

Promoción de la salud.. Contradicciones de los discursos circulantes que dificultan la transformación de las prácticas.

Staffolani, Claudio y Enría, Graciela.

Cita:

Staffolani, Claudio y Enría, Graciela (2009). *Promoción de la salud..
Contradicciones de los discursos circulantes que dificultan la
transformación de las prácticas. XXVII Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la
Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología,
Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1546>

Promoción de la salud.

Contradicciones de los discursos circulantes que dificultan la transformación de las prácticas

Staffolani, Claudio: FCMédicas UNR.
cstafol@hotmail.com

Enría, Graciela: FCMédicas. CIUNR. UNR
g.enria@yahoo.com.ar

Los discursos dominantes en el campo de la salud pública han puesto en la agenda de los gobiernos la Promoción de la salud (PS) como la herramienta que permitirá alcanzar el riesgo cero de enfermar-morir y la Salud para Todos. Transcurridos veinticinco años de la Carta de Ottawa (CO), conferencia iniciadora de este proceso, las poblaciones no han visto las transformaciones prometidas. Para debatir sobre las dificultades que debe sortear la PS en su búsqueda de las transformaciones, proponemos un análisis a través del recorrido de tres tesis:

Tesis 1: La PS no es viable sin condiciones objetivas que la hagan posible

En el año 1986, luego de profundas discusiones sobre cómo alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, enunciada ocho años antes, treinta y seis países “desarrollados” dieron a conocer un acuerdo conocido como CO. En ella se entroniza a la PS como la herramienta fundamental. Fruto del consenso entre una diversidad de criterios y condiciones, la propuesta, destinada a los países firmantes pero con ambiciones de ser implementada en los denominados “subdesarrollados”, se plantea vaga y ambigua, hecho que viabiliza que la palabra Promoción sea

declarada en una amplia variedad de discursos políticos, perdiendo así su significación y en consonancia diluyéndose en acciones de escasa efectividad.

En el documento se explicita que “la PS consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” Para ello cada “grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.” Haciendo gala de una concepción de salud entendida como un proceso en el que las poblaciones viven “comprendiendo y luchando ante los conflictos” (Ferrara, Aceval y Paganini, 1972: 7), en una “... perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente” (Contandriopoulos, 2000: 32), y dejan muy claro que “Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites: [...] la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.” (CO).

Otro elemento que podríamos agregar son las relaciones de dependencia entre dos mundos (desarrollado y subdesarrollado), así como al interior de cada país (ricos y pobres). La situación histórica que todavía obstaculiza ciertas interpretaciones sobre las acciones que competen a la PS, deviene de su mismo origen en las observaciones de los educadores en salud, quienes advirtieron la necesidad de trabajar sobre las condiciones estructurales de las organizaciones sociales para que pueda tener viabilidad la información sanitaria que promueva hábitos adecuados para la salud. A su vez, esta advertencia pone sobre el tapete el determinante más importante que obstaculiza la PS: la pobreza y un complejo proceso de dependencia entre los países del mundo. Desarrollo y subdesarrollo, hoy como ayer, siguen interviniendo positivamente sobre las cuestiones estructurales. Agua potable, control adecuado de excretas y basura, vivienda digna, normativas claras sobre contaminación, desertificación, medicamentos, urbanidad; son situaciones para las cuales los países más pobres no han podido tomar decisiones adecuadas, en la mayoría de los casos, por la presión ejercida desde los países desarrollados hacia quienes quieren emprender ese camino, a través del progreso económicos.

Pero además, al interior de los países existen estructuras de poder que obstaculizan la posibilidad de promover cambios, dificultades que llevan a la planificación de acciones, implementadas mayoritariamente por la presión de las modas o discursos con alta adherencia internacional, que no pueden revertir aquellas situaciones que fundan los problemas de salud. Economías cuasi feudales, multinacionales, presiones sectoriales, son aquellos niveles de

determinación donde las advertencias o propuestas de los organismos internacionales de salud no han podido tener eco.

La PS como “... proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud” (Kickbusch, 1986: 16), se vuelve más utópica en vista de las condiciones objetivas descritas anteriormente. Pocas son las posibilidades que tienen los integrantes de una sociedad para intervenir positivamente sobre el control de su propia salud, sobre todo si depositamos desmesuradamente la confianza en la adquisición de información y no en la transformación de las condiciones objetivas de existencia que hagan viable contar con esa información. De poco sirve el saber sobre la importancia para la salud del agua potable, si ella no es accesible; saber que tomar sol en horas inadecuadas aumenta las posibilidades de problemas dermatológicos, si somos bombardeados por un modelo estético que prioriza los cuerpos bronceados; o cambiar el hábito de fumar cuando el negocio de tabaco mantiene o aumenta su rentabilidad.

La propuesta de PS que surge de la CO, continuidad en estos temas de la declaración de Alma Ata sobre APS respecto de las responsabilidades intersectoriales sobre la salud, no ha sido respetada por los mismos organismos internacionales, quienes durante las décadas 80 y 90, ataron el financiamiento de Programas de Salud, preponderantemente destinados a la atención de la enfermedad, que fueron implementados en los países subdesarrollados, a créditos pactados con las entidades monetarias multilaterales, que con el tiempo pasaron a engrosar las deudas externas de los países subdesarrollados, situación que aumentó aún más su dependencia y el proceso de empobrecimiento.

En este sentido, es imposible pensar que “La PS radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos” (CO). Ese poder real, o participación efectiva y concreta de la comunidad, que hoy se traduce como empoderamiento de la población, lejos de ser un derecho, parece más una estrategia de responsabilizar a la comunidad por la no intención o imposibilidad de llevar adelante aquellas acciones aconsejadas que producirían las transformaciones. La utopía de la libre elección o desarrollo de hábitos en un contexto desfavorable o de

dependencia, es un romanticismo que no ayuda a la PS, tanto en el campo de los hábitos individuales, en el colectivo-comunitario, así como en las decisiones políticas a nivel del Estado.

El enfoque que privilegia la modificación de conductas de “autocuidado” normando las consideradas de riesgo en el nivel individual y la adopción de “estilos de vida” teóricamente saludables por medio del disciplinamiento, ha fracasado en todo el mundo en su intención de mejorar las condiciones de salud y de bienestar de la población. Sin embargo, dicha interpretación de la PS no pierde vigencia ya que genera un lucrativo mercado de consumo “saludable” y deslinda la responsabilidad que tiene el Estado en el mejoramiento de la salud de su población, culpabilizando al propio enfermo de su situación.

Las desigualdades sociales reconocidas en la mayoría de los países desarrollados y subdesarrollados muestran que para una gran proporción de la población, no están dadas las condiciones de cumplimiento de los prerequisites enunciados

Tesis 2: Todo ordenamiento del bien tiene sus límites. Por más control que se imponga no hay riesgo cero, siempre por debajo aparece algo nuevo- emergente, producto de la acción de los hombres,

En la búsqueda de la prevención total, las sociedades del primer mundo, muestran una actitud obsesiva encaminada a evitar todos los riesgos conocidos, siguiendo la utopía moderna de alcanzar a través de las normas científicas la solución de todos los problemas sanitarios. Sin embargo, más allá de la declaración mundial de la erradicación de las patologías infecciosas a principios de la década del 80 del siglo pasado, emergen nuevas enfermedades con características pandémicas y re-emergen antiguas patologías que se creían controladas en los países subdesarrollados.

En esos mismos tiempos, se producen profundas transformaciones a nivel global, la más importante es la económica, que se expresa a partir del monetarismo y las nuevas estrategias de producción, que cambian de intentar satisfacer una demanda creciente fruto del desarrollo de los países, a una creación de demanda artificial facilitada por el avance tecnológico, que permite una producción que se presenta a priori como ilimitada.

El riesgo cero, suponía el control de todo lo pernicioso conocido, pero fruto del nuevo eje de acción económico, surge un ordenamiento social y cultural que da base a diferentes miasmas,

que ya no son los que mencionara Rawson en su discurso ante el Congreso Nacional con el que incitara a reducir *hábitus* injuriosos de los pobres que constituyen riesgo de contagio para los ricos, anunciando que, desde “... aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan gérmenes de las más terribles enfermedades, salen emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella, tal vez, hasta los lujosos palacios de los ricos”. Estas palabras que datan de 1871, estaban destinadas a combatir el *aedes aegypti* en ocasión de una epidemia de fiebre amarilla. Hoy, de otra manera, se reproduce la misma acción ante la epidemia de dengue, sindicando a los pobres como los cultivadores del vector en sus propios domicilios, ya que todas las acciones programadas sobre la descacharrización se efectivizan sólo en las barriadas pobres.

En el nuevo orden, los pobres tienen existencia concreta en guetos denominados villas miserias, nómades urbanos, etc. constituyendo tribus, que circulan y habitan en el interior de las ciudades incluso del primer mundo. Ya no hay que correrlos a las afueras sino controlarlos adentro mediante los efectores de salud. Las nuevas enfermedades infecciosas, devienen de modos de producción intensivos que integran en un mismo espacio hacinados animales y seres humanos. Las enfermedades que antes surgían de la pobreza de los países subdesarrollados hoy emergen de los países desarrollados y la globalización las esparce como pandemias.

De la lucha entre los dos órdenes, emergen la violencia y las adicciones en todas sus formas, constituidas en patologías, poniendo a los “victimarios” en el lugar de los sin normas que buscan nuevas formas de sobrevida, y a las “víctimas” tras los paredones y rejas que construyen para protegerse. Pero todo fluye, la droga pernea todos los espacios y hace de los ricos y pobres nuevas víctimas-victimarios en la búsqueda del dinero para conseguirla. Esta lucha es descrita por Maffesoli como “... una sociedad aséptica, plena de fastidio, que resulta en algunos casos en una elevada tasa de suicidios. [y] Por otro lado, en sociedades arcaicas, posmodernas o trágicas, [donde] la despreocupación de los riesgos de la vida provoca muertes absurdas, repentinas, sin coherencia. En todo caso, una y otra dinámicas encuentran una homeostasis entre vida y muerte.” (2005: 19) que conlleva la utopía de construir una sociedad con riesgo cero.

Tesis 3: No hay normas universales para ser aplicadas Para establecer lo qué hay que hacer es necesario comprender a la población. La lucha del orden de unos, no siempre produce efectos positivos en el orden de otros.

La promoción de la salud vio su origen en los Educadores para la Salud (Kickbusch, 1996: 17), específicamente en la observación de las consecuencias de la propuesta de los Higienistas, que

provocaron cambios en el perfil patológico, luego reconocido como la “Revolución Epidemiológica”. Cabe destacar que todos estos cambios se produjeron por acciones impulsadas desde el Estado, que abarcaron niveles colectivos de saneamiento medioambiental. El paso del nivel colectivo al individual que se centra en los cambios de hábitos y costumbres, reconocidos como riesgosos, choca con obstáculos culturales que imprimen estrategias de vida que se enfrentan con las normas que se intentan imponer; no solo por ser diferentes sino porque no se cuenta con las condiciones básicas que las harían posibles (CO). En sociedades dónde la des-igualdad social es moneda corriente ¿es posible hablar de acciones de Promoción?

Una de las dificultades que enfrenta la PS como eje de la Salud Pública, es la creencia que aquellos cambios o propuestas de transformación en la esfera privada y pública, que forman parte de sus propuestas de acción, son inocuas y verdaderas, y sólo producen efectos positivos, lo que ha llevado a la replicación automática de estrategias muchas veces no adecuadas para las poblaciones destinatarias.

Hoy asistimos a la recomendación de no mantener reservorios de agua limpia, allí donde el mosquito deposita sus huevos provocando epidemias de dengue o fiebre amarilla. En Argentina, casi el 30 % de los hogares no tienen acceso al agua potable por una vía segura (INDEC, Censo 2001), de esta forma las poblaciones implementan estrategias de acceso al agua no siempre recomendables desde las normas internacionales de salud (grandes tanques de agua, tajamares, cacharros, botellas plásticas con agua acumuladas en basurales, etc.); que los lleva necesariamente, en el mejor de los casos a ignorar las normas, en casos intermedios a aumentar la confusión, y en el peor de los casos a producir efectos no deseados o no previstos.

La PS no es una simple comunicación por la que se informa como producir conductas saludables, ni la inclusión de los temas descontextualizados en la instrucción formal. “La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.” (OPS: 1996: 29). Por lo tanto, cuando se planifica una estrategia de PS, las cualidades que caracterizan a cada comunidad son el sustento que vuelve viable toda actividad en tal sentido

La forma que ha adoptado la PS en estos tiempos, se asemeja más a una batalla entre “el bien y el mal”, constituido por un lenguaje con fuerza científica que da significado y sentido a valores impuestos por grupos hegemónicos que culpabilizan a otros grupos subordinados y

marginados de la sociedad, representantes del “mal”. Como ejemplo basta relatar lo ocurrido en la última “campana” contra el dengue en la ciudad de Rosario, donde quien encabezaba uno de los equipos de Promotores en un Barrio en el que se ha ubicado una población de pueblos originarios, espetó sin más a las mujeres reunidas, por la preocupación de la enfermedad nacida autóctona en la ciudad en el seno de su comunidad, que *“la culpa era de ellas por ser mugrientas”*. Ante la sorpresa, que llegó hasta el llanto, las mujeres exclamaban haber limpiado todo con cloro (habito aprendido en otras campañas). No obstante ello, la imbuida promotora, dejó pasar contenedores de agua llenos de larvas porque eran bebida de los animales y no de seres humanos, así como la notificación a las autoridades de la futura peregrinación masiva hacia el Chaco, por realizarse un encuentro de la iglesia Pentecostal, que ameritaría efectivizar medidas preventivas.

En nombre de la PS se justifican y legitiman reglas y normas, se instalan las fuerzas del “bien” para controlar desde el Estado y las instituciones sanitarias, no problemas sanitarios sino estilos de vida discordantes con los valores hegemónicos.

Palabras finales

Como encendidos defensores de la PS, luego de esta reflexión que intenta llamar la atención sobre los modos en que se está llevando adelante, se hace necesario remarcar aquellas situaciones que la desvalorizan como herramienta de Salud Pública, por habersele pedido logros utópicos que la realidad nunca ha podido, ni podrá, reflejar; siguiendo una tradición moderna que otorga a la ciencia y a las profesiones que se basan en ella y la ejecutan, un poder de control absoluto de todas las variables presentes en la realidad.

Desde su nueva enunciación en la CO, se especifica la necesidad del cumplimiento de prerequisites imprescindibles para que la PS pueda darse, que podrían resumirse y no son otra cosa que cerrar la brecha entre ricos y pobres, garantizando condiciones objetivas de vida, que los higienistas postularan ya en el siglo XIX. El doble discurso de los países centrales profundizó la pobreza en los que se aplicaron las políticas de los organismos internacionales con créditos asistencialistas, cuyos resultados profundizaron aún más las desigualdades sociales y la transformación negativa del medio ambiente.

La PS no es una campaña, ni una lucha, sino una acción permanente destinada a intervenir sobre los determinantes que definen en cada momento las relaciones culturales, económicas, políticas y sociales. Se trata de un trabajo interdisciplinario que debe plantearse desde los postulados de la Planificación Estratégica (Matus, 1993), desde los que se sitúa como central el reconocimiento de cada grupo poblacional, cuya participación no debería quedar solo en los enunciados, sino expresarse en la constitución de cada población como actores principales del

proceso permanente de transformación, capaces de reconocer los problemas, tomar las decisiones, llevarlas adelante, evaluarlas y direccionar el proceso. El rol del profesional promotor queda así definido como el de estimulador de movimientos, que además acerca herramientas adecuadas para un proceso permanente.

Revalorizar la importancia de la PS implica quitarle el peso de las verdades absolutas, correrla de lugar de único saber y del orden que se impone desde un lugar a otro. Fortalecer la interdisciplina, la formación en Planificación Estratégica y la realización efectiva de las políticas declamadas por la APS: asistencia sanitaria puesta al alcance de todos, y la plena participación (Alma Ata, 1978: 2)

Bibliografía

- o Contandriopoulos A. P.: *La salud entre la ciencia de la vida y las ciencias sociales*. Cuadernos Medico Sociales Nº 77. AMR Rosario 2000.
- o *Declaración de Alma Ata*, OMS – UNICEF, Ginebra – Nueva Cork, 1978.
- o *Declaración de Ottawa*, Asociación Canadiense de Salud Pública, Vancouver, 1986.
- o Ferrara , F; Acebal, E; Paganini, J: *Medicina de la Comunidad*. Ed Intramédica Buenos Aires, 1992
- o Maffesoli, M, (2002), *La tajada del diablo. Compendio de subversión postmoderna*, Ed. Siglo XXI, México, 2005.
- o Matus, C, *Estrategia y plan*, Ed. Siglo XXI, México, 1993.
- o *Promoción de la Salud. Una Antología*, OPS, Publicación Científica 557, Washington, 1996.