

Promoción de la salud, siete tesis del debate

Ma. del Consuelo Chapela Mendoza¹
Edgar C. Jarillo Soto²

Resumen

Se presentan siete de las consideraciones conceptuales que permiten entender a la promoción de la salud y han derivado en alternativas metodológicas y prácticas en el Diplomado en Promoción de la Salud que ofrece la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco en México. Se parte de una visión de "ser humano" y se toma en cuenta el discurso internacional relevante, se identifica la autoconstrucción de los sujetos como uno de los objetivos de esta práctica que implica intervenciones en las relaciones pedagógicas de dichos sujetos. Mientras el promotor de la salud trabaja para la construcción de unidades operativas, "el otro" lo

Palabras clave:

Promoción de la Salud, planificación, relación pedagógica, sujeto.

Key words:

Health promotion, planning, pedagogic relation, subject.

1. Profesora-investigadora, Diplomado en Promoción de la Salud. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

2. Profesor-investigador, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Introducción

La promoción de la salud puede verse como práctica o como corriente metodológica y movimiento internacional. En tanto práctica, puede llevarse a cabo dentro de las actividades de la vida cotidiana o profesional. Como movimiento internacional inicia formalmente en 1984 con la Conferencia de Ottawa, Canadá (*First International Conference*, 1984) y se pronuncia en distintas conferencias internacionales, siendo la última ocasión en ciudad de México 2000 (*Fifth International Conference*, 2000). En este lapso el movimiento ha generado distintas concepciones y prácticas institucionales y profesionales que serán discutidas en otro lugar. Este artículo presenta algunas de las reflexiones que se han hecho

hace para cambiar una situación de su realidad. El proceso de planificación se constituye en el vehículo de la promoción de la salud, ya que permite definir las razones, formas y circunstancias de los ambientes pedagógicos. El proceso, más que los contenidos, es el que facilita la autoconstrucción del sujeto y por ende la elevación de los niveles de salud. Existen inercias internas y externas a los procesos de promoción de la salud relativas a las relaciones de poder en la sociedad y entre los sujetos sociales, que se constituyen en los principales obstáculos para la promoción de la salud. Se identifica la esperanza como facilitador de estos procesos.

Abstract

Seven conceptual and methodological considerations about health promotion (HP) are presented here. They have been used to construct methodological and practice alternatives for the Health Promotion Diploma offered in UAM-X. From a specific definition of human being and considering the relevant international discourses, the subject self-construction was identified as a HP objective which achievement implies intervention upon subject's pedagogic relations. It is said here that while the health promoter works in the construction of "operative units", "the other" works to change a part of his/her reality. The planning process is a HP vehicle since it helps in the identification of the context, ways and other circumstances of the pedagogic relation. Further than contents, the planning processes themselves are the self-subjection facilitators thus the means to health levels rising. Internal and external power relations constitute one of the main HP obstacles. Hope is identified as those processes facilitator.

3. El ser humano es naturaleza natural, hecho de materia, tiempo y espacio, un ser biológico con estructuras que lo capacitan para desarrollar funciones únicas con respecto a otros seres vivos. En el ejercicio de estas funciones, crea una segunda naturaleza, la naturaleza simbólica (poder, dinero, valores, historia) que interactúa con la naturaleza natural transformándola. Cf. por ejemplo Schmidt, Fromm (1962).

en la implementación del Diplomado en Promoción de la Salud que se ofrece en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X), y que hasta ahora han servido de base conceptual y metodológica a sus participantes tanto durante las actividades académicas como en su confrontación con la realidad institucional y laboral.

Primera tesis

Las prácticas de promoción de la salud, desde que se tiene memoria humana y del ser humano, han permitido la expansión de esta especie que reorganiza intencionalmente la naturaleza natural hasta producir una segunda naturaleza.^{3, 4}

Una segunda naturaleza no material, simbólica, pero no por eso menos real que su naturaleza natural. Tan real como su capacidad para modificar las condiciones materiales de la naturaleza natural. Las capacidades *sapiens*, *faber*, *ludens*, erótica y política del ser humano le permiten transcurrir del deseo a la acción y en este proceso construir experiencia⁵ y volver al deseo. El ser humano simboliza en el conjunto social que construye y vive en la historia,⁶ ordena y norma símbolos para producir discursos.⁷ Es a través de estos discursos que el saber, simbolización de las representaciones de la realidad, se pone en práctica en una sociedad, en donde es valorizado, distribuido, repartido y atribuido (García, 1990: 18) logrando así una suerte de "distribución social del discurso" y al interior de la misma una "distribución social del saber".

La salud, al igual que la enfermedad, forma parte de esta segunda naturaleza del hombre en tanto representación, simbolización y discurso. Esto es: tanto la salud como la enfermedad son representaciones que el ser humano hace de la realidad. La naturaleza natural por sí misma no enferma o está saludable, es la representación humana de lo enfermo o lo sano, su segunda naturaleza, la que define cómo se miran los procesos, eventos o situaciones en la naturaleza natural. Pro-

ducto de estas definiciones es que el ser humano decide sobre cómo quiere construir, deconstruir o reconstruir, es decir, intervenir para transformar ambas naturalezas.

Foucault identifica la existencia de “sociedades de discurso” (García, 1990: 35-36; Foucault, 1980: 21-22), grupos sociales que recrean “discursos dichos”⁸ que, bajo la validación de una voluntad de verdad, ponen el saber en práctica valorizándolo, distribuyéndolo, repartiéndolo y atribuyéndolo diferencialmente logrando la inclusión y exclusión de verdades y la imposición de un poder. De esta manera, a lo largo de la historia se va construyendo un saber dominante a expensas de otros saberes marginales que no por ser excluidos dejan de existir y ser utilizados.

El saber en salud y las prácticas de promoción de la salud son construidos y deconstruidos por todos los grupos sociales y en todos los momentos históricos, son naturaleza construida que intenta representar y significar al ser biológico que construye su propia naturaleza: la naturaleza humana. Hay saberes dominantes en salud que se imponen sobre otros saberes, los marginan y los excluyen de algunos espacios, pero no los nulifican, puesto que estos saberes marginados tienen sus propios procesos de producción y sus propias vías de distribución, consumo y resistencia. Aunque diferencialmente, ambos saberes se penetran y resignifican.

Promover la salud es una práctica que tuvo que acompañar al ser humano para que pudiera ser viable como especie. El *homo habilis* con el que los primeros *homo sapiens* compartieron la alborada de la significación, de la segunda naturaleza, pudo percibirse, representar y simbolizar; construyó saberes y tecnología; y, sin embargo, un lóbulo frontal apenas incipiente lo hizo limitado para el deseo, la proyección, la innovación y el cambio (Alimen y Steve, 1992). El *homo sapiens* ha sobrevivido hasta ahora gracias a su capacidad de pensar el futuro, a su capa-

cidad de desear, de apasionarse, de inventar, de crear opciones y de *decidir*.

No puede dejar de verse que al interior de la creación humana, su segunda naturaleza, engendra también su destrucción. El ser humano haciéndose ajeno a su primera naturaleza, pretende *tomarla para sí*.⁹ Y en ese “tomar” marca el camino de retorno a la naturaleza natural, esta vez sin humanos.¹⁰

Podemos percibir, definir, indagar, pensar y actuar en salud como pertenecientes a una sociedad de discurso dominante o hacer caminos para facilitar que los distintos saberes en salud puedan ser distribuidos y apropiados por los grupos sociales que los requieran. Este segundo camino es el de la modalidad de promoción de la salud que se propone en este texto.

Segunda tesis

*Decir: “Salud es la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables”.*¹¹

Es un resultado y un principio del hacer o del querer hacer en relación con la salud. Es una definición y como tal, un discurso que entre lo dicho y lo no dicho, el explícito y el implícito, *revela* a quien lo produce, qué piensa de sí mismo, de lo propio y de los otros, de lo externo y de lo ajeno. Hay *revelaciones* sobre salud que no cursan por la forma “definición”: las prácticas y sentires de quienes sin definir, perciben, piensan y actúan en función de lo saludable. Solamente como ejemplo están los cientos de usos que nuestras culturas hacen del maíz para vivir y trascender: usos rituales, como símbolo de poder, de fertilidad, de pertenencia, como alimento, como curación, en fiestas y celebraciones, en la toma de decisiones, en la observación del tiempo, etc. (Museo Nacional de Culturas Populares, 1982). Estas prácticas están sintetizando el sentir, el pensar y el hacer con respecto a la vida, su significado y su mantenimiento, es decir, con respecto a la salud.¹²

4. Es necesario reconocer las invaluable aportaciones del Maestro Manuel Outón Lemus para la construcción de este discurso. Algunas de sus aportaciones están ya por salir a la luz en forma de libro. Por el momento circulan internamente en la UAM-X en forma de apuntes (Outón, 1999).

5. “Experiencia es el ser inmerso en una cultura, en un espacio y en un tiempo hecho de saber, normatividad y subjetividad” (García, 1990: 22).

6. “Leer, comentar, imaginar, interpretar, escribir, son fenómenos de biblioteca. La creación se edifica sobre lo ya dicho, en el ritual combinatorio, en las reglas del intercambio, en las múltiples permutaciones” (García, 1990: 14).

7. “... discursos que *se dicen* en el curso de los días y de las conversaciones, y que desaparecen con el acto mismo que los ha pronunciado; y los discursos que están en el origen de un cierto número de actos nuevos de palabras que los reanudan, los transforman o hablan de ellos, en resumen, discursos que, indefinidamente, más allá de su formulación *son dichos*, permanecen dichos, y están todavía por decir. Los conocemos en nuestro sistema de cultura: son los textos religiosos o jurídicos... y también en una cierta medida los textos científicos” (Foucault, 1980: 21-22).

8. Ver nota 5.

9. “La supuesta exterioridad de la naturaleza no es tal, la naturaleza nos contiene aún con nuestra propuesta de razón (práctica, instrumental, técnica o científica). Lo que tenemos al frente es una forma social que supone so-

lucionada la dialéctica entre barbarie y civilización. Que sostiene la dinámica social, económica y política en dos relaciones básicas: una primera de exterioridad frente a la naturaleza, donde el medio físico, la naturaleza son concebidas como objeto del dominio técnico científico. Y una relación hacia el interior del conjunto social donde las relaciones sociales aparecen solucionadas en la igualdad jurídica, formal, igualdad abstracta que desmorona tradiciones, cultura e historia” (Outón, 1999).

10. Iván Illich en los años 70, alerta sobre esta posibilidad en su obra *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health* (Illich, 1977).

11. Esta definición, aunque en los últimos cuatro años ha sido superada, permitió estructurar el Diplomado en Promoción de la Salud en la UAM-X (Chapela, 1996).

12. “La enfermedad aparece... olvidando que lo que existen son *sujetos enfermos*, pero no existe la enfermedad como ente-lequia, de la misma manera que no existe como esencia el bien o el mal, sino los actos buenos o malos, según el lugar que ocupe el sujeto al interior de determinadas relaciones de fuerza... es necesario dar crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre la enfermedad” (García, 1990: 34).

13. “Vida madura: adulto que guarda en el olvido sus fantasías y fantasmas de niño primitivo. Deseos encerrados en el arcón de los sueños, en el inconsciente, que a veces escapan disfrazados al dormir. Pluralidad de sueños que sucumben a la vigilia” (García, 1990: 38).

14. Paulo Freire en su *Pedagogía de la esperanza* (1998) nos

La manera de definir y quién define, está marcando qué y con qué se va a pasar de la definición a la acción, quién va a hacer, para quién, cuándo, cómo y cuánto se va a hacer. La definición anterior pretende abrir el espacio para que el sujeto pueda apropiarse de sus propias representaciones y procesos. La salud es una capacidad que sintetiza las características humanas: el ser *sapiens, faber, ludens*, erótico y político. Es un poder desear, pensar, decir y hacer, atribuible a cada sujeto individual y también al sujeto colectivo. El pensar, el decir y el hacer se traducen en procesos de cambio en donde lo que hoy está o es, lo podemos entender desde el mirar al pasado inmediato y mediato. A partir de lo que está o es, el sujeto puede desear e identificar maneras de delimitar, contrastar con “lo posible” para así hacer reales esos deseos, es decir: puede imaginar futuros viables. Desde estos dos puntos de referencia, lo que está y lo posible, entonces definirá acciones en el presente que le permitan pasar del querer al hacer: el gobierno de *su* presente. Esta definición releva la *autoconstrucción del sujeto* es decir: el sujeto (individual o colectivo) estará sujetado por sus propios deseos y por su propio actuar haciendo posible la liberación de los sueños¹³ y la dignificación de su existencia.

El nivel de salud de un individuo o de un grupo pudiera entonces ubicarse por la capacidad de ejercerse, desarrollarse y permanecer como humano en sus dos naturalezas (capacidad de dignidad humana) y la promoción de la salud como un planteamiento que desde lo biológico, lo político y lo pedagógico identifica y lleva a cabo prácticas encaminadas a favorecer la elevación de esos niveles de salud.

Tercera tesis

*La promoción de la salud se ocupa de los sujetos que se construyen a sí mismos en un continuo hacer, reflexionar y hacer, base de la pedagogía de la esperanza.*¹⁴

Sujetos individuales y colectivos

que quieren reconocerse, identificarse, diferenciarse y construirse, es decir: tomar control sobre sí mismos, su tiempo y su espacio. Este querer está presente como resultado de su condición de dignidad humana¹⁵ y encuentra sus razones y formas dentro del contexto de su segunda naturaleza. Es decir el sujeto para reconocerse necesita del entorno, como un espejo en el que se refleja en el espacio delimitado por lo que no es.¹⁶ El entorno complejo en el que se mira hace del reconocimiento una tarea difícil e incluso le genera una fantasía de identidad y posibilidad de identidad. El sujeto perdido como individuo, pierde también su vínculo y *razón comunitaria*, no puede construir *communitas*¹⁷ ni encuentra *communitas* para reconocerse.

Recordando a los dioses del Quiché,¹⁸ mitos creados como segunda naturaleza se interponen entre quien quiere reconocerse y el entorno, deformando la visión, la percepción de lo que se ve y por tanto el reconocimiento de quien se mira. Ejemplos de “nubes” o mitos son las imágenes de futuro, de razones, de finalidades impuestas a través de los medios de comunicación; la falsa neutralidad de las escuelas y del discurso científico; las imágenes sobre “lo nacional”, la libertad, el orden, el riesgo, “lo ciudadano”, la democracia, la reconstrucción de la historia, emitidas desde las instituciones gubernamentales; las ideas de superación, progreso, desarrollo, satisfacción, prestigio, difundidas por organismos e instituciones que hacen la regulación económica, el “*stablishment*” y los comerciantes; las delimitaciones entre lo bueno y lo malo, lo salvo y lo pecaminoso, lo saludable y lo riesgoso, lo que se puede pensar y lo que no se puede pensar que hacen las instituciones religiosas y otros “clubes” y gremios de distintos tipos. Esta maraña discursiva en donde se pierde al ser humano como razón siendo reemplazado por “la cosa”, dificulta e impide al sujeto su reconocimiento, conduciéndolo a identificaciones supersticiosas, masificadas, ajenas, en

donde aparece como impotente para intervenir en su propia historia. El “*así es*” del *homo habilis* se impone entonces al “*así quiero*” del *homo sapiens*, en un mundo sin esperanza protagonizado por una naturaleza natural que cada vez se hace menos apta para sus extensiones humanas y una naturaleza construida que acota la expresión de la diversidad humana.

Recuperar la esperanza implica entonces mirar entre los mitos, ejercitando las capacidades humanas para dar paso al reconocimiento del sujeto alejargado. Pasar del “*así es*” al “*así quiero*”; de la inconsciencia a la conciencia; de la impotencia a la dignidad; del fatalismo a la pasión; de Tanathos a Eros.

El ser humano cuando se reconoce, frecuentemente es resistente a la desesperanza, a la vida de panal o de hormiguero y comienza a crear opciones, futuros, razones, a apropiarse de su cuerpo, de su entorno, de su ser y de su historia. El trabajo pedagógico puede ayudar a ese reconocimiento y así lo han entendido una gran cantidad de luchadores sociales, pensadores, investigadores, educadores, profesionales de la curación, hombres y mujeres desde sus distintas inserciones sociales. Este entendimiento atenta contra poderes establecidos, por lo que el trabajo pedagógico que busca recuperar la esperanza tiene que atender dos frentes: las agresiones y obstáculos puestos desde estos poderes establecidos y las inercias propias de los sujetos que han perdido la esperanza.

El trabajo en promoción de la salud, en la forma que aquí nos ocupa, es un trabajo pedagógico que se nutre de avances en el saber sobre la salud¹⁹ y experiencias fundamentalmente de organizaciones no gubernamentales desde hace varias décadas. Estas organizaciones han creado entre sí vías informales de comunicación. A partir de los 60 y con la fuerza que dio a estos trabajos la publicación de la *Educación como Práctica de la Libertad* y la *Pedagogía del Oprimido* en los 70 (Freire, 1989, 1981), estos grupos co-

mienzan a sistematizar y llevar a la discusión formal alternativas pedagógicas que encuentran nuevas razones, contenidos y formas, y son parte del continuo discursivo en la historia, las aportaciones que los fundamentan son de Comenio (Chateau, 1995), Makarenko (Hernández, 1985), Gramsci (Broccoli, 1979), Freinet (1971) entre otros. Algunos ejemplos de lo anterior los encontramos en La Investigación Participativa (De Shutter, 1986), la Educación Popular (Puiggrós, 1988) y el Autodidactismo Solidario (Cárdenas y García, 1996). Los trabajos en salud que relevan al ser humano (en su doble naturaleza) por encima de las cosas y abrevan de este movimiento, con frecuencia atienden inicialmente a la enfermedad del cuerpo y a partir de las reflexiones que sobre esta atención principal hacen, la identifican como una condición, algo que entre muchos otros factores pueden o no limitar a la salud.^{20, 21}

Asimismo, en salud se ha observado la importancia, pertinencia y efectividad de la definición local de los problemas y sus soluciones cuando este trabajo es apropiado por la gente, generando una suerte de “epidemiología/acción alternativa”.²² El trabajo fundamentalmente realizado fuera de las instituciones ha trascendido a las mismas quienes hoy incluso producen y difunden un discurso de promoción de la salud.

“Hacer, reflexionar, hacer” para el reconocimiento y construcción del sujeto, para la recuperación del vínculo comunitario, para la apropiación del cuerpo y del entorno, para la identificación de qué cambiar y los rumbos del cambio, para la proyección de futuros, para recuperar la esperanza.

Cuarta tesis

La promoción de la salud como práctica profesional reconoce a los sujetos y facilita su autoconstrucción a través de intervenir en sus relaciones pedagógicas.

El sujeto se construye al interior de las *relaciones pedagógicas*, es decir

deja una reflexión última, su último discurso que comenzó en su hacer con los habitantes pobres de Brasil en los 60 y del que nacieron y nacerán como un continuo otros haceres y decires.

15. El libre albedrío, libertad de la voluntad, capacidad de la voluntad para elegir independientemente de la determinación antecedente, han sido preocupaciones centrales de la filosofía. Ya en *La Biblia* está presente esta base y aumenta con el racionalismo cartesiano, el inicio del pensamiento moderno, que ubica “la razón” en la persona y no fuera de la persona (“razón” divina, mítica o de las fuerzas de la naturaleza). En el posmodernismo con su fórmula económica neoliberal impuesta, en donde la tecnología se reproduce a sí misma con la mediación material de un ser humano enajenado en su voluntad, esta razón se pretende situar nuevamente fuera de la persona, en la cosa: “soy por lo que tengo” en donde la cosa determina a la persona y se pierde a la persona como razón.

16. “Cada uno es como los demás porque es inconfundible con cualquiera” (Nicol, 1997: 19).

17. Lo común, la identificación, la razón, la identidad.

18. En *El Popol Wuj* (1965) se refiere que cuando los dioses habían creado al hombre de maíz, entendedor del mundo, capaz de mirar dentro de las cuevas, a través de las montañas y en el fondo del mar, se dieron cuenta de que un hombre así no querría reverenciarlos, intentaría ser como ellos, atentaría contra su poder. Por eso, envían nubes a ponerse enfrente de sus ojos para limitar su mirada.

19. Ejemplo de esto son los trabajos de Medicina Social que

dan una dimensión más allá de lo biológico al entendimiento de las enfermedades y las maneras de enfermar (por ejemplo los de Asa Cristina Laurell, UAM-X, México) y los avances en ciencias básicas que poco a poco van descubriendo cómo a saberes que se pretendían superchería hoy se les identifica una razón científica (Lévy-Strauss, 1989).

20. Un ejemplo es el trabajo de Benno de Keijzer (1980, 1996) que va desde la organización en los 70 de las Jornadas Populares de Salud en Nicaragua, donde se impulsaron medidas colectivas y solidarias para la erradicación del paludismo y la poliomielitis entre otras enfermedades, hasta su dedicación actual a la salud mental y el masculinismo.

21. Los planteamientos desde la Tanatología nos ayudan a entender la dimensión de enfermedad física con niveles apropiados de salud cuando hace la crítica a los servicios de atención terminal, cirugía masiva, terapias extenuantes, administración de psicofármacos, etc., al reivindicar el derecho de decidir sobre el dolor y a vivir la muerte con autonomía y dignidad.

22. David Werner (1989) puede ser considerado como uno de los pioneros en organizar y sistematizar las reflexiones en torno a la realidad de salud y enfermedad para organizar los cambios.

23. “Mostrar” o enseñar, lo que está y es percibido por “el yo”.

24. “El otro” para el promotor de la salud puede ser una autoridad, grupo de funcionarios, equipo de profesionistas, compañeros de trabajo, maestros en una escuela, obreros, grupos de mujeres, una organización municipal, etc., no importando si el trabajo es directo o indirecto en relación con él.

las relaciones que establece con su entorno externo y en su ser interno, que se organizan en procesos cognitivos y le permiten crear una representación de sí mismo, identidad, experiencia y saber. Con estos elementos el sujeto alimenta su percepción, deseo, voluntad, pensar y hacer.

Las relaciones pedagógicas suceden en un *ambiente o espacio pedagógico* en donde interactúan “*el yo*” y “*el otro*”. “El yo” es el sujeto que se construye. “El otro” es cualquier objeto o sujeto (persona, idea o cosa) que “se muestra” en el ambiente pedagógico.²³ En una relación entre sujetos, “el yo” es “la otredad” de “el otro”.²⁴ La promoción de la salud se da en estos ambientes pedagógicos como intervención intencional. Es decir el promotor de la salud como sujeto, sus discursos, sus prácticas y los auxiliares para esas prácticas (programas, materiales didácticos, legislación, escenarios, vestuario, campañas, consultas, etc.) pueden ser expuestos, mostrados en los espacios pedagógicos que construye o en los que se inserta, sin embargo no puede construir al otro, no puede realizar ninguna maniobra interna en el otro. Desde esta perspectiva no puede educar o capacitar al otro, solo puede mostrarse a través de los espacios pedagógicos como la otredad del otro. Lo que sucede en “el otro” es un resultado de sus propios sistemas de percibir, sentir y pensar, en los que median el deseo y la voluntad.

Promover la salud entonces es intervenir en las relaciones pedagógicas del sujeto individual o colectivo con la finalidad de elevar sus niveles de salud.²⁵ Es crear los ambientes pedagógicos como referente externo, en donde por un lado “al otro” se le facilita aclarar su propia identidad, representaciones, contextos, deseos, posibilidades y acciones en torno a problemas de salud; y por el otro el promotor de la salud encuentra sus propios referentes e identidad. Estableciendo así una relación pedagógica favorable a la construcción de ambos sujetos.

Para lograr una relación pedagógica

en donde el sujeto pueda reconocerse y construirse es necesario que su voz sea escuchada. Bernstein (1996) identifica en el acto pedagógico una distribución desigual del discurso, que a la vez que refleja la distribución social del trabajo y la riqueza, la alimenta. De tal manera que la producción de discursos por los distintos sujetos sociales y la audibilidad de los mismos está mediada por quien ejerce el poder y controla las relaciones pedagógicas. Para lograr que la voz de todos los sujetos sea escuchada, Bernstein reclama tres derechos pedagógicos: la valorización,²⁶ que crea seguridad y considera que es un derecho individual. La inclusión, social, intelectual, cultural y personal. “Inclusión no significa ser absorbido... este derecho requiere de otro: el derecho a la autonomía” (Bernstein, 1996: 7). La inclusión es una condición para la *communitas* y se reconoce en el nivel social. Finalmente el derecho a la participación no solamente en el discurso sino en los hechos. Es el derecho a participar en la construcción, mantenimiento y transformación del orden. La participación es una condición para la práctica cívica y opera en la dimensión política.

Construir un ambiente pedagógico favorable a la elevación de los niveles de salud implica que cada uno de los sujetos involucrados en él, y por tanto el promotor de la salud, pongan a disposición del resto la información y el saber necesarios para poder entender lo que se quiere cambiar y lograr hacerlo; requiere que desarrollen sus capacidades como individuos y como colectivo para identificar y escuchar las distintas voces presentes, para identificar, decir y hacer valer su propia palabra, para analizar y discernir, para formular opciones viables y seleccionar de entre ellas y para actuar en consecuencia.

La promoción de la salud encuentra sus espacios desde la relación uno a uno (como es el caso de la consulta médica) hasta en la relación indirecta con toda la población (como es el caso de los programas, normas y legisla-

ción en salud). Con intención o sin ella, el profesional de la salud al ejercer su práctica está interviniendo en las relaciones pedagógicas de “el otro”, y estas intervenciones no siempre son las más favorables para la elevación de sus niveles de salud.

Así, la promoción de la salud inicia con la identificación del yo y el otro, sus contextos y representaciones, razones y finalidades. A partir de esto genera los ambientes pedagógicos en los que pueden converger “el yo y el otro” para definir una *intención común* en función de la salud, lo que se quiere cambiar, cómo se quiere y puede cambiar, lo que hay que hacer para cambiarlo y actuar para el cambio. Lo importante en la promoción de la salud no es lo que se decide cambiar, sino el proceso colectivo para cambiar algo. Porque no es por el contenido sino por el proceso que se construye el sujeto y que se pueden modificar real y con mayor permanencia los niveles de salud.

Quinta tesis

El promotor de la salud trabaja para la construcción de unidades operativas, “el otro” para cambiar una situación de su realidad de salud. En este proceso los dos se construyen como sujetos y modifican sus niveles de salud.

Las relaciones pedagógicas que se establecen como práctica de promoción de la salud tienden a favorecer que las personas con las que se trabaja vayan identificando su propio poder de percibir, pensar y hacer y su poder de hacer valer en los hechos sus razones y decisiones. El trabajo de promoción de la salud, por el carácter de su objeto, se constituye en una práctica dinámica, abierta, flexible e inclusiva, que se va definiendo a sí misma conforme es capaz de definir, indagar, sistematizar y ordenar acciones para lograr cambios, de tal manera que no se pierda en sus fines ni disgregue los esfuerzos como le sucedería al caudal que si no tuviera límites, nunca llegaría al mar.

Por *unidad operativa* se entiende a aquellos sujetos que deciden de manera independiente y real sobre los planteamientos, reflexiones y acciones en torno a situaciones de salud, desde la delimitación de estas hasta lograr el cambio. Para que una unidad operativa pueda existir es necesario un trabajo constante y consistente.

Al inicio el promotor de la salud, que es quien regularmente decide intervenir en una relación pedagógica²⁷ por voluntad personal o por mandato institucional, define el ambiente pedagógico casi unilateralmente, convoca, plantea la agenda, define los procedimientos, etc.²⁸ El trabajo orientado a promover la salud mira esta manera de empezar solo como un punto de partida desde donde iniciará los procesos para favorecer que “el otro” se apropie del control de sus propios procesos subsecuentes. Para crear, cohesionar y expandir una unidad operativa, es necesario mantener continuamente una directriz objetiva que permita a quien está involucrado en este proceso mirar sus logros. Esta directriz objetiva al inicio suele definirse como necesidades o riesgos en relación con las enfermedades según las representaciones visibles en los discursos dominantes. Pequeñas tareas de concepción, gestión y desempeño propias de “los otros” surgidas de estas necesidades o riesgos, permitirán ir desarrollando las capacidades necesarias para lograr el control de los procesos y la conformación de unidades operativas en donde el promotor se transforme cada vez más como asesor y cada vez menos como el sujeto que toma las decisiones. Al colaborar en la formación de unidades operativas el promotor de la salud y “el otro” tendrán que transitar por procesos de apropiación de saberes, reflexiones y procesos de toma de decisión, lo que los ayudará en su construcción personal o colectiva como sujetos.

El trabajo de promoción de la salud tendrá características diferentes respecto a la elección de las relaciones pedagógicas en las que se pretenda in-

25. Estas intervenciones se pueden llevar a cabo en cualquier espacio en donde exista la finalidad de promover la salud, ya sea a nivel normativo o institucional o a nivel operativo con población abierta. Cuando se llevan a cabo acciones en torno a la salud, por cualquier razón o con cualquier finalidad, se está interviniendo en las relaciones pedagógicas de los sujetos con los que se relaciona la institución u organización para actuar, solo que no siempre podemos asegurar que dichas acciones realmente promuevan la salud, incluso no es raro que las acciones llevadas a cabo a nombre de la salud disminuyan los niveles de salud de la población.

26. “*Enhancement*” como “condición para experimentar límites, sociales, intelectuales o personales, no como prisiones o estereotipos, sino como sitios de tensión que condensan el pasado y abren la posibilidad de futuros... no es simplemente el derecho de ser *más* personalmente, *más* intelectualmente, *más* materialmente, es el derecho a los medios del entendimiento y nuevas posibilidades” (Bernstein, 1996: 6).

27. Esto no sucede cuando la relación pedagógica se establece como mera asesoría por razones puntuales y dentro de procesos controlados por “el otro”.

28. Incluso en la consulta médica, en donde el personal de atención a las enfermedades no solicita sino es solicitado, el paciente asiste con la finalidad de obtener un tratamiento para algún mal. Al enfrentarse con el curador, este interviene no solo en la cura, sino también en las representaciones globales del paciente a través de sus explicaciones, adjetivaciones, imposición de valores,

tervenir de acuerdo con la razón, el tiempo y el espacio en donde sea planteada. Una acción de promoción de la salud desde los espacios normativos tendrá características diferentes a aquellas planteadas desde los espacios operativos en cuanto a los contenidos y formas de llevarse a cabo, pero no necesariamente en cuanto a la finalidad. En ambos espacios, y en la gama que se pueda encontrar en ellos y entre ellos, la formación y consolidación de unidades operativas es una finalidad principal del trabajo de promoción de la salud.

La formación de unidades operativas atenta siempre contra múltiples intereses, puesto que se trata de la autoconstrucción de sujetos individuales y colectivos pensantes y actuantes, que en ese proceso obstaculizan la “normalidad” del control establecido en torno a la salud. El planteamiento de pueblos sanos, ciudades sanas, municipios saludables, etc., que se hace desde las instituciones, cuando se comienza a llevar a cabo, tempranamente se encuentra con esa situación como uno de los obstáculos más grandes. La operación real del planteamiento que en sí mismo lleva la necesidad del cambio, se revierte contra quienes lo pregonan cuando lo identifican como un discurso más para lograr lo mismo: el no cambio. Así, las unidades operativas que se encuentren en construcción tendrán que estar continuamente considerando su relación con otras unidades operativas y con el contexto para seleccionar cambios viables que les permitan no sucumbir sino permanecer en el camino de lograr sus aspiraciones.

Sexta tesis

El proceso de planificación se constituye en el vehículo de la promoción de la salud, ya que permite definir las razones, formas y circunstancias de los ambientes pedagógicos.

El proceso de planificación²⁹ permite ordenar las ideas y las acciones a partir de la definición de lo que se quiere cambiar, su explicación, deli-

mitación y acción, con la orientación de una *imagen objetivo*. Un proceso de planificación contiene varios ciclos de planificación. Las unidades operativas se encuentran en uno de estos ciclos al plantearse el cambio de determinada situación. Este proceso es un continuo paso de lo real a lo ideal, al plantear situaciones de la realidad, reflexionar sobre las mismas y actuar. Así, organizar los ambientes pedagógicos con la conciencia del proceso de planificación facilita el desarrollo de las capacidades necesarias para la formación de unidades operativas. El reconocimiento del proceso permite evaluar lo que se hace, cómo, quién, con qué, para quién y para qué se hace. Asimismo, ayuda a gobernar las acciones en el presente en función de esos futuros que la unidad operativa plantea.

La planificación ha sido cuestionada por “funcionalista” por parte de los grupos críticos cuando la relacionan con la economía capitalista y como atentatoria contra la libertad cuando se relaciona con las economías centralmente planificadas. Sin embargo, la planificación es un instrumento del que se hace uso, no es una finalidad ni una razón.³⁰ En promoción de la salud, el entendimiento del proceso permite identificar, conocer, evaluar, formular, decidir y actuar y en ese camino, desarrollar capacidades para valorar, escuchar, hablar, asimilar y acomodar, descifrar discursos, analizar, crear opciones, decidir y actuar.

A las fases de planificación convencionales: normativa, estratégica y operativa,³¹ en el trabajo de promoción de la salud se aumenta un paso anterior al proceso, la “convergencia”, en la cual el promotor de la salud confluye y toma los primeros acuerdos con “el otro” en un intento por construir una unidad operativa provisional, con quien iniciará el trabajo alrededor de una porción de la realidad que se quiere modificar con fines de salud.

Los primeros trabajos de promoción a la salud por lo general girarán alrededor de problemas concretos,

29. Distinto a la formulación de planes, proyectos y programas. Cf. Matus (1978).

30. Se hace aquí el símil que el Dr. Juan Manuel Castro A. MMS, UAM-X, México, hace con respecto al machete: puede ser un instrumento para lograr el alimento y la vida o para atacar o resistir.

31. Ver por ejemplo Matus 1974.

puntuales, locales, transformables a muy corto plazo, que permitan convocar, informar, discutir, tomar decisiones precisas e inmediatamente ejecutables y evaluables a los que se pueden llamar *programas de acción inmediata*. El momento de convergencia permite al promotor de la salud y a “su otro” identificarse, escogerse, plantear reglas iniciales del juego. Por lo general la unidad operativa provisional no va a ser la unidad operativa con la que se opere al momento explicativo de la fase normativa. El momento de convergencia es el que requiere de mayor atención por parte del promotor de la salud y frecuentemente es el más duradero, ya que una vez establecida la convergencia, habrá una unidad operativa más o menos interesada, consciente del trabajo que se está realizando y aunque el promotor pueda formar parte de esa unidad operativa al menos durante un ciclo de planificación, con capacidad de decisión y gestión. De allí en adelante, el trabajo del promotor consiste en aportar información, elementos para el análisis, encaminar los trabajos para asegurar la operación de lo que se plantea, promover el desarrollo de la competencia comunicativa y los valores del grupo, de la capacidad de indagar, evaluar, sistematizar, circular la información, incluir, convocar, manejar conflictos. Lograr la cohesión de las unidades operativas alrededor de las finalidades, no tanto de los medios, durante las fases normativa, estratégica y operativa.

El proceso de planificación puede ser largo y para arrojar resultados frecuentemente ocupa más tiempo del que puede soportar una unidad operativa cohesionada sin mirar sus logros. Los programas de acción inmediata ayudan a reconocer el sentido y el valor del trabajo a lo largo de todo el proceso. A diferencia de los programas institucionales, los programas de acción inmediata en el contexto de la promoción de la salud plantearán objetivos y metas definidos por “el otro”. El reporte de los resultados de estos programas de acción inmediata será

valorado por las mismas unidades operativas.

Los pronunciamientos oficiales en promoción de la salud (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986) establecen como sus líneas de acción: Participación, capacitación, intersectorialidad, reorientación de los servicios y renormatización, todo esto a través de la estrategia de pueblos, ciudades o municipios saludables. En el planteamiento objeto de este trabajo se reformulan las líneas de la siguiente manera:

- Participación como el ejercicio de la capacidad política del sujeto individual y colectivo.
- Capacitación como la adquisición de los instrumentos para la decodificación de los discursos y otras prácticas simbólicas.

Estas dos líneas se ven afectadas y a la vez beneficiadas por la reorientación de los servicios, la intersectorialidad y la renormatización.

Séptima tesis

Las inercias internas y externas, relativas a las relaciones de poder en la sociedad y entre los sujetos sociales, son los principales obstáculos para la promoción de la salud, la esperanza su facilitador.

Para lograr la autoconstrucción de los sujetos hay que enfrentarse primero a la realidad de confusión de las representaciones, en donde los sujetos no se pueden mirar, ni están al tanto de esta posibilidad. Reconocerse no es tarea sencilla y en muchos momentos es un atentado contra la relativa estabilidad y seguridad de quien intenta reconocerse. Por otro lado, la identificación del “yo y el otro” por parte del promotor de la salud (como sujeto individual o colectivo) está mediada por sus preconcepciones e intereses. ¿Qué tanto está dispuesto o dispuesta a ceder el control de los procesos? ¿Cuánto a compartir su saber y reaprender? ¿Cuáles son los beneficios en términos de los valores convencionales poder, dinero, prestigio u otros? ¿Cuáles los costos? Este atentado a la estabilidad y

seguridad relativas está también presente en un contexto mediado por el poder de hacer y de imponer. ¿Con qué recursos se pretende lograr el cambio? ¿Esos recursos quién y para qué más se pretenden utilizar? ¿A qué poderes establecidos amenaza el cambio? Una vez iniciado el proceso ¿Hasta dónde puede llegar? Es conocido que vencidas las inercias internas del principio de un trabajo que muestra una intención y posibilidad de cambio real, se detiene directa o indirectamente por poderes cercanos y visibles o lejanos e invisibles (Cowley, 1996). Aún más, el discurso institucional sobre la promoción de la salud se inserta dentro del discurso del macropoder o poder hegemónico, constituyéndose en una manera de ordenar y controlar las posibilidades del disenso social, como está dicho en párrafos precedentes.

El discurso en promoción de la salud, una vez que se institucionaliza, limita las posibilidades de creación y de cambio, el ejercicio del ser *ludens* y del ser erótico, en la medida en la que crea la ilusión de creación y cambio. La falsedad repetida de los discursos y la lentitud o aparente inexistencia de los cambios, limitan la esperanza tanto del trabajador de la promoción de la salud como “del otro”. Sin embargo, el contenido del discurso ha emanado de prácticas para el cambio y en sí mismo ofrece posibilidades para identificar la falsedad, apropiarse del discurso y convertirlo en práctica que efectivamente mejore los niveles de salud de la población. La recuperación de la esperanza³² se constituye así en resultado y facilitador por excelencia de las acciones de promoción de la salud.

Conclusión

Las derivaciones que ha tenido el planteamiento inicial de promoción de la salud muestran el mayor o menor beneficio que esta propuesta pueda tener para la elevación de los niveles de salud. Es mucho más fácil renombrar lo mismo que nombrar lo diferente. Sin embargo, existe el reconocimiento

explícito o implícito de la necesidad de buscar y actuar a favor de la especie humana, de poner la naturaleza construida al servicio de la naturaleza natural y de la naturaleza humana que son esas dos naturalezas. La ruptura y construcción de paradigmas individuales y colectivos (económicos, éticos, biológicos, tecnológicos, existenciales) no es cosa fácil, pero en ello ha ido y va la viabilidad de la especie humana.

La continua construcción, confrontamiento y deconstrucción de conocimiento y la sistematización de la práctica de la promoción de la salud son tareas interdisciplinarias que requieren del concurso de las ciencias, las artes y las humanidades y de la atención de investigadores, estudiantes y enamorados del problema de la salud humana visto desde la postmodernidad como problema complejo. •

Bibliografía

- Alimen, Marie-Henriette y Marie-Joseph Steve (1992). *Prehistoria*. México: Siglo XXI eds.
- Anónimo (1965). *Popol wuj. Antiguas historias de los indios quichés de Guatemala*. México: Porrúa. Colección “Sepan Cuántos...” N° 36.
- Banco Mundial (1993). *Invirtiendo en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- Bernstein, Basil (1996). *Pedagogy symbolic control and identity. Theory, Research, Critique*. London: Taylor and Francis eds.
- Bower, Bill y David Werner (1992). *Aprendiendo a promover la salud*. México: Pax.
- Broccoli, Angelo (1979). *Antonio Gramsci y la educación como hegemonía*. México: Nueva Imagen. Serie Educación.
- Cárdenas, Oralia y Salvador García (1992). *Autodidactismo solidario. Una experiencia en el Valle del Mezquital*. Ixmiquilpan: SEDAC.
- Cowley, James (1996), “Cuando la promoción de la salud funciona, la oposición empieza: una opinión personal”; en: OPS *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS. Pub. Cient 557: 85-96.
- Chapela, Ma del C (1996). *Términos de uso frecuente en promoción de la salud*. Documento mimeografiado, Diplomado en Promoción de la Salud. México: UAM-X.

32. En sus últimos escritos Paulo Freire hace especial énfasis en la Pedagogía de la Esperanza (Freire, 1998).

Chateau, Jean (coord) (1959). *Los grandes pedagogos*. México: FCE.

De Keijzer, Benno y Ulate, Jeannete (1980). "Educación, participación en salud e ideología: Nicaragua pasado y presente". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 17: 143-157.

De Keijzer, Benno (1996). *La enfermedad y la muerte de los hombres*. México: Salud y Género.

De Shutter, Antón (1986). *Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos*. Pátzcuaro: CREFAL Colección Retablo de Papel.

First International Conference in Health Promotion (1984). *The Alma Ata Declaration in Health Promotion*. Ottawa: First International Conference in Health Promotion.

Fifth International Conference in Health Promotion (2000). *Declaración de México en Promoción de la Salud*. México: Fifth International Conference in Health Promotion.

Foucault, Michel (1980). *El Orden del Discurso*. México: Tusquets eds.

Freinet, Celestín (1971). *La educación por el trabajo*. México: FCE. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis.

Freire, Paulo (1981). *Pedagogía del oprimido*. México: S. XXI.

Freire, Paulo (1989). *La educación como práctica de la libertad*. México: S. XXI.

Freire, Paulo (1998). *Pedagogía de la esperanza*. México: S. XXI.

Fromm, Erich (1962). *Marx y su concepto de hombre*. México: FCE, Breviarios.

García, Ma. Inés (1990). *El loco, el guerre-*

ro y el artista. Fabulaciones sobre la obra de Michel Foucault. México: UAM-X/Plaza y Valdés.

Hernández, Margarita y Luis Miguel Valdivia (1985). *Makarenko y la educación colectiva*. México: SEP-Cultura/El Caballito.

Illich, Iván (1977). *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Open Forum.

Lévi-Strauss, Claude (1989). *Mito y significado*. México: Alianza Editorial.

Matus, Carlos (1974). *Planificación, Libertad y Conflicto*. Conferencia dictada ante el Ministerio de Salud. Caracas, Venezuela: agosto 13, 1974

Matus, Carlos (1978). *Estrategia y plan*. México: Siglo XXI, 2ª ed.

Museo Nacional de Culturas Populares (1982). *Nuestro maíz*. México: MNCP, CONAFE, SEP.

Nicol, Eduardo (1997). *La idea de hombre*. México: FCE, colección Sección de Obras de Filosofía.

Outon, Manuel (1999). *Tras la modernidad y su pretendida disolución*. Documento mimeografiado. México: Maestría de Medicina Social, UAM-X.

Puiggrós, Adriana (1988). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. México: Nueva Imagen.

Schmidt, Alfred (1982). *El Concepto de Naturaleza en Marx*. México: S XXI.

Werner, David (1989). *Donde no hay doctor*. México: Pax.