te resulten interesantes o que consideres que pudieran relacionarse con la promoción de la salud.

- ▶ Para hacer esto, toma en cuenta las distintas nociones que aparecen a lo largo de este libro sobre lo que es la salud. Considera las relaciones con la salud de forma extensa: no pienses sólo en enfermedades o en prevención, no te quedes únicamente con lo que se reconoce de forma tradicional como el campo de la salud. Mira con toda amplitud y busca relaciones que no sean evidentes entre la promoción de la salud y los posgrados existentes.

- ▶ Al realizar tu búsqueda puedes emplear muchos métodos; aquí te sugerimos dos: busca en las páginas de las distintas universidades e institutos de formación superior la sección de «oferta académica de posgrados», o bien utiliza palabras clave como «posgrados en medio ambiente», «posgrados en violencia intrafamiliar» o «posgrados en ciencias de la salud».

- ▶ Puedes utilizar las ideas planteadas en el siguiente cuadro como guía para tus búsquedas o puedes pensar en criterios diferentes.

CRITERIO DE LA BÚSQUEDA	EJEMPLOS
Por problema sobre el cual se pretende incidir	Violencia, adicciones, estrés, marginación económica, migración, exclusión social, contaminación ambiental, etcétera.
Por tipo de población	Niños, mujeres, ancianos, hombres, indígenas, adolescentes, etcétera.
Por aspectos de la vida	La alimentación, la sexualidad, las relaciones familiares y de pareja, la recreación, el trabajo, el deporte, la crianza de los hijos, etcétera.
Por ámbitos de acción	La educación, las leyes, la política, la administración pública, la atención a enfermedades, la seguridad social, etcétera.

► Una vez que hayas elegido algún posgrado, revisa los objetivos, los contenidos y el perfil del egresado y responde por escrito: ¿De qué manera se puede relacionar este posgrado con el quehacer del promotor de la salud?, ¿en qué idea de salud me estoy basando para afirmar esto?, ¿qué relación tiene este posgrado con la noción de salud que estoy utilizando?

### ■ MI PROYECTO Y LA ESPERANZA

► Escribe en la carta sobre cómo tomaste la decisión de estar aquí y lo que ha pasado desde entonces.

► Comenta también cómo estás sintiéndote y sobre las expectativas que tienes para el futuro.

► Si tienes alguna imagen sobre cómo te gustaría verte en tu papel de promotor, intenta describirla.

► Pon a prueba lo que has aprendido sobre ti, sobre la promoción de la salud y sobre tu proyecto profesional.



► Ahora responde:

¿Qué tan satisfecho te sientes con lo que escribiste? ¿Consideras que explica lo que tú creías necesario explicar? ¿Pasó algo contigo al escribirla? ¿Cómo te sientes después de haberla escrito?

Para finalizar, incluimos un fragmento de un texto de Paulo Freire,<sup>101</sup> que ha sido útil para que otros estudiantes reflexionen sobre sí mismos y sobre su lugar en el mundo. Esperamos que te sea útil a ti también.

Con esto nos despedimos y esperamos que este viaje que compartimos haya sido placentero.

No hay búsqueda sin esperanza, y no la hay porque la condición del buscar humano es hacerlo con esperanza. Por esta razón sostengo que la mujer y el hombre son esperanzados, no por obstinados, sino como ser buscadores. Esta es la condición del buscar humano: hacerlo con esperanza. La búsqueda y la esperanza forman parte de la naturaleza humana. Buscar sin esperanza, sería una enorme contradicción. Por esta razón, la presencia de ustedes en el mundo, la mía, es una presencia de quienes andan y no de quienes simplemente están. Y no es posible andar sin esperanza de llegar. Por eso no es posible concebir un luchador desesperanzado. Lo que sí podemos concebir son momentos de desesperanza. Durante el proceso de búsqueda hay momentos en que uno se detiene y se dice a sí mismo: no hay nada que hacer. Eso es comprensible. Lo que no comparto es que se permanezca en esa posición. Sería como una traición a nuestra propia naturaleza buscadora.

Es necesario educar la esperanza. Tiene tanta importancia en nuestra existencia, individual o social, que no debemos experimentarla en forma errada, dejando que resbale hacia la desesperanza y la desesperación. Desesperanza y desesperación son consecuencia y razón de ser de la inacción o del inmovilismo. Una de las tareas del educador progresista, a través del análisis político serio y correcto, es descubrir las posibilidades para la esperanza, porque cuando luchamos como desesperanzados o desesperados es la nuestra, una lucha suicida.

*Paulo Freire*

---

<sup>101</sup> Paulo Freire. *El grito manso*, México, Siglo XXI, 2004.

## BIBLIOGRAFÍA

BUSS, PAULO, «Una introducción al concepto de promoción de la salud» en: *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. CZERESNIA, DINA Y CARLOS MACHADO DE FREITAS (ORGS). Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

CHAPELA, MA. DEL CONSUELO, *Aspectos del estado explosivo de la salud y la enfermedad en México. ¿Qué promoción de la salud ha fracasado?* México: UAM, 2008.

\_\_\_\_\_, *Una definición de salud para promover la salud* en: MARTÍNEZ, CAROLINA (COORDINADORA). *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. México: UAM, 2007.

\_\_\_\_\_, Ponencia presentada en el *Primer Encuentro de la Licenciatura en Promoción de la Salud*. Relatoría realizada por ANDREA ANGULO MENASSÉ. Plantel Casa Libertad de la UACM, México, 2006.

DEL CURA, ISABEL Y RAFAEL HUERTAS, «Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria» en: MONTIEL, LUIS E ISABEL PORRAS (Coords). *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*. Madrid: Ed. Doce Calles, 1998.

*Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, RAE. 2007.

DILTHEY, WILHELM, «Teoría de la concepción del mundo» en: CZERESNIA, DINA Y CARLOS MACHADO DE FREITAS (ORGS). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.

FREIRE, PAULO, *El grito manso*. México, Siglo XXI, 2004.

GARCÍA RAMÍREZ, HERNÁN, *Medicina para la liberación. Salud conciencia y organización. Método de formación de promotores de salud*. México, Fomento Cultural y Educativo, 1990.

HARRIS, MARVIN. *Vacas, cerdos, guerras y brujas: Los enigmas de la cultura*. Madrid-Alicante, Alianza Editorial (Antropología), 1997.

KUHN, THOMAS S. *La estructura de las revoluciones científicas*. México, Fondo de Cultura Económica, 2007.

KUPER, ADAM, *Cultura, la versión de los antropólogos*. Barcelona: Paidós, 2001.

*Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México*, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 5 de enero de 2005.

MENÉNDEZ, EDUARDO, *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Conaculta, 1990.

MONTIEL, LUIS E ISABEL PORRAS (Coords). «Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico», en: *De la responsabilidad individual a la*

*culpabilización de la víctima: El papel del paciente en la prevención de la enfermedad.* Madrid: Doce Calles, 1998.

QUESADA ORTIZ, FEDERICO. *Modelos Médicos.* México: McGraw Hill, 2001.

SAVATER, FERNANDO. *El valor de elegir. Antropología de la libertad.* México: Ariel, 2003.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

1. ARISTIZÁBA, PEDRO. *La filosofía: ¿ciencia rigurosa o cosmovisión? Un debate alrededor de Husserl y Lyotard.* Fecha de consulta, octubre de 2009, en:

<<http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev28/aristizabal.htm>>

2. BRICEÑO LEÓN, ROBERTO. *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2003, vol.8, núm.1 [cited 2010-06-14], pp. 33-45. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413812320030001000 04. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14138123200300010&ng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200300010&ng=en&nrm=iso)>

3. *Carta de Ottawa.* Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf)>

4. *Circular para regular los procesos y procedimientos de certificación.* UACM. México, Fecha de consulta, septiembre de 2007, en:

<[www.uacm.edu.mx](http://www.uacm.edu.mx)>

5. *Cuestionando la solución.* Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<<http://www.healthwrights.org/dwpapers.htm>>

6. *Declaración de México sobre las políticas culturales. Conferencia mundial sobre las políticas culturales.* México, D.F., 26 de julio - 6 de agosto de 1982. UNESCO. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[http://portal.unesco.org/culture/es/files/35197/11919413801mexico\\_sp.pdf/mexico\\_sp.pdf](http://portal.unesco.org/culture/es/files/35197/11919413801mexico_sp.pdf/mexico_sp.pdf)>

7. *El mensaje de Montreal: ¡La Carta de Ottawa para la promoción de la salud es todavía útil para la práctica de la salud pública de hoy en día!*, por MICHEL O'NEILL, SOPHIE DUPÉRE, EVELYNE PEDNEAULT, KADIJA PERREAULT, MATHIEU FORSTER, NANCY ROBERGE, PASCAL PARENT Y ROBERT PERREAULT. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<<http://www.rhpeo.org/reviews/2007/4/index.htm>>

8. *Glosario en Promoción de la salud*. OMS. Ginebra, 1998. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)>

9. HERNÁN GARCÍA, MARIANO; MARÍA RAMOS MONTSERRAT Y ALBERTO FERNÁNDEZ AJURIA. *Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles*. Revista Española de Salud Pública [online]. 2001, vol. 75, n. 6 [citado 2010-06-15], pp. 491-504. Fecha de consulta noviembre de 2010, ISSN 1135-5727:

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272001000600002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272001000600002&lng=es&nrm=iso)>

10. *John Tenniel and his Illustrations*. Fecha de consulta, agosto de 2010, en:

<<http://www.alice-in-wonderland.net/alice1f.html>>

11. LÓPEZ ARELLANO, OLIVA Y FLORENCIA PEÑA SAINT MARTIN. *Salud y sociedad. Aportaciones al pensamiento latinoamericano*. Medicina Social (on line) 2006, vol.1, núm. 3, pp. 83-102. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/41/109>>

12. MADRAZO PIÑA, IGNACIO. *El sujeto en la salud; en: El capitalismo avanzado: el cuerpo en el capitalismo avanzado*. Foro la Otra Salud. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F. Fecha de consulta, abril de 2006, en:

<<http://www.laotrasalud.com>>

13. *Manual Pasos Adelante*. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[http://www.borderhealthsi.org/steps\\_pasos.htm](http://www.borderhealthsi.org/steps_pasos.htm)>

14. MATEOS, MÓNICA. *Santa Martha Acatitla alberga hoy una prepa y la Casa Libertad*. La Jornada, 19 de septiembre de 2000. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[www.jornada.unam.mx/2000/09/19/064n1con.html](http://www.jornada.unam.mx/2000/09/19/064n1con.html)>

15. PONTE MITTELBRUNN, CARLOS. *Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente*. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<[www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado7/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_SALUD\\_HISTORIA\\_PONTE.pdf](http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf)>

16. RAMÍREZ, MARIO TEODORO. *Ilustración y cultura. Kant y Hegel: dos modelos del concepto de cultura en la filosofía moderna*. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:

<<http://www.lidiogenes.buap.mx/revistas/14/168.pdf>>

17. WERNER, DAVID Y DAVID SANDERS, *Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*. Health Wrights Publications, California, E.U.A., 2000. Fecha de consulta, noviembre de 2010, en:  
<<http://www.healthwrights.org/dwpapers.htm>>

18. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Fecha de consulta, noviembre, 2010 en:  
<<http://www.xoc.uam.mx/uam/posgrados/desarrollorural>>  
<<http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/cepmb>>

## CONSULTAS ELECTRÓNICAS

1. <<http://diplomados.cepe.unam.mx/DGFLH>>. [Fecha de consulta, noviembre 2010].

2. <[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=92&Itemid=177%22%3e=%22&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=177%22%3e=%22&lang=es)>. [Fecha de consulta, noviembre, 2010].

3. <<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/41/109>>. [Fecha de consulta, Noviembre, 2010].

4. <[http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id\\_articulo=183](http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=183)> [Fecha de consulta, 8 de marzo, 2010].

5. <<http://www.enah.edu.mx/enahweb/posgrado/mas/social.php?Intro=1>>. [Fecha de consulta, noviembre, 2010].

6. <<http://www.eumed.net/cursecon/libreria/rgl-evol/2.4.5.htm>>. [Fecha de consulta, noviembre, 2010].

7. <<http://www.healthwrights.org/dwpapers.htm>>. [Fecha de consulta, diciembre 2010].

8. <[http://www.ioe.ac.uk/staff/TCRU\\_1.html](http://www.ioe.ac.uk/staff/TCRU_1.html)>. [Fecha de consulta, marzo 2010].

9. <<http://www.iuhpeconference.net/pages/overview/index.php>>. [Fecha de consulta, noviembre, 2010].

10. <<http://www.paho.org/spanish/d/do302.htm>>. [Fecha de consulta, octubre 2009].

11. <<http://www.phmovement.org/cms/es/node/555>> [Fecha de consulta, 10 de noviembre 2008].

12. <<http://www.procosi.org.bo/index.php?mc=77&cod=17>>. [Fecha de consulta, 23 de octubre 2008].
- 13.< <http://www.renovacionmagisterial.org/portada/taxonomy/term/15>>
14. <<http://www.sollange.com.mx/programas.html>>. [Fecha de consulta, noviembre 2010].
15. <<http://www.uacm.edu.mx/nuestrauni/docsucm/consultasaa.html>>. [Fecha de consulta, octubre, 2008].
16. <[http://www.universia.net.mx/index.php/news\\_user/content/view/full/42596](http://www.universia.net.mx/index.php/news_user/content/view/full/42596)>. [Fecha de consulta, noviembre 2010].
17. <<http://www.who.int/about/es>>. [Fecha de consulta, noviembre 2010].
- 18.<<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>. [Fecha de consulta, noviembre, 2010].
19. <<http://zapateando.wordpress.com/2008/>>. [Fecha de consulta, diciembre 2008].
20. <[www.specialk.com.mx](http://www.specialk.com.mx)>. [Fecha de consulta, octubre, 2009].

## **MEDIOS AUDIOVISUALES**

1. JARDIM, JOÃO (Director). *Janela da alma* (La ventana del alma, título en español). Brasil, 2001.

# **TEXTOS BÁSICOS DE APOYO**



## INTRODUCCIÓN

La presente sección reúne los documentos que te permitirán complementar tu trabajo en el libro. Hemos seleccionado aquellas lecturas que, por su claridad explicativa y su consistencia teórica, pueden apoyarte en el proceso de aprendizaje del campo de la promoción de la salud.

Los autores hemos elegido cinco textos de autores latinoamericanos y españoles, que proponen diversas perspectivas teóricas para comprender los problemas de la salud, la enfermedad y la promoción de la salud.

La bibliografía que hemos compilado es indispensable para el curso y relevante para identificar el origen de la promoción de la salud como campo de conocimiento. Dado que las lecturas que incluye son útiles para comprender los debates que actualmente existen dentro el campo de la promoción de la salud, es factible—y deseable— que este material apoye de manera indirecta y simultánea los contenidos y propósitos de otros cursos.

En las versiones aquí reproducidas se han omitido la introducción y las referencias bibliográficas por motivos de espacio. Los textos completos pueden consultarse en internet. Para cada artículo se incluye el vínculo electrónico.



# 1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD A TRAVÉS DE SU HISTORIA RECIENTE

Carlos Ponte Mittelbrunn

---

Este artículo se publicó originalmente en la revista brasileña *Ciência & Saúde Coletiva* (Ciencia y salud colectiva), Vol. 8, No. 1, pp. 33-45, Río de Janeiro, Brasil, 2003. ISSN: 1414-8123. En la versión aquí reproducida se ha omitido la introducción por motivos de espacio. El contenido ha sido tomado directamente de la dirección electrónica: <[http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado\\_7/CONCEPTOS\\_FUNDAMENTALES\\_SALUD\\_HISTORIA\\_PONTE.pdf](http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf)>, que corresponde a la *Scientific Electronic Library Online* con sede en Brasil: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. El autor del artículo, Carlos Ponte Mittelbrunn: <[carponte@gmail.com](mailto:carponte@gmail.com)>, es médico y trabaja para la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias, España.

---

## LA SALUD NO ES SÓLO BIOLOGÍA

Durante siglos la salud fue entendida como «ausencia de enfermedad» hasta que en 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto y pasa a definir la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad».

La incorporación del factor «social» como determinante de la salud, además de los factores, «físico» y «mental», tradicionalmente considerados, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social.

Con ello se impulsa la consideración de la Salud como un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho. Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social.

Como fenómeno biológico, por tanto, la salud y la enfermedad pertenecen al reino de la naturaleza, pero en el ser humano nunca son naturaleza «pura», sino que siempre están mediatizadas y modificadas por la actividad social y el medio cultural y ecológico en donde se desarrollan.

Este concepto de Salud de la OMS supuso un importante paso adelante, aunque solo parcial, porque todavía conservaba indudables limitaciones. Así, en la década del 70, Milton Terris, famoso salubrista norteamericano, propone una nueva definición: «la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad». Introduce Terris un aspecto subjetivo de sentirse bien y un aspecto objetivo de capacidad funcional. Elimina la palabra «completo» aduciendo, correctamente a nuestro juicio, que la salud no es un absoluto —una felicidad celestial— sino que hay distintos grados de salud. Y separa el término «enfermedad» (disease) y el de «malestar» (illness), ya que es posible que coexista el «sentirse bien» y la enfermedad.

El avance conceptual que supone la propuesta de Milton Terris, requiere la exclusión de la idea de «estado», puesto que se opone a la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida (y de la salud) mientras que, por el contrario, es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista, tan característica con la concepción hegemónica de la medicina tradicional.

Tenemos, en consecuencia, que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo).

La enfermedad, asimismo, no es lo contrario de la salud, sino parte del devenir vital: un proceso auto-organizativo destructivo que convierte al ser humano en enfermo, en su recorrido vital y teleológico. La enfermedad es un proceso biológico tan antiguo como la vida, porque es un atributo de la vida misma, dado que los organismos vivos son entidades lábiles en un proceso continuo de evolución y de cambio. La Salud y la enfermedad son parte de esta inestabilidad que todo lo penetra.

Desde el supuesto de que la Salud y la Enfermedad son conceptos en evolución, fruto de construcciones sociales, tenemos que examinar la salud en una doble dirección: como un derecho social fundamental y como un bien intrínseco dentro de lo que podríamos denominar el «roussonianismo de la salud» (contrario al determinismo genético o biológico), un bien intrínseco, patrimonio de todos los seres humanos.

## **UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA: DE SNOW A SIGERIST**

El concepto de Salud experimentó un cambio radical en Europa en el primer tercio del siglo XIX, mediante la constatación de relaciones causales entre la pobreza y la enfermedad. Por ejemplo, el que las duras condiciones de vida y trabajo de los obreros textiles eran la causa de su mortalidad prematura. Históricamente, el nuevo concepto

de la Salud lo podemos situar, a partir de una consulta que el gobierno británico realizó a John Snow, antecesor de la epidemiología moderna, sobre los problemas epidémicos de las poblaciones asentadas a orillas del río Támesis, en Londres. La respuesta del doctor Snow fue categórica: la falta de higiene y las malas condiciones de vida son los responsables de las epidemias. La salud es un problema social y las acciones para mejorarla han de ser sociales.

En Alemania en 1848 —en un clima de revolución política europea— se generó un movimiento de reforma que entendía la medicina como una ciencia social, con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos, no sólo a los médicos, y que, por tanto, era deber del Estado su garantía. La figura más destacada de este movimiento fue Rudolf Virchow, médico de gran trascendencia —padre de la teoría celular— y activista político. Virchow estudió una epidemia de fiebre tifoidea en la región de la Alta Silesia y llegó a la conclusión que los factores socioeconómicos eran determinantes y que el tratamiento médico tenía escasa utilidad. Esas fueron sus conclusiones cuando el gobierno alemán de Bismarck le solicitó un plan para mejorar la salud de la población de Alemania: «la salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política». Así pues, Virchow establece una clara asociación entre condiciones de vida y enfermedad, y puesto que los determinantes de la salud son de índole económico y social, dentro de los objetivos básicos de la medicina hay que incluir las «reformas sociales radicales», la «democracia completa y sin restricciones», y «la educación, la libertad y la prosperidad». Para Virchow «La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala».

De las reflexiones de Virchow se derivan tres conclusiones fundamentales:

1. La salud pública concierne a toda la sociedad y el Estado está obligado a velar por ella.
2. Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad.
3. Es necesario adoptar medidas, tanto sociales (libertad, seguridad y prosperidad para todos) como médicas, a fin de promover la salud y combatir la enfermedad.

Entrado ya el primer tercio del siglo xx, hay que destacar las aportaciones de un médico escocés, Thomas McKeown, que demostró empíricamente que la reducción, aunque con algunas excepciones, de las enfermedades infecciosas, como es el caso de la tuberculosis, es el resultado de medidas sociales y sanitarias, y no la consecuencia de tratamientos médicos.

Sin embargo, pese a la contundencia y claridad del enfoque social de la salud, estas proposiciones tuvieron por entonces escaso eco. Tuvo que pasar mucho tiempo hasta que las ideas renovadoras fueran recuperadas. En el comienzo de la década de 1940, surge la figura de Henry Sigerist, médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en Estados Unidos, en donde llegaría a consagrarse como el

máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale, rescató las ideas de los precursores, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció, perfilando de manera más concreta la noción de «Promoción de la Salud». Para Sigerist: «la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso». La salud de un pueblo no depende de la asistencia médica, sino de las condiciones de vida, y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la Promoción de la Salud. Según Sigerist, la «Promoción de la Salud» es la misión primordial de la medicina, una tarea a la que están convocados ciudadanos, educadores, políticos, médicos... La segunda misión, en orden de importancia, después de la promoción de la salud, es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación —restauración y rehabilitación— es la última de las funciones de la medicina, puesto que sólo hay que recurrir a ella cuando falla todo lo anterior.

Pero, ¿tuvo audiencia Sigerist en su tiempo? Aunque el desinterés y la indiferencia fueron las reacciones predominantes a sus innovadores planteamientos, el espíritu de la propuesta fue finalmente recogido, al menos simbólicamente, por la Organización Mundial de la Salud, al adoptar la definición de salud que ya hemos mencionado con anterioridad: «La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades».

## **ALMA ATA**

En 1978, dos organizaciones dependientes de la ONU, la Organización Mundial de la Salud —OMS— y UNICEF, celebraron un Congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), apoyada por delegados gubernamentales de 134 países, en donde la salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares. La «Declaración de Alma Ata» y su eslogan «Salud para todos en el año 2000» ha sido una referencia extraordinaria para las generaciones posteriores de activistas de la salud. El concepto de «Atención Primaria Integral» ha sido una de las claves para mejorar los sistemas de salud en muchos países.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata son los siguientes:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.

- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Ata expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud. Defiende la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo. La consigna de la Declaración: «Salud para todos en el año 2000» hay que entenderla como una meta social y política, pero también «como un grito de guerra para convocar a sanitarios y ciudadanos a la acción» (Tejara de Rivero).

En Alma Ata también hay omisiones importantes, por ejemplo, no hay referencias sobre salud ambiental y desarrollo sostenible, tampoco sobre la necesidad de cambiar las conductas para promover salud.

### **OTTAWA: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Con anterioridad a Alma Ata, en 1974, el Gobierno de Canadá a través del denominado «Informe Lalonde» estableció las coordenadas del «campo de la salud»: los estilos de vida y las características del medio ambiente, y no solo la biología y la medicina. Y que el principal instrumento para la intervención era la promoción de la salud, además de la prelación de lo preventivo sobre lo curativo.

En la declaración de Alma Ata se recogieron estos dos grandes objetivos —Prevención y Promoción— propuestos en el Informe Lalonde: «El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud». Y la estrategia clave para desarrollar estas políticas es la «Atención Primaria Integral», consistente en la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la intervención activa de la comunidad y la vinculación cooperativa de otros sectores sociales (no solo sanitarios).

En 1986, esta transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, patrocinada en Canadá por la Organización Mundial de la Salud, con asistencia de 112 delegados de 38 países. La conferencia elaboró un documento titulado «Carta de Ottawa» que definió cinco puntos nucleares para definir la Promoción de la Salud:

- 1.- La necesidad de construir estrategias públicas saludables, sustentadas en el fomento y la coordinación de las políticas del sector público, de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.
- 2.- La conformación de entornos saludables.
- 3.- La participación de la población y el apoyo a las acciones colectivas. Es fundamental dotar a los ciudadanos de habilidades personales para facilitar la participación.

4.- La capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.

5.- La necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad.

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». La promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir «las condiciones y los requisitos para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad».

La fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción. Aunque la comunicación tiene una importancia decisiva, el desarrollo de políticas de promoción de la salud requiere combinar medidas legislativas, fiscales, tributarias y organizativas.

## **EL RETROCESO**

Nada más terminada la conferencia de Alma Ata, ya se empezaron a elaborar propuestas de signo contrario. La más importante negaba la visión «integral» de la Atención Primaria, proponiendo una alternativa «selectiva» que intentaba anular el compromiso comunitario (empoderamiento) y social para volver al marco médico (control profesional) y a las soluciones técnicas. La perspectiva «selectiva», que también deja la puerta abierta a las privatizaciones de los servicios sanitarios, es, en suma, una reinterpretación de la Atención Primaria como el primer nivel asistencial, excluyendo la promoción de la salud y la participación de la comunidad, y manteniendo el carácter elitista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios.

Es indudable, que la Declaración de Alma Ata se desarrolló en un ambiente hostil, político y económico, constreñida por los programas de ajuste estructural del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que recortaron los sistemas públicos de salud y, más aún, que destinaron mayoritariamente el poco dinero restante en atender gastos de carácter curativo. En los años 90, un hecho de crucial importancia fue la pérdida, por parte de la OMS, del liderazgo de la salud a manos del Banco Mundial. «Investing in Health» (BM, 1993) proponía inversiones en salud con soluciones verticales, focalizadas en enfermedades, totalmente ajenas al espíritu de Alma Ata.

La consolidación de la perspectiva neoliberal de la globalización de la salud, ha sido muy negativa y de indudable trascendencia. La tecnología médica, en crecimiento geométrico, solo está disponible para personas de los países ricos y la industria muestra poco interés por las enfermedades que afectan a la gente pobre. Hay una creciente mercantilización de la salud y de la enfermedad y los costes sanitarios son cada día mayores, por la incesante expansión del mercado y de las tecnologías. La conclusión a la que se puede llegar con respecto al ideal de «Salud para todos» es

que se ha transformado en un empeoramiento de la salud en el mundo pobre y en consumismo tecnológico y sanitario en el mundo rico.

Las grandes esperanzas depositadas en Ottawa y Alma Ata se han visto incumplidas. Si a finales de los 70, el objetivo era «Salud para todos», la realidad ha sido bien distinta (incluso en algunos países se han deteriorado los indicadores de salud). Se tenía, además, una confianza ilimitada en la ciencia y en la tecnología, para, por ejemplo, erradicar algunas enfermedades como las infecciosas. La realidad ha sido otra, los microorganismos se han globalizado por la intervención humana en los ecosistemas y la utilización indiscriminada de antibióticos.

Puesto que los pactos de Alma-Ata y Ottawa no se han materializado, cabe preguntarse por qué fracasaron tantas buenas intenciones. Las explicaciones son probablemente varias, pero, entre ellas, las que tienen mayor significación son las siguientes:

- **La hegemonía biomédica.** La medicina oficial acepta el vínculo social y político, sólo de forma retórica o académica. De hecho, ha trabajado en otra dirección: al estudio de los condicionantes sub-individuales (microorganismos, metabolitos, genómica, proteómica) o de los condicionantes conductuales individuales, siempre aislados de su contexto social. La medicina se ha desarrollado bajo la influencia del denominado Modelo Biomédico, que confunde la objetividad científica con una idílica «neutralidad social». Una prueba de esta evolución, supuestamente apolítica de la salud, es la debilidad de lo que podríamos denominar «epidemiología política», esto es, la que estudia la asociación entre salud y poder político. Pese a su importancia, hay muy pocos estudios, aunque las excepciones tienen un valor notable, como, por ejemplo, un estudio de Carlos Álvarez Dardet, que establece una asociación positiva entre niveles de salud y libertades democráticas, o del profesor Vicente Navarro, relacionando la protección de la salud, con el mantenimiento en el poder de gobiernos socialdemócratas en Europa.

El modelo biomédico es la ideología médica del liberalismo económico. Entiende que la salud y la enfermedad son problemas individuales (no colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista) que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria (reduccionista). Margina la prevención, la promoción de la salud y la salud pública. Piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que en las causas, en las razones individuales antes que las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. Secuestra al sujeto que pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las elites profesionales y a la alta tecnología

- **El proceso de privatización de la salud.** Con la globalización, los sistemas curativos públicos están sometidos al asedio de la privatización, pese a que sus

resultados asistenciales han sido satisfactorios (sin duda mejores que los de los sistemas privados). Los sistemas públicos tienen defectos innegables: han disparado los costos, hay demasiada especialización, dependencia de la tecnología, invasión farmacéutica... Problemas que no son inherentes a su condición de públicos, sino a la hegemonía del modelo biomédico, anteriormente mencionado, que impregna a los sistemas asistenciales y a toda la medicina científica. La privatización, se presenta como racionalidad y modernidad (promete productividad y eficiencia), pero su verdadero objetivo es extender los negocios a los servicios y seguros sanitarios (de rentabilidad probada). El Estado pasa a ser subsidiario, mientras se promueve el mercado, y para que el mercado funcione (sea rentable) necesita mayor número de consumidores y mayor consumo, aunque la demanda sea artificial, los precios adulterados, las patentes gozan de privilegios abusivos y haya permisividad iatrogénica y medicalización. La medicalización de la salud es un efecto directo de la globalización. Una estrategia derrochadora que sube incesantemente el porcentaje sanitario del PIB.

• **La naturaleza misma de las políticas de Promoción de la Salud**, es otra de las explicaciones. Sus propuestas se dirigen hacia la transformación de las estructuras sociales, lo que ha resultado inaceptable para los gobiernos, por su inequívoco contenido de renovación social:

- a.- El fomento de estilos de vida saludables (probablemente, la menos compleja de implementar, aunque también tropieza con serias dificultades).
- b.- La capacitación de los ciudadanos para controlar su propia salud, participando en la toma de decisiones y, en esa medida, reorientando hacia la comunitaria a los servicios de salud. No es una alternativa fácil porque los sanitarios son reacios a estos cambios y se atrincheran en lo curativo, vertical e individual, esto es, en ideas y prácticas contrarias a la promoción de la salud. El profesional de la salud tiene que aprender, en primer lugar, a actuar como 'mediador' de las actividades de los individuos, familias y comunidades (de dificultad intermedia alta).
- c.- El cambio de las estructuras y de los condicionamientos que impiden el desarrollo de la salud universal, que es multisectorial y dependiente de voluntades y decisiones políticas, paz, equidad, justicia, ecosistemas, educación básica, ingresos, alimentación y vivienda adecuadas. Una propuesta que otorga carácter revolucionario a la promoción de la salud, que tiene que desafiar la ciega tenacidad de las estructuras de poder, que mayoritariamente defienden intereses conservadores, y sólo muy rara vez, se atreven a transferir recursos de los sectores privilegiados de la sociedad en beneficio de los menos favorecidos. Un proceso tendiente a modificar las relaciones sociales, de modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad y la degradación ambiental (de dificultad máxima).

## CONSTRUIR EL FUTURO

La transición del paradigma del industrialismo (caracterizado por la fábrica, la gran empresa, la burocracia, los servicios centralizados o la urbanización a gran escala), al postindustrialismo (informacionalismo, según la denominación de Manuel Castells), ha representado el rejuvenecimiento del sistema económico y la conformación de una nueva estructura social. Como es lógico, el auge de las políticas neoliberales ha tenido un gran impacto sobre todos los sectores de la sociedad, también sobre la salud y los sistemas sanitarios, que han experimentado las consecuencias de la consolidación del denominado «modelo biomédico» y de la mercantilización acelerada de la salud, y, en esa medida, la negación de Alma Ata y Ottawa.

Los postulados de «Salud para Todos» siguen plenamente vigentes, como prueba el que, adentrados en el siglo XXI, sigamos constatando que la realidad biológica continúa íntimamente vinculada a la realidad social. Es la estructura social la que determina los patrones de enfermedad, como muestran, por ejemplo, las epidemias del SIDA o de la diabetes. ¿Como explicar la propagación del VIH sino a través de patrones sociales, o cómo analizar la pandemia de diabetes tipo II sin estudiar la política económica agroalimentaria?

La secuencia final del genoma humano fue anunciada en 2001, en medio de una impresionante fanfarria de entusiasmo biomédico. Y muchos científicos todavía mantienen la esperanza de que estamos en el inicio de terapias génicas que curarán una buena parte de las enfermedades, pero olvidan, que el principal determinante de enfermedad es la organización social humana y que hay una indisoluble asociación entre inequidades sociales y enfermedades. Basta sino, analizar los últimos desastres ambientales y comprobar la relación íntima entre catástrofe y organización social: Tsunami (2004); Katrina (2005), el terremoto de Cachemira (2005). Grandes desastres en los que el comportamiento humano y la organización social tienen la responsabilidad última. Quizás el huracán Katrina ha sido el caso más llamativo porque fue un enorme desastre en el país más rico del mundo y con una intensidad del huracán que había descendido a fuerza cuando llegó a Nueva Orleans. Como ha dicho un sociólogo, la única forma de comprender estos desastres es realizando una «autopsia social».

Cabe destacar que, dentro de las tendencias negativas de las políticas de salud, hay interesantes fenómenos a contracorriente, como la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, constituida en el año 2005, dependiente de la OMS, o el Programa Global de Ciudades saludables, promovido en base a las propuestas de Ottawa, aunque, desafortunadamente, nunca ha tenido suficiente respaldo político o financiero.

En resumen, la recuperación del reto de «Salud para Todos» es una tarea de gran envergadura, casi como luchar por lo imposible, aunque, en este ámbito nada debería serlo. Y el primer paso tiene que ser el entender la salud en su verdadera

dimensión holística e integradora, en una nueva perspectiva epistemológica que la libere de las servidumbres del pensamiento neoliberal. Un trabajo en el que ya existen interesantes antecedentes: el enfoque biopsicosocial (con un gran desarrollo dentro de la psiquiatría), la perspectiva comunitaria e integral (promovida desde atención primaria), la eco-salud, la antropología de la salud o las importantes aportaciones a la salud del movimiento feminista.

Es necesaria una reflexión más allá de la medicina y de la salud, que permita repensar nuestra propia práctica y postulados epistemológicos, en un mundo cada vez más interdependiente, globalizado. Cuestionar la medicina actual, su papel y su poder, se inscribe en un marco mucho más amplio que también cuestiona la división social del trabajo, la crisis del medio ambiente, lo que entendemos por desarrollo, o la supremacía epistemológica del racionalismo científico. La crisis de la salud, pues, está estrechamente ligada a la crisis social, sobrepasa sus componentes económicos y políticos, y se incluye en el ámbito de la cultura, la filosofía, la ética y los valores humanos.

## REFERENCIAS

AHN AC, TEWARI M, POON CS, PHILLIPS RS, *The limits of reductionism in Medicine: Could Systems Biology offer an alternative?*, PLoS Med 3 (6): e208, 2006.

\_\_\_\_\_, *The Clinical Applications of a Systems Approach*, PLoS Med 3(7): e209, 2006.

BAUM F.: «¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI», *Medicina social*, 2007; 2(1): 37-46. <[www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)>

CAPRA F. *Las conexiones ocultas*, Barcelona, Anagrama, 2006.

FRENK J., *La Crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate*. Washington, DC, OPS - Publicación Científica 540, 1992.

HOLTZ T.H, HOLMES S, STONINGTON S, EISEMBERG L., *La salud es todavía social*. PLoS Med 3(10): e310, 2006. <[www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)>

KUHN T., *The Structure of Scientific revolution*. Chicago, University of Press, 1993.

LESLEY Doyal. *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, Londres, Macmillan, 1995.

## 2. LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA SALUD: UN DIVERSO Y MUTANTE CAMPO TEÓRICO

Roberto Briceño-León

---

Este artículo se publicó originalmente en la revista brasileña *Ciência & Saúde Coletiva* (Ciencia y salud colectiva), Vol. 8, No. 1, pp. 33-45, Río de Janeiro, Brasil, 2003. ISSN: 1414-8123. En la versión aquí reproducida se ha omitido la introducción por motivos de espacio. El contenido ha sido tomado directamente de la dirección electrónica: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a04v08n1.pdf>>, que corresponde a la *Scientific Electronic Library Online* con sede en Brasil: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. El autor del artículo, Roberto Briceño-León: <[bricenoleon@lacso.org](mailto:bricenoleon@lacso.org)>, trabaja para el Laboratorio de Ciencias Sociales, en Caracas, Venezuela.

---

Las ciencias sociales involucradas con la salud son un campo relativamente reciente en la historia de la ciencia. Su conformación como área disciplinar y dominio teórico pueden ubicarse en la posteridad de la Segunda Guerra Mundial, pues es a partir de los años cincuenta del siglo xx que se define su orientación y práctica, a pesar que sus orígenes pueden ser rastreados mucho antes, pero exclusivamente en el mundo médico y sin impacto específico en las ciencias sociales.

El uso de los conocimientos sociales por parte de los médicos puede trasladarse mucho antes del siglo xx, pero el desarrollo de las ciencias sociales era muy escaso y tenía una muy precaria formalización. A inicios de ese siglo, las ciencias sociales existían en las universidades de unos pocos países de Europa y en Estados Unidos (Wallerstein, 1996); los desarrollos teóricos eran muy escasos; uno no encuentra referencias importantes a la medicina o a la salud en los escritos de los iniciadores de las ciencias sociales, casi nada entre los sociólogos, algo entre los antropólogos, y por supuesto, más en la psicología, pero en ese tiempo ésta era un área propiamente médica.

Sin embargo, el interés por las condiciones sociales y ambientales que podían dar lugar a la enfermedad existía en la preocupación de muchos médicos, quienes usaban los informes médicos o sus propias experiencias para construir una explicación que fuese más allá de lo biológico. Es importante destacar que este interés estaba

asociado al poco desarrollo de la medicina y de la tecnología médica, es decir, ese médico humanista o con un perfil epidemiológico más completo, que se ocupaba de lo social. Lo hacía tanto por la sensibilidad, que iba asociada al compadecerse del sufrimiento del otro enfermo, como por las propias limitaciones que tenía en el tratamiento médico. Esta preocupación disminuye con la aparición de los antibióticos, los insecticidas y la fabulosa tecnología médica, y quedó más reservada a los médicos dedicados a la salud pública, quienes han tenido siempre preocupaciones por las condiciones ambientales y sociales y por las ingenierías que procuran modificarlas.

Los primeros escritos que pueden encontrarse en sociología médica fueron escritos por médicos y no por sociólogos, quizás los más antiguos son los artículos publicados en Francia, por Jules Guèrin, en 1848, sobre la medicina social y el texto de Charles McIntire sobre la importancia del estudio de la sociología médica, publicado en Estados Unidos en 1893, los cuales constituyen los textos pioneros del siglo XX (Nunes, 1999). Ya en los inicios de ese siglo circularon dos libros con el mismo título, de *Medical sociology*, uno, de Elizabeth Blackwell y otro, de James Warbase, publicados en 1902 y 1909 respectivamente. Es interesante que el primero, el publicado en 1902, fue escrito por una mujer, quien, a su vez, fue la primera mujer que se graduó de médico en una universidad de Estados Unidos de América. En la antropología los estudios médicos habían encontrado un pequeño eco y se habían establecido como una nueva área (Canesqui, 1994, 1995). Y en la psicología, para esos mismos años, se daba el inicio del psicoanálisis. Freud había publicado al inicio del siglo su *Intepretación de los sueños* y *El chiste y su relación con el inconsciente*, pero de manera relevante había analizado la histeria con el famoso caso de Dora y había interpretado la tos y la afonía de esa joven con explicaciones culturales y psicológicas y no fisiológicas (Freud, 1901), todo lo cual marca una nueva orientación de la medicina en relación a la mente humana, que echó las bases, para lo que Habermas (1976) considera fue la creación de una nueva «ciencia humana», basada en la autorreflexión. Pero este dominio permaneció en el mundo médico y si bien tuvo gran influencia en la antropología (en Lévi-Strauss, por ejemplo) y en la sociología (en Parson), se mantuvo como algo distinto de las ciencias sociales y la salud o la medicina.

Pero el desarrollo científico de este tiempo estuvo muy marcado por las décadas de la guerra y entreguerra, y no vino a consolidarse como tal y adquirir importancia, sino hasta después de concluida la Segunda Guerra Mundial, cuando se establecen las bases teóricas y se constituye como campo de ejercicio profesional, por la importante contratación que hacen los gobiernos, en sus ministerios de salud a investigadores de las ciencias sociales. Ahora, ¿no sucedió nada durante este periodo? Sí, hubo algunos avances, pero estuvo dominado por el personal médico. Si uno toma un ejemplo como el de la Tripanosomiasis americana, se encontrará que desde el artículo inicial de Carlos Chagas en 1909, hay un esfuerzo por describir la situación social de la enfermedad, lo mismo puede encontrarse en los sucesivos

estudios y escritos de Emmanuel Diaz sobre las condiciones sociales en Brasil, en Minas Gerais; y en Argentina, Mazza convierte sus estudios e interpretaciones de la enfermedad de Chagas en un asunto subversivo para la estructura agraria latifundista dominante en su tiempo; y Romaña —también en Argentina—; o Torrealba y Gabaldón, en Venezuela, se dedican a analizar las condiciones sociales de la vivienda y la transmisión de la enfermedad. Pero, por su manera de abordarlo no pretenden establecer un campo teórico, sus escritos más bien son una demanda, un llamado de urgencia por la necesidad de unos saberes, que ellos no disponían por formación y que sólo su grandeza humana y científica los llevaba a invocar y requerir.

## **EL APORTE INICIAL DE DEFINICIÓN DEL CAMPO**

Quizá, el aporte central en la definición de este campo teórico lo constituyó el análisis que hizo T. Parsons, de la relación entre el médico y el paciente como una estructura social. Este capítulo de su libro *El sistema social* (1951), tiene un gran impacto, tanto por la difusión y relevancia que el propio libro tiene en la sociología, como por ser una construcción teórica desde el campo de la sociología y no desde la perspectiva médica. Ciertamente, este capítulo se funda en un estudio previo realizado por un médico, L. J. Hederson, a quien el propio Parsons reconoce al inicio del texto. Pero Parsons lo ubica en su teoría de los roles y la desviación para mostrar cómo ser paciente o ser médico. Son unos roles sociales que tienen un conjunto de comportamientos en expectativa por la sociedad y que se le imponen a los individuos, en particular, como el rol del enfermo que libera al paciente de sus responsabilidades sociales y no lo culpabiliza de sus faltas o errores y, al mismo tiempo, le impone un conjunto de obligaciones, como desear mejorar, buscar a quien lo cure y seguir cuidadosamente las indicaciones dadas por el médico. Por otra parte, es la sociedad, a través del médico, quien está en capacidad de darle una legitimidad a ese rol, pues no se trata de estar enfermo físicamente, sino de ser socialmente reconocido como tal, por una decisión del sistema médico. Este mismo hecho es interpretado por Parsons en su visión de la desviación en la sociedad: el rol paciente es un rol desviante y al igual que las otras desviaciones, cumple una función social importante pues refuerza los comportamientos prescritos, los no-desviantes de la sociedad.

Este análisis de la relación médico-paciente publicada a inicios de los años cincuenta, cambió la situación del campo teórico de las ciencias sociales, la salud y la medicina, y abrió un novedoso terreno para las investigaciones o estudios en las universidades y, de manera muy especial, en las carreras de sociología. A partir de ese momento, no se trataba de un asunto social tratado por médicos en las escuelas de medicina, sino que tenía legitimidad propia para abrir cursos y propiciar investigaciones en los departamentos de ciencias sociales.

Este proceso se desarrolla durante los años cincuenta y ocurre de manera paralela con una importante expansión del mercado de trabajo en las oficinas de los gobiernos, en los ministerios de salud o en oficinas locales con responsabilidad sanitaria, como alcaldías y gobernaciones, así como en las universidades (Cockerman, 2000). La expansión del empleo que ocurre en los años cincuenta como resultado de la expansión capitalista del momento, permitió emplear una gran cantidad de sociólogos, antropólogos, psicólogos y geógrafos dedicados a la salud, y es así que a fines de la década de los cincuenta, había una comunidad importante de científicos sociales dedicados a este dominio y que requería el reconocimiento del campo teórico por parte de las asociaciones gremiales que agrupaban, por ejemplo, a los sociólogos. Es así que en 1962 se forma el grupo de sociología médica en la Asociación Americana de Sociología; en 1964, el grupo de sociología médica de la Asociación Británica de Sociología, y en 1966, el Comité de Investigación Número 15 de la Sociología Médica, en la Asociación Internacional de Sociología. Este hecho fue menor y retrasado en América Latina, pues no había suficientes profesionales, ya que la graduación de profesionales en carreras como sociología, antropología y psicología comenzó realmente en esa década.

A partir de los años cincuenta es posible establecer lo que ha sido la construcción del campo teórico y nos parece, que es posible a partir de allí, identificar tres tendencias sobre las cuales se ha construido este ámbito: el primero, es una derivación del campo pionero de estudios sobre la medicina, y lo llamaríamos la explicación de lo médico por lo social. Este campo dio entrada a otra dimensión del campo teórico y es la explicación de la enfermedad por lo social; ya no se trata de comprender o explicar la medicina o el rol médico, sino la etiología social de las dolencias. En tercer lugar, está la aplicación del conocimiento social a la salud, si bien esta dimensión práctica es históricamente previa a la formación del campo teórico, es lógicamente, una derivación de lo anterior y tiene, como veremos, un desarrollo paralelo al cognitivo. Finalmente, nos referiremos a las transformaciones que ocurrieron en los años ochenta, que llevaron a cambiar el énfasis de la medicina a la salud y que han abierto la discusión sobre la constitución de este campo teórico.

## **LA EXPLICACIÓN DE LO MÉDICO POR LO SOCIAL**

Una primera aproximación de construcción del campo teórico estuvo muy marcada por el estudio de la profesión médica y sus distintas facetas, en tanto construcción del rol de médico, como de la manera por la cual los estudiantes de medicina se iban adaptando a las nuevas exigencias de su desempeño, por un lado, con los vínculos sociales que debían establecer con los pacientes y sus familiares, como con el resto de personal médico y paramédicos y, por el otro, con sus propios sentimientos, es decir,

con las insensibilidades que debían desarrollar para no sucumbir ante el sufrimiento ajeno (Zola, 1972; García, 1963; Rhodes, 1990; Good, 1994; Llovet, 1999; Lolas, 1999).

Un estudio inicial en esta área fue llevado a cabo por Robert K. Merton, junto a G. Readery P. Kendall, sobre los mecanismos de socialización de los estudiantes de medicina (*The student-physician*, 1957), en el cual se aplicaron todos los desarrollos de la teoría funcionalista, que el propio Merton había desarrollado. Esta tradición continuó con un importante estudio llevado a cabo por Howard Becker, junto a B. Geer, E. Hughes y A. Strauss sobre el mismo tema, pero con una metodología completamente distinta, pues se trataba de utilizar la observación participante en un contexto teórico de los inicios del interaccionismo simbólico: *Boys in white* (1961) representó un importante avance tanto por la fuerza de su descripción, como porque echó las bases a desarrollos teóricos y metodológicos de gran relevancia para las ciencias sociales. Anselm Strauss se convirtió en un importante teórico al escribir junto con B. Glazer, el texto fundacional de la «Grounded theory», del construccionismo, que hasta la actualidad tiene gran peso, tanto en la sociología, como en la psicología social.

Esta tradición se mantiene y con un esfuerzo mucho más culturalista en la antropología. Se llevaron a cabo estudios sobre los pacientes y los médicos, pero con una perspectiva propia del relativismo cultural, que intenta romper con las visiones universalizantes (y etnocéntricas) de algunos estudios sociológicos. El estudio de A. Kleinman (1980) en China, sobre los pacientes y los sanadores, en el contexto de la cultura, introduce importantes conceptos, pero permite una visión distinta del sistema de salud. En una orientación igualmente antropológica y más recientemente, *Good and Good* (1993) llevaron un estudio sobre la manera como se aprendía medicina en la Universidad de Harvard y cómo se aprendían muchas otras cosas en la evolución entre las fases «pre-clínica» y «clínica» de la carrera.

Pero en otros casos, el estudio del sistema médico lo que procura es saber cómo la formación del médico y la estructura del sistema de salud hace posible que impida el tratamiento adecuado que debe proporcionar el médico, y como en estudio realizado sobre detección temprana de casos de lepra en Cuba, era saber cómo esos determinantes psicosociales del médico o del paciente, podían ser la explicación para el retraso en el diagnóstico (Rojas *et al.*, 1993; 1994).

Otra manera de ver la relación entre pacientes y médicos con el sistema de salud ha estado muy marcada por la «teoría del etiquetado», la cual se desarrolló a partir de los años sesenta en Estados Unidos, en lo que se consideró era una continuidad de la escuela sociológica de Chicago. Lo singular de esta aproximación fue que cambió la perspectiva sobre la cual se enfocaban los estudios, al modificar el centro de atención del enfermo (o del delincuente, como fue el diseño original) por el del sistema de salud que lo consideraba tal.

Asimismo, para inicios de los años sesenta, H. S. Becker publicó su libro *Outsiders* (1985) dedicado al estudio de la sociología de la desviación, la cual tenía un componente explicativo y uno predictivo del comportamiento de los individuos. Entre sus premisas básicas estaba el considerar que la desviación no era un acto en sí mismo, sino que era el resultado de una calificación social que exitosamente definía tal o cual comportamiento como desviante, como mal o enfermo. Esta perspectiva de relativismo social tiene sus orígenes en las consideraciones de Durkheim, quien en *Las reglas de método sociológico* (1999) había escrito que una conducta era delito no porque violase algunas leyes, sino porque se habían hecho unas leyes que la definían como tal. Es decir, movía el campo de interés a una perspectiva más genética, más explicativa de sus orígenes que de la simple descripción de su funcionamiento. El segundo componente, que es el más conocido, destacaba el hecho que al etiquetar a un individuo su comportamiento tendería a reproducir o, inclusive, aumentar la conducta desviada que había dado origen a la etiqueta, pues, al fin y al cabo, si ya era considerado «malo» podía continuar siéndolo igual o más que antes.

A partir de esta organización teórica, tuvo lugar un buen número de estudios que llevaron al área de salud los ejemplos que sobre los fumadores de marihuana o los músicos de danza, había explicado Becker en su libro. Quizá el ejemplo más notable fue el de E. Goffmann con su libro sobre el estigma (1963), quien estudia a los parálíticos, ciegos, deformes con labios leporinos y analiza el comportamiento de estos individuos en el contexto de las colectividades en las cuales viven. Esta investigación marcó una tendencia que aun se mantiene de una manera muy importante en los estudios de *hanseniasis* y *leishmaniasis* muco-cutánea (Castés *et al.*, 1992), enfermedades que pueden producir deformaciones y que con independencia de la gravedad de la lesión, obliga a los individuos a una muerte de la vida social, mucho antes de la muerte física del enfermo, pues el estigma los inhabilita socialmente, aun y cuando pudieran continuar llevando una vida normal desde el punto de vista de su salud. Inclusive, en algunos casos el estigma se concretó en el aislamiento de las personas, como ocurrió con los pacientes de lepra, pero una vez que se decidió eliminar los sanatorios donde vivían dichos pacientes, muchos de ellos no querían regresar a la vida normal, tanto por el miedo a la normalidad, como por perder los beneficios secundarios que les proporcionaba su condición de enfermos reclusos (Romero y Rujano, 1995; Ortega y Puga, 1994; Lorena, 1995).

Lo que es muy valioso es que estos estudios cambiaron el foco de interés del paciente o de su relación específica de éste con el médico, para el estudio de todo el sistema de salud, que como los hospitales, permitía comprender cómo a una persona con algunos problemas de conducta podía convertirla en enfermo mental la institución médica.

Las ciencias sociales también se han ocupado de los hospitales y del sistema de salud y las perspectivas han sido muy diversas. Hay críticas muy frontales como las que

desarrolló Foucault en su libro sobre el nacimiento de la clínica (1973), o como hizo Ivan Illich en su *Némesis médica*. Hay otros estudios que han procurado comprender los múltiples aspectos del sistema médico y de los hospitales. Un estudio antropológico reciente, por ejemplo, de M. J. Good (1995), se dedica con una fundamentación etnográfica a intentar comprender las posibilidades y limitaciones que tiene la medicina en Estados Unidos, para poder ser capaces y mostrar competencia en un medio marcado por una creciente tecnología y un creciente también temor por las demandas legales, que pueden derivarse de la mala práctica médica. Otro abordaje, fue el de un estudio etnográfico previo, llevado a cabo por E. Goffmann (1970), quien a mediados de los años cincuenta se dedicó a observar la vida de los pacientes en un hospital psiquiátrico de Washington y poder así describir la vida de los internos de esa institución social.

Los sistemas de salud han sido objeto de un estudio diferente y ha sido más propio de la ciencia política y de la economía. Realmente, antes de los años ochenta y que se iniciara el proceso de reforma del Estado, eran pocos los estudios sobre el sistema de salud, en una perspectiva institucional distinta a las descritas en el párrafo anterior. Es decir, ya no se trataba más de interpretar la institución social, o las relaciones sociales —de poder y sumisión, como las más importantes— que en ella se daban, sino de ubicarlas en el contexto del Estado, sus limitaciones y sus posibilidades.

Es así que un estudio del sistema de salud, encargado del control de la malaria en Tailandia, encontró que la principal oposición a un eficiente control de la malaria lo representaba el personal encargado de controlar la enfermedad, y no por una dimensión cultural, sino de la manera cómo se había organizado el servicio de salud que conspiraba contra la eficiencia en el tratamiento. Algo similar ocurrió en Venezuela, cuando se cambió un contrato salarial, que modificaba la cláusula que decía que debía pagarse viáticos cuando se saliera del lugar de trabajo, o cuando se saliera de la oficina del Ministerio, por lo cual, se incrementaron los costos de tal manera, que fue necesario restringir las inspecciones entomológicas y los rociamientos con insecticidas.

## **LA EXPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR LO SOCIAL**

A partir de los años setenta se cambia el énfasis en los estudios y las ciencias sociales se dedican a trabajar de manera más marcada en la comprensión de las enfermedades desde el punto de vista social, con una perspectiva que privilegia su etiología social, aunque tomando en consideración —en algunos casos más y en otros menos— los factores biológicos. Las diferencias que se encuentran en dichos estudios y que muestran los distintos abordajes de las ciencias sociales, radican tanto en el peso que se le otorga a las causas naturales, a lo biológico, cómo al tipo de perspectiva que se asuma en la explicación social, es decir, si el acento es colocado en el comportamiento

individual o en las condiciones de la sociedad, que se convierte en productora de enfermedades (Barata, 1997).

## **LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DEL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL**

La explicación por el comportamiento individual tuvo mucho éxito, pues se trata de una explicación individualista, que es fácilmente aceptada por las autoridades de salud y por el personal médico, pero al mismo tiempo generó un conjunto de críticas, tanto por quienes creen en una interpretación colectiva o social, como por aquellos que consideran que se trata de un reduccionismo que distrae el foco de atención.

La más importante, o al menos, la más difundida de las interpretaciones individualistas tuvo su expresión en lo que se llamaron los estudios KAP (Knowledge, Attitudes and Practices), que fueron utilizados ampliamente por los científicos sociales y luego por el personal médico, que consideraba que de esta manera podía cubrir los requisitos sociales de un proyecto de investigación o justificar una posible intervención. Estos estudios se fundaban en la creencia que los conocimientos que una persona podía tener acerca de una enfermedad, sus causas y sus modos de prevención, generaban unas actitudes que luego se ponían en práctica en ciertos comportamientos que ayudaban o no su difusión. La visión es cognitivista y presume que si la persona actúa mal es porque no tiene la información adecuada, porque tiene esa carencia, ese vacío, pero que una vez cubierto, permitirá cambiar radicalmente la situación epidemiológica. Esta ecuación podía tener algún sustento en poblaciones con una carencia de información muy grande, pero con unas buenas actitudes para incorporarlas, tal es el caso de muchas poblaciones rurales que no disponían de información sobre algunas cadenas de transmisión de las enfermedades o sobre la relevancia de algunos vectores, y que al recibir la información, ésta podía ser fácilmente asimilada, pues eran débiles los conocimientos previos al respecto. Pero no sucede así con otras poblaciones que tienen una saturación de informaciones, múltiples y a veces contradictorias, y donde la nueva información va a entrar en competencia con los conocimientos y prácticas previas.

La falla importante en esta perspectiva nos parece que radica en dos aspectos. El primero, es la creencia en lo que Paulo Freire llamaba la concepción bancaria de la educación, es decir, que la ignorancia es un vacío que como una olla se llena con nuevos contenidos, cuando, en realidad, es siempre una olla llena cuyo contenido debe ser transformado. Y, la segunda, es la creencia que las informaciones deben conducir a las prácticas, a las acciones y esto es muy evidente que no es así. Muchos encargados de políticas de salud han creído en esta línea de causalidad, pero en general, porque se aplica a las poblaciones pobres y poco educadas, a los otros inferiores, pero la refutación mayor a esta creencia son los propios médicos fumadores quienes, disponiendo de los conocimientos, no los traducen en actitudes

ni en el abandono de la práctica de fumar. Los estudios culturales y de representación social de la enfermedad han procurado superar esta perspectiva limitada de los KAP (Lépine, 1992; Dobles-Ulloa y Perriard, 1994; Rozemberg, 1994; Méndez, 1995; Alvez y Rabelo, 1998).

Este tipo de explicación ha encajado muy bien con las acciones médicas por su carácter individual y, en ese sentido, la psicología y el trabajo social han sido muy aceptados por los ministerios de salud de los países, pues se han tratado de hacer más aceptables y eficientes las intervenciones médicas, sin cambiar las condiciones sociales, pero sí modificando las conductas de los individuos. Dos tipos de estudios han sido muy importantes en este dominio, aunque con orientaciones diferentes. Uno, es lo que los estadounidenses han llamado estudios de «compliance», es decir, al mundo médico le ha interesado saber por qué alguna gente le hace caso y sigue la posología y las indicaciones del profesional y otros, lo hacen a media, o simplemente, no lo hacen. Los estudios de compliance son en el fondo unas investigaciones de apego o no a las normas y al poder, pero desde la perspectiva del poder. Lo singular es que se ubican por lo general en el contexto de una cultura que interpreta la salud, la enfermedad y el tratamiento curativo de una manera distinta, con valoraciones diferentes, bien sea porque son completamente inadaptadas a esas circunstancias (Menéndez y de Alba, 1992), como cuando se le pide al paciente que no tiene reloj que se tome la pastilla cada cuatro horas, o porque entran en el mundo de las creencias culturales, como los individuos que creen que el tratamiento presuntivo de la malaria produce impotencia sexual y prefieren el riesgo de la enfermedad al de quedar mal delante de su mujer en la próxima oportunidad.

Una perspectiva distinta ha sido la de los estudios de las razones para la búsqueda del tratamiento médico, es decir, los investigadores se han preguntado por qué algunas personas acuden al consultorio antes que otros, y por qué algunos otros ni siquiera nunca asisten. Las explicaciones han sido variadas, pero casi siempre tienden a ser individuales y psicológicas, a pesar de tratarse en algunos casos de colectividades, como por el factor género, ya que las mujeres buscan el cuidado médico más y antes que los hombres. Una de las explicaciones, por ejemplo, refiere al proceso mental que en el psicoanálisis se conoce como negación, y en el cual la persona niega la existencia de la enfermedad y no asiste al médico, porque tiene la sospecha de que puede estar enfermo, entonces niega lo que quiere afirmar, y lo niega ya que teme mucho a la enfermedad y le resultaría muy terrible aceptarlo. Lo paradójico en este tipo de comportamiento es que se fomenta lo que se quiere evitar, es decir, el retraso en el diagnóstico o en el tratamiento contribuye a hacer más difícil su curación.

De las múltiples críticas a esta perspectiva, nos parece que la más relevante es la que ha apuntado a sostener que una interpretación individualista de la enfermedad

tiende a culpabilizar a la víctima de las dolencias, a hacerla responsable de una situación de la cual ella es víctima, es consecuencia y no causa.

Lo que sucede es que en la vida social no es muy fácil diferenciar lo individual de lo colectivo. Por supuesto, uno pudiera tomar una perspectiva extrema, como la que sostiene Boudon (1979) a partir de Weber (1963), al afirmar con éste que la sociedad no existe como entidad independiente y que sólo hay una suma de individuos. Pero los comportamientos individuales siempre están determinados por las condiciones sociales y, al final, siempre son estrictamente individuales. Uno de los aspectos relevantes, en esta sutil y compleja diferenciación, puede encontrarse en los estudios sobre los llamados «estilos de vida», conceptualización que es muy weberiana por demás. Según esta visión, el origen de muchas enfermedades se encuentra en el estilo de vida que llevan muchos individuos: en la manera cómo se alimentan, el tipo de actividad física que realizan, las presiones a las cuales se encuentran sometidos. El punto de difícil abordaje es cómo se interpreta ese estilo de vida, ¿es acaso una forma individual de vida? O, por el contrario, ¿es ese estilo de vida una consecuencia de ciertas imposiciones sociales? El asunto no es sencillo, pues congrega ambas dimensiones, pero mucha de la orientación norteamericana, por ejemplo, tiende a considerar que es un asunto personal exclusivamente y de los malos hábitos de los individuos (Knowles, 1977), lo cual puede ser verdad a lo interno de un grupo social, pero los pobres latinoamericanos no pueden escoger libremente el tipo de alimentación que desearían tener, ya que la pobreza les impone cantidad de limitaciones que restringen su libertad de elección, y por lo tanto, debe considerarse como un asunto colectivo y no individual.

## **LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LAS CONDICIONES SOCIALES**

Como asunto colectivo la enfermedad ha sido tratada desde muy diversos ángulos. Todos insisten en que no se trata de lo que hace o deja de hacer un individuo, sino de las condiciones en las cuáles esa persona se encuentra, lo que determina la salud y la enfermedad. Las diferencias radican en cómo se entiende la situación, la escala en la cual se trabaja y, por supuesto, las maneras cómo se interpreta lo social.

Las escalas pueden moverse desde el ámbito microsocioal, como sería la familia o la vivienda, pasar por la organización en clases de una sociedad, hasta llegar a la formas de división internacional del trabajo y las condiciones materiales del capitalismo periférico. Pero, en todos los casos, la variable explicativa es de tipo colectivo o estructural, nunca individual, y por eso fueron más propias de la sociología y de la antropología, en unos casos; o de la geografía y politología, en otros.

Una dimensión microsocioal muy importante fue el estudio de la vivienda como un factor social que determinaba la transmisión de ciertas enfermedades, como la

malaria, la enfermedad de Chagas o la *leishmaniasis*. En estos casos, son las condiciones de la vivienda, sus cualidades o sus carencias lo que permite u obliga a la exposición al riesgo de contraer la enfermedad. En una zona endémica de malaria se encontró que las familias de las viviendas que no tenían wc dentro de la vivienda, tenían más casos de malaria, que aquellas que sí la tenían y, en particular, en las mujeres había más casos que en los hombres. En apariencia ninguna de estas variables estaba directamente relacionada con el paludismo, pero el estudio encontró que al no tener wc las personas debían salir fuera de las viviendas para hacer sus necesidades fisiológicas y entraban en contacto con el mosquito vector de la enfermedad, pero, además, las mujeres, por razones de pudor y a fin de evitar ser vistas fácilmente, salían de noche y se internaban más en el bosque, con lo cual aumentaban sus posibilidades de ser picadas por el anófeles transmisor de la malaria (Velásquez y Pérez, 1994).

Algo similar puede encontrarse con los estudios sobre la enfermedad de Chagas y la vivienda, las cuales al tener techo de palma o paja y no tener cubiertas las grietas de las paredes, permitían la presencia del vector de la enfermedad entre los sectores campesinos pobres (Zeledón y Vargas, 1984; Dias, 1985).

La duda aquí ha sido cómo interpretar las condiciones en las cuales estaba la vivienda, ¿podía pensarse que no tenían wc al interior de la casa, o tenían techo de palma, porque las personas carecían de recursos financieros para cambiar estas condiciones, o era porque en su cultura en ambas situaciones eran consideradas normales? Las respuestas son múltiples, los hay quienes creen en una, en la otra o en ambas, pero siempre hay un condicionamiento, producto de una circunstancia que es material y social al mismo tiempo (Briceño-León, 1990).

Pero hay explicaciones que son macrosociales por definición, resultado de un proceso social amplio, como, por ejemplo, los procesos de reforma neoliberal, que han sufrido los países latinoamericanos, como producto del llamado Consenso de Washington, y de las tesis, por las cuáles, era necesario reducir el tamaño del Estado y, que en consecuencia, han limitado o eliminado los programas sociales y sanitarios de control de muchas enfermedades y restringido la atención médica que antes se ofrecía (Kimet al., 2000; Heggenhougen, 1999). La consecuencia de estos cambios es un resurgir de las enfermedades transmisibles, y es así, que a comienzos de los años noventa se tenían más de sesenta mil casos de dengue en América Latina y a fines de la década, eran algo más de seiscientos mil casos, el cambio había sido brutal y, para muchos, la explicación a este tipo de cambio epidemiológico hay que buscarla en la reforma neoliberal, que ha empobrecido a la población y deteriorado sus condiciones sanitarias (Farmer, 1999). Este tipo de razonamiento puede aplicarse a muy distintas áreas, al resurgir de la oncocercosis (Ortega y Miranda, 1993), o las condiciones de trabajo o a la reforma de la seguridad social (Laurell, 1997; 2000).

En otros casos, se procura una interpretación a una escala menor, es decir, no se busca en la organización macrosocial directamente, sino en la división social que

ella produce. En muchos de estos casos el esfuerzo es esencialmente descriptivo, pero no por eso tiene menos vigor, pues, bien por el contrario, es muy contundente en sus resultados. Esto podemos decirlo en el caso del importante *Black report* sobre las condiciones de salud en Gran Bretaña que mostró como la aparición de enfermedades e incapacidades estaba determinada por la clase social de pertenencia, y la calidad de la vida saludable crecía al mejorar la condición social (Wilkinson, 1986). Este tipo de estudios dio lugar a toda una corriente de estudios sobre la desigualdad social en salud, que continúan hasta la actualidad y que muestran la relación entre las diferencias en el ingreso y las condiciones de salud de una población (Candiotti, 1989; Mercer, 1999; Minayo, 2000; Kawachi, 2000).

Pero las condiciones macrosociales no tienen por qué interpretarse como desigualdad, para que tengan que incidir en las enfermedades, pues hay otras circunstancias, también de origen macro, que afectan por vía de las movilizaciones de población el cuadro epidemiológico de una sociedad. Estas movilizaciones de población pueden tener su causa en una guerra que obliga a los individuos a trasladarse como soldados o refugiados a otros territorios o migraciones de tipo económico, que llevan a las personas a buscar trabajo en áreas distintas en las cuales han habitado. La guerra entre Irak e Irán, por ejemplo, movilizó cientos de miles de soldados a una zona endémica en leishmaniasis y provocó una expansión de la enfermedad en Irán, cuando los militares regresaron a sus hogares, o con los refugiados de Kampuchea, que se calcula, fueron para inicios de los setenta, cerca de medio millón de personas, que contribuyeron a la difusión del parásito de la malaria *P. falciparum* que era resistente a la cloroquina, la droga que se utiliza en el tratamiento de la malaria, a lo largo del sudeste asiático (Meek, 1989). Estos refugiados llegaron primero a Tailandia, pero luego, por razones laborales, en la explotación y comercio de la minería de piedras preciosas, se trasladaron a Burma y Vietnam para, posteriormente, regresar a trabajar en la construcción de las carreteras en Tailandia. La difusión del parásito resistente se expandió aún más por las migraciones laborales y políticas que viajaron a Bangladesh y la India (Prothero, 1989; Singhanetra-Renard, 1993). Pero algo similar puede decirse de la diseminación de la malaria y los movimientos migratorios de guerrilla y refugiados entre Nicaragua y Costa Rica, Venezuela y Colombia, o con los movimientos migratorios del poblamiento del Amazonas, en Brasil.

Esta perspectiva de tipo macro toma en cuenta la población y el territorio y ha sido un punto de confluencia entre la geografía y la demografía, pero en una escala macrosocial que escapa a la voluntad de los individuos aislados, aunque es un producto de las fuerzas sociales. El estudio de la evolución de la enfermedad de Chagas en el Estado de São Paulo, muestra cómo se relaciona la expansión de la enfermedad con los cambios que se dan en las relaciones sociales de trabajo y la organización y ocupación del espacio de la caicultura (Silva, 1999) e igualmente sucede con la

población indígena, que originalmente sufría la enfermedad, en el territorio que hoy es Bolivia, y que luego se expandió hacia el resto del continente (Schofield, 1988).

Ahora bien, hay muchos tipos de movimientos poblacionales que pueden tener efecto sobre la situación de la salud de la población y que son diarios, semanales o estacionales (Prothero, 1989) y que, en algunos casos, están muy relacionados con hechos culturales. En una zona endémica de malaria en Venezuela se encontró que los protestantes sufrían más la enfermedad que los católicos, la preferencia de los mosquitos por determinada religión no podía ser la razón, y lo que se encontró fue que los protestantes debían asistir cada noche al culto religioso, y por lo tanto, desplazarse diariamente desde sus viviendas hasta la iglesia y en el recorrido de ida y retorno eran picados por los transmisores de la enfermedad, mientras que los católicos se encontraban protegidos en la sala de su casa viendo la telenovela.

Por esta necesidad de considerar aspectos tan variados, en el análisis de una situación epidemiológica, han surgido unas visiones holistas que procuran combinar las variables macrosociales con las microsociales. Una de estas visiones que ha tenido relevancia en las ciencias sociales, es la de la ecología humana dedicada a la salud, la cual es una fusión entre la antropología médica y la sociología de la salud. Para algunos autores esta perspectiva tiene tres características que la hacen singular: la primera es la perspectiva propiamente ecológica, que considera a las personas como unos seres que forman parte de un medio ambiente y que pueden ser dañados por los cambios que se produzcan en el ecosistema, inclusive en por aquellos que son obra de los propios humanos. La segunda, es la comprensión de los patrones locales de salud existentes en cada comunidad humana y que pueden ser muy diversos y, el tercero, son los cambios macrosociales que ocurren en el mundo ligados a los procesos de urbanización, modernización y globalización (Foller *et al.*, 1999).

## **LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA SALUD O LAS CIENCIAS SOCIALES DE LA SALUD**

La diversidad y riqueza de este campo teórico, aun en proceso de formación y establecimiento, pueden encontrarse en la discusión que durante los últimos diez años ha tenido el Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. El vínculo entre los dos componentes del nombre: las ciencias sociales, por una parte y la salud, por la otra, ha sido el objeto de las discusiones, pues algunos sostienen que la preposición conjuntiva «y» es demasiado débil para describir una relación interdisciplinaria tan rica como la existente y brevemente ejemplificada en las páginas anteriores. Otros sostienen que debiera utilizarse la preposición «para» y se diría entonces «las ciencias sociales para la salud», pues de este modo se mostraría la vocación teórica y empírica de esta práctica profesional. Sin embargo, algunos consideran que en este caso se sigue viendo la relación como algo externo y que debería modificarse radicalmente este planteamiento y debiéramos afirmar la existencia de un nuevo campo teórico,

que en inglés se llamaría *health social sciences* y que en las lenguas latinas se pudiera construirlo, como «las ciencias sociales de la salud» (Higginbotham *et al.*, 2001).

Estas distinciones ya fueron formuladas hace cincuenta años, cuando Strauss (1957) planteó la diferencia entre la sociología en la medicina y sociología de la medicina, para subrayar la diferencia entre quienes trabajaban en las escuelas de medicina y hospitales, y quienes hacían sociología de la ciencia o de las profesiones y se ocupaban de la medicina como su campo de estudio, pero que no les interesaba el asunto en sí mismo, sino la práctica profesional. Algo similar ocurre con la antropología donde se diferencian la antropología médica de la antropología de la salud (Minayo, 1998). Esta utilización del «de» para señalar el carácter de estudio social de la ciencia y la profesión, puede crear confusión con su uso en la traducción del *health social sciences*, como ciencias sociales de la salud, pues lo que se propone este nuevo campo teórico es algo completamente distinto, se trata de crear un campo subdisciplinar, que algunos llegan a sostener que debe incluirse en las facultades de salud como una escuela de estudios similar a las otras allí existentes: medicina, bioanálisis, enfermería y ciencias sociales de la salud.

Por otro lado, estas orientaciones también reflejan los cambios en el énfasis en las asociaciones profesionales, en la Asociación Internacional de Sociología, por ejemplo, el comité de investigación que se había creado en 1966 bajo la denominación de «sociología de la medicina», veinte años más tarde, en 1986, cambió su nombre a la «sociología de la salud», como una muestra del énfasis que quiere darse a su utilización e impacto sobre la salud de la población.

Otro cambio interesante que muestra las nuevas tendencias ha sido la ubicación reciente que ha tenido la investigación en ciencias sociales dentro del programa TDR de la Organización Mundial de la Salud. Este grupo surgió en 1974 con el nombre de investigación social y económica, y, en su última parte, estuvo ubicado en la sección denominada *applied field research*, antes de desaparecer. Pero, recientemente, fue refundado por su nuevo director bajo el nombre de investigación social, económica y del comportamiento, pero, y he allí lo novedoso, fue ubicado en la división de investigación «básica», no en la de aplicada. Lo cual implica una consideración muy importante acerca del rol que deben cumplir las ciencias sociales en la promoción de la salud.

## **CONCLUSIÓN**

Lo que puede concluirse de los ejemplos de investigaciones que brevemente hemos presentado en las páginas anteriores, es que esta es un área de una gran diversidad y con cambios permanentes en su enfoque, en sus espacios de estudio y en su conceptualización. Esta variedad cambiante, muestra por un lado, la riqueza y fecundidad de este campo teórico, y por el otro, su juventud y casi su inmadurez. Es realmente un campo donde es necesario aún mucho esfuerzo teórico, que sea capaz

de construir unas teorías que permitan agrupar y darle coherencia y sentido a las experiencias de investigación e intervención.

La aplicación de estas investigaciones ha sido igualmente variada y disímil, pues la aplicación es un correlato de lo que se ha escogido como procedimiento para recortar y construir el objeto de estudio. Tenemos así, que mucho de los estudios de sociología de la medicina han contribuido a mejorar los currícula de las escuelas de medicina en Colombia o en Estados Unidos (Castro *et al.*, 1999). Los estudios sobre «compliance» han colaborado de manera importante a mejorar la aceptación de los programas preventivos y curativos entre la población; los estudios de relación médico-paciente y de género han permitido el desarrollo de todo un movimiento de fortalecimiento de los derechos de la mujer y de los enfermos, y de lo que se ha dado en llamar con el anglicismo del empoderamiento de los pacientes. También, de manera importante, ha contribuido tanto a apoyar como a criticar las ideas de la participación comunitaria en los programas de salud (Briceño-León, 1994, 1998; Valla y Stotz, 1993; Valla, 2000). En el nivel macrosocial hay un área que ha tenido un peso muy importante en los últimos años, quizá demasiado, es el análisis económico de la «carga de la enfermedad» (*burden of disease*) que establece cuántos años saludables de vida (DALYs) se pierden por cada una de las enfermedades y se orientan hacia allí las inversiones en salud, porque resulta más costo-efectivo prevenir o tratar tal o cual enfermedad y no la otra (Murray y López, 1996; Akhavan, 2000; Díaz Polanco y Maingon, 1999), pero también, y dependiendo de las posturas teóricas e ideológicas de las personas involucradas, ha sido posible una reflexión y un movimiento político y sanitario que postule de una manera más amplia y humanista la necesidad de la salud como una premisa para el desarrollo (Bonilla *et al.*, 1991; Cardona, 1993; Sen, 1999) o, entre los radicales, el cambio y la revolución social como una precondition para obtener mejores y sostenibles condiciones de salud. La diversidad es evidente. Una importante contribución que han tenido las ciencias sociales de la salud en la última década ha sido el hacer visible y legítimo el uso de las técnicas cualitativas de investigación. Las técnicas cualitativas han tenido un amplio uso en las ciencias sociales (Minayo, 1994), pero hace veinte años no tenían ningún prestigio en el mundo de la medicina o la epidemiología, hoy en día la situación ha cambiado, y gozan de un respeto y validez importante.

Por supuesto, que hay estudios cualitativos de muy poco rigor, pero también ocurre lo mismo con los estudios cuantitativos, por lo tanto, lo que se ha ganado es una apertura, a juzgar las investigaciones por su valor intrínseco y no apriorísticamente, por la metodología que utilizan.

Finalmente, este campo teórico enfrenta a las tendencias que en la sociedad contemporánea tienden a «medicalizar» toda la vida social, es decir, a interpretar y tratar muchos actos de la cotidianidad y todos los problemas de la sociedad y de la persona, como si fueran enfermedades. Pero, en el esfuerzo de construir este campo, se corre el riesgo de irse al extremo contrario e intentar convertir en social o psicológico todas las dolencias que afectan a los cuerpos y las mentes. Una visión

hipersocializada de la enfermedad no contribuye a que se pueda comprender y tratar mejor a los problemas. El campo de las ciencias sociales de la salud debe ser integrador y comprensivo, y mostrar un balance y una virtud que se midan, no solo por la elegancia y armonía de sus teorías, sino por su capacidad de contribuir a hacer mejor la vida de los pueblos.

## Referencias bibliográficas

AKHAVAN D *Análise de custo-efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas no Brasil*. Brasília, Opas, 2000.

ALVES PC Y RABELO MC. «Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença», pp. 107-122, en PC ALVES Y MC RABELO (orgs.). *Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras*. Río de Janeiro, Fiocruz-Relume Dumará, 1998.

AMARASINGHAM RHODES L «Studying biomedicine as a cultural system», pp. 159-173. In TM Johnson y CF Sargent (eds.). *Medical anthropology contemporary theory and method*. Nueva York: Praeger Publishers, 1990.

BARATA R. *Condições de vida e situação de saúde*. Río de Janeiro, Abrasco, 1997.

BECKER HS, Geer B, Hughes E y Strauss A. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago, Chicago University Press, 1961.

\_\_\_\_\_, *Outsiders, études de sociologie de la deviance*. París, Editions Métailié, 1985.

BONILLA CASTRO E, KURATOMI LS, RODRÍGUEZ P Y RODRÍGUEZ A. *Salud y desarrollo. Aspectos socioeconómicos de la malaria en Colombia*. Bogotá, Plaza y Janés Editores, 1991.

BOUDON R. *La logique du social*. París, Les Éditions Hachette Littérature, 1979.

BRICEÑO-LEÓN R. *La casa enferma*. Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana Consorcio de Ediciones Capriles, 1990.

BRICEÑO-LEÓN R. «Venezuela: retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales», en R BRICEÑO-LEÓN (ed. invitado). *Fermentum. Salud y Sociedad Médica*. Mérida, Universidad de Los Andes, 1994, pp. 165-176.

\_\_\_\_\_, «El contexto político de la participación comunitaria en América Latina». *Cadernos de Saúde Pública* 14(2):141-147, 1998.

CANDIOTI CA. *Santa Fe del Norte, Santa Fe del Sur, la desigualdad social*. Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 1989.

CANESQUI AM. «Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80», en PC Alves y MCS Minayo (orgs.). *Saúde e doença. Um olhar antropológico*. Río de Janeiro, Fiocruz, 1994, pp. 13-32.

CANESQUI AM. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo-Río de Janeiro, Hucitec Abrasco, 1995.

- CARDONA A. «Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo», en C PINZÓN y R SUÁREZ (comps.). *Cultura y salud en la construcción de las Américas*. Bogotá, Giro Editores, 1993, pp. 153-173.
- CASTÉS M, JIMÉNEZ M, CASTAÑEDA N, RODA A y MARTÍN I. «Estudio de los aspectos epidemiológicos y socio-económicos en mujeres con *leishmaniasis*». *Fermentum* 2(4):85-98, 1992.
- CASTRO R *et al.*, «Ciencias sociales y salud pública: retos y perspectivas», en R Briceño-León (comp.), *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*. Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales, 1999, pp. 73-80.
- COCKERHAM WC. «Medical sociology at the millennium», en SR Quah y A Sales (eds.). *The international handbook of sociology*. Trowbridge, Wilshire, The Cromwell Press, 2000, pp. 420-442.
- COIMBRA C. «Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares», en M Bronfman y R Castro (comps.), *Salud, cambio social y política*. Ciudad de México, Edamex, 1999, pp. 151-161.
- DÍAS JCP. «Aspectos socioculturais e econômicos na expansão e no controle da doença de Chagas humana», *Annales de la Société Belge de Medicine Tropical*, suppl., 1985, p. 120.
- DÍAZ POLANCO J Y MAINGON T. «¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?», en M Bronfman y R Castro (eds.). *Salud, cambio social y política*. Ciudad de México, Edamex, 1999, pp. 217-238.
- DOBLES-ULLOA A Y PERRIAD C. «Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la *leishmaniasis* cutánea en la población del Cantón de Acosta, Provincia de San José, Costa Rica. Estudio antropológico exploratorio». *Cadernos de Saúde Pública* 10(2):181-189. 1994
- DURKHEIM E. *Les règles de la méthode sociologique*. París, Press Universitaires de France, 1999.
- FARMER P. *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley, University of California Press, 1999.
- FOLLER M-L, GARRETT MJ Y HANSSON LO. «Human ecology and health: its development and central themes», en ML Follér y L Hansson (eds.). *Chalmers repro*, Gotemburgo, Suecia, 1996, pp. 7-44.
- FOUCAULT M. *NAISSANCE de la clinique: Une archeologie du regard medical*. París, Press Universitaires de France, 1973.
- FREUD S. «Análisis fragmentario de una histeria», en *Obras completas*, tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 993-1.001, 1901.

GARCÍA JC. «Sociología y medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente», en *Cuadernos Médico Sociales* 4:1 1-16, 1963.

GOFFMAN E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1970.

\_\_\_\_\_, *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1963.

GOOD BJ Y GOOD M-J. «Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School», en S LINDENBAUM y M LOCK (eds.). *Knowledge, power y practice*. Los Angeles, Cal., The Regents of the University of California, 1993, pp. 81-107.

GOOD BJ. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Rochester, New York, Cambridge University Press, (Lewis Henry Morgan Lectures), 1994.

GOOD MJ. *American medicine: the quest for competence*. Berkeley, Universidad of California Press, 1995.

HABERMAS J. *Connaissance et intérêt*. (Trad. de L'Allemand par Gérard Clémenton). París, Editions Gallimar, 1976.

HEGGENHOUGEN K. «Are the margilized the slag-heap of economic growth and globalization? Disparity, health, and human rights», en *Health and Human Rights* 4(1), 1999, pp. 205-213.

HIGGINBOTHAM N, BRICEÑO-LEON Y JONHSON N. *Applying health social science best practice in the developing world*. Londres, Zed Book, 2001.

KAWACHI I. «Income inequality and health», en L Berkman y I Kawachi (eds.). *Social epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press, 2000, pp. 76-94.

KIM J, MILLEN J, IRWIN A Y GERSHMAN J. *Dying for groth: global inequality and the health of the poor*. Maine, Common Courage Press, 2000.

KLEIMANN A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropologym medicine and psyquity*. Berkeley, University of California Press, 1980.

KNOWLES JH. «The responsibility of individual», en P CONRAD y R KERN (ed.). *Sociology of health and illness: critical perspectives*. Nueva York, St. Martin Press, 1977, pp. 375-386.

LAURELL AC. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México, Era, 1997.

\_\_\_\_\_, «Globalización, políticas neoliberales y salud», en R Briceño-León, de Sousa Minayo y Coimbra (comps.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro, Fiocruz, 2000, pp. 73-84.

LÉPINE C. «Representações sociais sobre varíola entre os daomeanos na África Ocidental – séculos XVIII e XIX», en AWP SPÍNOLA, ENC Sá, MF Westphal, RC Ferreira y F Zioni (coords.). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo, Cortez Editora, 1992, pp. 269-279.

- LLOVET J. «Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo», en M BRONFMAN y R CASTRO (comps.). *Salud, cambio social y política*. México, Edamex, 1999, pp. 335-349.
- LOLAS STEPKE F. «La medicina como ciencia social», en R BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*. Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales, 1999, pp. 225-229.
- LORENA CLARO L. *Hanseníase. Representações sobre a doença*. Río de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- MEEK SR. «Vector-borne diseases among displaced kampuchean», en Service Michael W (ed.). *Demography and vector-borne diseases*. Florida, CRC Press, 1989, pp. 165-180.
- MÉNDEZ NELSON C. «Creencias y actitudes hacia la malaria y servicios antimaláricos en tres grupos étnicos de Guatemala», en *Espacio Abierto* 4(2):39-48, 1995.
- MENÉNDEZ E Y GARCÍA DE ALBA J. *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*. México, CIESAS, 1992.
- MERCER H. «Cambios de salud en Argentina: los riesgos de la exclusión social», en R BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*. Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales, 1999, pp. 343-349.
- MERTON RK, READER G Y KENDALL P. *The student physician*. Cambridge, Harvard University Press, 1957.
- MINAYO MC. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Río de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.
- \_\_\_\_\_, «Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro», en PC ALVES y MC RABELO (orgs.). *Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras*. Río de Janeiro, Fiocruz-Relume Dumará, 1998, pp. 29-46.
- \_\_\_\_\_, «Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño», en R BRICEÑO-LEÓN, S MINAYO y COIMBRA (comps.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro, Fiocruz, 2000, pp. 55-72.
- MURRAY CJL Y AD LÓPEZ. *The global burden of disease*. Cambridge, Harvard University Press, WHO, World Bank, 1996.
- NUNES E. *Sobre a sociologia da saúde*. San Paulo, Hucitec, 1999.
- ORTEGA CANTO JE, HOIL SANTOS J y PUGA LF. «México: creencias y prácticas sobre la *leishmaniasis* cutánea en una población de migrantes en el estado de Campeche». *Fermentum*, 8:126-141, 1994.
- ORTEGA M Y MIRANDA R. «La oncocercosis en el Soconusco, México. Estudio interdisciplinario y estrategia económica para la suspensión de la transmisión», en R Briceño-León y JC PINTO Dias (comps.). *Las enfermedades tropicales en la sociedad*

*contemporánea*. Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana Consorcio de Ediciones Capriles, 1993, pp. 113-148.

PARSONS T. *El sistema social*. Madrid, Biblioteca de la Revista de Occidente, 1966.

PROTHERO RM. «Problems of human mobility and diseases», en SERVICE Michael W (ed.). *Demography and vector-borne diseases*. Florida, CRC Press, 1989, pp. 1-16.

RHODES L. «Studying biomedicine as a culture system», en T JOHNSON y C SARGENT (eds.). *Medical anthropology: a handbook of theory and method*. Nueva York, Greenwood Press, 1990, pp. 159-173.

ROJAS V, ALVISA R, HERNÁNDEZ O, BRAVO, R Y GARCÍA M. «La lepra en Ciudad de La Habana, Cuba», en R BRICEÑO-LEÓN y JC PINTO Dias (comps). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas, Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela Consorcio de Ediciones Capriles, 1993.

ROJAS V, HERNÁNDEZ O Y GIL R. «Algunos factores que inciden en la demora en el diagnóstico de la lepra», en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 116(4): 307-312, 1994.

ROMERO SALAZAR A Y RUJANO R. «La eficiencia del diagnóstico y de la introducción y la administración del tratamiento en el control de la lepra», en *Espacio Abierto* 4(2):63-84, 1995.

ROZEMBERG B. «Social representation of somatic events linked to schistosomiasis», en *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1):30-46, 1994.

SANTOS RICARDO V Y FLOWERS NM. «Human ecology and health in the context of change: the xavante indians of Mato Grosso, Brazil», en F MAJ-LIS y H LARS (eds.). *Chalmers repro*. Gotemburgo, 1996, pp. 94-117.

SCHOFIELD CJ. *Biosystematics of the triatominae. Biosystematics of Haematophagous insects*. Oxford, Clarendon Press, 1988.

SEN A. HEALTH in development. *Bulletin of the World Health Organization* 77(8):619-623, 1999.

SILVA LJ. *A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo*. San Paulo, Hucitec Funcraf, 1999.

SINGHANETRA-RENNARD A. «Movilidad laboral, conducta sanitaria y malaria en el noroeste de Tailandia», en R BRICEÑO-LEÓN y JC PINTO Dias (comps.). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana Consorcio de Ediciones Capriles, 1993, pp. 149-167.

STRAUSS R. «The nature and status of medical sociology», en *American Sociological Review* 22:200-204, 1957.

VALLA VV Y STOTZ E. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Río de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

VALLA VV. «Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura», en RB BARATA y R BRICEÑO-LEÓN (orgs.). *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Río de Janeiro, Fiocruz, 2000, pp.251-268.

\_\_\_\_\_, «Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura», en *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 251-268.

VELÁSQUEZ A Y PÉREZ H. «Venezuela: estudios de factores socioeconómicos de riesgo de exposición a la malaria que favorecen el contacto hombre-vector en Nurucual, estado Sucre», en *Fermentum* 3(8):8-28. 1994

WALLERSTEIN I. *Abrir las ciencias sociales*, México, Siglo XXI Ed., 1996.

WEBER M. *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires, Amorrortu, 1963.

WILKINSON R. *Class and health*. Londres, Tavistock, 1986.

ZELEDON R Y VARGAS L. «The role of dirt floors and of firewood in rural dwellings in the epidemiology of Chagas disease in Costa Rica», en *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 33(2):232-235, 1984.

ZOLA IK. «Medicine as an institution of social control», en *Sociological Review* 20:487-504. 972

ZOLA IK. «Medicine as an institution of social control», en *Sociological Review* 1972: 487-504.

### 3. SALUD Y SOCIEDAD.

## APORTACIONES AL PENSAMIENTO LATINOAMERICANO

Oliva López Arellano y  
Florencia Peña Saint Martin

---

Este texto fue originalmente publicado como capítulo del *Tratado Latinoamericano de Sociología*, Enrique de la Garza Toledo, Coordinador, Editorial Anthropos y Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México, 2006, pp. 278-299. En la versión aquí reproducida se ha omitido la introducción por motivos de espacio. El contenido ha sido tomado directamente de la dirección electrónica: <<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/41/109>> que corresponde a la revista electrónica *Social Medicine (Medicina Social)*, Temas y debates: Vol. 1, No. 3, pp. 82-102, Montevideo y Nueva York, 2006. ISSN: 1551-7112, con sedes en Uruguay y EUA: <[www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)>. Las autoras pueden ser contactadas en: <Oliva López Arellano: [oli@correo.xoc.uam.mx](mailto:oli@correo.xoc.uam.mx)>, <Florencia Peña Saint Martin: [doniaflor@yahoo.com](mailto:doniaflor@yahoo.com)>.

---

### INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la relación entre la «biología humana» y la sociedad tiene una triple dimensión en articulación recursiva permanente: las expresiones psico-biológicas materiales, que son múltiples y diversas en los seres humanos (vida, sexualidad, concepciones, gestaciones, nacimientos, crecimiento, maduración, desarrollo, menarquia, menopausia, bienestar, malestar, salud, enfermedad, discapacidad, muerte, etc.); las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones psico-biológicas, y las prácticas sociales que se ponen en marcha para simbolizarlas, entenderlas, explicarlas, ritualizarlas, promoverlas, controlarlas, evitarlas y/o resolverlas. Y, aunque se trata de un proceso integral, en el proceso de investigación sus tres dimensiones se desarticulan con fines teóricos, metodológicos y prácticos.

Así, en particular la salud como proceso social, que forma parte de, pero no se agota en este ámbito de reflexión, es investigada también a partir de esta triple vertiente interdependiente, tomando en cuenta: las formas históricas que asume; sus constructos simbólicos en grupos culturales específicos y las diversas respuestas sociales, que a partir de las dimensiones anteriores, se ponen en marcha en distintos niveles: individual, doméstico, familiar, a partir de redes sociales, como expresión cultural, demanda social o parte de las políticas públicas.

Es necesario enfatizar que en el ámbito de las respuestas sociales se incluyen las obligaciones y las tareas de los Estados-nación para con la ciudadanía (Fleury, 1992; García, 1981), el impacto de los organismos internacionales (Laurell, 1994a; López, 1994; Laurell, 1995; Laurell y López, 2002), la voz y los resultados de los grupos académicos y de otros actores sociales actuantes en el campo de la salud, etcétera. Las reflexiones sobre la naturaleza de las relaciones entre las ciencias sociales y la salud en América Latina tuvieron como punto de partida los evidentes diferenciales sociales que existen en el área, así como las transformaciones de los perfiles epidemiológicos en distintos momentos históricos, concomitantes con patrones socio-demográficos específicos entre países, regiones y/o grupos sociales, que han sido, además, dinámicos.

El campo de conocimiento científico que se ocupa de la salud/enfermedad y de los sistemas de salud desde la dinámica social ha recibido diferentes denominaciones: Medicina Social, Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud, Ciencias Sociales en Salud y Socio-Medicina, en referencia al objeto de estudio general. En tanto, otros nombres designan los abordajes disciplinarios desde ciencias sociales particulares (Sociología Médica, Economía de la Salud, Economía Política de la Salud, Antropología Médica) o desde las ciencias médicas (Epidemiología Social, Epidemiología Crítica, Higiene Social, Nueva Salud Pública). En la perspectiva de Juan César García, esta variedad de nombres implica distintas aproximaciones al objeto de estudio, tradiciones científicas y corrientes de pensamiento, que sólo expresan un cierto grado de acuerdo en que este campo de conocimiento se refiere al «estudio de los determinantes sociales de la salud-enfermedad y de los servicios de salud» (García, 1984:21), aunque veinte años después las ciencias sociales ya no busquen «determinantes» y se reconozca el papel de la cultura y la subjetividad en los procesos, posición que avanza teóricamente sobre la búsqueda de «causas» y el determinismo económico inicial.

En América Latina se identifican tres momentos esenciales para el desarrollo de las corrientes de interpretación de la salud en su relación con la sociedad, vinculados estrechamente a tres distintos periodos en el desarrollo histórico y económico de la región.

Una fase de expansión capitalista basada en la explotación de los recursos naturales de la región, que se corresponde con un modelo higienista en el campo de las políticas públicas de salud y los inicios de la sociología como área académica independiente de la reflexión en salud.

Un periodo caracterizado por la intensa promoción de la industrialización del área, con base en el modelo denominado sustitución de importaciones, sustentado en una visión desarrollista (fuertemente cuestionada por corrientes sociológicas latinoamericanas conocidas como teorías de la dependencia) y un estado benefactor. En este periodo se consolidan las ciencias sociales, las políticas públicas en salud se sustentan en modelos ecológicos multicausales y surgen las posiciones contestatarias en salud que reconocen la importancia de la desigualdad social como eje esencial de la causalidad de los problemas más importantes en salud.

Una fase de globalización de la economía caracterizada por la imposición por organismos supranacionales de un nuevo modelo económico denominado «neoliberal», que borra las fronteras nacionales y reconfigura las políticas sociales desmantelando al estado de bienestar y sus instituciones de protección social, lo que ocasiona un proceso de «privatización de la vida» y de todas las áreas rentables de la economía, incluyendo la atención a la salud.

## **SALUD Y SOCIEDAD EN LA FASE DE EXPANSIÓN CAPITALISTA.**

### **INICIOS DE LA SOCIOLOGÍA Y MODELO HIGIENISTA**

Hasta el periodo de la segunda post guerra mundial la expansión capitalista en América Latina se basó en la explotación de sus recursos mineros, agrícolas y forestales, lo que la enfrentó a las condiciones insalubres de los países «tropicales» generándole problemas socio-sanitarios que requirieron poner en marcha acciones para el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, la eliminación de vectores y otras acciones de saneamiento ambiental, promovidas por las empresas, los capitales transnacionales, predominantemente norteamericanos y los gobiernos locales (García, 1981). En este contexto fue necesario crear condiciones de trabajo relativamente seguras en regiones donde eran endémicas la malaria, la fiebre amarilla y diversas parasitosis, y facilitar el intercambio de mercancías en fronteras y puertos con los menores riesgos de contagio posibles. Estas acciones fueron realizadas atribuyendo a la salud un valor económico, no tenían como centro la procuración de bienestar para los trabajadores involucrados, es decir, su agenda era básicamente higienista (Breilh, 1987; Franco, 1990).

La evolución del capitalismo en la región no sólo genera transformaciones económicas y en la estructura demográfica, así como cambios sociales, sino que también posibilita transformaciones en las formas de representación de esas sociedades. A finales del siglo XIX y hasta los años cuarenta del siglo XX, las ciencias sociales inician su desarrollo en la región, particularmente en México y Brasil. En parte, su consolidación está influenciada por la inmigración de intelectuales españoles que huyen de la guerra civil y de la derrota de la República y por el incipiente intercambio de latinoamericanos con universidades europeas (Briceño y Sonntag, 1999:106-107). Sin embargo, los contenidos de estas ciencias sociales están impregnados del

pensamiento occidental, que muchas veces no toma en cuenta la heterogeneidad cultural de América Latina, tienen un desarrollo incipiente y aún no puede hablarse de su plena institucionalización, mucho menos de su utilización en la investigación en salud.

Las acciones en salud están sustentadas en la interpretación epidemiológica que corresponde al modelo unicausal, centrado en buscar y eliminar los agentes patógenos (virus, bacterias, etcétera) y sus vectores. Por tanto, las respuestas sociales oficiales en el terreno de la salud son guiadas por un interés práctico por controlar dichos agentes causales, sin preocupaciones por comprender las relaciones entre la salud y la sociedad (Jarillo *et al.*, 2004). La influencia del contexto internacional con el desarrollo de los antibióticos, de técnicas diagnósticas y de nuevas vacunas, amplía los recursos para el combate de enfermedades infecciosas y posibilita intervenciones masivas con éxitos notables en el control y erradicación de ciertas patologías. Comienza la institucionalización del campo de la salud pública y los éxitos en torno al control de ciertas enfermedades infecciosas legitiman el quehacer de los sanitaristas que comienzan a ser reconocidos como personal necesario para la atención de los problemas de salud de las colectividades (Jarillo *et al.*, 2004). Se inicia así la expansión de este campo con una plataforma preventivista, que fundamenta sus intervenciones en las investigaciones microbiológicas e inmunológicas, plasmadas en el desarrollo de vacunas, lo que sienta las bases del intervencionismo estatal (García, 1982).

Este enfoque de prevención específica contra las patologías infectocontagiosas, posibilita la reducción de la letalidad de algunas enfermedades con la puesta en marcha de campañas nacionales, por ejemplo, contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el paludismo, así como la erradicación de la viruela, sin cuestionar ni plantear los determinantes estructurales de dichas enfermedades (Arouca, 1975).

### **SALUD Y SOCIEDAD EN EL PERIODO DE SUSTITUCIÓN DE IMPORTACIONES. LAS TEORÍAS DE LA DEPENDENCIA, LOS MODELOS ECOLÓGICOS MULTICAUSALES Y EL SURGIMIENTO DE POSICIONES CONTESTATARIAS EN SALUD**

Durante el periodo desarrollista de promoción de la industrialización latinoamericana, ocurrido en el periodo de la post II Guerra Mundial, basada en el modelo económico denominado «sustitución de importaciones», la región se vio gobernada por estados de bienestar (en vertientes restringidas, en comparación con sus contrapartes europeos) que invertían directamente en el costo económico de la reproducción de la población como parte de una política social y económica inherente a la misma implantación de este modelo económico. Estos gobiernos asumen tareas en la reproducción de la fuerza de trabajo, conformando y financiando instituciones de protección social y otorgando subsidios a los llamados bienes salario, muchas veces aún en presencia de las dictaduras militares que caracterizan al cono sur en la segunda mitad de la década de los años setentas y parte de los ochenta.

Desde el marxismo, entonces dominante en las ciencias sociales latinoamericanas, esta política era teorizada como la participación del estado para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo para apoyar la acumulación de capital. Así, el estado absorbía o subsidiaba los costos de atención al transporte, la salud, educación, vivienda y ciertos bienes de consumo entre los que pueden citarse pan, tortillas, harina y azúcar (teorizados como bienes-salario).

Sin embargo, el reparto y la intervención del estado en bienes y servicios era diferencial, los sectores obreros recibían atención a la salud y seguridad social, especialmente aquellos grupos estratégicos para este momento de expansión capitalista: trabajadores petroleros, ferrocarrileros y electricistas, lo mismo que los burócratas, mientras que la población rural, entonces mayoritaria, recibía proporcionalmente los presupuestos más bajos para la atención a la salud y carecía de seguridad social. Esto, en sí mismo, alentó la fuerte migración campo-ciudad que caracterizó al periodo y que décadas más tarde fue el detonador del crecimiento de la pobreza urbana, de la terciarización de las economías, de la precarización y la informalización del empleo en las ciudades, el crecimiento importante en el número de burócratas, debido a la intervención del Estado en prácticamente todas las áreas de la economía y la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado. Por supuesto, en sinergia con otros procesos sociales, principalmente, la implantación del modelo económico neoliberal.

El modelo de sustitución de importaciones, subyacente a la industrialización intensiva de Latinoamérica, es decir, la suposición del crecimiento del sector secundario como la vía adecuada para contrarrestar el intercambio desigual que se daba en el mercado internacional, provocado por la producción y exportación de materias primas de bajos precios y poco competitivas por parte de Latinoamérica y la importación de manufacturas elaboradas por los países «desarrollados», principalmente Estados Unidos, tuvo como consecuencia el paulatino abandono y desfinanciamiento de las actividades agropecuarias, con masivas corrientes migratorias campo-ciudad (De la Garza, 2001), sin poder resolver el problema de la desigualdad social y la pobreza en América Latina, ni su condición de región subdesarrollada. Sin embargo, como ya se dijo, su aplicación transformó su socio-demografía a una velocidad vertiginosa en unas cuantas décadas y redefinió los problemas sociales importantes a resolver en el siguiente periodo.

En el terreno de los hechos fácticos era ya evidente que los problemas del proletariado y del ejército industrial de reserva (como eran teorizados entonces, los ahora llamados «pobres» por el Banco Mundial) sólo se habían reconfigurado, y que su impacto negativo en los niveles de salud y en los procesos de atención no habían desaparecido, sólo mostraban una recomposición.

En el campo de la salud entonces —como ahora— los problemas del área eran un mosaico que combinaba perfiles de salud/enfermedad y prácticas de atención similares a los de los países del primer mundo en algunos grupos poblacionales

privilegiados, mientras en otros, se presentaban problemas extremos directamente atribuibles a condiciones de vida precarias y grupos sociales que estaban excluidos de sistemas y servicios eficientes de atención a la salud. Asimismo, principalmente en los países con fuerte presencia indígena, la «etiología» de los problemas de salud y las consecuentes terapéuticas utilizadas, no respondían a las intenciones desarrollistas homogenizadoras e integradoras, sino que estos sectores recurrían a prácticas alternativas, desde cosmovisiones específicas, alejadas de la medicina científica, conocida en el ámbito académico como «medicina tradicional». Además de razones culturales, la persistencia de estas cosmovisiones se explica también a partir de la exclusión ancestral de la población indígena de los sistemas de salud y su situación histórica de pobreza extrema. La antropología dio cuenta de esta expresión de la diversidad cultural humana, desarrollándose la antropología médica, cuyo pionero en México con una mirada propia y de respeto a esta diversidad cultural latinoamericana, fue el doctor Gonzalo Aguirre Beltrán, médico y antropólogo, tradición que en este país han continuado Carmen Anzures (Dirección de Etnología y Antropología Social, Instituto Nacional de Antropología e Historia), Roberto Campos (Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México), Paul Hersch (Centro del Instituto Nacional de Antropología e Historia en el Estado de Morelos), Eduardo Menéndez (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-México) y Luis Vargas (Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México), entre muchos otros investigadores en América Latina.

En el campo de la salud se comienza a perfilar una mayor complejidad epidemiológica por la emergencia de patologías ligadas a la modernidad urbana, consecuencia de los procesos de industrialización en las ciudades (enfermedades crónicas, infartos, accidentes, psicostornos). La investigación inicia la búsqueda de relaciones más complejas entre la sociedad y la salud, en la medida que los modelos explicativos unicausales centrados en agentes microbianos muestran su insuficiencia en estos nuevos escenarios socio-históricos. En los países centrales surgen como ejes explicativos los modelos ecológicos multicausales (Leavell y Clark, 1965; MacMahon y Pugh, 1965), que, sin embargo, no abandonan la tradición positivista, ni el enfoque individual, biológico y ahistórico de la medicina.

En este periodo, los perfiles de enfermedad y muerte se caracterizan por el predominio de las enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales, patología inmunoprevenible y complicaciones del embarazo, parto y puerperio; con una elevada proporción de defunciones en menores de 5 años y de muertes maternas. Asimismo, se expresan los rasgos iniciales de la complejización epidemiológica al incrementarse simultáneamente la patología crónica (enfermedades del corazón, cáncer y diabetes mellitus) y los accidentes (OPS, 1984).

En la sociología latinoamericana surgen las corrientes *dependentistas*, críticas al desarrollismo ideológico que impulsa el modelo económico de sustitución de

importaciones, fuertemente impactadas por la Revolución Cubana (Cardoso y Faletto, 1971). Se había avanzado en enfatizar que el lugar de Latinoamérica en la división internacional del trabajo, principalmente sus relaciones de dependencia con Estados Unidos, y la concomitancia de los problemas sociales que esta posición ocasionaba en el área, así como la fuerte estratificación interna que ocasionaba que la riqueza socialmente producida no fuera distribuida equitativamente, eran la «causa» de los principales problemas sociales de la región, incluida la salud de las colectividades. Por tanto, la conclusión lógica era que este panorama sólo podía cambiar remontando esta posición subordinada, acompañándola de nuevas políticas públicas con orientación social, tal como Cuba lo había hecho después de la Revolución de 1959.

Es a finales de este periodo que se desarrollan las reflexiones en salud desde la dinámica de la sociedad y se confrontan diversas corrientes interpretativas, principalmente la funcionalista, que no cuestiona al sistema social, y la marxista, comprometida con generar cambios sociales para construir una sociedad más igualitaria. Estas reflexiones parten de posturas críticas de tradición dependentista y marxista, sobre la organización social y avanzan en el análisis de las relaciones entre la sociedad y los problemas de salud de las colectividades, inaugurando una nueva línea de pensamiento que había sido dejada de lado por ambas corrientes, que, por otro lado, a pesar de ambas cuestionar al desarrollismo capitalista, muchas veces se contrapusieron en el debate académico y político del momento.

## **LA PERSPECTIVA LATINOAMERICANA EN SALUD**

Como ya se dijo, en Latinoamérica las conceptualizaciones del modelo ecológico multicausal, basadas en el estudio de lugar-tiempo-persona se mostraban ya insuficientes ante la realidad epidemiológica, ni siquiera la triada epidemiológica de Leavell y Clark (1965) que hace interactuar a los agentes patógenos con la susceptibilidad del huésped en ambientes naturales, ni la red causal de MacMahon y Pugh (1965) podían dar cuenta de la problemática de salud a nivel de las colectividades de la región.

En este contexto, las visiones críticas buscaron *las causas* de los perfiles patológicos históricos en la organización de la producción social (entonces teorizada como modo de producción por el auge del marxismo estructuralista en las ciencias sociales) (Navarro, 1976; Timio, 1979; Waitzkin y Waterman, 1981), en las condiciones de vida que esta organización conllevaba (el ámbito de la reproducción de la fuerza de trabajo) (Breilh *et al.*, 1987; Betancourt *et al.*, 1991; Blanco y Sáenz, 1994), en las relaciones desiguales de Latinoamérica con el resto del mundo (intercambio desigual y combinado) (Castellanos, 1997), en la organización de la producción fabril (incluyendo en los análisis el uso y explotación de fuerza de trabajo generadora de plusvalía en la fábrica capitalista) (Laurell y Noriega, 1989), para lo cual se encontraron con y utilizaron los postulados de la sociología marxista del cambio, con expresiones diversas que fueron objeto de análisis múltiples (Nunes, 1987; Belmartino, 1994; Burlandy y Bodstein, 1998; Barbosa y Azevedo, 2002).

El agotamiento de los paradigmas preventivistas y multicausales, la multiplicación de las críticas y las evidencias de los límites de los abordajes convencionales para explicar y actuar frente a un panorama epidemiológico cada vez más complejo y diversificado, acelera la formación de nuevos programas en salud pública, sobre todo en el nivel de posgrado, surgen opciones innovadoras y se incorporan los contenidos de las ciencias sociales y de la conducta a los planes de estudio de los posgrados en salud en toda Latinoamérica (García, 1972; Nunes, 1991).

La corriente de pensamiento médico social en América Latina cuestiona la insuficiencia de los planteamientos de la salud pública dominante de tradición positivista (López y Blanco, 1994), para quien las colectividades son solamente sumas de individuos con características demográficas similares, como edad, sexo, ocupación; lugar de residencia, ingreso, escolaridad; el reducido impacto de las prácticas clínicas y hospitalarias sobre la distribución desigual de la salud/enfermedad-representaciones-respuestas sociales (López, 1984) y la perspectiva funcionalista, propia de las ciencias sociales del orden, para explicar la sociedad e intervenir sobre los problemas de salud/enfermedad de las mayorías de pauperadas y excluidas de la riqueza socialmente producida.

Por supuesto, este desarrollo del pensamiento latinoamericano en salud no es lineal, las teorías y metodologías, así como los problemas que éstas pretenden explicar han cambiado en consonancia con el desarrollo histórico nacional y regional de América Latina.

Iriat y colaboradores (2002: 128-136) ubican los inicios del pensamiento social en salud latinoamericano en la primera mitad de la década de los setentas en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con Juan César García (argentino), quien junto con María Isabel Rodríguez (salvadoreña), Miguel Márquez (ecuatoriano) y José Ferreira (Brasil), todos médicos y parte del equipo de la OPS, dieron impulso a la medicina social en Latinoamérica tanto con sus propios trabajos, como apoyando el desarrollo de investigaciones, la publicación de libros y la realización de eventos con esta perspectiva. Así como colaborando entusiastamente en el primer programa de posgrado, que se propuso explícitamente retomar e impulsar la perspectiva de la salud como evento social: la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, fundada en 1975, en donde se han formado como profesores o alumnos buena parte de los profesionales que se adscriben a esta corriente, y el programa de medicina social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, que abre sus puertas en 1976, también con el apoyo del mismo grupo de la OPS. Propuestas iniciales a partir de las cuales han surgido muchos otros programas formales y grupos interdisciplinarios interesados en esta temática.

Esta perspectiva latinoamericana sobre salud y sociedad, se diferencia muy claramente de las reflexiones norteamericanas en el campo de la sociología médica. Esta última tiene su origen en los trabajos de Parsons (1951) e interpreta a la práctica médica como institución social, pero avanza bajo la perspectiva de los intereses de

las agencias financiadoras y de los *policy makers*. Es decir, como disciplina aplicada, produce conocimiento social para las compañías de seguros, la práctica médica institucionalizada y de alta tecnología, las campañas puntuales de salud pública y la formulación de políticas para control de enfermedades específicas (Nunes, 2003). Asimismo, se distancia de la mirada de la salud pública que, según Edmundo Granda, es en realidad una enfermería pública que mira al individuo antes de que se convierta en paciente, por lo que su enfoque es reconocer el riesgo en una perspectiva por fuera y antes de que el individuo enferme y se sustenta en lo que este autor denomina el trípode fundacional de la salud pública: el funcionalismo para explicar el orden social, el método positivista para estudiar la enfermedad y el poder del Estado para garantizar la prevención (Granda, 2000).

### **LOS APORTES DEL PENSAMIENTO MÉDICO-SOCIAL**

La producción médico social en los últimos treinta años ha sido muy vasta, por tanto, más que realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones, se recuperan aquí las tendencias generales. Existen ya espacios para la búsqueda sistematizada de la producción médico-social en el área, como son el Portal de Medicina Social (<<http://www.socialmedicine.org/>>), el catálogo de revistas en ciencias sociales en salud de la Biblioteca Virtual en Salud Brasileña (<<http://revistas.bvs.br/>>) y la base de datos organizada por Naomar Almeida Filho (<<http://www.paho.org/English/HDP/HDR/series19.pdf>>), entre las fuentes bibliohemerográficas más importantes.

Los planteamientos médico-sociales iniciales parten del marxismo, del que retoman diversas categorías para construir su base conceptual. Se adscriben a la concepción de ser humano que se define y diferencia de otras especies vivas por su capacidad de apropiarse de la naturaleza, a partir del trabajo (Engels, 1974; Trigger, 1974; Juanes, 1980; Peña Saint-Martín, 1982) y, en ese proceso, crearse y transformarse a sí mismo desde la cultura y las relaciones sociales. Incorpora categorías generales como proceso de trabajo (Marx, 1978), reproducción social (momento de producción, momento de consumo) (Breilh, 1987) y clases y desigualdades sociales y se explora —en situaciones y grupos sociales específicos— la determinación y la distribución diferencial de la salud, la enfermedad, la muerte y la atención, como procesos colectivos, imbuidos en la cultura y las relaciones sociales (Blanco, 1991).

En su desarrollo posterior, el campo médico-social se delimita y profundiza en la elaboración teórica y metodológica, al reconocer dos grandes objetos de estudio: la distribución y los determinantes de la salud-enfermedad y los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. A esta tarea colectiva de creación y profundización teórica, metodológica e instrumental se incorporan diversos grupos de investigación y programas de formación de recursos humanos en Medicina Social, surgidos en los setenta y ochenta en América Latina. Estos polemizan con el funcionalismo y con la perspectiva preventivista de la salud pública

hegemónica, planteando aproximaciones de mayor amplitud explicativa sobre los fenómenos ya conocidos (López y Blanco 2003). Asimismo, se reivindica un quehacer científico comprometido socialmente con la transformación de las condiciones de vida y las prácticas en salud, y con los procesos de generación de conocimiento.

Para mostrar la compleja recursividad de los fenómenos colectivos de salud/enfermedad, representación y prácticas sociales desde la totalidad social, se elaboran nuevas propuestas de interpretación, entre las que destacan la concepción del fenómeno salud/enfermedad como proceso social e histórico, es decir, *social en sí mismo* (Betancourt *et al.* 1991; Breilh *et al.*, 1987, 1994 y 2003; Laurell, 1982 y 1989;) y el abordaje de los saberes, las políticas y prácticas en salud como respuestas sociales organizadas frente a realidades específicas (Donnangelo y Pereira, 1976; García, 1981; García 1982; Tetelboin, 1997; Vergara, 2000; Cohn y Elias, 2001; López y Blanco, 2001).

En un inicio, el carácter social del proceso salud enfermedad (s/e), se documenta estudiando la morbilidad-mortalidad de una población en su relación con los procesos históricos y sociales globales, posibilitando la exploración de un conjunto de problemas que desde los abordajes natural-biológicos no parecen relevantes (Laurell y Blanco, 1975). Sin embargo, la tarea de relacionar procesos sociales con perfiles de morbi-mortalidad en poblaciones particulares resulta limitada para explicar la diversidad y complejidad de estos perfiles. Esta insuficiencia explicativa permite que muy rápidamente se plantee la necesidad de construir un nuevo objeto de conocimiento, se abra la discusión sobre la causalidad y la determinación de la s/e, así como de sus formas de abordaje. La perspectiva médico-social contribuye a mostrar las limitaciones que tienen los abordajes teóricos desde la salud pública dominante que desvincula los procesos de s/e, representación y prácticas de la organización social, naturaliza lo social, individualiza los fenómenos y cuyo proceder metodológico corresponde a las ciencias naturales (Laurell, 1994b).

La medicina social reconoce a la s/e como un continuo, no como estados opuestos, sino como momentos diferenciados del proceso vital humano. Un proceso en constante cambio y que expresa en la corporeidad humana el modo específico de apropiación de la naturaleza bajo una determinada forma de organización social (Breilh y Granda, 1982; Laurell, 1989). Así, se reconoce al proceso s/e como la síntesis de una compleja estructura de determinación, en donde los procesos sociales subordinan a los procesos bio-psíquicos (Breilh, 1991). Es decir, la s/e se expresa en la corporeidad y la psique humana pero sus orígenes —como fenómeno colectivo— se ubican en procesos sociales-históricos. Desde luego, estos procesos no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad y no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta (Laurell, 1994b).

En el terreno metodológico se avanza en la identificación de los procesos sociales esenciales; en la definición de criterios para la construcción de los grupos humanos en donde se expresará la dimensión social de la s/e y, en la propuesta de estudiar perfiles de salud, enfermedad y muerte de grupos sociales, más que proponer

el abordaje de enfermedades específicas. Se plantean y tratan de responder a dos interrogantes fundamentales: el reconocimiento de los procesos sociales esenciales y la (re)construcción de los grupos humanos cuyos perfiles de salud enfermedad expresen —en concreto— el carácter histórico y social, asumiendo la concepción del hombre como un ser social inmerso siempre en relaciones sociales y marcos culturales.

En el campo de los saberes, las políticas y las prácticas en salud se exploran las dinámicas socio-históricas que han permitido la institucionalización de distintas respuestas sociales al proceso salud/enfermedad, cuya diversidad y complejidad hacen visible el campo de los sistemas y prácticas en salud, como un ámbito de conocimiento y acción específico de las ciencias sociales en salud (Cordeiro, 1978; Menéndez, 1978; Fleury, 1985; Bloch, 1986; Testa, 1986; Passos-Nogueira, 1986; Fleury, 1990; Cohn y Elias, 1996) y cuyo objeto general puede definirse como el estudio de las formas y procesos de estructuración, permanencia y cambio de la respuesta social organizada, compuesta por la totalidad de las diversas y contradictorias modalidades de organización social (instituciones en sentido amplio) y sus contenidos: saberes, recursos y tecnologías que, en conjunto, se expresan en prácticas específicas para garantizar el bienestar promoviendo la salud, así como prevenir y enfrentar la enfermedad (Donnangelo y Pereira, 1976). Debe decirse, sin embargo, que el estudio de los macro-procesos basado en teorías sociales para explicar el papel que éstos juegan en la producción de la s/e colectiva esclarecen sólo parcialmente la complejidad de los perfiles de enfermedad y muerte, definiendo sólo las tendencias más generales (Palloni, 1985; Loureiro, 1992).

Esto es así, porque esos enfoques dejan de lado las representaciones y las acciones que los sujetos y grupos sociales ponen en marcha para hacer frente a sus desventajas sociales estructurales, mismas, que si bien muchas veces son limitadas por su misma vulnerabilidad social, no pueden dejarse de lado en el análisis. Por esto, en años recientes se han propuesto mediaciones entre los procesos macroestructurales y los sujetos reales y explorado sus acciones para comprender mejor las expresiones diversas de los procesos bio-psíquicos humanos (Menéndez, 1990; Mercado, 1993; Mercado 1996; Peña Saint-Martin, 1997; Castro, 2001; Bronfman, 2000).

Por su importancia en la comprensión y transformación de las expresiones del proceso vital humano, algunas de las dimensiones que han adquirido mayor visibilidad en los últimos años, son: las estrategias de vida de los grupos familiares (Tuirán, 1992; Peña Saint-Martin, 1997; González de la Rocha, 1999); las formas de apropiación y uso del contexto ecológico en zonas rurales (Daltabuit, 1988); los estudios sobre calidad de vida (Blanco *et al.*, 1997a; Blanco *et al.*, 1997b); la investigación de diversos grupos vulnerables: niños, ancianos, discapacitados, mujeres en diferentes situaciones sociodemográficas (víctimas de violencia, jefas de familia, etcétera.); el impacto de la etnia (Blanco *et al.*, 1996), de género (Figueroa, 1993; Langer y Tolbert, 1995), de preferencia sexual, sobre todo después de la epidemia del SIDA (Castro, *et al.*, 1998a;

Castro *et al.*, 1998b); el papel de las redes sociales (Bronfman, 2000) y los procesos de autoconstitución de los sujetos políticos (Ayres, 2002).

Es necesario subrayar, por otra parte, que desde la perspectiva médico-social no se trata de proponer un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada distinta e innovadora ligada a un modo de pensar acerca de la expresión histórica y diferencial de los procesos bio-psíquicos humanos, que permita recuperar sus múltiples dimensiones y reconocer que su producción y expresión social es múltiple y compleja y que se encuentra en movimiento permanente (Granda *et al.*, 1995).

De mediados de los años setentas a la fecha, la importancia del pensamiento latinoamericano en salud ha sido ampliamente reconocida en la región y sus propuestas enseñadas y promovidas entre amplios sectores. En la actualidad, existen grupos de trabajo ya consolidados en Argentina, Brasil, Colombia, Venezuela, Chile, Ecuador y México, y egresados con esta orientación que investigan, diseñan políticas, hacen y evalúan programas y enseñan con este enfoque prácticamente en todos los países de América Latina (Nunes, 1987; Mella, 1991). Asimismo, en varios países entre los que destacan Brasil, Venezuela, Colombia y México, se ha promovido activamente este enfoque por la originalidad, importancia y repercusiones académicas y prácticas de sus planteamientos, la perspectiva médico-social también ha alimentado las propuestas en salud de gobiernos nacionales y locales, posibilitando la instrumentación de diversos planteamientos (Cohn, 1992; Torres-Goitia, 1992; Bustelo y Minunjin, 1998; Tájér, 2003; Laurell, 2003).

La experiencia latinoamericana en el campo de la investigación, amalgamando las ciencias sociales con la salud, tiene un desarrollo joven, de apenas tres décadas. En este periodo, la relación entre base material y orden simbólico ha hecho que sus propuestas cambien o se particularicen en estrecha relación con las transformaciones relacionadas con la problemática socioeconómica, político-ideológica y las tradiciones culturales e intelectuales de los distintos momentos y contextos de América Latina, así como de países y regiones específicos. Por ejemplo, estando en marcha el modelo de sustitución de importaciones, basado en la industrialización del área, se estudió exhaustivamente la salud en la fábrica a partir del concepto marxista de proceso de trabajo (Possas, 1981; Da Costa, 1981; Laurell y Márquez, 1983; Tambellini, 1987; Laurell y Noriega, 1989), al principio sin considerar las vivencias de los sujetos reales; posteriormente se incorporan metodologías cualitativas, principalmente, la encuesta colectiva a grupos focales (Laurell, 1991; Minayo, 1997). Pero, cuando se comenzaron a redefinir las relaciones entre el estado, el mercado y la sociedad a través de la implantación de un modelo económico de corte neoliberal a principios de los ochenta, que condujo al diseño de nuevas políticas públicas; en la medicina social latinoamericana hubo un giro hacia las investigaciones que documentaran el impacto que estas políticas tenían en el deterioro de los niveles de vida de la población y sus consecuencias en la precarización de la salud. (Betancourt, *et al.*, 1991; Laurell, 1997). En

Colombia, Saúl Franco ha abordado la violencia como problema médico-social, porque la violencia en ese país es un problema endémico que requiere ser abordado desde posturas críticas (Franco, 1999; Franco, 2003), también es prioritario dar cuenta de la transformación de las políticas sociales, principalmente, las reformas del sector salud (Fleury, 1985; Fleury Ed. 1992; Laurell Ed. 1992; López y Blanco, 1993; Laurell Ed. 1994a; Mussot. Ed. 1996, Almeida, 2002 a y b) así como de los efectos de la profundización de las desigualdades socioeconómicas y la concentración de la riqueza en pocas manos, ocasionadas por el nuevo modelo económico (Tavares, 1999).

A la fecha, se han realizado diversos balances sobre los aportes del pensamiento latinoamericano al estudio de la salud-enfermedad como proceso social, que, como ya se dijo, ha sido denominada de distintas maneras a pesar de compartir este objeto de estudio: medicina social, salud colectiva, sociología médica, socio-medicina, ciencias sociales y salud, etcétera. En 1991, en el marco de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, se elaboró el volumen «Debates en Medicina Social», con tres trabajos publicados que realizan un balance de esta área del conocimiento en sus tres vertientes principales. El primero, elaborado por Everardo Nunes se refiere a la producción médico social y su influencia en América Latina desde sus orígenes, como práctica pedagógica, práctica teórica y práctica social (Nunes, 1991), habría que señalar que Nunes mismo había realizado un balance previo y otras contribuciones importantes sobre el tema (1986). El segundo, a cargo de Jaime Breilh (1991), se ocupa de repensar el campo a partir de las metodologías empleadas, para lo cual lleva a cabo un análisis exhaustivo de las propuestas teóricas y metodológicas de una gran cantidad de investigaciones producidas, por lo que se trata de una referencia de consulta obligada para los interesados en esta problemática. Breilh mismo, desde su obra inicial «Epidemiología: Economía, medicina y política» (1979) se preocupa por construir el objeto de estudio de la epidemiología crítica y avanzar categorías teóricas y metodologías para aprehenderlo, tales como reproducción social, relaciones de determinación, perfiles epidemiológicos, que han servido de base a buena parte de la investigación en salud y sociedad. Por último, en esta obra, Laurell (1991) realiza un balance del conocimiento de las propuestas sobre la relación entre el trabajo fabril y la salud, que fue una preocupación central en la medicina social latinoamericana en los setentas y principios de los ochentas. Se analizan los enfoques teóricos a partir de conceptos tales como proceso de acumulación, proceso de trabajo, proceso de producción, reproducción social; momento productivo y momento reproductivo; el conocimiento generado y la defensa y desarrollo de la salud obrera.

Waitzkin, Iriart, Estrada y Lamadrid (2001) realizan para el público angloparlante una revisión exhaustiva del trabajo realizado por los principales cuerpos académicos de la medicina social en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador y México, describiendo los énfasis y las aportaciones de cada país; los grupos de trabajo más importantes en cada uno; sus líderes y sus miembros; sus tradiciones de investigación; sus aportes teóricos y metodológicos y las revistas que éstos han impulsado.

Asimismo, analizan las diferencias entre esta corriente y la salud pública, resaltan su visión integral salud/enfermedad, así como su causalidad social, las relaciones entre trabajo, la reproducción social y el ambiente, así como el impacto del trauma y la violencia. Dan cuenta de cómo en el nivel teórico esta corriente ha retomado al marxismo y a las recientes corrientes filosóficas europeas. Asimismo, señalan que entre sus preocupaciones fundamentales se encuentran los impactos de las nuevas políticas sociales en la salud de las colectividades, (Waitzkin *et al.* 2001).

En otro trabajo Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, presentan el contexto de la emergencia del enfoque médico social latinoamericano, sus debates teóricos, metodológicos, los problemas de investigación principales y las dificultades para difundir en el mundo no hispanohablante esta área de conocimiento. Asimismo, hacen un resumen de las razones para la elaboración de un portal virtual <<http://www.socialmedicine.org>> sobre la disciplina que contiene una base de datos para facilitar la consulta de la producción de los investigadores latinoamericanos a nivel mundial (Iriart *et al.*, 2002).

El último de los balances previos que consideramos necesario mencionar por su importancia es el publicado por el *American Journal of Public Health* en diciembre de 2003.

América Latina comparte una historia, una lengua y una identidad específica frente al resto del mundo, significada también por una profunda desigualdad social que impacta seria y negativamente la salud de la población mayoritaria, realidad que nos ha acompañado ya por más de quinientos años y frente a la cual se construyó la medicina social. Las contribuciones a este volumen fueron originalmente presentadas en un simposium del congreso organizado por la *American Public Health Association* que tuvo lugar en Filadelfia, EU, en el 2002. El volumen presenta una visión histórica de la corriente y su impacto en el mejoramiento de la salud (Tájer, 2003); una discusión de cómo interactúan la teoría y la práctica cuando esta corriente se sitúa en los marcos del poder político (Laurell, 2003); un ejemplo de la aplicación del conocimiento médico social al campo de la violencia (Franco, 2003) y un análisis bibliohemerográfico de los productos de esta línea de pensamiento (Almeida *et al.*, 2003).

## **LA PERSPECTIVA EN SALUD COLECTIVA**

Los avances en la construcción del campo de las ciencias sociales y la salud realizados en América Latina en las últimas tres décadas desde la sociología y la antropología, integradas en la perspectiva médico-social, con enfoques que reconocen la multidimensionalidad de la salud, la reflexión crítica de la realidad y la politicidad de su quehacer, se constituyeron en la plataforma conceptual y práctica de la llamada salud colectiva en Brasil (Costa y Ribeiro, 1992), con cuya denominación se pretende superar el énfasis en la enfermedad inherente al concepto de medicina.

Así, la salud colectiva surge del reconocimiento de que los procesos salud/enfermedad/representaciones/respuestas sociales expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que, por tanto, es necesario explicar la determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2003). Desplaza así la discusión hacia la articulación entre lo biológico y lo social, en un esfuerzo por fincar su ruptura con los otros modelos de base biológica-natural o epidemiológica-probabilística y construir su propio objeto de estudio. Se plantea superar la perspectiva de que los problemas colectivos de salud se enfrentan como un combate incesante contra la muerte (visión dominante en la medicina) o se reducen a la lucha por el control y/o erradicación de ciertas enfermedades (visión dominante en la salud pública) (Almeida y Paim, 1999).

En este proceso de ruptura y reconstrucción se asume el reto de superar la visión biologicista y determinista impuesta por la medicalización de los enfoques sanitarios prevalentes y la incorporación transdisciplinaria de las perspectivas sociológicas y antropológicas (Paim y Almeida, 1998). Por ello, la salud colectiva asume la necesidad de resolver la antigua polémica entre naturaleza y arteificio, la moderna discusión entre historia y naturaleza, biología y sociedad, reflexionando y reconociendo una relación insuficientemente comprendida en el plano epistemológico (DCSC/UAM-X, 2002).

A pesar del considerable avance en la explicación de diversas formas de manifestación de la s/e, las representaciones y las respuestas sociales en el ámbito de las colectividades humanas, en el marco de sus procesos de reproducción social, no se ha resuelto suficientemente la trama teórico-metodológica que fundamenta su propuesta de abordaje. Esto significa que la salud colectiva debe afrontar retos teóricos y metodológicos no resueltos por otras corrientes de interpretación, entre los que destacan: a) el referido al abordaje de las relaciones entre lo biológico, lo psíquico y lo social, b) los límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre el individuo y la colectividad y c) la delimitación precisa del campo, la construcción particular de su objeto de estudio y las formas de aproximación a ese objeto (Almeida, 2001).

Así, el análisis de los procesos vitales (por ejemplo, concepción, nacimiento, crecimiento, desarrollo, sexualidad, reproducción), incluida la salud/enfermedad, al tener una dimensión material, que ocurre en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social, y una dimensión cultural y subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se enfrentan y se viven estos procesos desde la subjetividad (individual y colectiva), parte de la comprensión de las dimensiones biológica y social. Desde la comprensión de la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada y de la construcción de los individuos como seres sociales, se ubican los diferentes planos del análisis de la salud colectiva, que como campo de conocimiento, se propone dar explicaciones más amplias sobre la salud, la enfermedad, la atención y los procesos vitales humanos (DCSC/UAM-X, 2002).

El objetivo de la salud colectiva es generar conocimientos y propuestas de solución sobre los problemas de salud de grupos sociales; se subordina, sin desconocerse el nivel individual que sólo permite un acercamiento parcial, para asumir un nivel más inclusivo que permita entender los procesos vitales —incluyendo la s/e— como síntesis de las contradicciones de los grupos humanos insertos en sociedades específicas y se propone contribuir a fortalecer las capacidades para el desarrollo óptimo de los procesos vitales de los grupos humanos.

## **SALUD Y SOCIEDAD EN EL MOMENTO ACTUAL**

En la fase de globalización e imposición de un nuevo modelo económico en el área, calificado como neoliberal, que se inicia a principios de la década de los años ochentas, se transita hacia nuevas políticas sociales que conllevan un proceso de privatización de la vida, a partir de la desaparición del estado de bienestar, la reconfiguración de las obligaciones del estado con la sociedad y la redefinición del peso del estado frente al mercado. Así, las responsabilidades de los Estados-nación se acotan y redefinen y las instituciones de protección social se desmantelan selectivamente, son desfinanciadas y reorientan su quehacer en la lógica de atención focalizada hacia la población pobre, mientras se privatizan todas las áreas rentables de la economía, incluyendo las de salud. Estas estrategias son impuestas por los organismos supranacionales, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, que son los que en este momento definen los megaproyectos económicos y sociales para los países (Laurell y López, 1996; Armada, *et al.*, 2001).

El panorama demográfico y epidemiológico mundial en este periodo se torna más complejo, las poblaciones envejecen y se concentran en ámbitos urbanos; por lo que en América Latina coexisten y se imbrican la «patología de la pobreza» (enfermedades carenciales e infectocontagiosas) con los «padecimientos de la modernidad» (neoplasias, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes, lesiones accidentales e intencionales, psicotrastornos) y emergen nuevos problemas (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida —SIDA—, Síndrome de las «Vacas Locas», Síndrome Agudo Respiratorio Severo —SARS—, anorexia y bulimia)

Tres fenómenos fundamentales caracterizan la complejización en salud de Latinoamérica en este momento: la polarización socio-epidemiológica, debida en gran parte a la profundización de las desigualdades sociales dada la concentración de la riqueza en un grupo minoritario, misma que impacta la salud entre países, regiones y grupos; la regresión sanitaria, que se expresa en el repunte de enfermedades anteriormente erradicadas y/o controladas (López y Blanco, 1997) y la emergencia de pandemias como el VIH-SIDA y la violencia, que en la región se combinan con pobreza y un gran número de habitantes sin acceso a servicios de salud.

En la investigación social, en el marco de las economías y las teorías globales, surgen aproximaciones teóricas y metodológicas que rescatan el papel de la acción humana (Bourdieu, 1977; Touraine, 1977; Giddens 1998), así como reflexiones sobre la complejidad y la indeterminación mecánica de los procesos sociales (Morin, 1996). Estas propuestas enriquecen los abordajes tradicionales, los diversifican y los problematizan (Castro 2000). Frente a las crisis recurrentes y los rápidos cambios en este periodo, las estrategias y las acciones de los sujetos reales enfrentándolas dentro de límites restringidos por su propia situación de vulnerabilidad social, los hace visibles como actores, superándose la etapa de investigación sociológica de procesos sin sujeto y de excesiva determinación económica que en algunos periodos fue la manera dominante en que se investigó también la salud desde la sociedad.

En la coyuntura actual, la subordinación global a los organismos supranacionales, el énfasis en la respuesta individual y la privatización de los servicios y la vida, impactan también sobre las formas de estudio de la salud de las colectividades. Desde los megaproyectos económicos y sociales definidos por estos organismos supranacionales, se entiende el deterioro de la vida actual como un momento transitorio para acceder a un mejor futuro social y económico, siempre y cuando se profundicen los procesos de globalización, de desregulación económica y «libre» mercado. (Banco Mundial, 1990; Banco Mundial, 1993; Banco Mundial, 2003). Frente a estas propuestas, se fortalece la posición de que otro mundo, más equitativo y humano es posible y necesario, impulsada por muy distintos actores que comienzan a organizarse en formas diversas y novedosas.

En estos nuevos escenarios la investigación se ha diversificado, se han fortalecido las tendencias hacia las propuestas interdisciplinarias, transdisciplinarias y de multiniveles, que combinan métodos, y también se ha profundizado la división entre los defensores de esta forma de globalización y sus críticos, que ven en la profundización de la polarización social en el mundo y en la exclusión actual de millones de habitantes de los mínimos de bienestar, una injusticia intolerable.

## **EL PENSAMIENTO SOCIAL LATINOAMERICANO EN SALUD. SÍNTESIS Y CONCLUSIÓN**

Las particularidades socio-históricas de Latinoamérica posibilitaron el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud (Cohn, 2003). Reflexionando sobre estas especificidades, surgió la preocupación por desarrollar teorías y metodologías para incorporar al panorama de análisis a la desigualdad social como eje fundamental de la comprensión de la enfermedad y de la muerte; a la reproducción social e individual en condiciones adversas como elemento esencial en el deterioro de la vida; a las consecuencias en la salud del desgaste obrero; a los efectos negativos de las nuevas políticas sociales, tales como los bajos salarios, la política laboral que produce precarización e inestabilidad laboral, la privatización de los servicios otrora públicos y los recortes a los presupuestos destinados al gasto

social con la consecuente agudización de los problemas de salud de las colectividades debido al deterioro en los niveles de vida.

Esta corriente contribuyó a incorporar a la investigación en salud las metodologías cualitativas (Martínez y Huitrón, 2001; Mercado *et al.*, 2002), antes patrimonio exclusivo de la antropología y rechazadas en otros ámbitos académicos por «poco científicas»; asimismo, incorporó metodologías novedosas, tales como la entrevista colectiva y las diversas aproximaciones que llevaron a la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos (Samaja, 1987; Baum, 1995; Castro y Bronfman, 1999; Mercado *et al.*, 2002). La mirada latinoamericana también hizo relevantes las condiciones vulnerables de distintos grupos sociales y su relación con problemas específicos de salud (mujeres, migrantes, niños, ancianos, obreros, campesinos, indígenas, desempleados) visibilizando sus problemas, dando así voz a los sin voz en foros académicos y en contextos políticos autoritarios.

Las premisas de este nuevo pensamiento parten de un compromiso explícito de procuración de equidad en salud, que rebasa la perspectiva científicista de otras corrientes y que están basadas en:

1. El reconocimiento de desigualdades sociales, pobreza y crisis de incertidumbre que con modalidades históricas y particularidades regionales, han afectado y afectan a amplios sectores de la sociedad latinoamericana. Estas condiciones han sido inherentes a la región, por lo menos desde su colonización y la han acompañado tanto en el discurso desarrollista concomitante a la 1.- El reconocimiento de desigualdades sociales, pobreza y crisis de incertidumbre que con modalidades históricas y particularidades regionales, han afectado y afectan a amplios sectores de la sociedad latinoamericana. Estas condiciones han sido inherentes a la región, por lo menos desde su colonización y la han acompañado tanto en el discurso desarrollista, correspondiente a la implantación del modelo de sustitución de importaciones, como a partir de las políticas de ajuste macroeconómico y la imposición del modelo neoliberal, que ha profundizado la polarización socio sanitaria ya existente, la exclusión de acciones públicas en salud de grandes sectores y el desmantelamiento selectivo de las instituciones de protección social (Navarro Ed, 2002).

2. La politicidad de la ciencias sociales latinoamericanas que prácticamente desde sus orígenes se posicionaron a favor de los sectores desposeídos, por tanto, no neutrales, los que se planteaban la promoción de un cambio social profundo (Briceño y Sonntag, 1999) y que hoy, a pesar de los tiempos políticos luchan por la promoción de una mayor equidad, incluida, por supuesto, una mayor equidad en salud. Es decir, los discursos contestatarios en salud se reconocían a sí mismos como social y políticamente comprometidos con la transformación de la sociedad y la búsqueda de formas para reducir las desigualdades y favorecer el respeto a la diversidad cultural.

3. El auge en las ciencias sociales latinoamericanas, que desde las teorías dependentistas cuestionaron profundamente el modelo económico y político del

*desarrollo*, mostrando claramente que la solución de las necesidades colectivas de atención a la salud, vivienda, educación, alimentación, entre otras, tiene como única alternativa posible la transformación radical de la dependencia económica y política de los países de la región, hacia Estados Unidos de Norteamérica, así como la recomposición del poder, que ha estado en manos de las élites nacionales, funcionales a dicha dependencia.

4. La construcción de un pensamiento latinoamericano para estudiar la salud de las colectividades como espacio de confluencia y desarrollo de diversas disciplinas, tales como: la sociología, la economía y la antropología en su vertiente de crítica al indigenismo clásico, que ha contribuido a visibilizar formas de interpretación y prácticas en salud distintas y coexistentes con la medicina científica dominante, que expresan las articulaciones y las reconfiguraciones de las identidades de los grupos étnicos de América Latina.

5. El cuestionamiento profundo a la medicina preventiva y a la salud pública y su contribución a la ampliación y reconstrucción del campo de conocimiento de las ciencias sociales, en relación a dos grandes objetos de estudio: el complejo análisis de los múltiples procesos que se articulan en la expresión de las realidades biológicas-psíquicas humanas, incluida la salud/enfermedad, así como, sus representaciones históricas y culturales y la respuesta social organizada.

6. El desarrollo de la epidemiología crítica que postula una interpretación integral de la producción y distribución de la salud/enfermedad de las colectividades y cuestiona los límites de la causalidad probabilística, la reducción de la realidad a factores y la noción de riesgo como el concepto «explicativo» de la epidemiología convencional (Breilh y Granda 1982, Goldberg, 1990; Almeida, 1990; Breilh, 1994; Almeida, 2000; Breilh, 2003).

7. La necesidad de explicar la realidad en salud latinoamericana, desde perspectivas críticas, que posibilita el surgimiento de un pensamiento innovador que, cuestionando los conocimientos biomédicos y epidemiológicos, incorpora teorías y metodologías de las ciencias sociales para reconceptualizar a la salud como *fenómeno social en sí mismo*. Con ello, este nuevo pensamiento traspasa las fronteras disciplinarias para construir a la salud de las colectividades como eje analítico de reflexión transdisciplinaria, generando una visión y un discurso innovadores que se adelanta treinta años con respecto a los planteamientos realizados desde la *sociedad del conocimiento* (OCED, 1996), que concluye que el pensamiento nuevo y creativo responde precisamente a ejes problemáticos de corte transdisciplinario.

8. Desde América Latina, el avance de la antropología médica desde los estudios clásicos de medicina *folk o tradicional* (que centrándose en el simbolismo y/o las terapéuticas), dejaban de lado tanto a la enfermedad clínica, como americanas para el estudio de la salud de las colectividades y su lucha por la equidad en todos los niveles de la vida.

A partir de estas bases, los aportes latinoamericanos al estudio de la salud fueron innovadores también por la forma en que el conocimiento en salud comenzó a ser producido. En efecto, se conformaron espacios y equipos multidisciplinarios que utilizaron herramientas de muy diversas ciencias y tradiciones para abordar la complejidad de este campo, es decir, las miradas latinoamericanas produjeron un conocimiento original tanto en su contenido, como en su mecánica de producción. Parfraseando a Sawyer el estudio de los diferenciales de salud vistos como problemas socialmente producidos *requerían de una interdisciplinariedad orgánica* (citado en Bronfman, 2000:13), misma que se gestó y se consolidó en Latinoamérica.

Como señalan Iriart y colaboradores (2002:128) «La medicina social latinoamericana es un campo de conocimientos y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes ejercen la medicina y la salud pública, y sobre todo por quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués», lo que la deja fuera del alcance del mundo anglosajón. Así, contamos con que las ideas aquí expuestas contribuyan a hacer visibles las importantes propuestas latinoamericanas para el estudio de la salud de las colectividades y su lucha por la equidad en todos los niveles de la vida.

## Referencias bibliográficas

ALMEIDA, Celia, «Equity and health sector reform in Latin America: A necessary debate», en *Cadernos de Saúde Pública*, Suplemento Núm. 18, Río de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_, «Health system reform and equity in Latin America and the Caribbean: Lessons from the 1980s and 1990s», en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 18, Núm. 4, Río de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_, KAWACHI, ICHIRO, PELLEGRINI, ALBERTO y DACHS, Norberto, «Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995)», en *American Journal of Public Health*, Vol. 93, Núm. 12, Washington, 2003.

\_\_\_\_\_, «For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes», en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 17, Núm. 4, Río de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_, *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Argentina: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus, 2000.

\_\_\_\_\_, y PAIM, Jairnilson, «La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica», en *Cuadernos Médico Sociales*, Núm. 75, Rosario, 1999.

\_\_\_\_\_, «O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia», en Costa Dina Czeresnia (org.) *Epidemiologia. Teoria e objeto*, São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990.

ARMADA, FRANCISCO, MUNTANER, Carlos, NAVARRO, Vicente, «Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations», en *International Journal of Health Services*, Vol. 31, Núm. 4, New York, 2001.

AROUCA, Sergio, *Dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, Campinas: Universidade de Campinas, 1975.

AYRES, José, «Conceptos y prácticas en salud pública. Algunas reflexiones», en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 20, Núm. 2, Antioquia, 2002.

BANCO MUNDIAL, Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004. *Servicios para los Pobres*, Washington: Banco Mundial, 2003.

BANCO MUNDIAL, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1994. *Invertir en Salud*, Washington: Banco Medicina Social <[www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)> volumen 1, número 3, diciembre 200- 96 – 6, 1993.

BANCO MUNDIAL, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. *La Pobreza*, Washington: Banco Mundial, 1990.

BARBOSA DA SILVA, Jarbas, AZEVEDO-BARROS, Marilisa BERTI, «Epidemiología e desigualdade: notas sobre a teoría e a história», en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 12, Núm. 6, Washington, 2002.

BAUM, Frances, «Researching public health. Behind the qualitative-quantitative methodological debate», en *Social Sciences and Medicine*, Vol. 40, Núm. 3, Oxford, 1995.

BELMARTINO, Susana, «La investigación social en salud en un contexto teórico carente de certezas», en Kornblit Ana Lia (comp.) *Ciencias sociales y medicina. La salud en Latinoamérica*, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1994.

BETANCOURT, Oscar, Breilh, Jaime, CAMPAÑA, Arturo y GRANDA, Edmundo. *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1991.

BLANCO, José, López, OLIVA, RIVERA, José Alberto, «Calidad de vida», en Eibenschutz, R (coord.) *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México Tomo I: Economía y sociedad en la metrópoli*, México: Universidad Autónoma Metropolitana/ Grupo Editorial Porrúa, 1997a.

\_\_\_\_\_, OLIVA, RIVERA, José Alberto y RUEDA, Fabiola, «Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos», en *Estudios de Antropología Biológica*, México, Vol. VIII, 1997b.

\_\_\_\_\_ y SÁENZ, Orlando, *Espacio urbano y salud*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1994.

\_\_\_\_\_, «Región y clase social en la determinación de la enfermedad», en ALMADA Ignacio (coord.), *Salud y crisis en México. Más textos para el debate*, México: Cuadernos del CIIH/UNAM, 1991.

BLOCH, Carlos, «Los profesionales de la salud: ampliando el campo de estudio», en Nunes E. (ed.), *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*, Montevideo: OPS/Ciesu, 1986.

BOURDIEU, Pierre, *Outline of a theory of practice*, Cambridge: University Press Cambridge, 1977.

BREILH, Jaime, *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires: Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus, 2003.

\_\_\_\_\_, *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1994.

\_\_\_\_\_, «La epidemiología (crítica) latinoamericana», en FRANCO, Saúl, NUNES, Everardo, 1991.

\_\_\_\_\_ y LAURELL, ASA Cristina (eds.) *Debates en Medicina Social*, Quito: OPS/ ALAMES (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N° 92).

\_\_\_\_\_, GRANDA, Edmundo, CAMPAÑA, Arturo. y BETANCOURT, Oscar, *Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado*, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1987.

\_\_\_\_\_ y GRANDA, Edmundo, *Investigación de salud en la sociedad*, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1982.

\_\_\_\_\_, *Epidemiología, economía, medicina y política*, México: Fontamara, 1987, [1979].

BRICEÑO, Roberto y SONNTAG, Heinz, «La ciencia social y América Latina: la promesa por cumplir», en Briceño, Roberto y Sonntag, Heinz (eds.), *El legado de la sociología, la promesa de la ciencia social*, Caracas: Nueva Sociedad, 1999.

BRONFMAN, Mario, *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y mortalidad infantil*, Buenos Aires: Lugar Editorial/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000.

BURLANDY, Luciene y BODSTEIN, Regina, «Política e saúde coletiva: Reflexão sobre a produção científica (1976-1992)», en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 14, Núm.

BUSTELO, Eduardo y MINUNJIN, Alberto, «Política social e igualdad», en Bustelo E y Minunjin, A (eds.) *Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes*, Bogotá: Santillana, 1998.

CARDOSO, Fernando Enrique y FALETTO, Enzo, *Dependencia y desarrollo en América Latina*, México: Siglo XXI Editores, 1971 [1969].

CASTELLANOS, Pedro Luis, «Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas», en Barradas, Rita, Lima, Mauricio, Almeida, Naomar y Peixoto, Renato (orgs.) *Eqüidade e saúde. Contribuições da epidemiologia*, Rio de Janeiro: ABRASCO (Serie Epidemiológica), 1997.

CASTRO, Roberto, «Ciencias sociales y salud en México: Movimientos fundacionales y desarrollos actuales», *Ciencias & Saúde Colectiva*, Vol. 8 Núm. 1: 47-61, Brasil, 2003.

\_\_\_\_\_, «Sociología Médica en México: El último cuarto de siglo», en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 63, Núm. 3: 271-293, México, 2001.

\_\_\_\_\_, *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza*, Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000.

\_\_\_\_\_, y BRONFMAN, Mario, «Problemas no resueltos en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud», en Bronfman, Mario y Castro, Roberto (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México: Edamex, 1999.

\_\_\_\_\_, OROZCO, Emmanuel, EROZA, Enrique, MANCA, María Cristina, HERNÁNDEZ, Juan Jacobo y AGGLETON, Peter, «Aids related illness trajectories in Mexico: Results from a qualitative study in two marginalizaed communities», en *Aids Care, Psychological & Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, Vol. 10, Núm. 4, Abingdon, 1998a.

\_\_\_\_\_, EROZA, Enrique, OROZCO, Emmanuel, HERNÁNDEZ, Juan Jacobo y AGGLETON, Peter «Family responses to HIV/AIDS in México», en *Social Sciences and Medicine*, Vol. 47, Núm. 10, Oxford, 1998b.

COHN, Amelia y Elias, Paulo, «Equidad e reformas na saúde nos anos 90», en *Cadernos de Saúde Pública*, Suplemento Núm. 18, Río de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_ y Elias, Paulo, *Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços*, San Paulo: Cortez Editora/CEDEC, 1996.

\_\_\_\_\_, «Condições políticas, projetos políticos e construção de estratégias em saúde», en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina*, Caracas: Universidad Central de Venezuela/ Ed. del Rectorado, 1992.

COHN, Gabriel, «Renovando os problemas nas Ciências Sociais», en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (Orgs.) *O Clássico e o Novo. Tendências, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CORDEIRO, Hesio, «Práctica Médica en América Latina», en *Memorias del Instituto de Medicina Social*, Vol. 1, Núm. 1, Río de Janeiro, 1978.

COSTA, N. y Ribeiro, P., «A produção científica e o campo de saúde coletiva no Brasil», en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina*, Caracas: Universidad Central de Venezuela/ Ed. del Rectorado, 1992.

DA COSTA, Marcia Regina, *As vítimas do capital. Os acidentados do trabalho*, Río de Janeiro: Achiamé, 1981.

DALTABUIT, Magali, *Ecología humana en una comunidad de Morelos*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

DE LA GARZA, Enrique, *La formación socioeconómica neoliberal. Debates teóricos acerca de la reestructuración de la producción y evidencia empírica para América Latina*, México: Plaza y Valdés/UAM, 2001.

DEL VECCHIO GOOD, Mary-Jo, «Cultural studies of biomedicine: An agenda for research», en *Social Sciences and Medicine*, Vol. 41, Núm. 6, Oxford, 1995.

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA (DCSC), *Plan de Estudios*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 2002.

DONNANGELO, María Cecilia y PEREIRA, Luis, *Saúde e Sociedade*, Sao Paulo: Editorial Dos Cidades, 1976.

ENGELS, Federico, *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Sobre el origen del hombre*, Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1974 [1967].

FIGUEROA, Juan Guillermo, «El enfoque de género y la representación de la sexualidad», en *Cuadernos de capacitación en investigación sobre planificación familiar*. Núm. 1, Secretaría de Salud, México, 1993.

FLEURY, Sonia (coord.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco/FIOCRUZ, 1992.

\_\_\_\_\_, «Reflexiones teóricas sobre democracia y reforma sanitaria», en Fleury, Sonia (org.) *La Reforma Sanitaria. En busca de una teoría*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1990.

\_\_\_\_\_, «Política social e democracia: Reflexões sobre o legado da seguridade sociais», en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 1, Núm. 4, Río de Janeiro, 1985.

FRANCO, Saúl, «A social-medical approach to Colombian violence», en *American Journal of Public Health*, Vol. 93 Núm. 12, Washington, 2003.

FRANCO, Saúl, *El quinto: No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia*, Bogotá: Tercer Mundo, 1999.

\_\_\_\_\_, *El paludismo en América Latina*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1990.

GARCÍA Juan César, «Entrevista a Juan César GARCÍA», en Nunes, Everardo (ed.) *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*, Montevideo: OPS/CIESU, 1984.

\_\_\_\_\_, «Crecimiento y transformación de la medicina estatal», en *Revista Latinoamericana de Salud*, Núm. 2, México, 1982.

\_\_\_\_\_, «La medicina estatal en América Latina (1880-1931)», en *Revista Latinoamericana de Salud*, Núm. 11981, México.

\_\_\_\_\_, *La educación médica en la América Latina*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1972.

Giddens, A., *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, [1998] 1984

GOLDBERG, Marcel, «Este oscuro objeto da epidemiologia», en Costa, D. (org.) *Epidemiologia. Teoria e objeto*, São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990.

GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes, «A manera de introducción: Cambio social, transformación de la familia y divergencias del modelo tradicional», en González de la Rocha, Mercedes (ed.) *Divergencias del modelo tradicional Hogares de jefatura femenina en América Latina*, México: CIESAS/Plaza y Valdés, 1999.

GRANDA, Edmundo, «¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?», Ponencia presentada en el *VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva*, Brasilia, 2003.

\_\_\_\_\_, «Formación de salubristas: Algunas reflexiones», en *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI*, Medellín: Universidad Nacional de Colombia/Universidad de Antioquia, 2000.

GRANDA, Edmundo y ARTUNDUAGA, Luz, CASTILLO, Humberto, HERDOÍZA, Amira, MERINO, Cristina y TAMAYO, Cecilia, «Salud pública: Hacia la ampliación de la razón», en Mercado, Franciso

y Robles, Leticia (eds.) *La medicina al final del milenio. Realidades y proyectos en la sociedad occidental*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1995.

INHORN, Marcia, "Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences", en *Social Sciences and Medicine* (Oxford), Vol. 40, Núm. 3. (1995)

IRIART, Celia, WAITZKIN, Howard, Breilh, Jaime, ESTRADA, Alfredo y MERHY, Emerson "Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos", en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington), Vol. 12, Núm. 2. (2002)

JARILLO, Edgar, LÓPEZ, OLIVA y MENDOZA, Juan Manuel "La formación de recursos humanos en salud pública en México", en Vásquez D. (ed.) *Informe sobre la situación de los recursos humanos en salud*, México: OPS/Procorhus, 2004.

JUANES, Jorge, *Historia y naturaleza en Marx y el marxismo*, Culiacán: Universidad Autónoma de Sinaloa, 1980.

LANGER, Ana y TOLBERT, Kathy (eds.) *La salud de la mujer en México*, México: The Population Council, 1995.

LAURELL, ASA Cristina, "What does Latin American Social Medicine do when it governs?", en *American Journal of Public Health* (Washington) Núm. 93. (2003)

\_\_\_\_\_, "Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos" en Barradas, Rita, Lima, Mauricio, Almeida, Naomar y Peixoto, Renato (orgs.) *Equidade e saúde. Contribuições da epidemiologia*, Rio de Janeiro: ABRASCO (Serie Epidemiológica), 1997.

LAURELL, ASA CRISTINA y LÓPEZ, OLIVA, "Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health", en *International Journal of Health Services* (Nueva York) Vol. 26, Núm. 1. (1996)

\_\_\_\_\_, *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*, México: Fundación Friedrich Ebert, 1995.

\_\_\_\_\_, (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X, 1994a.

\_\_\_\_\_, "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad" en Rodríguez, María Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101) (Washington, OPS/OMS). (1994b)

\_\_\_\_\_, (coord.) *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X, 1992.

\_\_\_\_\_, "Trabajo y Salud: Estado del Conocimiento", en Franco, Saúl, Nunes, Everardo, Breilh, Jaime, Laurell, Asa Cristina (eds.) *Debates en Medicina Social Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 92*, Quito: OPS/ALAMES, 1991.

\_\_\_\_\_, y NORIEGA, Mariano, *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*, México: Ediciones Era, 1989.

\_\_\_\_\_, "Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción", en Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano, *La Medicina Social* «www.medicinasocial.info» vol. 1, núm. 3, diciembre 200- 99 – 6 (1989)

\_\_\_\_\_, *Salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*, México: Ediciones Era.

\_\_\_\_\_, y MÁRQUEZ, Margarita *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*, México: Editorial Era, 1983.

\_\_\_\_\_, "La salud-enfermedad como proceso social", en *Revista Latinoamericana de Salud* Núm. 2, México, 1982.

\_\_\_\_\_, y BLANCO, José "Morbilidad, ambiente y organización social. Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural", en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 17, Núm. 4, Cuernavaca, 1975.

\_\_\_\_\_, y LÓPEZ, OLIVA, "Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health", en Navarro, Vicente (coord.) *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*, Nueva York: Baywood Publishing Company Inc., 2002.

LEAVELL, HUGH Rodman y CLARK, Edwin Gurney, *Preventive Medicine for the Doctor in his Community, an epidemiological approach*, Nueva York: Blakiston Division, McGraw-Hill. 1965.

LÓPEZ, Daniel, *La salud desigual en México*, México: Siglo XXI Editores, 1984.

LÓPEZ, OLIVA y BLANCO, José, "La contribución médico-social al campo de la salud pública. Aportes y nuevos retos", en *Revista Higiene*, Número especial: Epistemología y reflexiones teóricas en salud pública Vol.1., México, 2003.

\_\_\_\_\_, «La polarización de la política de salud en México», en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol.17, Núm. 1., 2001.

\_\_\_\_\_, «Los retos en salud para el fin de siglo» en Gutiérrez, E. (coord.) *El Debate Nacional. Libro 5. La política social*, México: Editorial Diana, 1997.

\_\_\_\_\_, «La selectividad en la política de salud», en Laurell, Asa Cristina (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México: Fundación Friedrich Ebert/ UAM-X, 1994.

\_\_\_\_\_, y BLANCO, José, «Modelos sociomédicos en Salud Pública. Coincidencias y desencuentros», en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 36, Núm. 4, México, 1994.

\_\_\_\_\_, *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, México: UAM, 1993.

LOUREIRO, Sebastián, «Crise, medidas de ajuste e o seu impacto na saúde», en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina*, Caracas: Universidad Central de Venezuela/ Ed. del Rectorado, 1992.

MACMAHON, Brian y PUGH, Thomas, *Principios y métodos de epidemiología*, México: La Prensa Médica Mexicana, 1965.

MARTÍNEZ, José y HUITRÓN, Gabriel (comp.) *Salud y sociedad. Sus métodos cualitativos de investigación*, Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, 2001.

MARX, Karl, *El Capital. El proceso de producción del capital*, Vol. 1, Tomo I, México: Siglo XXI eds., 1978.

MELLA, César "Universidad y Salud" en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina*, Caracas: Universidad Central de Venezuela/ Ed. del Rectorado, 1991.

MENÉNDEZ, Eduardo, «Antropología médica en América latina una historia que recomienza», en E. Menéndez, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México: CIESAS (Cuadernos de la Casa Chata N° 179), 1990, pp. 5-24.

\_\_\_\_\_, "El modelo médico y la salud de los trabajadores. Prólogo", en Basaglia, Franco, Giovannini, Elio, Miniati, Silvano, Pintor, Luigi, Pirella, Agostino (eds.), *La salud de los trabajadores*, México: Ed. Nueva Imagen, 1978.

MERCADO, Francisco, Gastaldo, D. y Calderón, C., *Investigación cualitativa en salud en América Latina. Métodos, análisis y ética*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara/ Universidad Autónoma de San Luis Potosí /Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002.

\_\_\_\_\_, *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara (Serie Medicina Social), 1996.

\_\_\_\_\_, (coord.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara/CIESAS/INSP/Colegio de Sonora (Col. Fin del Milenio, Serie Medicina Social), 1993.

MINAYO, María Cecilia, *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MORIN, Edgar, *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona: Ed. Gedisa, 1996.

MUSSOT, Luisa (ed.) *Alternativas de reforma de la seguridad social*, México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X, 1996.

NAVARRO, Vicente (ed.), *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*, Nueva York: Baywood Publishing Company Inc., 2002.

\_\_\_\_\_, *Medicine Under Capitalism*, Nueva York: PRODIST, 1976.

NUNES, Everardo (ed.), *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*, Montevideo: OPS/Ciesu, 1986.

\_\_\_\_\_, «Ciencias sociais em saúde: um panorama general», en Goldenberg, Paulete, Marsiglia, Regina y Gomes, Mara Helena (orgs.), *O Clássico e o Novo. Tendências, objetos e abordagens em ciencias sociais e saúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_, «Medicina social como práctica pedagógica», en Franco, Saúl, Nunes, Everardo, Breilh, Jaime y Laurell, Asa Cristina (eds.), *Debates en Medicina Social Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, Núm. 92, Quito: OPS/Alames, 1991.

\_\_\_\_\_, «The social sciences in the health field in Brazil: Notes for its history», en *Educación Médica y Salud*, Washington, Vol. 21, Núm. 2., 1987.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, «The Knowledge-Based Economy», en *General Distribution*, París: OCDE, Núm. 102, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *La Salud en las Américas*, Washington: OPS, 1984.

PAIM, Jairnilson y ALMEIDA, Naomar, «Collective health: A “new publica health” or field open to new paradigms?», en *Revista de Saúde Pública*, Sao Paulo, Vol. 32, Núm. 4., 1998.

PALLONI Alberto, «Health conditions in Latin America and policies for mortality change», en Vallin, Jaques y López Alan (eds.), *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*, Liege: Ordina Editions, 1985.

PARSONS, Talcott, «Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice», en Talcott Parsons, *The social system*, Glencoe, Illinois: Free Press, 1951.

PASSOS-NOGUEIRA Roberto, «Personal de salud: Discusión teórica y producción científica sobre el tema», en Nunes, Everardo (ed.), *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*, Montevideo: OPS/Ciesu, 1986.

PEÑA Saint-Martin, Florencia, «Algunos retos teóricos de la antropología física en el fin del milenio», en Ramos, Rosa María y Peña, María Eugenia (eds.), *Estudios de Antropología Biológica*, Vol. VIII, México, 1997.

\_\_\_\_\_, Florencia, «Hacia la construcción de un marco teórico para la antropología física», en *Estudios de Antropología Biológica*, Vol. I, México, 1982.

POSSAS, Cristina, *Saúde e Trabalho*, Río de Janeiro: Graal, 1981.

Samaja, Juan, *Introducción a la epistemología dialéctica*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1987.

TÁJER, Débora, «Latin American Social Medicine: Roots, Development during the 1990's and current challenges», en *American Journal of Public Health*, Vol. 93, Núm. 12, Washington, 2003.

TAMBELLINI, Ana María, «Contribuição para o Debate: Estudo da Saúde em sua Relação com Processo de Produção», en *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*, Medellín: ALAMES, 1987.

TAVARES, Laura, *Ajuste neoliberal e Desajuste Social na América Latina*, Río de Janeiro: Universidad Estatal de Río de Janeiro, 1999.

TESTA Mario, «Planificación en salud: las determinaciones sociales», en Nunes, Everardo (ed.), *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*, Montevideo: OPS/Ciesu, 1986.

TETELBOIN, Carolina, «Problemas en la conceptualización de la práctica médica», en *Estudios en Antropología Biológica*, Vol. VIII, México, 1997.

TIMIO, Mario, *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*, México: Editorial Nueva Imagen, 1979 [1976]

TORRES-GOITIA, Javier, «Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias en salud», en *Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Proyectos políticos y alternativas de salud en América Latina*, Caracas: Universidad Central de Venezuela/ Ed. del Rectorado, 1992.

TOURAINÉ, Alain, *The self production of society*, Chicago: University of Chicago Press, 1977.

TRIGGER, Bruce, «Frederick Engels, precursor de la teoría antropológica contemporánea», en Trigger, Bruce (ed.), *Sobre el origen del hombre*, Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1974.

TUIRÁN, Rodolfo, «Los hogares frente a la crisis: Ciudad de México, 1985-1988», en *La Zona Metropolitana de la Ciudad de México: Problemática actual y perspectivas demográficas y urbanas*, México: Consejo Nacional de Población, 1992.

Medicina Social <[www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)> volumen 1, número 3, diciembre 200-101 - 6

VERGARA, Carlos, «El contexto de las reformas del sector salud», en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, Núm. 1/2, Washington, 2000.

WAITZKIN, Howard, IRIART, Celia, Estrada, Alfredo y Lamadrid, Silvia «Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups», en *The Lancet*, Núm. 358, London, 2001.

\_\_\_\_\_ y Waterman B., *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, México: Nueva Imagen, 1981.

## 4. DIFERENTES FORMAS DE VER Y ENTENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Hernán García Ramírez

---

Este texto es la transcripción completa del Capítulo 2 del libro *Medicina para la liberación. Salud, Conciencia y Organización. Método de formación de promotores de salud*, de Hernán García Ramírez, publicado por la Editorial Fomento Cultural y Educativo México en 1990.

---

### A. CÓMO SE ENTIENDE EN LA SOCIEDAD LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

En nuestra sociedad existe una manera muy difundida de entender el porqué se da la salud y la enfermedad, en la cual se afirma que las causas son generalmente de tipo biológico (microbios, mal funcionamiento de alguna parte del cuerpo, accidentes, etcétera).

Pongamos un ejemplo para que esto se comprenda mejor: cuando se dice que los microbios son la causa de la enfermedad, se están descuidando otras condiciones que fueron las responsables de que apareciera ese microbio o de que el individuo se encontrara debilitado y susceptible a que ese microbio le hiciera daño. De esta manera se deforma la realidad.

Es muy conocido el hecho de que a la exposición a alimentos contaminados por microorganismos, algunas personas enfermen gravemente, otras levemente y otras permanezcan sanas. Esto refuta la concepción de que el microbio causa la enfermedad, ya que esto no siempre sucede, por lo que no hay una relación forzosa de causa-efecto. Podemos entender así que lo microbiológico es una causa necesaria pero no suficiente para producir una enfermedad infecciosa.

Todavía podemos contemplar la aparición de estos organismos, como consecuencia de otras condiciones más sociales, como pudieran ser la falta de agua potable y servicios sanitarios, que aparecen a su vez frecuentemente en situaciones de dominación social; además de considerar otras condiciones sociales que favorecen el debilitamiento del individuo, como lo puede ser la falta de una alimentación adecuada,

que predispone a la desnutrición y el exceso de trabajo, entre muchas otras. Pero esto último, normalmente no se toma en cuenta. Podemos escuchar frecuentemente que la tifoidea es producida por la *salmonella tifi*, pero no el porqué grupos humanos tengan que beber agua contaminada.

A esta manera de ver los problemas de salud y enfermedad, en la que se le da más peso a los factores biológicos, pero que descuida los sociales, se le ha llamado biologicismo. Esta concepción favorece que se vea a cada enfermo de una forma individual descuidando la relación que tiene con otras personas que están enfermas igual que él.

Además, se dice que la persona tiene la culpa de enfermarse, por la falta de higiene, por no hacer uso adecuado de los servicios de salud, por el alto número de hijos que tiene, etcétera, y que la solución de la enfermedad se encuentra en el tratamiento del individuo y puede realizarse sin tomar en cuenta a la sociedad.

Esta forma de entender a la salud y a la enfermedad, responde a una lógica de reproducción de la ideología dominante y tiene como consecuencia que se descuiden las causas reales que normalmente provocan la mayor cantidad de las enfermedades (desnutrición, diarreas, infecciones respiratorias, etcétera), sobre todo de la clase trabajadora, que forma la mayoría de los habitantes de nuestro país.

### **CÓMO SE MANIFIESTA ESTA FORMA DE ENTENDER LA SALUD Y LA ENFERMEDAD**

Esta manera de ver la salud y la enfermedad la encontramos expresada, sobre todo, en la forma como se practica la medicina, porque ésta se realiza generalmente en hospitales y centros de atención médica, donde se preocupan principalmente por curar y se atiende a la población con técnicas cada vez más desarrolladas (y más costosas), que se aplican a nivel individual.

También se manifiesta en la forma como se sistematiza el conocimiento y están escritos los libros de medicina, pues tratan la enfermedad, viendo sobre todo a los órganos enfermos, o a los microbios y parásitos agresores. De esta manera nos hacen entender, aunque no lo digan abiertamente, que la salud es un problema exclusivamente individual y biológico.

### **CÓMO SE ORIENTA EL DESARROLLO DE LA INDUSTRIA DE MEDICAMENTOS**

Todo el desarrollo de los medicamentos, que deja grandísimas utilidades a los laboratorios que los producen, se aplica de la misma manera. De hecho la industria química farmacéutica es responsable en muy alto grado de la propaganda biologicista

e individualista. Incluso, esta industria ha invertido mucho dinero en propagar una historia de la medicina que resalta sobre todo el logro de los personajes que se enfocaron en investigaciones microbiológicas y químicas (como Pasteur, Lister, Koch, entre otros), haciendo a un lado a los que tuvieron un enfoque más social de la salud y enfermedad (como Virchow, Newmann, Frank, por ejemplo).<sup>1</sup>

Esta industria, junto con las empresas productoras de tecnología médica, también ha tenido una gran influencia sobre el tipo de investigaciones que se hacen (financiando los centros de investigación médica), sobre los perfiles curriculares y programas de formación de los médicos, y sobre todo tipo de literatura médica, patrocinando muchas de las publicaciones.

Esto influye, entre otras cosas, en que al terminar la carrera, el médico tiene ojos sólo para la práctica de este tipo de medicina, basada en medicamentos, laboratorios, y con un gran consumo de servicios técnicos, olvidando y despreciando otras formas posibles de atención de los enfermos y de entender la medicina.

Habría que reconocer también, que muchos de los productos farmacológicos de la industria son eficientes y en muchos casos imprescindibles para el tratamiento de varias enfermedades. Pero el problema no está en los medicamentos, sino en la manera de producirlos y de utilizarlos, en la que, como lo que rige es el criterio de la ganancia, se hacen a un lado medicamentos eficientes, pero que dejan poca utilidad, pero en cambio, se promociona a medicamentos muy rentables, aunque en algunos casos sean peligrosos.

Precisamente por este criterio que facilita la competencia indiscriminada, esta industria químico farmacéutica es responsable, en parte, del ataque que ha sufrido la herbolaria (aunque ella utiliza algunas plantas medicinales como materia prima) junto con otras formas alternativas de hacer medicina (pero competidoras), como la acupuntura, homoeopatía, etcétera.

Con todo esto, dicha industria asegura que a sus productos se les vea como indispensables y se le tenga a ella misma como la gran benefactora de la humanidad en el campo de la salud. Y así, amarra el consumo de sus productos y servicios, y continúa haciéndose de estratosféricas ganancias.

Sin embargo, esta máscara es cada vez más difícil de sostener. Actualmente existen algunos países donde muchos de sus medicamentos son prohibidos por peligrosos, donde se cuestiona el uso de medicamentos chatarra y productos caros (como las vitaminas, las combinaciones de medicamentos y los sueros orales comerciales), donde se demanda y critica la propaganda y utilización de las leches maternizadas, que intentan suplir al pecho materno; y donde sale a la luz el altísimo índice de ganancia que tienen, a costa de sus propios trabajadores y del público consumidor en general.

---

<sup>1</sup> Véase libro de Sigerist, Henry. *Hitos en la historia de la salud pública*. México, Siglo XXI, 1981. pp. 66 a 98.

## **CÓMO SE JUSTIFICA SOCIALMENTE ESTA CONCEPCIÓN**

Como respuesta a las críticas que se han hecho a esta concepción de la salud, algunos autores han escrito justificándola y aunque a veces digan que hay muchas causas de la enfermedad dentro de las cuales está el medio ambiente o «lo social», ese factor social no tiene nombre ni estructura, ni se estudia a fondo, lo que sí se hace, con las causas provocadoras de tipo biológico.

## **IMPACTO SOBRE LA SALUD Y ENFERMEDAD DEL PUEBLO**

Con todo y los avances tecnológicos en materia de medicina y los grandes hospitales súper especializados, este tipo de medicina ha demostrado ser ineficaz para combatir los principales problemas de salud de nuestro país. Para esto sólo necesitamos revisar las cifras de mortalidad infantil, de desnutrición y de enfermedades infecciosas, que existen en nuestro país.<sup>2</sup>

Además se seguían presentando defunciones que pudieron ser evitadas mediante vacunación, y se ha calculado que la desnutrición en menores de 3 años podía llegar hasta un 60% en las zonas rurales y 30% en las urbanas (Bourges Rodríguez, H. La Jornada, 25/04/86, pág. 9. Instituto Nacional de Nutrición, XX Congreso de la Asociación Mexicana de Pediatría).

Sabemos muy bien que mientras no se solucionen las causas que están detrás, estos adelantos sólo benefician a las clases sociales que pueden hacer uso de ellos (una minoría) y a los médicos, laboratorios farmacéuticos y empresas productoras de tecnología médica y de construcción de hospitales.

Los problemas de hambre, de enfermedad, de educación no se pueden resolver, porque no se quieren resolver. La habilidad y los recursos están comprometidos en otras tareas: la lucha por el poder, el enriquecimiento, la apropiación de los recursos, el pago de la deuda externa, etcétera.

## **MEDICINA DOMINANTE Y DOMINADORA. EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO**

Esta forma de concebir el proceso salud-enfermedad, y de hacer medicina, generalmente, ha dejado de ser un instrumento al servicio de la salud (si alguna vez lo fue), para convertirse en un fin en sí mismo. Por la forma en que está estructurada y

---

<sup>2</sup> A pesar de la deficiente información de que se dispone del periodo anterior (1982-1988), en el que el poder adquisitivo de la población disminuyó más de un 50%, se observa que en el periodo de 1979-1982 se mantenían como principales causas de enfermedad a las infecciones respiratorias agudas, la enteritis y otras enfermedades diarreicas, como la amibiasis y shigelosis, otras enfermedades intestinales y la influenza. En cuanto a mortalidad, aunque se registró un descenso de 8% anual, seguían ocupando los primeros lugares las enfermedades respiratorias y los problemas gastrointestinales, junto a los accidentes y enfermedades del corazón (Programa Nacional de Salud 1984-1988. Síntesis Ejecutiva, Poder Ejecutivo Federal. pp. 19 y 20).

como se implementa, su función principal a nivel global es la de producir ganancias, y la de tener controlado a la población, en general.

El enriquecimiento de la industria farmacéutica y médica, junto con la de los dueños de clínicas, hospitales, laboratorios clínicos y farmacias, sólo lo podemos pensar a costa del empobrecimiento del enfermo.

El dinero no aparece por arte de magia, sino que sale del bolsillo de las clases trabajadoras, en parte, por el costo del servicio, que su necesidad de salud los orilla a pagar, y otra parte, porque estas industrias obtienen una buena proporción de su ganancia de la explotación de sus propios trabajadores.

### **EL CONTROL QUE EJERCEN SOBRE EL PUEBLO SE DA PRINCIPALMENTE DE DOS MANERAS:**

Primero, expropiando la salud de sus manos. Esto quiere decir que existe una dinámica social, la cual genera la creencia en la población, que sólo los médicos y las instituciones oficiales están capacitados para practicar la medicina. A ésta se le reviste con una gran escenografía, que le da un aire muy científico y complicado. Al mismo tiempo se critican y atacan otras formas de pensar y practicar la medicina, como los conocimientos populares de plantas medicinales, homeopatía, acupuntura, y otras. De esta manera, la población se ve orillada a recurrir y hacer uso de la medicina dominante.

En segundo lugar, el trabajo de salud que realizan las instituciones oficiales sirve en muchas ocasiones para legitimar al Estado, es decir, para hacer creer al pueblo que realmente el gobierno se preocupa por él. No es extraño, también observar cómo en algunos lugares en donde surge la organización popular, llegan servicios de salud que se encargan de realizar una política de conformación de una conciencia desmovilizadora. A nivel particular, algunos médicos y empresas de servicios y tecnología médica, se han caracterizado por su postura reaccionaria frente a los movimientos de organización popular, contestando con propaganda individualista, consumista de servicios médicos, en fin, que representa la intención de atomizar a los procesos de autoorganización ciudadana.

Habría que aclarar, que cuando decimos que esta manera de ejercer la medicina favorece la dominación del pueblo, no estamos tratando de moralizar ni establecer juicios éticos con respecto a los médicos. Este tipo de medicina se le presenta al médico desde antes de su formación como lo único que existe (científicamente hablando) y aunque éste sea bien intencionado, los resultados de su práctica, mientras estén orientados por los criterios fundamentales de este tipo de medicina, continuarán siendo siempre paliativos a la problemática social, desencadenadora de la mayoría de las enfermedades.

Además, es importante reconocer que la atención curativa es en sí misma valiosa, sobre todo, cuando es de buena calidad, aunque no es suficiente para disminuir los

problemas de enfermedad. De esta manera, habría que distinguir entre diferentes tipos de médicos. Desde los corruptos, ineficientes o careros (muy frecuentes en el medio rural), hasta los que se entregan a su trabajo y a sus pacientes, aunque por su limitada visión social, su práctica no tenga una fuerte repercusión en la situación de salud de las mayorías.

La práctica de este tipo de procedimiento médico favorece que continúe la dominación del pueblo y la acumulación de poder por el Estado y de las riquezas por la clase dominante.

Sin embargo, la medicina alópata no está sola en esta clasificación. Muchas de las otras formas de entender y de practicar la medicina, como la homeopatía, acupuntura y hasta la misma herbolaria, contribuyen a su vez a la dominación del pueblo. La terapéutica puede ser buena y eficiente, pero la manera de llevarla a cabo es lo que importa.

Estas formas de entender y de resolver la salud y la enfermedad, en su mayoría, se formaron fuera de la lógica capitalista y en algunos casos, hasta han ejercido un peso contrario; sin embargo, con el tiempo, en gran parte, han sido absorbidas por ella, y para sobrevivir han continuado con el mismo tipo de práctica dominante. Así, al ubicar la práctica médica sobre todo como un negocio, enfocando la atención a nivel curativo principalmente —sin querer ver ni resolver las causas de las enfermedades— y al no transmitir sus conocimientos para que la población se vaya volviendo autónoma, hasta el yerbero de pueblo contribuye a que continúe la misma situación de sometimiento de la misma.

## **B. UN ENFOQUE DIFERENTE DE LA SALUD Y ENFERMEDAD**

Desde los años sesenta en Latinoamérica y en otras partes del mundo, se ha desarrollado otra manera de pensar acerca de los problemas de salud. Esta forma de ver a la salud y a la enfermedad se ha llevado a cabo, más en países en los que las instituciones de salud no han podido disminuir la gran problemática de salud de la población,<sup>3</sup> con lo que se van cayendo sus argumentos para convencer de su visión de la salud.

Cada vez que se hace más notoria la relación entre problemas como la falta de alimentación adecuada, de vivienda, de servicios sanitarios, las malas condiciones de trabajo, entre otras, con la enfermedad, sobre todo de los trabajadores, tanto urbanos como rurales.

También se hace patente la postura del gobierno de cada país frente a estos problemas, el que, para mantener un orden social que favorece a unas clases o sectores de la sociedad, lo hace a costa de otros.

---

<sup>3</sup> Los principales países en los que se ha desarrollado esta visión son: México, Ecuador, Perú, Colombia, Brasil e Italia.

## **SU CAUSALIDAD COLECTIVA Y SOCIAL**

En esta nueva manera de entender la salud, se parte de que las condiciones de vida y de trabajo determinan en forma importante la situación de salud de un pueblo. Según como esté organizada la sociedad se darán tipos de relaciones entre los hombres (de explotación o de igualdad) que van a facilitar o disminuir la aparición de enfermedad.

La pertenencia a una determinada clase social va a determinar una cierta forma de vida, producto de la manera en que los individuos se insertan en la producción y de la cantidad de bienes y servicios que pueden consumir.

Y esta forma de vida es la que favorecerá la aparición de toda una serie de enfermedades. Ya sea por la falta de consumo de bienes indispensables y por los riesgos y excesos en el trabajo, o por el exceso de consumo en otras clases sociales.

Se ha aprendido que la salud y la enfermedad están condicionadas por la forma en que está estructurada la sociedad en lo económico, político e ideológico.

En esta corriente conceptualizadora de salud, se ha superado la manera de entender la salud y la enfermedad, como algo sin movimiento y sin relaciones entre una y otra. Como si alguien estuviera sólo sano o sólo enfermo. Por eso se dice que la salud y la enfermedad forman parte de un mismo proceso, el cual no se da sólo en cada individuo de manera aislada, sino que está determinado por la colectividad.

Además, se sabe que la sociedad es la que reconoce a los individuos como enfermos o como sanos. Lo que en un lugar se ve como enfermedad, en otro, puede verse como un síntoma normal o inclusive de buena salud (por ejemplo, la gordura).

Todo esto ha llevado a una forma de ver la salud y la enfermedad, en la que ya no se le visualiza sólo como un hecho individual y biológico, sino también, colectivo y social.

## **CÓMO SE PLANTEA LA RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD**

Se debe entender el problema de la salud y la enfermedad no únicamente como un problema técnico que requiere sólo de soluciones técnicas, sino como un problema político, por lo que enfrentarlo implica rebasar el campo exclusivo de la salud.

No son los servicios de salud los que cambiarán a mediano plazo la situación de la salud, sino que este cambio será producto de las modificaciones sobre los distintos determinantes de las condiciones de vida y de trabajo de las mayorías.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Ulate J., Jeannette y Beno de Keijzer. «Sistemas de Salud y Participación Popular: Los casos de Nicaragua y México», *Nueva Antropología*, Vol. VII, núm. 28, México, octubre 1985. pp. 175-176.

Esta concepción de la salud no se conforma con decir que ésta depende sólo de la estructura social, sino que para que la salud sea colectiva, debe de ser apoderada por los mismos que la necesitan.

Se entiende que la lucha por la salud debe formar parte de un proyecto más amplio que contemple la lucha por la transformación social.

Se pretende que el pueblo, mediante sus organizaciones propias, participe decidiendo el «cómo» el «cuándo», y el «para qué» de las acciones de salud. Es decir que pueda participar realmente en el análisis y solución de los problemas de salud y enfermedad que le atañen.<sup>5</sup>

Se le ha llamado Medicina para la Liberación porque la manera de entender a la salud y la forma de practicarla, va favoreciendo un crecimiento de la conciencia y organización del pueblo, para hacer posible su liberación.

---

<sup>5</sup> Op.Cit., p.174.

## 5. ESTILOS DE VIDA Y SALUD PÚBLICA: ANÁLISIS DE UNA ESTRATEGIA SANITARIA

Isabel del Cura y  
Rafael Huertas

---

Este artículo se publicó originalmente en el libro *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la salud*, pp. 241-252, coordinado por Luis Montiel e Isabel Porras. El texto en cuestión se localiza en la Parte V. Entre la responsabilidad y la culpa: «el estilo de vida», y forma parte del grupo de ensayos publicados por Ediciones Doce Calles, S. L., Madrid, 1998. ISBN: 84-89796-85-8. Dicha edición se llevó a cabo con el fin de dar a conocer los estudios presentados durante las Cuartas Jornadas de Historia de la Medicina y de la Ciencia, organizadas por la Unidad de Historia y Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. El texto ha sido transcrito con motivos meramente educativos y sin fines de lucro. Isabel del Cura trabaja en el Área 9 del Centro de Salud de Leganés, Madrid. Rafael Huertas pertenece al Consejo Superior de Investigaciones Científicas del Ministerio de Ciencia e Innovación en Madrid.<sup>1</sup>

---

### LA REVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA. LOS SERVICIOS SANITARIOS TRADICIONALES Y LA «NUEVA» SALUD PÚBLICA

Como es de sobra conocido, en las sociedades industriales desarrolladas se ha producido en las últimas décadas una transformación sustancial del patrón epidemiológico característico de los primeros tiempos de la revolución industrial. La elevación de la esperanza de vida —fundamentalmente por reducción de la mortalidad infantil— y el envejecimiento de la población —en relación con la disminución de la fecundidad— se han acompañado de una sustitución de las enfermedades infecto-contagiosas, como principales causas de muerte, por enfermedades crónico-degenerativas como las cardiovasculares, el cáncer, las endocrinopatías, etcétera. Esta transición o «revolución» epidemiológica,<sup>2</sup> constituye el punto de partida de diversos discursos y estrategias sanitarias que han ido configurándose a lo largo del último ciclo depresivo del capitalismo, iniciado a comienzos de la década de los setenta y en el que aún nos hayamos inmersos.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> El libro con todas las ponencias se encuentra disponible en la biblioteca del plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM.

<sup>2</sup> Para un análisis de los cambios ocurridos en los patrones epidemiológicos y su relación con los factores socio-económicos es imprescindible Terris, M. (1979). «The epidemiologic tradition». *Public Health Report*, 94: 203-309. Una versión castellana de este trabajo se encuentra en Terris, M. (1987), *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, Siglo XXI, pp. 23 y ss.

<sup>3</sup> Este «ciclo depresivo» implica simultánea y combinadamente un proceso de crisis y desestructuración del anterior modelo de acumulación, ya agotado históricamente, y la definición de un nuevo modelo que garantice la recuperación de la rentabilidad

Una primera consecuencia de esta nueva situación epidemiológica fue la constatación de que un sistema sanitario eminentemente curativo y dirigido, en el nivel profiláctico, a las enfermedades infecciosas, no resultaba demasiado eficaz para intervenir sobre numerosas enfermedades crónicas que, por su propia naturaleza, dependen más del «modo de vida» del que las padece que de agentes causales externos susceptibles de ser combatidos mediante los recursos de la ciencia médica.

Diversos trabajos epidemiológicos empezaron a dar cuenta de la escasa influencia del modelo sanitario tradicional sobre las principales causas de morbi-mortalidad. Así, a modo de ejemplo, en un estudio sobre las causas de muerte realizado en Estados Unidos se encontró una correlación positiva entre la proporción médico/población y la enfermedad coronaria, y una correlación negativa entre el número de médicos y los ataques de apoplejía; dado que era imposible deducir que el incremento del número de médicos fuera responsable del aumento de mortalidad por cardiopatías, tampoco podía atribuírseles la reducción de defunciones por apoplejía; la conclusión a la que se llegaba no podía ser otra que «la disponibilidad de servicios terapéuticos no es un índice del estado de salud de la comunidad».<sup>4</sup>

Con todo, la aportación más influyente en este sentido ha sido el llamado Informe Lalonde, publicado por el Ministerio de Sanidad de Canadá en el año 1974 y titulado *Una nueva perspectiva de salud de los canadienses*.<sup>5</sup> Se trata del primer documento elaborado y difundido por un gobierno que hace hincapié en la importancia de los factores ajenos al sistema sanitario en la mejora y mantenimiento de la salud, llegando, sus contenidos, no sólo a inspirar la filosofía del programa «Salud para Todos» de la OMS, o a convertirse en referencia obligada de documentos, Planes de Salud, etc.,<sup>6</sup> sino también a ser la base conceptual de un nuevo modelo epidemiológico de gran trascendencia en el desarrollo de la Salud Pública de las dos últimas décadas.

El modelo epidemiológico de Dever, que no supone más que una aplicación práctica de los datos aportados por Lalonde, intenta relacionar el papel jugado por los factores determinantes del estado de salud de la población en la disminución potencial de la mortalidad con el gasto público asignado a cada uno de ellos. Las estimaciones de dicho autor pueden resumirse del siguiente modo:

<i>Factores Determinantes</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Representación en gasto publico (%)</i>
Estilos de vida	43%	1,5%
Biología humana	27%	7,9%
Entorno	19%	1.6%
Cuidados médicos	11%	90%

del capital y su expansión sostenida a largo plazo. Sobre el último «ciclo depresivo» del sistema capitalista y sus características específicas es de utilidad MORAL SANTIN, J. A. (1991). «Crisis, revolución tecnológica y reestructuración capitalista». En MONEREO, M. (Coord.). Las transformaciones en el Norte y Sur del mundo: Entre la crisis y reestructuración capitalista, Madrid, FIM, 2º tomo, pp. 29-53.

<sup>4</sup> Stallones, R. A. (1971). *El ambiente, la ecología y la epidemiología*, México, Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, nº 23.

<sup>5</sup> Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa. Department of National Health and Welfare.

<sup>6</sup> Entre los Planes de Salud españoles en los que el Informe Lalonde se cita y desarrolla de manera expresa, podemos citar Departament de Sanitat i Seguretat Social (1991). Document Marc per al elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Barcelona, Generalitat de Catalunya; Consejería de Sanidad y Consumo (1991). Plan de Salud y Consumo de Extremadura; Consejería de Sanidad (1992). Plan de Sanidad de la Región de Murcia, 1993-1996, Servicio de Salud de la Región de Murcia.

Aunque la metodología con la que Lalonde y Dever diseñan su modelo ha sido objeto de críticas diversas,<sup>7</sup> lo que resulta evidente es la trascendencia que tal enfoque ha tenido en el desarrollo de una Salud Pública centrada en programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud destinados fundamentalmente a la modificación de los «estilos de vida», aunque también, al menos en teoría, a la introducción de cambios medioambientales y sociales no relacionados directamente con el sistema sanitario tradicional.

Ahora bien, el discurso de los «estilos de vida» trae consigo, en nuestra opinión, dos contradicciones de gran trascendencia a la hora de valorar globalmente su papel en las políticas de salud. En primer lugar, el propio concepto de «estilos de vida», «hábitos de vida saludables» etc., puede ser susceptible de una interpretación reduccionista, e incluso perversa, siempre que su pretensión sea la de actuar exclusivamente sobre la «conciencia individual» de los pacientes —reales o potenciales— con el fin de modificar sus comportamientos, ignorando o encubriendo las causas sociales de la enfermedad y su relación con los factores políticos y económicos. En segundo lugar, no se puede olvidar que este discurso de la «nueva» Salud Pública coincide con políticas económicas de contención y recorte del gasto público, sirviendo, en no pocas ocasiones, para justificar políticas regresivas destinadas al desmantelamiento y privatización de los servicios sanitarios públicos.

Sin descartar otros posibles acercamientos, estos dos aspectos nos parecen fundamentales a la hora de intentar un análisis crítico del papel otorgado al «paciente» y su responsabilidad individual —hilo conductor de estas Jornadas— en el diseño y desarrollo de la política sanitaria.

## **MODO DE VIDA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Como acabamos de apuntar, el concepto «estilos de vida» resulta, en muchas ocasiones equivoco y contradictorio. La propia OMS reconocía, ya en 1982, que

El término «estilos de vida» se usa a menudo volublemente y sin definirlo. Es un término que a menudo se refiere a la conducta individual asociada (o que se cree asociada) con determinadas consecuencias para la salud, pero el término puede usarse también para indicar estilos de vida o valores de grupos, una colección de pautas de conducta que pueden influir en la salud.<sup>8</sup>

Llama la atención el hecho de que la OMS siempre haya tenido buen cuidado en limitar el concepto y enmarcarlo en estrategias más amplias. Así, por ejemplo, insiste en que la promoción de la salud «abarca el fenómeno de los estilos de vida

<sup>7</sup> Dichas críticas están recogidas y revisadas en Lamata, F. (1994). «Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde», *Gaceta sanitaria*, 8: 189-194.

<sup>8</sup> OMS (1983). *Reunión sobre estilos de vida y condiciones de vida y su impacto sobre la salud*, celebrado en Höhr-Grenzhausen, octubre 1982. La cita textual ha sido tomada del Informe-resumen que de dicha reunión publicó la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57: 1059-1063.

y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales que favorecen la salud».<sup>9</sup> De igual modo, en la 1a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 y que dio lugar a la llamada Carta de Ottawa, el «desarrollo de habilidades personales» para preservar la salud individual y colectiva era tan sólo uno de los cinco puntos en los que debía basarse la «acción de promoción de la salud», junto con el establecimiento de una política saludable (legislación, medidas fiscales, políticas económicas y fiscales que favorezcan la equidad, etc.); la creación de ambientes favorables; el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios sanitarios.<sup>10</sup>

Sin embargo, a pesar de las cautelas de la OMS y de insistir en que la salud debe considerarse «como un recurso para la vida diaria, no como un objetivo de la vida»,<sup>11</sup> lo cierto es que la ambigüedad conceptual y la sobrevaloración de los «estilos de vida» ha conducido a una serie de excesos que, por un lado, han vaciado de contenidos la estrategia de «Salud para Todos» —cuyos objetivos se centraban en la superación de las desigualdades—<sup>12</sup> y por otro, ha contribuido a la construcción de toda una «ideología de la salud» que tiende a responsabilizar —a culpabilizar— al sujeto de su propio estado de salud, pero que tiene como objetivo último enmascarar las causas sociales del enfermar. Es obvio que si se admiten como únicas y fundamentales las casualidades individuales, no habrá nunca problema para aceptar acriticamente una intervención sobre el individuo (a base de prevención conductista y clínica curativa) que evite la necesidad de intervenir sobre el ambiente económico y político.

La OMS, una vez más, es consciente de este peligro cuando afirma que:

Los programas de promoción de la salud que se centran en el cambio de los estilos de vida individuales pueden terminar echando la culpa a la víctima si ignoran el contexto estructural de conducta sanitaria, sobre todo los factores socioeconómicos, políticos y ambientales en el origen o refuerzo de la conducta.<sup>13</sup>

Con palabras más elocuentes, pero recogiendo, en el fondo, esta inquietud, Hernán San Martín asegura que

La mala salud de los grupos pobres de la población, tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, no se produce por comportamientos errados, como lo pretenden las teorías comportamentales sino por la desigualdad de distribución del poder político, económico y social en las sociedades de clases [...] La mayoría, si no todos, los problemas de

<sup>9</sup> OMS (1984). *Glosario de terminus empleados en la serie «Salud para todos»*, nº 1-8, Ginebra, p. 18.

<sup>10</sup> Las alusiones a la Carta de Ottawa están tomadas de «Informe de la OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 61: 129-133.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 129.

<sup>12</sup> Véase OMS (1986). *Objetivos de Salud para Todos. Objetivos de la estrategia regional europea de Salud para Todos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>13</sup> OMS (1982), p. 1.061.

salud de los seres humanos actuales son de naturaleza política y económica y su solución es política y económica, y no sólo técnica y administrativa.<sup>14</sup>

Sin embargo, el medio social sigue siendo considerado como un mero factor «favorecedor» en la aparición de determinadas patologías, lo cual facilita que no sólo la medicina clínica, sino disciplinas como la Salud Pública y la epidemiología continúen estudiando la enfermedad como un fenómeno biológico individual o, al menos, como una suma de fenómenos individuales. Una lúcida crítica a dicha tendencia es representada por autores como Milton Terris, cuando indica que

Una clara dicotomía entre ambiente y conducta es posible sólo cuando el ambiente se entiende en sentido físico. Pero el individuo vive en un medio social tanto como en un ambiente físico: la contaminación atmosférica, los automóviles y las radiaciones fabricados por el hombre. Y es la sociedad, el medio ambiente social, el que en gran medida determina las actitudes y el comportamiento individuales.<sup>15</sup>

El papel del medio social como factor determinante fundamental del estado de salud de la población queda, en muy buena medida, diluido, en una maraña de números, datos empíricos y operaciones estadísticas que, afianzando, una epidemiología positivista, favorece el olvido de evidencias como la formulada por el viejo Sigerist, la de que «El medio social y físico, causa de casi todas las enfermedades, es modificado a su vez por la civilización, que tan profundamente ha alterado la vida del hombre».<sup>16</sup> Con esta afirmación no pretendemos, ni mucho menos, minimizar la evidente importancia en el desarrollo de la epidemiología moderna de las técnicas de análisis estadístico, sino, simplemente, destacar el papel de mera «herramienta» que dichos estudios deben tener tanto en la elaboración de modelos teóricos como en la propia toma de decisiones en Salud Pública.<sup>17</sup> Herramienta que, como cualquier otra, puede ser utilizada de un modo u otro, dependiendo de los objetivos de política sanitaria que se planteen o de las variables que se tengan en cuenta.

Ejemplos suficientemente elocuentes de las tendencias aludidas pueden encontrarse en las actuales líneas de investigación biomédica y de Salud Pública en las que se da prioridad absoluta a las causas individuales y a los «factores de riesgo» individual de las enfermedades crónicas. Así, las investigaciones sobre la etiología de las enfermedades cardiovasculares se centran en la dieta, la vida sedentaria, los efectos del tabaco o la herencia genética, sin hacer, en general, alusión a otros factores derivados de la organización social y que resultan imprescindibles para explicar el aumento de mortalidad por coronariopatías.

<sup>14</sup> San Martín, H. (1985). *Crisis mundial de la Salud. Problemas actuales de planificación, organización y gestión de los servicios de salud*, 2ª ed., Madrid, Ciencia, pp. 106-107.

<sup>15</sup> Terris, M. (1968). «A social policy for Health», *American Journal of Public Health*, 58: 5-12. La cita textual ha sido tomada de la versión castellana contenida en TERRIS, M. (1987), p. 72.

<sup>16</sup> Sigerist, H. (1946). *Civilización y enfermedad*, México, FCE, p. 12. [original en inglés de 1943].

<sup>17</sup> Sobre este particular, que constituye hoy un espacio abierto de debate, merece la pena consultar Terris, M. (1986). «Epidemiology and the Public Health movement», *Journal Chronical Disease*, 39: 953-961; García Benavides, F. (1994). «La epidemiología 'moderna' y la 'nueva' salud pública», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68: 101-105.

En un estudio de envejecimiento realizado en Estados Unidos en 1973, se llegó a admitir que

[...]el más fuerte vaticinador de longevidad era la satisfacción en el trabajo. El segundo era la «felicidad» en general [...] Sin duda hay otros factores importantes, tales como la dieta, el ejercicio, la herencia genética. Pero los resultados de las investigaciones sugieren que tales factores pueden representar sólo un 25% de los factores de riesgo de las enfermedades cardíacas, las principales causas de fallecimiento. Esto es, si se controlasen perfectamente el colesterol, la presión sanguínea, el fumar, el nivel de glucosa, el ácido úrico, etc., solamente podría controlarse alrededor de una cuarta parte de las enfermedades coronarias. Si bien la investigación de este problema no ha dado ninguna respuesta concluyente, parece ser que el papel del trabajo, las condiciones en las que se lleva a cabo y otros factores de índole social pueden contribuir notablemente a este 75% «inexplicable» de factores de riesgo».<sup>18</sup>

Los datos son quizá exagerados a la vista de numerosos estudios epidemiológicos publicados con posterioridad pero no cabe duda que introducen una duda razonable sobre el papel real de los «hábitos de vida» contraponiéndolo al del estrés motivado por las condiciones de vida y de trabajo.

Existen muy pocos trabajos que hayan profundizado en los factores socio-políticos de las enfermedades crónicas. Una de las aportaciones pioneras en este sentido es, sin duda, la de Joseph Eyer y Peter Sterling sobre «Stress-Related Mortality and Social Organization», publicado en 1977 en *Review of Radical Political Economy*. Se trata de un voluminoso artículo en el que se concluye, apoyándose en una muy exhaustiva revisión bibliográfica, que

la moderna organización social capitalista, mediante el trabajo intensificado. Confrontado, y la destrucción de formas cooperadoras y sostenedoras de la comunidad social, ocasiona un considerable exceso de mortalidad entre la población adulta de los países desarrollados.<sup>19</sup>

Así, siguiendo con el ejemplo de la enfermedad coronaria en relación con los «estilos de vida» no deja de resultar esclarecedor el hecho comprobado de que «al controlar la dieta, la tensión, el tabaco, el ejercicio, [...] determinado estilo de comportamiento se asocia con un aumento de 2 a 6 veces el riesgo de afección coronaria», resultando ser esta «pauta de conducta propensa a la coronariopatía» la consistente en «la competitividad extrema, la rivalidad por el éxito, la agresividad (a veces rigurosamente reprimida), la prisa, la impaciencia [...], el sentimiento de estar bajo presión del tiempo o del peso de la responsabilidad».<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Grupo especial de trabajo para el Ministro de Salud, Educación y Bienestar, *Work in America*, M.I.T. Press, Cambridge, MA, 1973, pp. 77-79. Tomado de Navarro, V. (1973). *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Crítica, p. 262.

<sup>19</sup> Eyer, J. y Sterling, P. (1977). «Stress-Related Mortality and Social Organization», *Review of Radical Political Economy*, 1: 1-44, p. 1.

<sup>20</sup> Jenkins, C. D. (1971). «Psychologic and Social Precursors of Coronary Disease», *New England Journal of Medicine*, 284: 244-255 y 307-317.

Es evidente que el argumento de la «satisfacción en el trabajo» resulta cuando menos subversivo si tenemos en cuenta que, en estricta coherencia, implicaría una actuación preventiva basada en una decidida intervención sobre el proceso laboral que cuestionaría directamente el modo de producción capitalista. Es lógico, pues, que en tiempos como los actuales, en los que el neoliberalismo ha establecido unas relaciones de producción basadas en la flexibilización del salario real, el despido libre o el trabajo en precario, este tipo de investigaciones tengan muchas dificultades para ser incorporadas al discurso salubrista predominante, cada vez más tecnocrático y respetoso con el orden social establecido.

En contraposición sí tienen cierta repercusión trabajos que dan argumentos para negar o, al menos, para quitar importancia a las causas sociales del enfermar. Ni siquiera la patología de la mina, tradicionalmente considerada como una de las enfermedades socio-laborales más paradigmáticas, se libra de un abordaje individualista ya que, aunque se reconoce que las tasas de enfermedad pulmonar crónica obstructiva son seis veces más altas en los mineros que en los administrativos y directivos,<sup>21</sup> determinados estudios sugieren que tal circunstancia no es sólo atribuible al ambiente laboral, al haberse demostrado que el 63% de los mineros son fumadores y que el consumo de tabaco es más alto entre este colectivo que en el resto de la población general masculina.<sup>22</sup>

No vamos a negar, evidentemente que los cambios en los hábitos alimentarios o la disminución en el consumo de alcohol y tabaco juegan un papel real en el descenso de las enfermedades cardiovasculares o que el consumo de tabaco tiene una relación directa con diversas patologías pulmonares, pero en tanto que remiten a prácticas culturales y son expresión polimorfa tanto de riesgos psicológicos como de modelos de producción y consumo, el problema no puede reducirse a la «voluntad» del sujeto para practicar unos hábitos de vida saludables.

De todo lo antedicho se puede concluir que el «modo de vida» constituye el más importante y decisivo factor determinante del estado de salud de la población, mientras que los servicios sanitarios tradicionales parecen jugar un papel menos decisivo en el nivel de salud alcanzado por las colectividades. Pero es preciso distinguir conceptualmente entre los «estilos de vida» entendidos como hábitos de comportamiento individual y que suelen incluir seis problemas concretos (tabaco, ejercicio físico, integración social, alcohol, drogas y alimentación) y «modo de vida», entendido como aquella «categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, socio-políticas y culturales de las formas características, repetidas y estables de la vida cotidiana de las personas y de las colectividades.»<sup>23</sup> No es difícil comprender que a cada clase social le corresponde un determinado «modo de vida.» Las diferencias son bien conocidas y se expresan tanto en hábitos higiénicos, composición de alimentación, calidad

<sup>21</sup> Higgins, I.T. (1974). «Epidemiology of chronic respiratory diseases: a literatura review», *Journal of Industrial Medicine*, 30: 217-226.

<sup>22</sup> Sala, J., García Martínez, J. L. Y Ortega, M. (1992). «Tabaquismo en una empresa minera asturiana: Hábitos y conocimientos», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 66: 139-142.

<sup>23</sup> Filipec, J. (1985). *El modo de vida en la lucha ideológica contemporánea*, La Habana, Ciencias Sociales.

de viviendas, condiciones de trabajo, etc., como en la forma en que las personas hacen o no suyas las influencias ejercidas por los valores, ideas y objetivos de las clases en conflicto. Todos estos aspectos hacen referencia, como es obvio, al concepto gramsciano de hegemonía social y su concreción en cada momento histórico, expresa el nivel alcanzado por la lucha de clases.

## LOS ESTILOS DE VIDA Y EL RECORTE DEL GASTO SANITARIO

Como ya hemos indicado, no parece una casualidad que en momentos como los actuales, y junto al cuestionamiento global del intervencionismo estatal y de los servicios públicos de salud, haya surgido lo que algunos autores han denominado una «cultura somática», una especie de «fetichismo del cuerpo sano» que ha puesto en marcha todo un mercado de «salud» y «bienestar» en pleno estado de la «crisis».<sup>24</sup> Es en este contexto, en el que las estrategias sanitarias basadas en los «estilos de vida» pueden sufrir una nueva perversión, ya que «es posible que la búsqueda con mucho empeño de un cambio de estilo de vida, a nivel de individuo o de comunidad, pueda crear sus propios problemas de salud sobre todo «sanismo» o «culto a curación».<sup>25</sup> Una sociedad «sanista» sería aquella en la que «no se tolera la desviación del imperativo de buena salud, a menudo sobre bases patrióticas»,<sup>26</sup> lo cual no deja de constituir una estrategia autoritaria de dominación, una «dictadura de la salud» que acaba marcando férreas pautas de comportamiento, haciendo desempeñar a la medicina y a la Salud Pública un papel de control social que tiene su máximo exponente en el «victim blaming», con su inevitable correlato de vigilancia y de sanciones para los ciudadanos que no han sido capaces de cuidar su propia salud.<sup>27</sup> Todo ello, sin tener en cuenta que el objetivo fundamental de la promoción de la salud es aumentar —y no reducir ni uniformar— la calidad y opciones para alcanzar estilos de vida (y circunstancias de la vida) que lleven a la salud. El respeto a la diversidad cultural y social es, lógicamente, un elemento imprescindible en la promoción de la salud, estando suficientemente reconocido que no hay un único «estilo de vida» que pueda considerarse como el más saludable.

Esta pretensión de construir una «sociedad saludable», formada por individuos suficientemente responsables de su salud, debe de relacionarse directamente —lo contrario sería cuando menos una ingenuidad— con el intento de desprestigiar primero y dismantelar después los servicios sanitarios públicos. No cabe duda que el modelo epidemiológico de Dever, al que antes hemos aludido, ofrecía argumentos para disminuir el gasto público destinado a atención médica curativa, absolutamente hipertrofiado en relación con la intervención potencial de este

<sup>24</sup> Véase, por ejemplo, Varela, J. Y Álvarez-Uría, F. (1989). *Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación*, Madrid, FCE, pp. 71 y ss.

<sup>25</sup> OMS (1982), p. 1061.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> Un análisis interesante de esta categoría sociológica ha sido desarrollado por Berlinguer, G. (1991). «Salud y desigualdades». En Huertas, R. Y Maestro, A. (Coords). *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, Madrid, FIM, pp. 15-37, pp. 17 y ss.

factor en el nivel de salud de la población. La tesis básica que puede formularse, a la vista de los datos aportados por Lalonde/Dever, es la siguiente: el objetivo de los sistemas sanitarios es la salud; la salud está determinada por muchos otros factores ajenos a los sistemas sanitarios; el aumento de los gastos sanitarios no se traduce en una mejora proporcional de la salud de las poblaciones, por lo tanto, los sistemas sanitarios son insuficientes.<sup>28</sup>

A partir de aquí, merece la pena destacar tres aspectos metodológicos, en nuestra opinión de gran trascendencia en la discusión de esta problemática. En primer lugar, los datos empíricos en los que se basa el modelo epidemiológico reseñado son siempre de mortalidad general (no sólo muertes prematuras), no teniéndose en cuenta ni la morbilidad, ni las muertes que se hubieran producido si el sistema sanitario no hubiera actuado o no existiera. En segundo lugar, los distintos factores determinantes del estado de salud de la población no pueden tener una consideración uniforme en el diseño de las políticas de salud ya que el sistema sanitario aparece como respuesta, y el resto de los factores determinantes, en particular los que tienen que ver con los malos hábitos de vida, como causa de los problemas de salud. La organización sanitaria es una más de las respuestas que pueden ponerse en práctica ante dichos problemas, junto con las que pueden aportar el sistema educativo, el de seguridad social, el sistema de impuestos, las políticas de vivienda, urbanismo, transportes, etc.

Es evidente que la obtención del máximo desarrollo de la vitalidad humana, en tanto que finalidad global de la sociedad, requiere de la interrelación del sector salud con el resto de los subsistemas sociales.<sup>29</sup> Por el contrario, en la medida que elementos extrasanitarios constituyen conjuntos de factores de riesgo que generan problemas de salud y el ejecutor de la respuesta social sea el subsistema salud de forma aislada, el marco referencial de éste seguirá siendo la enfermedad y, por tanto, la orientación del sistema esencialmente curativa y, como hemos visto, poco influyente en los niveles de salud.

Algunos autores, lejos de considerar el sistema sanitario como respuesta, han llegado a señalar que el propio sistema sanitario puede contribuir a la pérdida de salud. Son varios los argumentos que se han utilizado en este sentido,

---

<sup>28</sup> No son pocos los autores que, de un modo u otro, han llamado la atención sobre este evidente peligro para el mantenimiento y desarrollo del sistema sanitario público. Destacaremos, entre ellos, Roemer, M. (1984). «The value of medical care for health promotion». *American journal of Public Health*, 74: 243-248, y, en nuestro medio, el ya citado Lamata, F. (1994).

<sup>29</sup> Este es el principio metodológico fundamental del concepto «salud social», definido por D. D. Venediktov como «la totalidad de los niveles individuales de salud en los miembros de la sociedad», tal categoría debe reflejar, por una parte, «el grado de probabilidad (no lamentablemente de seguridad) de que cada miembro de la sociedad alcance su máximo nivel de salud y capacidad de trabajo creador, mediante la prolongación máxima de su vida individual; por otra parte, debe caracterizar la capacidad de vida de toda la sociedad y su posibilidad de autodefensa, de crecimiento ulterior proporcional y desarrollo socio-económico, así como empleo racional de los recursos naturales y el mantenimiento del equilibrio ecológico y de otros, con el medio social y natural» [Venediktov, D. D. (1981). *Derecho de todos a la salud y su realización en diferentes países del mundo*, Moscú, Progreso]. Sobre este concepto de «salud social» en relación con los sistemas de salud y con la estructura socioeconómica puede verse Huertas, R. y Maestro, A. (1993). «Modelo socio-económico y calidad de vida: una aproximación al concepto de salud social» En: Montiel, L. (Coord.). *La Salud en el Estado del Bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Ed. Complutense, pp. 199-221. También Maestro, A. y Huertas, R. (1992). *La Salud y el Estado. Los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*, Madrid, FIM, pp. 87 y ss.

Evans y Stoddart afirman que el sistema sanitario consume recursos, que podrían haberse utilizado en otros sectores con mayor provecho, sin conseguir resultados, por lo que dicho sistema afecta negativamente a la prosperidad de los pueblos, a su bienestar y a su salud.<sup>30</sup> Por su parte, Ivan Illich con la caracterización de sus famosas iatrogenias —clínica, social y estructural—,<sup>31</sup> dio lugar a lo que se ha conocido como la teoría de la desmedicalización y la medicina simplificada.<sup>32</sup> Por un lado, Illich propugna una sociedad desmedicalizada en la que los individuos se liberen del «poder médico» mediante la autorresponsabilización sobre la propia salud. No en vano, con la idea de «iatrogenia social» introduce la reflexión de que la medicina fomenta la pasividad de la población ante sus debilidades y dolencias; que se traduce en la progresiva dependencia del poder médico ante la más mínima desviación de la salud;<sup>33</sup> lo que, llevado a un último extremo, acabaría en una «iatrogenia estructural», que conllevaría la expropiación de las personas de sus potencialidades individuales para enfrentarse a la enfermedad, hurtándose la responsabilidad de cada cual sobre su propia salud.<sup>34</sup> La utilidad ideológica de semejantes planteamientos para las propuestas neoliberales es evidente y la vieja máxima «No preguntes lo que el Estado puede hacer por ti, sino qué puedes hacer tú por ti mismo», cobra aquí toda su vigencia al ser repetida machaconamente por los nuevos apóstoles del liberalismo, el individualismo y el darwinismo social.

Por otro lado, su crítica feroza a los intereses del monopolio médico, a las «mafias blancas» y a la mercantilización de la medicina es perfectamente coherente con las propuestas neoliberales de restricción del gasto sanitario. No deja de resultar esclarecedor que Ivan Illich sea, en el momento actual, un autor repetidamente citado en las intervenciones de nuestros políticos y administradores sanitarios.

## EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA ENCRUCIJADA

Con demasiada frecuencia se habla, en efecto de la «autorresponsabilidad» ante los problemas de salud en el mismo sentido utilizado por I. Illich. Se trata, sin duda, de otra simplificación de la Salud que no hace sino apartarse del abordaje integral que el modelo de Atención Primaria de Salud (APS) pretende; el concepto de «autorresponsabilidad» está presente en los textos y recomendaciones de la

<sup>30</sup> Evans, R. y Stoddart, G. (1990). «Producing Health, consuming health care», *Soc. Sci. Med.*, 31: 1347-1363.

<sup>31</sup> Su obra fundamental es, como se sabe, Illich, I. (1975). *Medical Némesis: The expropriation of health*, Londres, Calder and Boyards. Este libro, que tuvo una enorme repercusión en su momento, venía precedido de algunos «avances» que el propio autor publicó en prestigiosas revistas; véase Illich, I. (1974). «Medical Némesis», *Lancet* i (nº 7.863.): 918-921; Illich, I. (1974). «Medical Némesis: The destructive force of professional health care», *Social Policy*, 5: 3-9. En España fue traducido inmediatamente, Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barcelona, Barral. En lo sucesivo citaremos por esta edición.

<sup>32</sup> Un análisis de dicha teoría puede encontrarse en HUERTAS, R. y MAESTRO, A. (1991). «Orígenes y contradicciones del concepto de Medicina Social» En Huertas, R. y Maestro, A. (Coords.). *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, Madrid, FIM, pp. 39-64, pp. 52 y ss. También Huertas, R. y Maestro, R. (1992), pp. 65 y ss.

<sup>33</sup> Illich, I. (1975), pp. 35 y ss.

<sup>34</sup> *Ibid.*, pp. 111 y ss.

OMS, pero el contenido que se le da al término es muy diferente. Así, cuando se define la APS en la Declaración de Alma-Ata se explica que:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, con todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.<sup>35</sup>

Parece, pues, evidente —y la propia OMS se esfuerza en aclararlo— que la referencia a la autorresponsabilidad no es exclusivamente la que tiene que ver con los individuos sino también con «las comunidades y las autoridades nacionales», lo cual

Supone la voluntad de asumir la responsabilidad de su propio desarrollo sanitario, la adopción de medidas cuyo significado comprendan y que sean aceptables para ellos, el conocimiento de sus propios recursos y fuerzas y de forma de utilizarlos, y el conocimiento de en qué ocasiones y con qué fin deben pedir el apoyo y la cooperación de otros.<sup>36</sup>

En un momento en el que los avances científico-técnicos en medicina abren enormes posibilidades de diagnóstico y tratamiento y, como consecuencia, de intervención positiva sobre muchos procesos patológicos, el autor de *Némesis Médica*, sin tener en cuenta el papel de la estructura económica en la mercantilización de los servicios sanitarios, llega aconsejar una oportunísima «proscripción de la tecnología médica [...] hasta que los artefactos y medios que puedan manejar los profanos estén al alcance de todo el que quiera tener acceso a ellos».<sup>37</sup> De esta manera, sin cuestionar el origen de la escasez de recursos destinados a los servicios sanitarios se preconiza una «medicina simplificada», que conlleva una clara voluntad de ahorro en tecnología médica más o menos sofisticada y, con el pretexto de aumentar la «accesibilidad cultural», un intento de prescindir de profesionales cualificados en las labores de promoción de salud que son sustituidos por personal menos experto y más barato.

Previendo las consecuencias de este discurso, G. Rosen escribía, ya en 1970, que

La necesidad de pericia para defender la salud de millones de personas, parece haber desaparecido víctima del actual antiintelectualismo. A menos que esta tendencia desaparezca, todas las palabras bellas sobre mejorías de la salud, van a seguir siendo eso: bellas palabras.<sup>38</sup>

Las tendencias no desaparecieron y el nivel de atención más afectado por esta dinámica fue, y sigue siendo, el de APS, donde el concepto de lo «comunitario»

<sup>35</sup> OMS (1978), *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, 1978, Ginebra, Serie «Salud para Todos».

<sup>36</sup> OMS (1984), p. 32.

<sup>37</sup> Illich, I. (1975), p. 215.

<sup>38</sup> Rosen, G. (1970). «The health administrator-expert or amateur?», *American Journal Public Health*, 60: 225-227. El texto corresponde al editorial de la revista.

puede acabar desvirtuándose por falta de recursos y de profesionales suficientemente capacitados para desarrollar una labor compleja que supere la vieja asistencia curativa a la demanda, para priorizar el cuidado integral de la salud de los ciudadanos. De hecho, interpretaciones erróneas de la APS refieren a la consideración de ésta como una asistencia sanitaria de baja calidad destinada a pueblos y ciudadanos pobres. Ante la propuesta de disminuir la cualificación de los responsables de la Atención Primaria, Milton Terris ha indicado que

A menudo se habla de feldsherismo como un ataque al elitismo médico y al establistabliment. La verdad es que el elitismo médico encuentra cada vez más adecuado a sus intereses un cierto feldsherismo: los médicos no tendrán que preocuparse por los pacientes que no puedan pagar lo que ellos piden, porque dejarían su atención en manos menos expertas.<sup>39</sup>

Asimismo, los criterios puramente economicistas dominantes en el sector Salud, hicieron pensar algunos que el desarrollo de la APS, con tecnologías simples y poco costosas, podría suponer un ahorro de recursos. Sin embargo, la APS necesita, para alcanzar un grado óptimo de desarrollo, importantes inversiones; no puede decirse que este sistema de atención sea más barato sino que al reorientar, sobre todo en fases posteriores, las actividades y los recursos, éstos consiguen ser más eficaces y eficientes.<sup>40</sup> No es de extrañar que tras un primer intento de reforma sanitaria basada en desarrollo de la APS, la política económica restrictiva de los últimos tiempos haya frenado el proceso. Con ello no se hace sino seguir las pautas marcadas por el Fondo Monetario Internacional y por el Banco Mundial tendentes a privatizar los servicios sanitarios y a introducir recortes drásticos en las políticas sociales. Se insiste así, de manera falaz, en que es el modelo lo que está en crisis y que la APS, que podría resultar útil para países subdesarrollados, daría lugar en los países industrializados a un descenso del nivel de calidad asistencial y del progreso tecnológico de la ciencia médica.

Es preciso desenmascarar, pues, las lecturas restrictivas, oportunistas y «simplificadas» del concepto de APS formulada en Alma-Ata. Lejos de legitimar cualquier tipo de atención «primitiva», para pobres, la APS se define como el primer eslabón del sistema sanitario que interviene sobre los problemas de salud a partir del análisis de los factores del medio social, con la participación de la población y en estrecha coordinación con los demás niveles del sistema sanitario.

De manera muy breve, podemos concluir con unas palabras contenidas en el documento de la OMS sobre «estilos de vida» de 1983 que resume con cierta precisión la problemática que he pretendido analizar:

La influencia del ambiente social sobre la salud, supone una reorientación del enfoque seguido en materia de educación para la salud, esta ya no

<sup>39</sup> Terris, M. (1987). p. 123. El *feldsher* es un tipo de personal sanitario de formación intermedia entre el médico y el enfermo que en la Unión Soviética realizaba trabajos concretos de laboratorio o manejo de tecnologías complejas. Este tipo de personal ha sido propuesto en los Estados Unidos como sustituto de los médicos, con objeto de abaratar los costes de la atención y hacerla extensiva a toda la población.

<sup>40</sup> Martín Zurro, A. Y Cano, J. F. (1989). «Atención Primaria de salud». En Martín Zurro, A. y Cano, J. F. (Coords.). *Manual de atención Primaria*, 2º ed., Barcelona, Doyma, pp. 3-11, pp. 5 y ss.

## **6. LAS TRAMPAS DE LA PREVENCIÓN: PELIGROS OCULTOS EN UN DISCURSO MÉDICO HEGEMÓNICO**

Luis Montiel<sup>1</sup>

### **LA PROBLEMÁTICA INOCENCIA DE LA PALABRA EN EL DISCURSO**

Tradicionalmente, las distintas actividades humanas se han dado a sí mismas una referencia de carácter religioso o mitológico en torno a la que sus miembros pudieran agruparse mediante una cierta identificación simbólica. El santo patrón y el emblema heráldico constituían, y aún constituyen en alguna medida, esa referencia. Comenzaré haciendo una propuesta en este sentido, una propuesta razonada.

En Japón el pez globo constituye un manjar muy valorado; tanto que, en la actualidad un ejemplar de dicha especie puede costar, en el mercado y según peso, entre quince y treinta mil pesetas al cambio. Sin embargo, sólo un número limitado de cocineros está autorizado por el Estado para prepararlo y servirlo en establecimientos públicos. Ello se debe a que es mortalmente venenoso si no se limpia de la forma adecuada. Todo lo anterior permitiría proponer al pez globo como animal heráldico del actual discurso preventivo de la medicina.

Hablar del discurso significa hablar de las palabras. Durante mucho tiempo, la humanidad ha revestido la palabra de un carácter sagrado. Consciente de que era la más evidente expresión de su diferencia con el resto de los animales, el ser humano la sitúa en el origen de la creación e, inmediatamente después, en el de la humanización. Apenas es preciso recordar cómo en nuestro mito de origen —el Génesis—, se comienza afirmando que: «en el principio era el Verbo» y al poco se advierte que lo primero que hizo el hombre en cuanto hombre fue nombrar a los seres que le rodeaban. De ese modo, no sólo establecía una jerarquía, sino que refrendaba su condición de imagen de ese dios que es verbo. También es conocido el hecho de que, junto a su carácter instrumental, la palabra presenta en las sociedades primitivas lo que podríamos llamar una plusvalía mágica y que, a todo lo largo de la evolución de la cultura occidental, el significado mágico de al menos ciertas palabras, se ha mantenido como una constante. Esto justifica que algunas culturas

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido realizado dentro del proyecto de Madrid.93/0167 del FISS. Universidad Complutense.

considerasen a la escritura como don divino —tal como Platón recoge en el Fedro— y, consecuentemente, como monopolio del estamento sacerdotal, llegando a darse el caso, perfectamente documentado en el Egipto faraónico, de que hayan coexistido distintas escrituras, una para permitir el uso instrumental de las palabras en la sociedad civil —la demótica— y otras dos, de creciente dificultad, para el lenguaje sagrado.

Este recordatorio viene al caso por cuanto la presente exposición versa sobre las palabras. Era preciso recordar esas nociones para hacer más evidente lo que, a mi entender, hace necesaria una reflexión como la que pretendo realizar, pues, en la actualidad, la palabra no sólo ha perdido cualquier vestigio de sacralidad, sino que, además, su carácter instrumental ha perdido categoría, nivel. Cuando Nietzsche, hace más de un siglo, tronaba contra los periódicos, no lo hacía por reaccionarismo, como ha sido tópico afirmar hasta ahora, sino por esa enorme lucidez, que demostró en tantas cosas, que le hizo percibir lo que entonces era peligro y hoy realidad: la intoxicación por las palabras. En la era de la información —empieza a ser tópico aceptarlo— tener noticia de todo no significa ser más consciente ni más activo, sino tener provisionalmente satisfecha una curiosidad que se estimula sabiamente con cada noticia; e incluso, en muchos casos, quedar inhabilitado para la revuelta en la medida en que ciertas noticias despiertan en el espectador crítico sentimientos de culpabilidad. En mitad de los dos brutales episodios de fiebre que jalonan la crisis de la cultura occidental —primera y segunda guerras mundiales—, dos observadores sensibles supieron verlo así: Karl Kraus, en *Los últimos días de la humanidad* (1922), y Hermann Broch en *La muerte de Virgilio* (1945). El segundo presenta al poeta moribundo «perdido en la selva de las voces», mientras que el primero, menos lírico, más desgarrado, nos habla «de un presente capaz de gestar el horror hecho verbo».<sup>2</sup> Por boca de Virgilio, el poeta Broch se dice inútil, pues siente que su palabra ya no sirve para aleccionar a la humanidad en el bien. Kraus, en deprimente crescendo, describe ese presente como uno que «carece de carne, pero no sangre, que carece de sangre, pero no de tinta».<sup>3</sup>

Malos tiempos para las palabras, estos de «la selva de las voces», estos de la tinta que sustituye a la sangre dentro de las venas y la hace correr por sobre la tierra. ¿Quién sabe? Tal vez algún día se hablará de aquel tiempo en que las palabras experimentaron un crecimiento canceroso.

Ante este panorama tal vez fuera más sensato no acrecentar el caudal de tinta; pero más bien creo que eso sería un síntoma de caquexia, y que quizá sea lo más útil reflexionar sobre las palabras, sobre el significado que alguna de ellas han llegado a tener entre nosotros, descubrir su carácter generalmente ambiguo para develar el uso negativo que de ellas puede hacerse y separarlo de lo positivo y valioso. En el ámbito del discurso médico, desde hace tiempo me preocupa sobremanera lo que

<sup>2</sup> Kraus, K. (1991). *Los últimos días de la humanidad*. Trad. esp., Barcelona, Tusquest, p. II.

<sup>3</sup> Kraus, K. (1991), p. I.

tiene que ver con la prevención de la enfermedad, porque tiende a considerarse la orientación preventiva como la más positiva de cuantas ha conocido hasta hoy la medicina, lo que pone a ciertas palabras, a determinados conceptos y a las estrategias en ellos basadas al resguardo de la mirada crítica, permitiendo así que se desarrollen gérmenes —en el sentido más clásico, no necesariamente microbiológico, del término— que sería mejor eliminar. La prevención de la enfermedad es, sin duda, un objetivo legítimo y valioso; pero lo es en la medida en que no llega adoptar las formas de la enfermedad misma. Las estrategias de control de enfermedades son sin duda tarea fundamental de los Estados; pero lo son en la medida en que no se convierten en estrategias de control social basadas no en el peligro real, sino en el meramente potencial. Nietzsche, a quien hace poco me refería, descubría, hace más de cien años, en nuestra sociedad rasgos de decadencia de los que ella misma no parecía ser consciente, «estados valetudinarios», como los denomina uno de sus estudiosos ya en la segunda mitad de nuestro siglo.<sup>4</sup> No ha sido el único en detectar este peligro,<sup>5</sup> pero no parece que las sucesivas voces de alarma hayan despertado mucho eco. Tal vez ello se deba a que muy pocos médicos leen filosofía o literatura de calidad, intoxicados probablemente por los caudales de tinta de la prensa profesional y por la necesidad justificada de forma un tanto endeble desde la perspectiva moral, de «ponerse al día en la propia especialidad», así como en lo concerniente a la actualidad política nacional e internacional a través de los medios de comunicación. Sin embargo, un vistazo a la bibliografía reciente muestra la aparición de algunas voces críticas, a las que, en lo que valga, pretende sumarse lo que aquí se dirá.

### «SALUD», «ENFERMEDAD» Y CONCEPTOS AFINES

Para entrar en materia, probablemente sea lo más conveniente preguntarse qué se entiende hoy por salud y por enfermedad, por éste de conceptos en torno al cual se articula toda posible doctrina de la prevención. Y lo primero que llama la atención a este respecto es que ambos han caído, al menos parcialmente, pero de manera que tiende a considerarse natural, bajo el dominio de la medicina. En los últimos años no ha hecho más que crecer la reivindicación del título de «Ciencias de la salud» para denominar globalmente a un grupo de actividades científico-profesionales entre las que se cuenta la Medicina, y esta reivindicación se apoya en gran medida sobre la orientación preventiva.

<sup>4</sup> Klossowski, P. (1972). *Nietzsche y el círculo vicioso*. Trad. esp., Barcelona, Seix Barral, especialmente en pp. 115-121.

<sup>5</sup> Recientemente he tenido ocasión de desarrollar este punto de vista a través del análisis de *Knock, où le triomphe de la médecine*, de Jules Romains: «Educación sanitaria, medicalización, infiltración: el discurso preventivo en *Knock*, de Jules Romains», presentado en el Coloquio Hispanofrancés sobre «La medicina en España y Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII al XX)». Alicante, 12-14 de diciembre de 1994. (En prensa).

No todos los textos de Medicina Preventiva incluyen definiciones de la misma.<sup>6</sup> Una reciente obra colectiva realizada por especialistas españoles sí lo hace, advirtiendo que, en la actualidad, el concepto de Medicina Preventiva se corresponde con lo que en el Curriculum Development Project of the Center of Educational Development in Health de la Universidad de Boston se denomina «medicina clínica preventiva», concepto y denominación suscritos también por la Association of Teachers in Preventive Medicine Foundation:

La medicina clínica preventiva la constituyen aquellos servicios personales de salud proporcionados en el contexto de la medicina clínica, cuyo objetivo es el mantenimiento de la salud y la reducción del riesgo de enfermedad y, en definitiva, de muerte.<sup>7</sup>

Así pues, la enfermedad desde siempre, y desde hace poco la salud, se encuentran bajo la jurisdicción de la Medicina: no es extraño que hoy pueda reeditarse, como hace Canguilhem, la pregunta formulada hace casi dos mil años por Epicteto: «¿Quién de nosotros no hablaba de lo que es sano y de lo que es dañino antes de la llegada de Hipócrates?»<sup>8</sup> Sin embargo, no sería justo, ni razonable, pretender ahora un retorno al discurso «salvaje» —en el sentido que da a este término la actual antropología— acerca de la salud y la enfermedad. Se trata, tan sólo, de intentar situarse en el punto más conveniente de la distancia que separa a éste del discurso médico. Y ello, basándose en un análisis del estado de la cuestión.

A tal fin puede resultar muy ilustrativo comenzar documentando una polémica publicada en 1993 en la revista *Theoretical Medicine*. Uno de sus mantenedores, Hesslow, se pregunta si «es necesario un concepto de enfermedad»,<sup>9</sup> llegando a la conclusión de que no sólo no son necesarios los conceptos de salud y enfermedad, sino que ni siquiera son útiles para tomar decisiones en el dominio clínico ni en el ético, recomendando que la medicina se libere de ellos. Le responde Nordenfelt, defensor de los términos cuestionados.<sup>10</sup> Vale la pena detenerse un momento en el análisis de ambas argumentaciones.

Hesslow comienza advirtiendo que los conceptos *disease*, *illness* y *health* despiertan muy escaso interés entre los clínicos y los médicos investigadores, mientras que son discutidos sobre todo por filósofos, científicos sociales y *public health officials*.<sup>11</sup> Evidentemente no se detiene en este argumento referente a la demanda, o a la práctica intelectual de los médicos; no obstante, ya en este primer punto resulta posible detectar algunas inconsistencias, incluso más de las que señala

<sup>6</sup> Por ejemplo, uno titulado precisamente *Fundamentos de medicina preventiva*, del que son autores Muir, J. A. y Fowler, G. (1990). Madrid, Díaz de Santos.

<sup>7</sup> Piedrola, G., et. al. (1991). *Medicina Preventiva y Social. Higiene y sanidad ambiental*, 2 vols. Barcelona, Ed. Científica y Técnica, p. 18.

<sup>8</sup> Canguilhem, G. (1990). *La santé. Concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse, Sables, p. 9.

<sup>9</sup> Hesslow, G. (1993). «Do we need a concept of disease?». *Theoretical Medicine*, 14, pp. 1-14.

<sup>10</sup> Nordenfelt, L. (1993). «On the relevance and importance of the notion of disease». *Theoretical Medicine*, 14, pp. 15-26.

<sup>11</sup> Hesslow, G. (1993), p. 3.

su contrincante. Para éste, existen errores metodológicos (argumentos escasos y endeble, ausencia de otros conceptos relacionados con los que critica, como los de *sickness, defect, injury, impairment* o *disability*), pero, sobre todo, se aprecia una perspectiva estrechamente «médica», expresamente cerrada a más vías de análisis que podrían revelarse fecundas para esos mismos clínicos e investigadores a los que Hesslow se remite.<sup>12</sup> Esta actitud resulta sospechosa de lo que se ha dado en llamar «medicalización», pero, además, pasa por alto un dato básico de la sociología de la investigación, como es el que los médicos —y, en general, y de manera creciente, los científicos— dependen para su trabajo de los presupuestos, que vienen condicionados por intereses en gran medida prácticos, lo que deja a menudo al margen la reflexión sobre temas conceptuales, o la remite a esos especialistas a los que Hesslow contempla con cierta arrogancia. No obstante, la argumentación de este autor pone sobre el pavés una serie de cuestiones que son muy dignas de tenerse en cuenta. A su entender, el mayor interés de una demarcación conceptual de los términos «salud» y «enfermedad» se pone de manifiesto cuando se aplica una perspectiva sociológica funcionalista —en el sentido de Parsons— o legal económica; lo cual dista de ser irreal y, desde luego, baladí, sobre todo para nuestra reflexión.

Desde este punto de vista etiquetar un cierto estado del organismo como enfermedad tiene menos sentido «médico» —hay enfermedades conocidas que no tienen tratamiento, y otros estados no explícitamente morbosos que son tratados medicamente— que socioeconómico: la declaración de un estado como morbo conlleva el conocido «derecho a no trabajar» y, lo que es más, en las sociedades estructuradas sobre el modelo del «Estado de Bienestar» confiere el derecho a ser tratado en el marco de un sistema público de salud. En este punto el autor aprovecha para señalar que, en su país, Suecia, la Seguridad Social se hace cargo de la cirugía estética —que, obviamente, no es curativa— así como de la terapéutica de otras patologías de las que es responsable el individuo —accidentes deportivos, tabaquismo—.<sup>13</sup> Como puede verse en este punto se toca expresamente el problema en torno al cual nos reunimos. Da la impresión de que Hesslow estuviera a punto de proponer la retirada de la circulación del concepto de enfermedad para sustituirlo, en algunos casos, por otro menos neutral. La historia médica y social, del concepto de enfermedad, es inseparable de la noción de ayuda; pero, en la medida en que esta ayuda tiene unos costes, resulta necesario —piensa Hesslow— distinguir aquellas situaciones en que esperar ayuda es un derecho de otras en las que es un privilegio. Desde un punto de vista epistemológico, el resto de los argumentos esgrimidos por este autor tiene similar interés, pero su análisis nos apartaría del objetivo de este trabajo. Me interesa mucho más resaltar la trascendencia, tal vez para algunos inesperada, que, a la luz de lo dicho tiene el debate conceptual y

---

<sup>12</sup> Nordenfelt, L. (1993), pp. 16-17.

<sup>13</sup> Hesslow, G. (1993), pp. 7-9.

terminológico. La reflexión de Hesslow coincide con el auge del movimiento que propone sustituir el término «diagnóstico» (de enfermedad) por el de «juicio clínico orientado por problemas», y que niega la operatividad práctica del concepto clásico de especie morbosa en favor del más novedoso de «problema de salud.» A la luz de lo sostenido por Hesslow, esto no representa una «desmedicalización» de ciertas situaciones, que siguen siendo susceptibles de resolución médica, sino más bien una categorización diferente dentro del marco de la asistencia médica, en la que se toma en consideración el grado de responsabilidad que el paciente tiene en la aparición de su patología a la hora de decir quién tiene que correr con los gastos de esa asistencia. Aunque Nordenfelt no reconoce explícitamente esta consecuencia implícita en el trabajo de Hesslow, sin duda es consciente de lo que se dirime en la polémica cuando afirma que probablemente hay que huir de plantear el significado de los citados conceptos como tarea «de la filosofía de la ciencia en general, o de la filosofía de la ciencia médica», sino más bien como un punto de encuentro entre la filosofía moral y la filosofía política que propone denominar *the philosophy of welfare*.<sup>14</sup> En este sentido reivindica la orientación de la definición de salud de la OMS, que él mismo transforma en «capacidad para alcanzar un mínimo grado de felicidad»,<sup>15</sup> frase en la que se ponen barreras al utopismo de la definición de la Organización del año 46 — Nordenfelt habla de un «mínimo grado»— sin renunciar a un objetivo que desborda lo puramente médico. Resulta significativo advertir en esta definición la presencia de un concepto, el de felicidad, que ha sido reconocido como antecedente ilustrado de la actual noción sociopolítica del bienestar.<sup>16</sup> Sólo desde esta perspectiva puede entenderse su rechazo a las propuestas de Hesslow y su defensa de la que llama «red de conceptos de salud», que considera «esencial para nuestra comprensión cotidiana de la condición humana» y responsable «de un papel central en el discurso político relativo al bienestar.»<sup>17</sup>

Estas afirmaciones nos permiten enlazar con las mucho más provocativas de Canguilhem, quien, en su reflexión sobre el concepto de salud, propone como punto de partida lo siguiente: «admitámoslo por el momento: la salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar».<sup>18</sup>

Nadie que conozca al filósofo francés tomará esta declaración como una reivindicación del pensamiento salvaje en detrimento del científico; y menos si se concluye la lectura de esta obra, tan interesante para nuestros fines. Pues lo que Canguilhem busca es, precisamente, poner de relieve la compleja carga semántica de este término en el momento presente. La salud —se dice, se piensa— es una propiedad del cuerpo; y, sin embargo, el cuerpo humano

<sup>14</sup> Nordenfelt, L. (1993), p. 18.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 22. Nordenfelt postula esta definición en su libro *On the nature of health*, de 1987.

<sup>16</sup> Porras, I. (1992). «Salud y bienestar: un elemento teórico del discurso médico español». *Quirón*, 32-4, pp. 44-52.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>18</sup> Canguilhem, G. (1990), p. 14.

[...] es, a la vez, un dato y un producto. Su salud es, a la vez, un estado y un orden. El cuerpo es un dato en la medida en que es un genotipo [...] El cuerpo es un producto en la medida en que su actividad de inserción en un medio característico, su modo de vida impuesto, deporte o trabajo, contribuye a configurar su fenotipo [...] Es aquí donde cierto discurso encuentra su justificación. Este discurso es el de la Higiene, disciplina médica tradicional, hoy recuperada y travestida por una ambición socio-político-médica de regulación de la vida de los individuos.<sup>19</sup>

Es en este dominio donde el de salud se convierte en un concepto peligroso, ideológicamente cargado. Canguilhem no rechaza el análisis epistemológico de esta noción, pero tiene muy claro el papel que le corresponde:

El reconocimiento de la salud como verdad del cuerpo, en un sentido ontológico, no solamente puede, sino que debe admitir la presencia, en el lindero y como guardafuegos, de la verdad en sentido lógico, es decir, de la ciencia.<sup>20</sup>

Sin embargo, no parece que sea este papel de guardafuegos el que hoy tiende a concederse al discurso científico; aunque tal vez sea más exacto decir «el discurso cientista» de la medicina, como han señalado algunos autores, recordando que «el cientismo es la ciencia que ha perdido la capacidad de subversión».<sup>21</sup> Creo que este aserto, sin ser falso, merece ser matizado. En la mente de sus autores, el valor concedido a la subversión es positivo, creativo, estimulante del pensamiento, y se opone a lo retardatario, cerrado sobre sí mismo; pero, en cierto sentido, también puede atribuirse carácter subversivo, aunque en la dimensión más negativa del término, al discurso cientista, dogmático y cerrado, sobre la salud y la enfermedad, acerca de cuyos riesgos pretenden alentarnos los citados autores. De hecho, las columnas que, a su juicio, soportan este discurso reaccionario son «el mecanismo newtoniano» y «el biorreduccionismo», que equiparan la medicina a la ingeniería y la hacen formalmente intervencionista, orientación ésta que denomina también la prevención.<sup>22</sup>

### **«Prevención», «riesgo» y «estilo de vida»**

Es en este dominio donde debemos introducirnos ahora. La prevención de las enfermedades, nunca ausente de la mentalidad médica y a menudo presente en la política, ha sido objetivo fundamental, casi diría un rasgo de identidad, para el pensamiento moderno.<sup>23</sup> En el presente siglo, la OMS ha convertido la prevención en

<sup>19</sup> *Ibid.*, pp. 23-24.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>21</sup> Laura, R. S.; Heaney, S. (1990). *Philosophical Foundations of Health Education*. New York & London, Routledge, p. 5.

<sup>22</sup> *Ibid.*, pp. 5-6.

<sup>23</sup> El historiador de la medicina H. Schipperges ha documentado esta actitud en el pensamiento del Leibniz joven, y más

Leitmotiv de la política sanitaria mundial. Los autores más progresistas han corrido a alistarse bajo esta bandera, aunque probablemente sin compartir una misma idea, una idea clara, sobre cómo debe procederse a la hora de establecer una prevención de las enfermedades e incluso, más concretamente una Medicina Preventiva.<sup>24</sup> Esto ha dado origen al fenómeno más arriba señalado: la ambigüedad de unos conceptos que pueden aplicarse tanto a lo más progresista como a los más autoritario;

Prevención es el mayor desafío de nuestro tiempo, una provocación, similar en todo y del mismo rango que otras provocativas palabras, como paz, protección del medio ambiente, calidad de vida. Prevención, en este sentido, significa nada menos que la construcción de un programa para el moderno estilo de vida.<sup>25</sup>

Los autores del texto citado consideran que hay que plantear tres problemas previos, sin cuya resolución sería frívolo elaborar una medicina preventiva:

- 1) si el tema «salud» pertenece, en general, al catálogo de tareas del médico;
- 2) si el concepto «salud» puede tratarse científicamente, y con qué método;
- y 3) de qué modo pueden ponerse en práctica la educación para la salud, la planificación de la salud y la política de salud.<sup>26</sup>

Como, en parte, hemos visto ya, Canguilhem da una respuesta inequívoca a las dos primeras y fundamentales preguntas: el de «salud» es un concepto más que médico y menos que médico —un concepto en parte «vulgar»<sup>27</sup> y en parte «ontológico»—,<sup>28</sup> susceptible de ser abordado también desde la medicina.<sup>29</sup> Desde esta perspectiva ni el «sentido común», ni la filosofía, ni la medicina podría ejercer monopolio alguno sobre los asuntos concernientes a la salud. El epistemólogo francés llega incluso a proscribir, o al menos al limitar fuertemente, el uso del término «salud» en algunos dominios de la medicina, en concreto en el que ahora nos ocupa. Para él, no es exacto hablar de «salud pública», pues

Lo que es público, publicado, es, muy a menudo, la enfermedad [...] La salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales.<sup>30</sup>

Por otra parte, como reconocen los propios especialistas en medicina preventiva, no es el hombre sano quien busca al médico, sino el enfermo, al paso que el médico, educado para curar, sólo se siente seguro en esta perspectiva.<sup>31</sup> Incluso cuando se

---

concretamente en su *Memorandum zur Begründung einer Akademie der Wissenschaften*, de 1670. Schipperges, H. «Einführung». En: Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne R, G. (1984). *Gesundheitspolitik. Historische und zeitkritische Analysen*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, p. 12.

<sup>24</sup> Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (Hrsg.) (1987). *Präventive Medizin. Aspekte und Perspektiven einer vorbeugenden Medizin*. Berlin, Springer Verlag, p. 1.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>26</sup> *Ibid.*, pp. 3-4.

<sup>27</sup> Canguilhem, G. (1990), p. 14.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>31</sup> Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (Hrsg.) (1987), p. 2.

orienta hacia la prevención, en general sólo puede hacerlo en la dirección que le ha marcado esa misma educación previa, que acusa claramente ese «biorreduccionismo» antes mencionado.<sup>32</sup> Como puede verse, nuestro campo de estudio muestra de manera extraordinaria la dinámica de las distintas mentalidades; una dinámica que frecuentemente es polémica, que pone de manifiesto las incongruencias y las limitaciones de todas ellas y que sería ingenuo pretender rastrear hasta sus últimas consecuencias. En general puede decirse que, en los materiales revisados para la confección de este trabajo, se pone de relieve, casi sin excepción, ese aspecto tornasolado del discurso, en el que siempre se encuentra algo de valor al lado de algo peligroso. Lo hemos visto ya, espero que de forma poco superficial, en lo relativo a la noción de salud y a la de prevención. A continuación haremos un breve recorrido por el territorio de esta última.

Volvamos por un momento a lo señalado más arriba: en la actualidad, prevención equivale a «construcción de un programa para el moderno estilo de vida.» Un historiador de la medicina como Schipperges ha visto en este programa la recuperación del ideal clásico de la *díaita*,<sup>33</sup> apenas es preciso decir que esta equiparación ha sido recibida con los brazos abiertos por los médicos, como se pone de relieve en el mismo volumen colectivo en el que, no por primera vez, expone esta idea.<sup>34</sup> Se me ocurren, de momento, dos objeciones a la misma. La primera puede formularse como pregunta: ¿Dónde está ahora el hombre clásico al que puede aplicarse esa *díaita*? La segunda es que, tanto en su modalidad helénica, como en la medieval de la regala *vitae* y, en general, en todas aquellas que podamos rastrear a través de la historia, esa *díaita* ha sido asunto de minorías, incluso de élites, de manera que el primer desafío sería hacerla practicable en el marco de un modelo democrático de sociedad. Da la impresión de que Platón hubiera escrito en vano su historia del carpintero.<sup>35</sup>

Pero no es esto lo único que puede objetarse incluso a las versiones mejor intencionadas del concepto «estilo de vida». Una de las críticas más generalizadas, por evidente, a este concepto, es la que se basa en el hecho de que apunta solamente a la responsabilidad individual, dejando al margen los factores ambientales.<sup>36</sup> Hoy

<sup>32</sup> Laura, R., Haeney, S. (1990), p. 6.

<sup>33</sup> Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (Hrsg.) (1987), p. 3.

<sup>34</sup> Ridder, P. «Kritische Übersicht über das Begriffsfeld». En: Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (Hrsg.) (1987), pp. 39-64, *cit.* pp. 59-60.

<sup>35</sup> Me refiero a un fragmento de la *República* que los historiadores de la medicina, al menos los españoles, conocemos bien gracias al profesor Laín. En él se describe, con una notable actitud crítica, casi satírica, el supuesto —aunque plenamente comprensible— rechazo de la terapéutica dietética recomendada a los pacientes ricos, por parte de un carpintero que tiene que vivir de su trabajo cotidiano. Cfr. Laín, P. (1970). «La medicina hipocrática». Madrid, *Revista de Occidente*, p. 375.

<sup>36</sup> Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (Hrsg.) (1987), pp. 7-8. Laura, R., Haeney, S. (1990), p. 55. Aún más lejos llegan los coordinadores de un volumen de estudios sobre «antropología, historia y sociedad de la enfermedad», cuando afirman que «el mal biológico es significante de nuestra relación insatisfactoria con la sociedad; a través de él expresamos un *mal de vivre* o una crisis de los valores, pero la representación que de él producimos toma en primer término la forma de una teoría causal: el modo de vida moderno engendra enfermedades. El sentido se disimula aquí bajo la causa, o más bien, sólo es capaz de expresarse por su *conversión en causa*.» Auge, M., Herzlich, C. (Dir.) (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. París, Editions des Archives Contemporaines, p. 26.

se da la paradoja de que, aunque la medicina reconoce, en su producción escrita, la multicausalidad de la mayor parte de las patologías, no ha sido capaz aún de hacer derivar de ese reconocimiento una estrategia preventiva coherente, comportándose en este terreno como si aún profesase la monocausalidad instilada en ella por la teoría de la etiología específica nacida al *socaire* de la microbiología,<sup>37</sup> lo que Laín ha denominado «mentalidad etiopatológica». Esto ha conducido a incongruencias tales como la que algunos autores ponen de relieve al referirse a la política de las compañías de seguros en USA. Estas empresas ofrecen tarifas reducidas a los asegurados que pueden acreditar que realizan treinta minutos de ejercicios gimnásticos al menos tres días por semana, y reducciones aún mayores a quienes los practican durante una hora. Sin necesidad de parar mientes en los riesgos ambientales esta política es difícilmente comprensible dado que no puede acompañarse del control de otros riesgos individuales, como el consumo de alcohol o de tabaco.<sup>38</sup> En este sentido puede hablarse de ausencia total de racionalidad, no ya de científicidad, en cierta manera de considerar la responsabilidad individual en la prevención de la enfermedad en el marco de un «estilo de vida saludable», pero más allá de esta ausencia de rigor intelectual, se descubre una incongruencia aún mayor con graves implicaciones sociales:

Esta ideología convence a la gente de que debe asumir la responsabilidad sobre su propia salud en una época en la que, de hecho, se ha llegado a disponer de muy escasa capacidad de control sobre el propio entorno.<sup>39</sup>

Acabamos de tropezar con un término clave para el análisis de nuestro problema: «ideología». La mayor parte de los autores que se muestran críticos con la actual orientación preventiva lo hacen por considerar que puede ser, que de hecho es instrumentada políticamente como herramienta de control de los individuos. Este temor se ve acrecentado por el hecho de que, hasta el momento, las orientaciones profilácticas que reposan en el cambio de actitudes individuales apenas han producido resultados significativos.<sup>40</sup> Tal vez sea preciso, a lo sumo, hacer una excepción, no exenta de matizaciones, en el caso del sida.<sup>41</sup> ¿Por qué, entonces, se mantiene el interés por los «estilos de vida»? Algunos analistas responden señalando la utilidad que este discurso tiene para el Estado. Ya hemos visto lo que al respecto pensaba Canguilhem. Más explícitamente, e introduciendo, además, nuevos factores, se pronuncia uno de editores de un *Traité d'Anthropologie Médicale canadiense*:

---

<sup>37</sup> Laura, R., Haeney, S. (1990), p.6. No podemos menospreciar el impacto producido por el descubrimiento de la etiología específica, en concreto la microbiana, sobre la epistemología de la medicina. Canguilhem ha llegado a afirmar que «si podemos afirmar que la medicina ha alcanzado el estado de ciencia, ello ha ocurrido desde luego en la época de la bacteriología.» Canguilhem, G. (1988). «Le statut épistémologique de la médecine». *Hist. Phil. Life Sci.*, 10, suppl., pp. 15-29, cit. p. 23.

<sup>38</sup> Laura, R., Haeney, S. (1990), p. 145.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 177.

<sup>40</sup> *Ibid.*, pp. 183-186. Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (1987), p. 9.

<sup>41</sup> Montiel, L. (1995). «La profilaxis del sida: análisis de una estrategia». *Dynamis*, 15, pp. 251-266.

El poder del Estado es proporcional a la importancia que las personas conceden a la salud, así como el poder de la Iglesia es proporcional al que conceden a la salvación.

Si nuestro ideal es durar, si no reconocemos ningún valor por encima de nuestra existencia, estamos de antemano sometidos a los poderes que dispensan los tratamientos. En las sociedades avanzadas este poder es el Estado, el cual, incidentalmente, ha entrado en la esfera de la salud en el momento preciso en que esta última sustituía a la salvación como preocupación central.

Cuando los gobernantes se enorgullecen de que la esperanza de vida se ha acrecentado bajo su mandato, perciben que tienen el látigo simbólico con el que obtendrán aún más sumisión. ¿Qué puede temerse de un individuo cuyo valor fundamental le prohíbe morir, sufrir incluso por una causa superior?

Todos los proyectos neoliberales vendrán a romperse contra esta roca sumergida: la tiranía ejercida por la necesidad de seguridad. Cuando se desee devolver al Estado su poder fiscal, no habrá más que amenazar con privar a los ciudadanos de los servicios médicos esenciales. Esto constituye para nuestros gobernantes un arma tan poderosa como la excomunión para los obispos de la Edad Media.<sup>42</sup>

No he podido resistirme a transcribir una cita tan extensa porque en ella se señalan varios factores que no podemos pasar por alto. En este fragmento, la referencia al Estado no deja en la sombra otros aspectos: en primer término, la dramática alianza establecida entre un supuesto Estado controlador —que puede tener cualquier color; a nadie engañe la referencia a las políticas neoliberales— y una sociedad que, con término que tomo prestado de Klossowski intérprete de Nietzsche,<sup>43</sup> podemos calificar de «valetudinaria», a la que me he referido ya en otro lugar. En segundo término, aunque directamente derivado de lo anterior, se intuye entre bastidores la presencia de un agente tan poderoso como es la industria farmacéutica y, en general, la tecnología aplicada a la salud: esos «tratamientos» de que habla el texto citado, esos «servicios médicos esenciales», que a veces sólo el Estado puede dispensar.<sup>44</sup> La salud ha pasado de ser un bien individual a ser, también, un bien político y económico. Como reconocen los autores del volumen colectivo ya citado sobre Medicina Preventiva, «se han abierto nuevos mercados sanitarios», y eso ha propiciado que el mantenerse sano se convierta en una tarea que pasa por el uso de la medicina y de los medicamentos.<sup>45</sup> Porque esto es así suponen algunos, y es necesario preguntarse

<sup>42</sup> Dufrense, J. (1985). «L'impératif écologique». En: Dufrense, J., Dumont, F., Martín, Y. *Traité d'Anthropologie Médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Québec & Lyon, pp. 811-832 (p. 830).

<sup>43</sup> Klossowski, P. (1972). *Nietzsche y el círculo vicioso*. Trad. esp., Barcelona, Seix Barral.

<sup>44</sup> Sobre las repercusiones económicas de la nueva tecnología sanitaria, v. Mc. Gregor, M. «L'impact de la technologie sur le système des soins». En: Dufrense, J., Dumont, F., Martín, I. *op. cit.*, pp. 385-404, así como Krämer, W. (1989). *Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin*. Frankfurt a.M., S. Fischer Verlag.

<sup>45</sup> Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (1987), p. 4. RIDDER, P. (1990). *Im Spiegel der Arznei Sozialgeschichte der Medizin*. Stuttgart, S. Hirzel Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, pp. 18-21.

en qué medida tienen razón, que «la prevención primaria no es otra cosa que un programa de intervención política».<sup>46</sup>

## LOS DOS DISCURSOS DE LA PREVENCIÓN

La primera respuesta que hay que dar a esta pregunta parece ser, desgraciadamente, afirmativa. Son ya numerosos los autores que han señalado en el actual discurso de la prevención, y muy explícitamente en su argot técnico, ingredientes explícitamente culpabilizadores. El *terminus technicus* que más aguda y unánimemente ha sido señalado es el de «riesgo», así como sus derivados «factores de riesgo», «conductas de riesgo», «grupos de riesgo».<sup>47</sup> Pero también otros, aparentemente neutrales, dejan de serlo cuando se consideran en su contexto: así, por ejemplo, el de «estilo de vida saludable». Al margen de lo ya señalado respecto a la comparación con la *dáita* clásica, reclamar al hombre actual de las sociedades occidentales un estilo de vida saludable supone ignorar la antinomia que de este modo se produce entre la disciplina que se le propone y el hedonismo que continuamente se le sugiere, para bien de la dinámica económica, a través de los medios de comunicación.<sup>48</sup> Asimismo representa una curiosa delegación de responsabilidades: se insta al individuo a comportarse de cierta manera, a hacer ciertas cosas y abstenerse de otras y, llegado el caso, se le brinda apoyo psicológico, terapias relajantes y, en último término, la medicina curativa; todo antes que variar las circunstancias ambientales, laborales o, en general, psicosociales que pueden estar en la base de sus dolencias, así como de la incapacidad de facto de cambiar de modo de vida.<sup>49</sup> La consecuencia inmediata de esta delegación no ya de poderes, cuanto de deberes —como ha puesto de relieve Bensaïd—<sup>50</sup> conduce a la actitud que ya es tópico denominar *victim-blaming* actitud que, como algún autor ha puesto de relieve, «[...] ignora lo que se sabe acerca de la conducta humana y minimiza el asalto institucional-social-estructural a la salud»,<sup>51</sup> y que, además se refuerza en la medida en que, a través de la moralización de la salud, conduce a la autoculpabilización.<sup>52</sup>

<sup>46</sup> Schaefer, H., Schipperges, H., Wagne, G. (1987), p. 5.

<sup>47</sup> Hayes, M. (1992). «On the epistemology of risk: language, logic and social science». *Soc. Sci. Med.*, 35-4, pp. 401-407 (p. 403). Connors, M. (1992). «Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users. Implications for AIDS prevention». *Soc. Sci. Med.*, 34-6, pp. 591-601. En particular, los estudios más progresistas dedicados al SIDA suelen poner el acento en los peligros inherentes a estos conceptos, así como a su ocasional uso perverso. (Cfr. mi artículo citado en n. 40).

<sup>48</sup> Crawford, R. (1984). «A Cultural Account of «Health»: Control, Release and the social Body», en: Mc KINLAY, (Ed), *Issues in the Political Economy of Health Care*. Cit. en: Laura, R., Haeney, S. (1990), p. 177.

<sup>49</sup> Eyre, J. (1977). «Economy, Medicine, Health». *International Journal of Health Services*, 7-1, pp. 1-150. Cit. en: Laura, R., Haeney, S. (1990), p. 177.

<sup>50</sup> Bensaïd, N. (1981). *La lumière médicale. Les illusions de la prévention*. Paris, Ed. Du Seuil, p. 36.

<sup>51</sup> Crawford, R. (1977). «You Are Dangerous to Your Health: The Ideology of Victim Blaming». *International Journal of Health Services*, 7-4, pp. 663-679. Cit. en: Laura, R., Haeney, S. (1990), p. 176.

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 177. Una vez más debo remitir al lector al provocativo libro de Bensaïd, al que dediqué alguna atención en mi trabajo citado en la nota 40.

Todo lo anterior no supone, en modo alguno, una proscripción de la prevención; tan sólo pretende poner de relieve algunos peligros, tarea a la que, como se ve, se han dedicado numerosos e importantes esfuerzos. Por otra parte, hay que señalar que, respondiendo rápidamente a estas señales de alarma, se están realizando ya propuestas para devolver al discurso de la prevención la positividad perdida. En este sentido es de justicia mencionar las iniciativas de la OMS a partir del documento conocido como Ottawa Charter (1986). Este texto,<sup>53</sup> resultado de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, constituye, como su nombre indica, una especie de Carta Magna de la Salud Pública en su sentido más ambicioso, el que la hace tarea de todos, vale decir, de los gobiernos tanto como de los ciudadanos: y, en cierto sentido, de los gobiernos en tanto que representantes legítimos —¿no es así como se autoproclaman, como les gusta ser reconocidos?— de los ciudadanos. Las palabras clave de este documento, articuladas en torno al concepto formalmente positivo de «promoción de la salud», pretenden ser igualmente positivas, destacando la noción de empowerment —autorización, habilitación—. La segunda de estas Conferencias Internacionales (Adelaida, 1988), tuvo por tema «la política pública de salud»,<sup>54</sup> insistiendo en los mismos ítems y defendiendo la necesidad de llevar a la práctica las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa. En 1991 tuvo lugar la tercera de estas conferencias en Sundsvall (Suecia), cuyo título y tema resultan aún más explícitos que los de las dos primeras: *Creating supportive environments for health*.<sup>55</sup> Consecuentemente con el título, lo que en el documento final de la reunión se menciona en cuanto a las circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas no tiene que ver con responsabilidad individual —no se utiliza el término *lifestyle*— sin o con la colectiva, hablándose de las *conditions of life*.<sup>56</sup> Con todo, como señala uno de los autores citados en este trabajo, las estrategias vigentes para la promoción de la salud prácticamente ignoran estos buenos propósitos,<sup>57</sup> ciñéndose, como hasta ahora, a perspectivas puramente médicas y no «socioecológicas» —como, a su juicio, cabe denominar a las de la OMS—, lo que, por una parte, proporciona una cierta seguridad dado el carácter científico de la argumentación médica y, por otra, refuerza el discurso individualista sobre la preservación de la salud, dejando de lado las responsabilidades políticas. No se trata, empero, de adoptar posiciones maximalistas en uno u otro sentido, sino de reconocer, como hace uno de los autores que de esta manera, más sensata reflexionan sobre estas tensiones, que la salud está condicionada por tres factores potencialmente modificables: «medio ambiente, biología y estilo de vida»,<sup>58</sup> de modo que la insistencia en la modificación del estilo de vida exige como correlato la de las condiciones a que hace referencia la OMS. En este

<sup>53</sup> W.H.O.; Health welfare Canada; Canadian Public Health Association (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, 5 pp.

<sup>54</sup> W.H.O. (1988). *Report on the Adelaide Conference. Health Public Policy*. W.H.O. Regional Office for Europe, Denmark.

<sup>55</sup> Pettersson, B., Tillgren, P. (Eds.) (1992). *Creating supportive environments for Health*. Tryckeribolaget, Sundsvall.

<sup>56</sup> *Op. Cit.*, pp. 52 y 53.

<sup>57</sup> Hayes, M. (1992), p. 403.

<sup>58</sup> Yeo, M. (1993). «Toward an ethic of empowerment for health promotion». *Health Promotion International*, 8-3, pp. 225-235, cit. p. 225.

mismo sentido, y en nombre de la misma lógica que esgrime la ciencia de la prevención —prevenir significa adelantarse al futuro— reclama una actitud prospectiva, como la que caracteriza la «posibilitación» —enabling empowerment— en sustitución de la tan claramente retrospectiva que representa la «culpabilización» —blaming—, pues sólo se es culpable de lo ya realizado.<sup>59</sup> Igualmente devela otras falacias de la argumentación tradicional, como es la que, arteralmente, encubre el aparentemente progresista concepto de «comunidad». En nombre de la comunidad —y de la libertad y la personalización de la ayuda al enfermo—, el Estado se lava las manos con respecto a numerosos problemas de salud, sin reconocer que: esa utópica «comunidad» apenas existe en nuestras sociedades, que no es, como algunos pretenden creer, algo existente, dado —given—, sino algo por hacer, una tarea —task—. <sup>60</sup> El falso discurso progresista de la «asistencia en la comunidad», que a menudo no es más que individualismo con piel de cordero, queda, así, enfrentado a la responsabilidad colectiva encarnada en el gobierno. Se ha comprobado que, incluso en los casos más favorables, los cambios en el estilo de vida son limitados y poco duraderos, y que sólo alcanzan un nivel importante cuando cuentan con el decidido apoyo de todo el grupo familiar,<sup>61</sup> lo que permite suponer —y ello ha dado origen a algún proyecto de investigación en este sentido— que la mejor estrategia para orientar dichos cambios es la que se dirige a ciertos hábitos comunitarios, culturalmente condicionados.<sup>62</sup> Por este camino, el «estilo de vida» sale al encuentro de al menos algunas «condiciones de vida», y la responsabilidad deja de gravitar, obsesivamente, sobre el individuo. Esto, que aparece reconocido, en general, en los tratados de Medicina preventiva —«uno de estos aspectos, pero no necesariamente el más importante, es el que aporta la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial»—<sup>63</sup> a menudo no queda reflejado en la práctica, como ponen de relieve algunos de los autores citados, así como la observación de lo ocurrido en torno al SIDA.

No parece preciso advertir que, así planteado, el problema de la promoción de la salud tiene más difícil solución que si se encomienda esta tarea al individuo. Pero resulta fácil imaginar una existencia en la que cada cual eligiera, en todos los casos, la solución más sencilla y cómoda para sus problemas. En cualquier caso, si la ciencia dice buscar el conocimiento de la realidad, no sería malo que, también en este caso, intentase ofrecer una visión objetiva de los hechos. Ciertamente que es muy difícil, y muy costoso, dar respuesta a los problemas de salud desde esta ambiciosa perspectiva. Pero puede que no lo sea más que enviar el telescopio espacial Hubble o la sonda espacial Galileo a lugares donde no hay un sólo ser humano, y se ha hecho.

---

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 231.

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> Laura, R., Haeney, S. (1990), pp. 187-188, 196.

<sup>62</sup> Frankenberg, R. (1993). «Risk: Anthropological and Epidemiological Narratives of Prevention»..En: Lindenbaum, S., Lock, M. (Eds.). *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, pp. 219-242, cit. p. 222.

<sup>63</sup> Piedrola, G., et al. (1991), p. 17.





## DATOS DE LOS AUTORES



Andrea Angulo Menassé es psicóloga social por la UAM–Xochimilco y doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana. Ha trabajado con mujeres en la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos en comunidades de Oaxaca y Chiapas. Actualmente es profesora–investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.



David García Cárdenas es médico por la UAM–Xochimilco y maestro en Educación en Profesiones de la Salud por la Universidad de Maastricht. Ha sido responsable de programas públicos de promoción de la salud y de la formación de promotores en los ámbitos institucional y comunitario. Se interesa en el desarrollo de ambientes reflexivos para la formación de profesionales de la promoción de la salud y es fundador de la comunidad virtual para promotores de salud “Manantial de Nubes”. Actualmente se desempeña como profesor–investigador de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.



Martha Aline Gómez Pananá es médica por la UAM-Xochimilco. Tiene estudios de posgrado en terapia familiar, de pareja e individual. Desde 1998 ha participado en distintas experiencias de formación de promotores de salud comunitarios y a nivel profesional. Actualmente trabaja en espacios institucionales, comunitarios e individuales desde el enfoque de prácticas colaborativas y narrativas. Sus intereses académicos se sitúan alrededor de la promoción de la salud, a través de procesos reflexivos y dialógicos. Es profesora-investigadora en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.



Lourdes Guzmán Pizarro es pedagoga por la UNAM y cursó estudios de posgrado en Ciencias Sociales y Salud en la Universidad de Barcelona. Ha colaborado en el campo de la promoción de la salud en diversas instituciones públicas y asociaciones civiles. Fue profesora investigadora del Instituto Nacional de la Salud Pública y participó en el diseño de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM. Sus intereses son la noción de sujeto político en el ámbito de la salud. Actualmente se desempeña como profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.



*Introducción a la promoción de la salud*  
de Lourdes Guzmán Pizarro (coordinadora), Andrea Angulo Menassé,  
David García Cárdenas y Martha Aline Gómez Pananá,  
se terminó de imprimir en diciembre de 2016,  
en los talleres de impresión de la  
Universidad Autónoma de la Ciudad de México,  
San Lorenzo 290, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100,  
con un tiraje de 3,000 ejemplares.  
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara  
Asesora editorial: Ana Beatriz Alonso Osorio  
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

La promoción de la salud es un campo multidisciplinar de interés incuestionable en el actual contexto social latinoamericano. La presente obra nos muestra un comprensible mosaico de los alcances que esta disciplina ofrece a todo aquel interesado en el tema.

*Introducción a la Promoción de la salud*, como su nombre lo indica, es un libro dirigido en particular a los estudiantes de nuevo ingreso de esta licenciatura, inédita en el mundo e impartida —como tal— por primera vez en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Sin embargo, en palabras de los autores: "no descartamos que estudiantes universitarios de cualquier otra carrera o [...] de otras universidades, así como profesionales del campo, puedan encontrar en este documento elementos valiosos que les permitan acercarse a la promoción de la salud". Los contenidos de este material educativo pretenden orientar y acompañar al estudiante en el descubrimiento de los antecedentes que han dado origen a la promoción de la salud, así como mostrarle los conceptos fundamentales y distintos enfoques que el promotor tiene al alcance como herramientas para llevar a cabo su trabajo. El lector encontrará nuevas formas de acercarse a las concepciones de salud, problema de salud, promoción de la salud y población involucrada en esta experiencia. Se ha trazado un camino en que el estudiante puede partir de su origen particular, adentrarse en las temáticas y arribar a un proyecto personal de trabajo.

Los autores se han preocupado por enriquecer el texto con ejemplos y actividades que aplicaron previamente en sus grupos, a fin de hacer de las sesiones un proceso dinámico y significativo. El libro ofrece también vínculos con una gama de lecturas indispensables, para quien desee incursionar en la construcción de los sustentos teóricos y metodológicos de este campo del conocimiento.

**UACM**

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

*Nada humano me es ajeno*

Biblioteca  
**BE**  
del  
Estudiante

ISBN 978-6079465216



9 786079 465216